

Prof. dr hab. Wacław Kochman

Wywiad przeprowadził prof. Wiesław Makarewicz

■ **Gratuluję otrzymania tytułu naukowego. Jak wyglądała życiowa ścieżka, która doprowadziła Pana do tej zaszczytnej nominacji?**

Moja droga zawodowa zaczęła się w Krakowie. Tam kończyłem studia (1985 r.) i bezpośrednio po nich podjąłem pierwszą pracę w Klinice Kardiochirurgii kierowanej przez prof. Antoniego Działkowiaka. Byłem zafascynowany kardiochirurgią. Profesor zaproponował mi pracę w zespole chirurgicznym, ale ja poprosiłem, abym mógł zacząć pracę od anestezjologii. Chciałem mieć spojrzenie na kardiochirurgię z bliska, z perspektywy sali operacyjnej, ale jednocześnie z dystansu pozwalającego na podjęcie ostatecznej decyzji co do wyboru specjalizacji.

Wczesne lata 90. były początkiem rozwoju kardiologii inwazyjnej w Polsce i początkiem moich zainteresowań tą dziedziną kardiologii. Możliwość wykonywania finezyjnych zabiegów na bijącym sercu, bez konieczności otwierania klatki piersiowej zawładnęły moją wyobraźnią i sprawiły, że stopniowo przestawałem myśleć o specjalizowaniu się w kardiochirurgii.

Mój bezpośredni kontakt z kardiologią inwazyjną rozpoczął się w 1987 r., kiedy rozpocząłem pracę w Klinice Kardiologii Ogólnej i II Samodzielnej Pracowni Hemodynamiki Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie, kierowanej przez pioniera polskiej kardiologii inwazyjnej prof. Witolda Rużyłłę. W ciągu 10 lat pracy w Aninie opanowałem techniki stosowane w kardiologii inwazyjnej od cewnikowania serca do celów diagnostycznych, biopsji endomyokardialnej lewej i prawej komory, po badania przepływu w tętnicach wieńcowych (koronarografia) oraz wykonywanie angioplastyki naczyń wieńcowych. Brałem udział w wykonywanych po raz pierwszy w Polsce zabiegach rotabtacji i aterektomii kierunkowej. Zdobyłem również pewne doświadczenie w inter-



wencyjnym leczeniu zwężenia lewego ujścia żylnego, asystując prof. Witoldowi Rużyłło do zabiegów przeszskórnego poszerzania zwężonej zastawki mitralnej przy pomocy cewnika Inoue. Asystowałem również przy zabiegach przeszskórnego poszerzania zwężonej zastawki tętnicy płucnej.

Instytut Kardiologii w Warszawie-Aninie i w pewnym sensie również Klinika Kardiochirurgii w Krakowie były moimi zawodowymi Alma Mater. Praca w tych ośrodkach ukształtowała mnie jako lekarza, nauczyła odpowie-

dzialności, samodzielności, ale przede wszystkim pozwoliła na opanowanie warsztatu zawodowego i naukowego.

Zdobyta wiedza i doświadczenie pozwoliły mi podjąć wyzwanie stworzenia ośrodka kardiologii inwazyjnej w Akademii Medycznej w Białymstoku. Pracę nad tworzeniem pierwszego w regionie północno-wschodniej Polski ośrodka kardiologii inwazyjnej rozpocząłem od podstaw. Pierwsze zabiegi PTCA w województwie podlaskim wykonałem w 1998 r. Zainicjowałem budowanie zespołu i intensywne szkolenie w zakresie diagnostyki oraz leczenia interwencyjnego choroby wieńcowej. Równolegle toczyły się przygotowania do wdrożenia regionalnego programu interwencyjnego leczenia zawału serca. Rozmowy z Urzędem Wojewódzkim dotyczące opracowania i wdrożenia projektu rozpocząłem w momencie przekształcenia Pracowni Hemodynamiki Kliniki Kardiologii, najpierw w Samodzielną Pracownię Hemodynamiki, a następnie w Zakład Kardiologii Inwazyjnej Akademii Medycznej w Białymstoku (ZKI AMB). Celem zwiększenia liczby zabiegów w ZKI, stworzyłem system, w którym współpracowało z ZKI AMB 6 ośrodków. Wyodrębniono w nich dla potrzeb kardiologii inwazyjnej ok. 40 łóżek. Pacjenci na planowe zabiegi koronarografii i PCI byli wzywani przez ZKI AMB i rozmieszczani we współpracujących ośrodkach. Transport chorych na zabiegi odbywał się karetkami pogotowia ratunkowego. Po wykonaniu koronarografii i/lub zabiegu PTCA chory z opisem badania i decyzją odnośnie kwalifikacji do dalszego leczenia wracał do ośrodka. W przypadku ostrych stanów kardiologicznych, trudnych lub powikłanych zabiegów PCI, pacjenci byli hospitalizowani w Klinice Kardiologii AMB. System okazał się bezpieczny i skuteczny. Wiele doświadczeń i rozwiązań logistycznych wykorzystałem potem do tworzenia systemu interwencyjnego leczenia zawału serca.

Ze względu na uciążliwość systemu, nieustanną konieczność koordynowania ruchu karetek, ruchu chorych we współpracujących ośrodkach z ruchem na sali zabiegowej ZKI AMB,





Z córką Wiktorią

podjąłem starania o utworzenie oddziału łóżkowego dla kierowanego przeze mnie Zakładu Kardiologii Inwazyjnej. Opracowałem wspólnie z architektem projekt adaptacji pomieszczeń po byłym laboratorium na terenie szpitala. Projekt przewidywał utworzenie oddziału liczącego 25 łóżek, w tym pięciolóżkową salę wzmożonego nadzoru kardiologicznego oraz drugą pracownię hemodynamiki. Pieniądze na adaptację pomieszczeń udało się uzyskać ze środków Unii Europejskiej po złożeniu w Urzędzie Marszałkowskim projektu restrukturyzacji, opracowanego we współpracy z dyrektorem szpitala. Oddział Kliniczny Zakładu Kardiologii Inwazyjnej pierwszych pacjentów przyjął w listopadzie 2001 r. Utworzenie Oddziału bardzo usprawniło pracę i zwiększyło komfort leczenia pacjentów. Stworzyło również warunki do realizacji dużych projektów naukowych. Takim projektem było utworzenie w województwie podlaskim regionalnego systemu leczenia zawału serca. Zakładał on, że potencjalnie każdy chory z regionu będzie miał codziennie, przez całą dobę, dostęp do zabiegowej metody leczenia zawału serca. Logistykę systemu opracowałem we współpracy z Podlaskim Urzędem Wojewódzkim, adaptując dla potrzeb kardiologii nowo powstający System Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego. System został przedstawiony w napisanym przeze mnie rozdziale pt. Wykorzystanie systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego w leczeniu ostrego zawału serca na Podlasiu, w książce Ratownictwo Medyczne w Polsce¹. Program interwencyjnego leczenia zawału serca, miał nie tylko zapewnić nowoczesne leczenie mieszkańcom Podlasia, ale również miał służyć badaniom nad nowymi strategiami inwazyjnego leczenia zawału serca.

Po doświadczeniach zdobytych w Białymstoku, uruchomienie dwóch kolejnych, nowych ośrodków kardiologii inwazyjnej w Centrum Kardiologii Inwazyjnej w szpitalu Swissmed w Gdańsku oraz ośrodka kardiologii inwazyjnej w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera w Grudziądzu, nie nastąpiło już większych trudności.

Chciałbym w tym miejscu dodać, że na przestrzeni ostatniej dekady w naszym kraju udało stworzyć się jeden z nowoczesniejszych systemów interwencyjnego leczenia

zawału serca w Europie. Niepokój budzą coraz dalej idące i coraz bardziej drastyczne redukcje wyceny procedur z zakresu kardiologii inwazyjnej oraz propozycje dotyczące zmian zasad funkcjonowania tej gałęzi medycyny interwencyjnej. Obawiam się, że proponowane zmiany wpłyną negatywnie na rozwój kardiologii oraz pogorszą dostępność do nowoczesnych metod leczenia.

■ **Kto w pierwszym rządzie był Pana mistrzem inspirowującym i wprowadzającym w arkana zawodu i działalności naukowej?**

Moim mistrzem był pionier i twórca polskiej kardiologii inwazyjnej prof. Witold Rużyło. Pod Jego okiem stawałem pierwsze kroki zawodowe i naukowe. Z Nim wykonywałem pierwsze zabiegi, pod Jego kierunkiem prowadziłem pierwsze badania naukowe i pisałem pierwsze publikacje. Prof. Rużyło, był również kierownikiem mojej specjalizacji oraz promotorem mojej pracy doktorskiej, dotyczącej restenozy po zabiegach angioplastyki wieńcowej. W tym miejscu nie mogę nie wspomnieć też o prof. Antonim Działkowiaku, wybitnym kardiochirurgu, który zaszczepił we mnie marzenia o zabiegowym leczeniu chorób serca.

■ **Co jest aktualnie głównym przedmiotem Pana zainteresowań naukowych i zawodowych?**

Głównym tematem moich zainteresowań badawczych pozostaje leczenie zawału serca. Do tej pory skupiałem się głównie na zagadnieniach związanych z zabiegowym (interwencyjnym) leczeniem ostrej fazy zawału. Obecnie moje zainteresowania zawodowe i naukowe poszerzyły się i dotyczą również zagadnień prewencji oraz rehabilitacji kardiologicznej.

■ **Jakie jest Pana zaangażowanie w proces dydaktyczny. Czy jest Pan zadowolony z programu i organizacji nauczania Pana przedmiotu?**

W ubiegłych latach prowadziłem zajęcia (wykłady/seminaria) z zakresu kardiologii interwencyjnej dla studentów III roku kierunków: ratownictwo medyczne i elektroradiologia. W tym roku prowadzę cykl wykładów poświęconych klinicznemu zarysowi chorób dla studentów III roku kierunku dietetyka. Program nauczania jest bardzo obszerny. Sale wykładowe wyposażone w sprzęt multimedialny zapewniają komfortowe warunki do prowadzenia dydaktyki. Pewną uciążliwością jest prowadzenie popołudniowych zajęć w weekendy, ale zajęcia trwają jeden semestr, więc można się z tym pogodzić.

■ **Co uważa Pan za swoje najważniejsze osiągnięcie w życiu naukowym i działalności zawodowej? Z czego czerpie Pan największą satysfakcję w codziennej pracy?**

Jak już wspominałem Instytuty Kardiologii w Warszawie i Krakowie były moimi zawodowymi *Alma Mater*, natomiast Akademia Medyczna w Białymstoku była prawdziwym poligonem, żywym laboratorium, a momentami prawdziwym polem bitwy, na którym toczyłem batalie o wdrażanie swo-

¹ Kochman W., Poniatowski P. Wykorzystanie systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego w leczeniu ostrego zawału serca na Podlasiu, w: *Ratownictwo Medyczne w Polsce*, J. Jakubaszko, A. Rys (red.), Kraków 2002, s. 363-370.

ich pomysłów i realizację wizji rozwoju uprawianej przeze mnie specjalności.

W ciągu zaledwie pięciu lat kierowania Zakładem Kardiologii Inwazyjnej AMB stworzyłem jeden z najbardziej prężnych tego typu ośrodków w Polsce. Na bazie stworzonej infrastruktury (25-łóżkowy oddział kliniczny z nową salą zabiegową) oraz dzięki wykształconej kadrze lekarskiej i pielęgniarskiej, Zakład Kardiologii Inwazyjnej AMB, już po moim odejściu z białostockiej Uczelni, został przekształcony w Klinikę Kardiologii Inwazyjnej.

Pomimo tego, że nie było mi dane dokończenie wielu rozpoczętych projektów naukowych, w tym projektów międzynarodowych takich jak program ON TIME 2, realizowany we współpracy z holenderskim ośrodkiem w Zwolle, to i tak 5-letni okres pracy w Akademii Medycznej w Białymstoku uważam za najbardziej twórczy i owocny czas w moim zawodowym życiu.

Stworzony przeze mnie system interwencyjnego leczenia zawału serca w województwie podlaskim był jednym z pierwszych programów całodobowego interwencyjnego leczenia ostrego zawału serca w Polsce i Europie oraz jedynym, który do tego celu wykorzystywał system ratownictwa medycznego. Dopiero kilka lat później, europejskie i amerykańskie towarzystwa kardiologiczne postulowały w swoich standardach tworzenie takich zintegrowanych systemów ratownictwa do celów inwazyjnego leczenia zawału serca.

Wyniki programu, które były tematem mojej pracy habilitacyjnej, zostały opublikowane w *European Heart Journal* w 2007 r. Na uwagę zasługuje fakt, że od momentu rozpoczęcia prac nad programem do publikacji upłynęło 8 lat, co świadczy o wizjonerskim charakterze tego projektu.

Doświadczenia tego okresu utwierdziły mnie w przekonaniu, że potrafię skutecznie zrealizować nowatorski projekt w ośrodku, który nie miał wcześniej żadnych tradycji, ani doświadczeń w zakresie kardiologii inwazyjnej. Realizacja całego programu wymagała intensywnych, równoległe toczących się działań takich jak:

- szkolenie kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i techników rtg. Zespół nie był przygotowany do wykonywania najprostszyc zabiegów interwencyjnych, nie mówiąc o zabiegach w ostrym zawałe serca,
- zabieganie u władz uczelni i szpitala o wydzielenie powierzchni możliwych do adaptacji na oddział kliniczny i nową salę zabiegową, w już istniejącym obiekcie szpitalnym,
- pozyskanie środków w Urzędzie Marszałkowskim na adaptację wydzielonej powierzchni po laboratorium i przygotowanie wytycznych pod projekt architektoniczny,
- remont, wyposażenie i uruchomienie oddziału klinicznego,
- opracowanie we współpracy z Urzędem Wojewódzkim logistyki systemu interwencyjnego leczenia zawału serca, obejmującego cały region województwa podlaskiego i adaptując go do systemu ratownictwa medycznego,
- opracowanie naukowe projektu i pozyskanie na to środków z grantu KBN,

- uzyskanie grantu naukowego z firmy MSD, producenta tirofibanu, antagonisty receptora IIb/IIIa, pozwalającego m.in. na zakup aparatu do pomiaru agregacji płytek krwi. Pozwoliło to, w oparciu o wykonane badania, zaproponować nowe dawkowanie tirofibanu,

- przeprowadzenie szkoleń ordynatorów oddziałów kardiologicznych województwa podlaskiego biorących udział w programie, a także spotkań informacyjnych z dyrektorami szpitali i pogotowie ratunkowego,

- włączenie do projektu lotniczego pogotowia ratunkowego, niezbędnego do transportu chorych z zawałem serca z najbardziej oddalonych miejscowości województwa podlaskiego.

Chcę powiedzieć, że osiągnięcia organizacyjne i naukowe dają satysfakcję wynikającą z kreowania rzeczywistości, a człowiek w swojej istocie jest „skazany na twórczość”. Natomiast największą radość daje praca z chorym człowiekiem, który w swojej chorobie jest często bezbronny jak dziecko. Kardiologia inwazyjna jest jedną z tych dziedzin medycyny, gdzie ratowanie życia chorego człowieka ma charakter bezpośredni i namacalny. To nadaje głęboki sens tej pracy i jest źródłem ogromnej radości i satysfakcji.

■ **Jakie są Pana marzenia i plany na najbliższą przyszłość?**

Od 1 października 2016 r. pełnię obowiązki kierownika Kliniki Chorób Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej w Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni. Chciałbym nadać tej Klinice nowy kształt, tchnąć w nią nowego ducha. Chciałbym, aby to była nowoczesna, dobrze wyposażona Klinika, pozwalająca na szybką (jednodniową) diagnostykę chorych kardiologicznych oraz kwalifikację do dalszego postępowania. Chorzy kwalifikowani do leczenia zabiegowego chorób serca byłiby przekazywani do klinik zabiegowych (I i II Klinika Kardiologii, Klinika Kardiochirurgii). Pacjenci kwalifikowani do leczenia zachowawczego, wymagający hospitalizacji, byłiby leczeni w Klinice, natomiast chorzy niewymagający hospitalizacji byłiby leczeni w Poradni Przyklicznej. Klinika byłaby odciążeniem oraz dopełnieniem dla dwóch znakomicie funkcjonujących Klinik Kardiologii zajmujących się m.in. zabiegowym leczeniem ostrych zespołów wieńcowych i wad strukturalnych serca (I Klinika Kardiologii UCK) oraz zabiegowym leczeniem zaburzeń rytmu serca (II Klinika Kardiologii UCK). Takie usytuowanie Kliniki odzwierciedlałoby podział współczesnej kardiologii na kardiologię zachowawczą, interwencyjną oraz elektrofizjologię.

Z drugiej strony, Klinika byłaby również dopełnieniem Kliniki Kardiochirurgii, umożliwiając przejmowanie tych pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych, którzy wymagają dłuższej hospitalizacji oraz rehabilitacji kardiologicznej. Skuteczna realizacja tych planów byłaby spełnieniem moich zawodowych marzeń.

Takie usytuowanie Kliniki Chorób Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej pozwoliłoby na pełną realizację tzw. opieki

skoordynowanej, będącej istotną częścią przygotowywanej reformy w ochronie zdrowia.

■ **Chciałbym jeszcze zapytać o rodzinę i zainteresowania pozazawodowe Pana Profesora. Jak Pan odpoczywa?**

Jestem szczęśliwym ojcem dwójki wspaniałych dzieci. Córka studiuje stomatologię, syn kończy gimnazjum i mam

nadzieję, że pójdzie w ślady ojca. Lubię aktywnie spędzać czas, zimą narty, latem windsurfing, pływanie, rower, rolki, tenis. Słucham muzyki (głównie jazz i muzyka klasyczna), lubię książki i czerwone wino.

■ **Raz jeszcze gratuluję tytułu i znaczących osiągnięć. Dziękując za rozmowę życzę kolejnych sukcesów.** ■

Rozmawiali o przyszłości farmaceutów

Spotkanie z cyklu *Przyszłość Farmaceuty*, którego tematem była *Apteka dla aptekarza w kontekście odpowiedzialności zawodowej* odbyło się 26 kwietnia br. na Wydziale Farmaceutycznym. Organizatorem wydarzenia byli członkowie Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji Oddział Gdańsk. Jego celem było zwiększenie świadomości studentów farmacji na temat aktualnej sytuacji zawodowej oraz integracja środowiska farmaceutycznego. Gośćmi spotkania byli: wiceprezes Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej dr Piotr Migas, który opowiedział o zmianach, jakie nastąpią po wprowadzeniu ustawy *Apteka dla aptekarza* zarówno dla farmaceutów, jak i dla pacjentów z punktu widzenia Naczelnej Rady Aptekarskiej i samego farmaceuty oraz przedstawiciel Zakładu Prawa Medycznego i Farmaceutycznego GUMed mgr prawa Piotr Zieliński, który przybliżył temat odpowiedzialności zawodowej w zawodzie farmaceuty. Uświadomił także słuchaczom jakie mogą być konsekwencje błędów czy zaniedbań ze strony aptekarza z punktu widzenia prawnego. ■



Wyjazdowa konferencja Ośrodka Chorób Rzadkich w Wejherowie

W gościnnych salach Muzeum Piśmiennictwa i Muzyki Kaszubsko-Pomorskiej w Wejherowie odbyła się 27 kwietnia br., zainspirowana przez Ośrodek Chorób Rzadkich UCK, konferencja *Niepełnosprawność intelektualna – różne aspekty opieki regionalnej*. Przeznaczona była dla nauczycieli oraz pedagogów i psychologów pracujących z niepełnosprawnymi dziećmi. Współorganizatorami wydarzenia były: Komisja Kaszubska Stacji Naukowej Polskiej

Akademii Umiejętności w Gdańsku, Powiatowy Zespół Kształcenia Specjalnego w Wejherowie i Instytut Kaszubski w Gdańsku. Przy szczerze zapelnionej sali omówiono genetyczne aspekty niepełnosprawności intelektualnej, wszechstronne aspekty pomocy dziecku z takim typem niepełnosprawności oraz rolę edukacji regionalnej w szkolnictwie specjalnym. Było wiele pytań oraz propozycji następnych spotkań tego typu. ■

