



Medycyna – wzajemna sympatia i fascynacja

Pierwszy dzień pracy w Klinice Chorób Wewnętrznych AM we Wrocławiu, entuzjastyczny moment, spełnienie marzeń o pracy na Uczelni w zawodzie lekarza pamiętam ze wszystkimi szczegółami. Zgłosiłem się w gabinecie Kierownika Kliniki Prof. dr hab. Władysława Chachaja, genialnego klinicysty, który poszedł ze mną do magazynu, gdzie wręczył mi fartuch lekarski, a następnie zaprowadził na oddział i przekazał doktorowi Józefowi Malolepszemu, wtedy adiunktowi, dzisiaj Luminarzowi i Nestorowi alergologii polskiej, aby wyznaczył mi obowiązki. Potem wszystko było takie fascynujące i tak szybko minęło, że w innym dniu, w którym, po 45 latach pracy w tej samej Klinice przeszedłem na emeryturę, wszystko wydawało się wirtualnie nierealne, ale przecież było faktem nie do odrzucenia. Taki moment daje jednak bezcenną możliwość spokojnego spojrzenia nie tylko w przyszłość, ale i w przeszłość, w której doświadczyłem nudnej i typowej drogi awansu zawodowego i naukowego, wymyślonej, jak mówią złośliwi, przez galicyjskich urzędników uniwersyteckich, na której awansowałem od stanowiska asystenta-stażysty do profesora zwyczajnego, przez 15 lat, z nadania Prof. dr hab. Józefa Malolepszego, kierowałem Katedrą i Kliniką Chorób Wewnętrznych i Alergologii UMW, z woli społeczności akademickiej, przez dwie kadencje pełniłem funkcję dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu, a z wyboru środowiska alergologicznego przez dwie kadencje pełniłem funkcję przewodniczącego Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.

Próbowałem w latach mojej aktywności zawodowej i naukowej uczyć się u najlepszych, między innymi, w Zakładzie Amin Biogennych u Prof. Czesława Maślińskiego, gdzie izolowałem mastocyty z otrzewnej myszy uczulonych ovalbuminą i oznaczałem histaminę metodą spektrofлуorymetryczną, u Prof. Jerzego Rożnieckiego, gdzie uczyłem się izolacji eozynofili, poznając ponadto grono koleżanek i kolegów, których szanuję, a ich sukcesy podziwiam do dnia dzisiejszego oraz w University of Colorado Health Sciences Centre, Denver CO, gdzie pracowałem nad testem cytotoksycznym w alergii pokarmowej. Takie to były czasy, w których lekarz o ambicjach naukowych, sam musiał opanować warsztat badawczy, aby potwierdzić swoje idee.

Moja aktywność naukowa, w znacznym stopniu, zawsze koncentrowała się na zagadnieniach, związanych z praktyką kliniczną, badaniami najbardziej znaczącymi dla pacjenta (real life) o których świadczą publikacje kazuistyczne (case reports). W szerokim zakresie tych problemów można wyróżnić badania nad aktywnością bazofila/mastocyta, w pokrzywce i obrzęku naczynioruchowym, eozynofila w procesie alergicznego zapalenia, roli alergenów o małej masie cząsteczkowej (haptenu) w reakcjach anafilaktycznych i autorektywnych funkcji IgE. Moje credo naukowe zawsze określało znaczenie wielkich odkryć alergologicznych dla praktyki klinicznej. Do dzisiaj przeżywam rozczarowanie, związane z płonnymi nadziejami odkrycia immunoglobuliny E, kiedy wydawało się, że zablokowanie funkcji tego białka, wyeliminuje choroby alergiczne, a w szczególności astmę oskrzelową. Podobnie zawodziły odkrycia i nowatorskie terapie przeciwciałami monoklonalnymi przeciw interleukinom, których ekspresja zależy od IgE.

Nie mam ambicji mentorskich, zdając sobie sprawę z tego, że historia jeszcze nikogo i niczego nie nauczyła, bo każdy musi w swoim życiu, również zawodowym, zapłacić frycowe ale trochę wierzę, że przekaz historyczny może zmusić, nawet odporne jednostki, do refleksji. W medycynie, pierwszą rolę odgrywa zawsze Pacjent, który od czasów Hipokratesa, mimo genialnych rozwiązań i osiągnięć współczesnej medycyny, na końcu swej drogi życiowej pozostaje zawsze sam ze swoimi problemami, jak było w pierwszym dniu ludzkości i pozostanie do końca tej cywilizacji. Lekarz powinien być ostoją Pacjenta w takiej sytuacji. Mam satysfakcję, że w dużym stopniu mogłem oprzeć się na mojej głównej wszechstronnej specjalności – internie akademickiej, przeciwstawiając się jej marginalizacji przez pewien okres wskutek zachłyśnięcia się współczesnej medycyny wąskimi specjalizacjami, których opinie, poukładane jak puzzle miały rozwiązać wszystkie problemy chorego. Dzisiaj w pełni widać cały absurd takiego założenia z perspektywy konieczności holistycznego podejścia do pacjenta i jego problemów medycznych, pozwalającego, między innymi, uniknąć chociażby polipragmazji i kaskady lekowej.

Młodszy Koledzy, świetnie przygotowani merytorycznie i organizacyjnie do zawodu, na różnym etapie kariery lekarskiej, mogą w pełni korzystać z bonusów oferowanych przez, jak zawsze niedoskonały, system ochrony zdrowia i opieki społecznej. Pierwszy bonus to nieograniczony dostęp do informacji (siedziałem przez rok w bibliotece nad opasłymi tomami Index Medicus, aby zebrać piśmiennictwo do doktoratu) i samokształcenia poprzez media internetowe, urzędzenia elektroniczne, które żyją tak bogatym życiem wewnętrznym, że czasami odczuwam przed nimi lęk, jak, wyobrażam sobie, człowiek pierwotny wobec ognia, zwłaszcza wtedy, gdy są problemy z e-receptą i e-zwolnieniem. Bonus drugi wiąże się ze zniesieniem przymusu niewolniczej pracy, wszechobecnej w moich doświadczeniach, która nie przewidywała możliwości odpoczynku po ciężkim dyżurze, w zamian oferując kilkudniowe, tasiemcowe dyżury w okresach urlopowych. Można przyklasnąć, że obecne pokolenia lekarzy korzystają ze swoich praw bez wahania, nie przejmując się wogóle ciężarem spojrzenia szefa, które mogło w naszym przekonaniu nawet zabić. Bonus trzeci wynika rozwoju ośrodków medycznych, dysponujących wiedzą, możliwościami diagnostycznymi, terapeutycznymi i kadrą, zarezerwowanymi kiedyś w zasadzie dla medycyny akademickiej, które umożliwiają szeroki dostęp do wszechstronnego rozwoju zawodowego, włącznie z zaspokojeniem ambicji naukowych. Lekarz, który decyduje się obecnie na łączenie kariery zawodowej z nauką ma nieograniczone biurokratycznie możliwości awansu, zdobywania stopni naukowych i tytułu profesora. Takich bonusów można by było znaleźć więcej, ale ten najważniejszy, od którego zależy spełnienie w zawodzie zawsze trzeba sobie wypracować. Ta banalna oczywistość jednak nabiera bardziej twórczego kształtu, jeśli spróbuje się w aktywności lekarskiej postępować zgodnie z regułą medycyny translacyjnej, ważnej w każdej dyscyplinie, ale szczególnie w alergologii. Refleksja nad dyskrepancją pomiędzy wspaniałymi, godnymi szacunku i uznania wynikami badań molekularnych, które nie przekładają się na oczekiwane przez chorego korzyści terapeutyczne powinna towarzyszyć każdemu alergologowi w każdym przypadku i miejscu wykonywania praktyki lekarskiej. Świadomość konieczności znalezienia wspólnego wykładnika między nauką i praktyką w alergologii może zaowocować prostym rozwiązaniem problemu, co w nauce czasami się zdarza, czego najlepszą egzemplifikacją jest prościutkie równanie, składające się z trzech liter, znaku równości i jednej cyfry ($e = mc^2$), które na wieki uporządkowało rozumienie funkcjonowania naszego mako i mikrokosmosu. Takiego sukcesu życzę każdemu Koledze, oddanemu alergologii w skali mikro i makro, misji tworzenia owocnych relacji z pacjentem na bazie współczesnej wiedzy alergologicznej.