Pół wieku diabetologii polskiej

Agnieszka Fedorczyk
Katarzyna Pinkosz
Leszek Czupryniak

Rozmowy z Mistrzami

Pół wieku
diabetologii polskiej

Rozmowy z Mistrzami

Agnieszka Fedorczyk
Katarzyna Pinkosz
Leszek Czupryniak

Pół wieku diabetologii polskiej

Rozmowy z Mistrzami

© Medycyna Praktyczna, Kraków 2020
© Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

koordynacja
Piotr Lorens

redakcja
Iwona Zbijowska

korekta
Grażyna Stuczyńska

projekt typografii i okładki
Olgierd Chmielewski, Łukasz Łukasiewicz

DTP
Zofia Łucka, Iwona Zbijowska

Zdjęcia na potrzeby publikacji podczas rozmów wykonali:
Tomasz Adamaszek, Mariusz Cyzio
Pozostałe fotografie – z archiwów własnych rozmówców

Publikacja sfinansowana i wydana pod patronatem
Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Polskie
Towarzystwo
Diabetologiczne

Wydanie I
ISBN 978-83-7430-635-5

Medycyna Praktyczna
ul. Rejtana 2
30-510 Kraków
tel. 122934000
infolinia: 800888000
e-mail: listy@mp.pl
www.mp.pl

Wstęp

Pamięć o przeszłości jest fundamentem przyszłości...

Pół wieku diabetologii polskiej – rozmowy z Mistrzami to piękne dzieło ukazujące historię tej dziedziny w Polsce z perspektywy tych, którzy ją tworzyli. Wielka radość, że powstała ta książka. Stanowi ona wyjątkowy zbiór wspomnień ludzi, którzy wpłynęli na rozwój diabetologii i odegrali w niej kluczową rolę. Wybitni naukowcy, lekarze, specjaliści w dziedzinie diabetologii, wreszcie nasi nauczyciele – osoby, którym polska diabetologia i my sami tak wiele zawdzięczamy.

Każda rozmowa, spotkanie to cenny skarb, wyjątkowy obraz utrwalony w niniejszej publikacji. O wszystkich, których sylwetki i wspomnienia znalazły się na stronicach książki, można powiedzieć: to wybitne indywidualności, ludzie z pasją, potrzebą tworzenia i wielką miłością do wykonywanego zawodu i drugiego człowieka. Zamysł nakreślenia historii diabetologii polskiej poprzez biografie uważam za niezwykle trafiony, gdyż ożywia słowo pisane i nadaje szczególną wartość wspomnieniom.

Z całego serca dziękuję pomysłodawcom dzieła i jego twórcom: profesorowi Leszkowi Czupryniakowi, Katarzynie Pinkosz i Agnieszce Fedorczyk, a najgorętsze podziękowania kieruję do Mistrzów, którzy dzielą się swoim życiem z czytelnikami. Podczas lektury historia ożywała w moich myślach. Osobiste odczucia i wzruszenia wiążą się z faktem, że historie Mistrzów są poniekąd

i moją historią. Spotkanie tych wybitnych osób i świadomość ich wpływu na mój rozwój zawodowy to szczególny dar. Jestem przekonana, że pokolenie, które reprezentuję, znajdzie w tej książce nie tylko fakty historyczne, lecz także ożywione wspomnienia, a pokolenia młodsze dzięki niej lepiej zrozumieją teraźniejszość i przesłanie tytułowe: „Pamięć o przeszłości jest fundamentem przyszłości...".

Z podziękowaniem Autorom za to piękne dzieło, a Czytelnikom – z życzeniami przyjemnej lektury i pięknych wzruszeń

Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz
Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
(kadencja 2019–2023)

Agnieszka Fedorczyk

Bo ważni są ludzie oraz zadbanie o jakość i sens życia

Pomysł napisania książki o Mistrzach polskiej diabetologii podsunął profesor Leszek Czupryniak, reprezentant głosu środowiska Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

W ten sposób dostałyśmy szansę spotkania ludzi, którzy tworzyli w Polsce ważną dziedzinę medycyny, rozwijali ją w trudnych czasach powojennych, później w siermiężnych latach 50. i 60., aż do współczesności. Dziękuję profesorowi Czupryniakowi za tę szansę i zaufanie, którym nas obdarzył, powierzając nam „zaopiekowanie się" znaczącym okresem w historii polskiej diabetologii.

A diabetologia jest przecież „jedną z ciekawszych i bardzo wdzięcznych dziedzin medycyny. Jest tak ciekawa, bo prawie każdy przypadek jest inny i wymaga bardzo wnikliwego, dogłębnego analizowania i czasami dłuższego zastanowienia się nad właściwym rozpoznaniem oraz leczeniem".

Zdawałam sobie sprawę, że dla środowiska diabetologów zapisanie części historii ich dziedziny medycyny – dziedziny tak szczególnej, będzie wydarzeniem znaczącym. Z tym większym szacunkiem i uwagą podeszłam do mojego zadania, które finalnie okazało się jedną z piękniejszych przygód w moim życiu. A stało się tak dzięki ludziom, których spotkałam – moim bohaterom.

Zastanawiając się nad diabetologią, myślę przede wszystkim o ludziach, którzy ją tworzyli. Byłam ciekawa, jacy są, co jest dla nich ważne, co dodawało im odwagi w trudnych sytuacjach, czego chcieli się dowiedzieć i czego nauczyć dla siebie, dla dobra pacjentów i ich rodzin. Wierzę, że to właśnie usłyszałam i zapisałam.

Dziękuję paniom profesor: Hannie Dziatkowiak, Ewie Otto-Buczkowskiej, Renacie Wąsikowej, Annie Czech i Bognie Wierusz-Wysockiej oraz profesorom: Jerzemu Bodalskiemu, Stanisławowi Czekalskiemu, Adamowi Kraszewskiemu i Janowi Tatoniowi za to, że otworzyli przede mną drzwi swoich domów, ale przede wszystkim swoje serca. Za chwile wzruszeń i śmiechu, które towarzyszyły naszym rozmowom.

Każdy z moich bohaterów ma swoją historię i własne doświadczenia – piękne, trudne, wzruszające. Wśród ważnych zdań, które usłyszałam i zapisałam, są m.in. takie:

Okazywać szacunek i empatię chorym oraz ich bliskim.

W medycynie ważne jest równoległe kształcenie w sobie człowieka i lekarza.

Wiedza medyczna jest bardzo ważna, jednakże by w pełni z niej korzystać, trzeba być ukształtowanym człowiekiem. Takim, który rozumie drugiego i w stosunku do pacjenta zachowuje się z szacunkiem.

Jeśli człowiek nie może robić tego, co by chciał, to powinien starać się polubić to, co robić musi. I robić to najlepiej jak potrafi.

W życiu ważna jest praca i działanie na rzecz innych. Dawać, nie oczekując w zamian zbyt wiele.

Cokolwiek w życiu robimy, powinniśmy robić to jak najlepiej.

Radość i satysfakcja, że udało się tak wiele osiągnąć wbrew wszelkim przeciwnościom.

Być przyzwoitym człowiekiem.

Ważni są ludzie i pomaganie innym.

Mieć w sobie radość życia.

Wyznaczanie sobie celu i konsekwentne dążenie do niego.

Bycie uczciwym, po prostu.

Wybierać „być", a nie „mieć".

Przeżyć życie uczciwie, nie robiąc nikomu krzywdy. Być na miarę swoich możliwości człowiekiem przyzwoitym i uczciwym.

Żyć w prawdzie. Ważna jest prawda w stosunku do życia i do siebie, a zwłaszcza w stosunku do siebie.

Przytoczone słowa są przykładem humanizmu i wzmacniają wiarę w człowieczeństwo. A wiara w człowieka ma siłę uzdrawiającą.

Zawsze i we wszystkich okolicznościach, bez względu na to, jakie one są, warto zadbać o jakość i sens życia, niezależnie od jego długości.

O wielu wspaniałych ludziach, których spotykamy w życiu, można powiedzieć, że są z nami zbyt krótko. Czy tak jest? A może dzięki świadomości i rozumieniu przemijania, nieuchronności upływu czasu są w stanie podjąć wysiłek, by nadać życiu sens i podjąć się realizacji wielu wartościowych i użytecznych działań?

Moich bohaterów łączy wiele, a szczególnie nadzieja, która przewija się w ich historiach. Nadzieja jest zawsze, tyle że przychodzi po jakimś czasie, wraz z doświadczeniem. Jest osadzona w przyszłości, nie tu i teraz. Żyjąc nadzieją, nie możemy zapominać o tu i teraz, bo życie toczy się dzisiaj, tutaj, w tym momencie.

Jeśli lekarz, jak w przypadku diabetologii, mówi dzisiaj, że podstawą leczenia jest dieta i zmiana trybu życia, to zamiast czekać na cudowny lek, który być może pojawi się w nieokreślonej przyszłości, warto korzystać z tego, co jest dostępne w tym momencie. I mieć nadzieję.

Ale nie odkładajmy dbania o jakość i sens życia na jutro. Każdy dzień może być wartościowy. Może okazać się ważny, bo tego dnia dokonamy istotnego odkrycia, spotkamy ważną dla nas osobę, przeczytamy komuś bajkę, fragment książki, który będzie dla niego inspirujący. Przeprowadzimy przez pasy niewidomą staruszkę, a ona zrobi coś, co spowoduje, że ludzie wokół uśmiechną się, bo poruszy w nich strunę sensu życia, sensu codzienności. Chodzi o bycie bohaterem codziennego dnia. Na trudności, które spotykamy, możemy patrzeć jak na ograniczenia albo jak na szansę. Czasem

ograniczenia dają więcej niż możliwości, niż – wydawałoby się – sprawy proste.

Moi bohaterowie tworzyli diabetologię w czasach ograniczeń. Mieli możliwości, ale mieli też ograniczenia. Korzystali z jednych i z drugich.

To człowiek podejmuje decyzję, jak będzie wyglądało jego życie. Jedni siedzą w domu i narzekają, że źle, że za mało, że za dużo itd. Inni biorą to, co dostają, i tworzą, budują, działają.

Zapraszam do przeczytania w tej książce o odwadze, energii, wierze – w człowieka, w sens i... miłość.

Spotkanie z moimi bohaterami było dla mnie wielką przygodą, która pozostanie w moim sercu na zawsze.

styczeń 2020

Katarzyna Pinkosz

Poprzeczka wysoko zawieszona

Dziś, kiedy wystarczy przybliżyć telefon z aplikacją do sensora na ramieniu, żeby zmierzyć stężenie glukozy we krwi, tak trudno wyobrazić sobie, że niedawno pomiar mógł trwać cały dzień. Gdy do wyboru są analogi naśladujące wydzielanie insuliny przez zdrową trzustkę, trudno wyobrazić sobie, jak można było leczyć cukrzycę za pomocą insuliny z trzustek zwierzęcych, a w dodatku często mieszanki insuliny wołowo-wieprzowej. Trudno też uwierzyć, jak jeszcze niedawno cukrzyca była dla kobiety przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę. Wszystko to już przeszłość, dzięki postępowi w medycynie, ale przede wszystkim dzięki ludziom, którzy krok po kroku zmieniali polską diabetologię, działając w trudnych czasach.

Kiedy profesor Leszek Czupryniak zaproponował nam napisanie książki o historii polskiej diabetologii, pomyślałam, że to okazja do poznania ludzi niezwykłych, obdarzonych uporem i charyzmą.

To były wspaniałe spotkania i rozmowy z osobami, dla których leczenie cukrzycy to pasja życia. Kim są bohaterowie moich rozmów? Tytanami pracy, mistrzami organizacji. Wskazywali drogę i wysoko zawiesili poprzeczkę. Skąd brali siłę, energię, by pracować często 24 godziny na dobę? Kim są dziś?

Prof. Ida Kinalska – nie sposób zapomnieć ciepła, serdeczności i łez wzruszenia, gdy wspominała wojenne czasy spędzone na Syberii: rówieśników, którzy traktowali ją jak bohaterkę, bo znała smak prawdziwych jabłek, umierające z powodu głodowej biegunki koleżanki, wyprawy na stepy Kazachstanu po pędy roślin nadające się do jedzenia. Dzięki doświadczeniom z dzieciństwa już nic w życiu nie było dla niej za trudne. Pierwsza dama polskiej diabetologii tak ocenia swoje życie: „Ile razy w życiu dotknęła mnie bieda, zaraz potem spotykało mnie coś dobrego. Może sobie na to zasłużyłam? Gdy człowiek dobrze żyje, to ludzie odpłacają mu się dobrem."

Prof. Barbara Krupa-Wojciechowska – energiczna, może nawet apodyktyczna. Jej pasja to medycyna, ale także polityka, którą odziedziczyła w genach. Zawsze uważała, że w życiu nie można być obojętnym. Nadal nie odcina się od swoich życiowych wyborów, a była aktywną uczestniczką życia politycznego; trzykrotnie wybrano ją do KC PZPR. Walczyła o medycynę. „Wielu dyrektorów przychodziło do mnie badać się. Miałam opracowany cały system: najpierw leczyłam dyrektora, potem jakichś krewnych, a wreszcie mówiłam, że słowem Bożym trudno leczyć chorych i trzeba kupować aparaturę. Wielu mi potem pomagało". Efekty? Rozwój hipertensjologii i diabetologii na Pomorzu.

Prof. Czesław Wójcikowski – współtwórca patentów polskich leków przeciwcukrzycowych. Gdyby w latach 80. zostały wdrożone do produkcji, być może Polska byłaby dziś jednym ze światowych liderów w leczeniu cukrzycy. W stanie wojennym, gdy nie chciano go przepuścić przez granicę z NRD, przekonał żołnierzy, żeby zadzwonili do oficera nadzorującego przejście graniczne. „Był na weselu, lekko zawiany. Tłumaczyłem mu, że muszę przejść przez granicę, bo uczestniczę w sympozjum naukowym, mam wykład o wydzielaniu insuliny, objaśniałem mu mechanizm jej działania. Słuchał mnie chyba jak niezbyt zrównoważonego osobnika, ale w końcu powiedział, żeby mnie przepuścili". A potem profesor szedł pieszo 6 km na sympozjum.

Prof. Jacek Sieradzki i jego żona **prof. Barbara Mirkiewicz-Sieradzka** – wspierające się małżeństwo, ale przede wszystkim pasjonaci medycyny, którzy na jej temat potrafią dyskutować i się spierać. Pani profesor tak mówi o swoim mężu: „Zawsze wymagał wiele od siebie i od innych. Wszystkim swoim asystentom w klinice stworzył ogromne szanse rozwoju zawodowego,

naukowego. Potrafi docenić i uszanować pracę innych". Prof. Jacek Sieradzki przez 10 lat był prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego; to m.in. dzięki niemu PTD jest obecnie jedynym towarzystwem naukowym w Polsce, a także w Europie, które co roku aktualizuje swoje wytyczne. Profesor jest także współtwórcą słynnych „konferencji karpackich". Prof. Barbara Mirkiewicz-Sieradzka to „najlepsza okulistka wśród diabetologów", autorka zaleceń okulistycznych dla chorych na cukrzycę.

Prof. Władysław Grzeszczak – jako pierwszy odważył się dializować chorych na cukrzycę, przekonywał, że jest to metoda, dzięki której chorym na cukrzycę z niewydolnością nerek można wydłużyć życie i poprawić jego jakość. Twórca (wraz z prof. Jackiem Sieradzkim) słynnych „konferencji karpackich", a później konferencji diabetologicznych w Zakopanem.

Prof. Andrzej Królewski – wybitny naukowiec, twórca patentów leków przeciwcukrzycowych zapobiegających powikłaniom nerkowym. Od 1980 roku pracuje w Stanach Zjednoczonych w Harvard Medical School oraz w Joslin Diabetes Center – światowym centrum badania i leczenia cukrzycy. To dzięki niemu (i prof. Jackowi Sieradzkiemu) polscy diabetolodzy od lat mogą prowadzić w Stanach Zjednoczonych prace naukowe, które zaowocowały szeregiem doktoratów i odkryć naukowych.

Dziękuję za czas, rozmowy przy kawie, gościnę w domach, życzliwość, podzielenie się cząstką swojego życia. Szczególne podziękowania należą się profesorowi Władysławowi Grzeszczakowi – za rozmowę pomimo ponad 40-stopniowej gorączki.

Ludzie, którzy tworzyli i tworzą polską diabetologię, nie poddają się tak łatwo.

Wysoko zawiesili poprzeczkę.

styczeń 2020

Podziękowania

Historia polskiej diabetologii – wspomnienia Mistrzów

Historię diabetologii tworzyli (i tworzą) ludzie obdarzeni charyzmą, tytani pracy, mistrzowie organizacji, ale też ludzie z charakterem: ciepli, wrażliwi, czasem apodyktyczni. Pasjonaci kierujący się w życiu maksymą: „Cokolwiek w życiu robimy, róbmy to jak najlepiej", potrafiący wyznaczyć sobie cel i konsekwentne do niego dążyć. Ludzie, dla których „być" było w życiu często ważniejsze niż „mieć", którzy sobie i innym potrafili wysoko postawić poprzeczkę.

Tacy właśnie są Mistrzowie polskiej diabetologii!

Serdecznie dziękujemy profesorowi Leszkowi Czupryniakowi za pomysł, inspirację i pomoc w napisaniu tej książki.

Pani profesor Dorocie Zozulińskiej-Ziółkiewicz, profesorowi Maciejowi Małeckiemu oraz całemu Polskiemu Towarzystwu Diabetologicznemu dziękujemy za zaufanie, którym zostałyśmy obdarzone.

Dziękujemy za podzielenie się cząstką historii swojego życia paniom profesor: Hannie Dziatkowiak, Idzie Kinalskiej, Barbarze Krupie-Wojciechowskiej, Barbarze Mirkiewicz-Sieradzkiej, Ewie Otto-Buczkowskiej, Renacie Wąsikowej, Annie Czech i Bognie Wierusz-Wysockiej oraz profesorom: Jerzemu Bodalskiemu, Stanisławowi Czekalskiemu Władysławowi Grzeszczakowi, Adamowi Kraszewskiemu, Andrzejowi Królewskiemu, Jackowi Sieradzkiemu, Janowi Tatoniowi i Czesławowi Wójcikowskiemu.

Agnieszka Fedorczyk, Katarzyna Pinkosz

Rozmowa z profesorem
Jerzym Bodalskim

Człowiek z genem ciekawości i pasji

Jak zostałem lekarzem

Wilno, Radom i Łódź – z tymi miastami związane są kolejne etapy mojego życia. Urodziłem się w Wilnie, skąd pochodziła moja matka Konstancja z domu Bociarska. Tam też spędziłem wczesne dzieciństwo. Po wybuchu II wojny światowej przesiedlono nas do Radomia, gdzie w 1940 roku rozpocząłem naukę na kursach tajnego nauczania. Po wojnie przeprowadziliśmy się do Łodzi, by tutaj osiąść na stałe. W Łodzi ukończyłem studia medyczne w 1957 roku, a następnie podjąłem pracę na Akademii Medycznej. Początkowo byłem zatrudniony w Zakładzie Fizjologii, po czym zostałem przyjęty do pracy w utworzonej i kierowanej przez mojego mentora prof. Franciszka Redlicha Klinice Pediatrycznej, z którą związałem całe moje życie. Pracę w Instytucie Pediatrii i Klinice Chorób Dzieci wspominam jako jeden z najważniejszych i najpiękniejszych okresów mojego życia.

Wyrastałem w klimacie bliskim medycynie – rodzice byli farmaceutami. Mama pracowała w aptece w Radomiu, w której jako dziecko bawiłem się opakowaniami po lekach – pudełkami, butelkami, fiolkami i oczywiście obserwowałem chorych, którzy przychodzili po lekarstwa.

Pediatrą była „przyszywana" ciocia Jadwiga Zamłyńska, bliska koleżanka mojej mamy, jeszcze z czasów polskiej szkoły na Litwie. Nasze rodziny przyjaźniły się, bywałem częstym gościem w domu cioci Jadwigi, która miała

prywatny gabinet, a ja z zainteresowaniem obserwowałem jej pracę oraz pacjentów.

Myślę, że te medyczno-farmaceutyczne klimaty miały wpływ na wybór mojej profesji. Chociaż prawdę powiedziawszy, jako człowiek mocno dojrzały, myślę, że młoda osoba, która kończy szkołę, wybiera przyszły zawód, kierunek studiów, rzadko ma wiedzę, na czym ta praca będzie polegała. W moim przekonaniu kierują tym przypadki. I chyba ze mną też tak było. Przypadek zrządził to, czy też nie, tak czy inaczej, zostałem pediatrą, co dzisiaj oceniam jako szczęśliwą i wspaniałą decyzję życiową.

Leczyć dzieci czy dorosłych – to wielka różnica. Każde dziecko jest piękne i szczere z natury. Z dorosłymi bywa różnie. Dzieci nie mają zahamowań, by mówić prawdę. One są prawdziwe. Jak mocno pamiętam te wszystkie lata spędzone w otoczeniu dzieci, uświadomiłem sobie całkiem niedawno, podczas uroczystości 200-lecia szkoły podstawowej, do której chodzi moja młodsza wnuczka Zosia. Spotkałem się tam z ogromną rzeszą radosnych, pełnych życia, śpiewających i recytujących dzieci. I poczułem dojmującą tęsknotę za czasem, kiedy miałem kontakt z dziećmi na co dzień, czego dzisiaj już nie mam. Wybór pediatrii to była właściwa droga życiowa.

Obozy harcerskie

W 1957 roku miały miejsce dwa ważne wydarzenia w moim życiu. Ożeniłem się i podjąłem pracę w Instytucie Pediatrii i Klinice Chorób Dzieci, utworzonej i kierowanej przez wspomnianego już przeze mnie prof. Redlicha – światłego, lwowskiego lekarza i społecznika, uznanego dzisiaj za twórcę diabetologii dziecięcej w Polsce.

Prof. Redlich był człowiekiem mocno doświadczonym przez wojnę. W zawierusze wojennej utracił syna, przeżył także wiele tragicznych sytuacji podczas okupacji. Prawdopodobnie te traumatyczne doświadczenia spowodowały, że sprofilował swoją klinikę na choroby, które miały ciężar gatunkowy społecznego nieszczęścia. W jego klinice rozwijana była diabetologia, hematologia i po części nefrologia.

Pewnego dnia, cztery lata po zakończeniu studiów i rozpoczęciu mojej praktyki w Klinice Pediatrycznej, szef zawołał mnie do swojego gabinetu i powiedział: „Kolego, chciałbym, żeby zorganizował pan wypoczynek dla dzieci chorych na cukrzycę. Najlepiej, żeby to był obóz harcerski. Bo wie pan, te nocne podchody, warty, ta symbolika, zdobywanie sprawności, ogni-

Dr Jerzy Bodalski (pierwszy od prawej) i prof. Franciszek Redlich (w środku) w czasie pobytu na obozie harcerskim

ska – to wszystko jest potrzebne naszym podopiecznym, po to, by poczuły się tak jak inne dzieci. A może nawet lepiej w pewnym sensie, silniej. Taka aktywność pomoże im odwrócić uwagę od stałych dolegliwości związanych z cukrzycą. Niech zaznają trochę normalności."

Motywacja pana profesora była prosta. W owym czasie wszystkie polskie dzieci gromadnie wyjeżdżały na rozmaitego typu kolonie letnie, biwaki, obozy stacjonarne, wędrowne, spływy kajakowe i inne letnie formy wakacyjnego wypoczynku. Dzieci chorych na cukrzycę nikt nigdzie nie zabierał. Zostawały w miastach, w swoich domach.

To było dla mnie oczywiste, że mam spełnić wolę profesora. Wyznam, że dla młodego lekarza stanowiło to poważne wyzwanie organizacyjne i merytoryczne. Miałem przecierać trudne szlaki. Nikt do tej pory nie zdobył się na odwagę, by zgrupować w lesie pod namiotami, na odludziu, kilkadziesiąt chorych dzieci.

Bez zbędnych namysłów nawiązałem w 1962 roku kontakt z Komendą Chorągwi Ziemi Łódzkiej i przy wsparciu druha hm. Bronisława Wścisłowskiego zorganizowałem pierwszy w Polsce obóz harcerski dla dzieci chorych na cukrzycę. Przypomnę, że w tamtych czasach nie było to łatwe, choćby ze względu na naturalne trudności związane z zapewnieniem żywności, transportu, o komunikacji telefonicznej nie wspominając.

Opiekę nad sześćdziesięcioma harcerzami sprawowaliśmy w kilkuosobowym zespole medyczno-pielęgniarskim. W leśnej głuszy wykonywaliśmy młodym harcerzom badania, wstrzykiwaliśmy insulinę i interweniowaliśmy w przypadkach ostrych powikłań choroby, jak kwasica czy niedocukrzenie. Uczyliśmy dzieci, jak same mają wykonywać pomiary cukru metodami, jakie były wówczas dostępne, jak interpretować wyniki, ustalać zmienne dawki insulin, wyjaławiać sprzęt do iniekcji i wstrzykiwać sobie insulinę. Miały za zadanie badać sobie poziom cukru w moczu trzy razy w ciągu doby. Służyły do tego dwa odczynniki – glukotest i ketotest. Glukotest pokazywał, ile cukru jest w moczu – na skali ukazywało się zero, +1 lub +2.

Dzieci prowadziły zeszyty, w których każdego dnia wpisywały wyniki z trzech pomiarów wykonanych w ciągu doby. Opierając się na stopniu cukromoczu, ustalało się, jakie podać im dawki insuliny. Kiedy cukru było w moczu dużo, zwiększaliśmy dawki insuliny, a kiedy na skali ukazywało się zero, to je zmniejszaliśmy.

Z kolei ketotest pokazywał, czy w moczu jest aceton. Jego obecność była sygnałem ostrzegawczym, że pacjentowi zagraża śpiączka cukrzycowa. Dzieci były uczone, w jaki sposób reagować i jaką wszczynać procedurę w takim przypadku, by uchronić się przed rozwojem powikłań.

Edukacja dziecka chorego na cukrzycę na rzecz pełnej samodzielności w wykonywaniu wszystkich czynności związanych z chorobą była jednym z głównych założeń programowych obozu. Większość dzieci opanowała to bezbłędnie. Do arsenału anegdot wpisała się opowieść, kiedy do szpitala powiatowego w wyniku powypadkowego urazu trafił 11-letni Adaś, który po dojściu do siebie na oczach oniemiałych pielęgniarek przeprowadził badanie moczu i wstrzyknął sobie insulinę.

Niedoskonałość opisanego wyżej systemu prowadzenia pacjenta chorego na cukrzycę polegała na założeniu, że ilościowym odpowiednikiem stężenia glukozy we krwi jest stężenie cukru w moczu. Założenie to przyjęto z ko-

nieczności, ponieważ oznaczanie cukru we krwi było wówczas możliwe jedynie w warunkach laboratoryjnych, a więc w przypadku wielokrotnej kontroli glikemii u chorego na cukrzycę praktycznie niedostępne. Nie było również tego wszystkiego, co znamy dzisiaj. Nie tylko glukometrów, lecz także insulin humanizowanych, analogów insulin, penów czy pomp insulinowych.

Takie, a nie inne ówczesne możliwości leczenia miały swoje skutki w postaci stałego rozwoju późnych powikłań choroby.

Te dzieci nie były zwykłymi pacjentami. To byli raczej młodzi przyjaciele. Kiedy obóz się kończył i kiedy każdego Jasia czy Zosię przytuliłem na pożegnanie, to koszulę mogłem wykręcać, taka była mokra od łez wzruszenia. Przepełniało mnie wtedy uczucie niedoścignionej satysfakcji z tego powodu, że mogłem dać tyle radości i wzruszeń, w sposób tak wyrazisty i namacalny, cudownej gromadce odsuwanych na margines życia chorych dzieci. Był to powód, dla którego organizowałem te obozy przez kolejnych siedem lat, poświęcając na to swój urlop. Kilkakrotnie zabierałem na obóz swoją córkę. W ostatnim organizowanym przeze mnie obozie (w powiecie kartuskim) uczestniczyło 250 dzieci z całego kraju, w tym grupa dzieci z Francji.

Ten wieloletni, bliski kontakt z moimi młodymi pacjentami był niezastąpioną szkołą diabetologii w wielu jej różnorodnych aspektach. Dzisiaj z głęboką wdzięcznością wspominam chwilę, kiedy mój profesor zlecił mi zadanie, którego wykonanie miało wprowadzić nową jakość w życie młodych pacjentów, a mnie związać na przyszłość z diabetologią.

Swoje wieloletnie doświadczenia z organizacji obozów harcerskich podsumowałem w 1966 roku, organizując w Świbnie ogólnopolską Naradę Przyjaciół Dziecka Chorego na Cukrzycę. W naradzie wzięli udział kierownicy poradni diabetologicznych dla dzieci i komendanci chorągwi ZHP ze wszystkich województw.

Czasem słońce, czasem deszcz

Kiedy sięgam do fotografii z tych harcerskich wyjazdów, widzę uśmiechnięte buzie dzieci i radosnych nas – opiekunów. Jednak rzeczywistość i możliwości opieki lekarskiej nad dzieckiem chorym na cukrzycę sprzed ponad pół wieku były w stosunku do aktualnego stanu wiedzy bardziej niż tragiczne.

To był też jednocześnie najsmutniejszy okres mojego życia zawodowego – okres rozczarowań, zawodu, porażającej bezradności i powątpiewania w sens

medycyny. Jednakże nadal podążałem drogą, którą wybrałem, a moje zaangażowanie w diabetologię i działania na rzecz jej rozwoju traktowałem zawsze jak obowiązek – spełnienie nienapisanego testamentu swoich harcerzy.

Z każdym mijającym rokiem stawało się bardzie oczywiste, że wynalezienie insuliny i jej substytucyjna aplikacja pozwalają co prawda opanować ostry kryzys metaboliczny, jakim jest kwasicza śpiączka cukrzycowa, pozwalają żyć z cukrzycą, ale powodują równocześnie poważne zagrożenia, jakimi są przewlekłe powikłania choroby. Ogromna większość moich harcerzy podzieliła los Leonarda Thompsona, pierwszego pacjenta leczonego insuliną. Odeszli oni z tego świata w wieku 30–35 lat, kiedy chce się najbardziej żyć.

Dlaczego tak się stało i czy tak musiało się stać? Leczenie cukrzycy w latach 60. i 70. odbywało się zgodnie z ówczesnymi standardami promowanymi w Europie, głównie przez ośrodki francuskie, szczególnie przez szkołę paryskiego prof. Lestradeta. Wiedzę z kliniki w Paryżu przenosiła na rodzimy grunt nieoceniona dr Alina Margolis. W obowiązującym w kraju programie leczenia cukrzycy u dzieci i młodzieży, opracowanym w ośrodku łódzkim, stosowaliśmy metodę codziennej adaptacji dawek insuliny w zależności od zachowania się cukromoczu. Metoda przewidywała trzykrotne w ciągu dnia oznaczanie cukru i acetonu w moczu. Na podstawie tych oznaczeń, według określonego klucza, wyznaczało się dawkę insuliny, a właściwie mieszaniny insulin działających bezpośrednio i z opóźnieniem w stosunku do chwili wstrzyknięcia. Leczenie dziecka polegało na możliwie najdokładniejszym dostosowaniu dawek insuliny do ciągle zmieniających się potrzeb ustroju.

Filozofia postępowania z chorym na cukrzycę jest więc dzisiaj dokładnie taka sama jak ponad pół wieku temu. Różnica polega na tym, że wtedy nie było narzędzi służących do utrzymania metabolicznej równowagi ustroju chorego, którymi dysponujemy współcześnie. A było to o tyle kluczowe, że przekładało się wprost na to, co jest jedyną i największą zmorą cukrzycy – przewlekłe powikłania choroby.

Udokumentowało to w sposób przekonywający wiarygodne, wieloośrodkowe badanie populacyjne, powszechnie znane i określane skrótem DCCT (Diabetes Control and Complication Trial), opublikowane w 1993 roku. Wyniki tej próby wpłynęły niewątpliwie na zmianę filozofii prowadzenia chorych na cukrzycę i zapoczątkowały kolejny okres w historii, którego naczelną zasadą stała się prewencja przewlekłych powikłań choroby. Wiarygod-

ność uzyskanych wyników nie podlegała dyskusji. Przypuszczenia zmieniły się w dogmat: poprawa wyrównania metabolicznego cukrzycy chroni przed rozwojem przewlekłych powikłań choroby.

Myślenie lekarskie podążyło w kierunku spełnienia banalnie prostego z pozoru założenia – wyrównania glikemii. Strategia postępu medycyny dla spełnienia tego celu wyznaczyła trzy obszary działań: pomiary glikemii, aplikacje insuliny i zastosowanie preparatów insulin.

W latach 50.–70. ubiegłego stulecia wglądem w glikemię było wspomniane już oznaczanie cukromoczu. Spekulowano wówczas, że poziom cukromoczu jest pochodną glikemii i wobec braku możliwości monitorowania tejże glikemii, może stanowić on podstawę zmian dawek insuliny. Oznaczanie cukru we krwi było procedurą niesłychanie złożoną, a przede wszystkim długotrwałą. Miałem okazję tego doświadczyć, uczestnicząc w badaniach do mojej pierwszej pracy naukowej z 1957 roku, której byłem współautorem. Tytuł brzmiał: „Poziom cukru we krwi serca psa podczas różnych stanów napięcia nerwu błędnego". To ja byłem tą osobą w zespole, która oznaczała stężenie cukru we krwi. Posługiwałem się metodą opracowaną przez Hagedorna – z wykorzystaniem probówek, pipet, biuret, łaźni wodnej, miareczkowania i wyliczania. Oznaczanie cukru w kilkunastu próbkach krwi trwało kilka godzin.

Pierwszy glukometr pojawił się dopiero w 1970 roku, początkowo jako sprzęt dużej objętości, z koniecznością dostępu do gniazdka elektrycznego. Dzisiejsze glukometry są małe, autonomiczne, wygodne i powszechnie dostępne. Wynik oceniający poziom cukru we krwi otrzymuje się w ciągu kilku sekund! Ogromny postęp.

Kroki milowe w diabetologii

Gdy myślę o postępie w leczeniu chorych na cukrzycę, to w pierwszej kolejności wymieniam, bez wahania, możliwość szybkiego, wielokrotnego oznaczania stężenia glukozy we krwi. Korzystanie z glukometrów, tego cudu techniki, też jest już obecnie anachronizmem. Dzisiaj wszczepia się w skórę chip, którego dotknięcie pokazuje stężenie cukru w płynie pozakomórkowym. Nie trzeba kłuć, wystarczy dotknąć i odczytać wynik.

A ile mamy rodzajów insulin! Kiedy byłem młodym lekarzem, dostępne były dwa rodzaje insulin: krystaliczna oraz protaminowo-cynkowa – o opóźnionym działaniu. Obie były produkowane przez Zakłady Farmaceutyczne

„Polfa" i pozyskiwane z trzustek zwierząt. Te dwa dostępne rodzaje insulin zajmowały w aptece dwie szuflady. Postęp w doskonaleniu insulin doprowadził do tego, że dzisiaj mamy nieprawdopodobnie wielką liczbę preparatów insulin: różnych producentów, o różnej aktywności biologicznej, różnym zakresie, początku i czasie działania, różnej technologii pozyskiwania, stężeniu w określonych objętościach, sposobie konfekcjonowania, wreszcie różniących się składem i proporcjami mieszanin insulin.

Z tym ogromnym zróżnicowaniem miałem możliwość zapoznać się w 2000 roku, kiedy opracowywałem ekspertyzę na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i zostałem dopuszczony do informacji niejawnych. Trudno w to uwierzyć, ale pod hasłem „insulina" na polskim rynku farmaceutycznym znajdowały się wówczas 204 pozycje. 204 szuflady z insulinami w aptece!

I w końcu element postępu, który stanowi syntezę wszystkich wysiłków i starań trwałego utrzymania normoglikemii u leczonych dzieci. Obiektywny recenzent skuteczności terapii: hemoglobina glikowana. Marker, którego wartości nie da się przecenić. Pozwala ocenić nie tylko przeszłość zamkniętą w 3-miesięcznym okresie życia krwinki czerwonej, ale i przyszłość, informując o zagrożeniu rozwojem powikłań.

Postęp w jakości insulin, możliwość odczytywania stężenia glukozy we krwi, aplikacja insuliny – podawanie za pomocą penów, bez strzykawek, bez konieczności ich gotowania, a wreszcie pompy insulinowe, które są przykładem krańcowego postępu, jeśli chodzi o aplikowanie – to jest zupełnie inny świat. Postęp i to wszystko, czym dzisiaj dysponuje medycyna w zakresie leczenia chorego na cukrzycę, są bez porównania – jak niebo a ziemia.

Moi pacjenci

Jak powiedziałem już wcześniej, z moimi pacjentami wiążą się smutne wspomnienia, bo ci ludzie odeszli w kwiecie wieku, często w tragicznych okolicznościach. Mam w pamięci bardzo uzdolnionego technicznie chłopca, który tracąc wzrok z powodu cukrzycy, miał *idée fixe* wynalezienia laski, z którą człowiek niewidomy mógłby się sprawnie poruszać. Jurek już jako człowiek dorosły pracował w Instytucie Automatyki Przemysłowej i Pomiarów w Łodzi. Choroba postępowała u niego, niestety, bardzo szybko. Mieszkał sam w bloku na 10. piętrze. Kończył życie z zaawansowanym zespołem

Kimmelstiela i Wilsona – dziś już zapewne zapomnianym. Drzwi do jego mieszkania były otwarte. Pomagali mu sąsiedzi – ktoś zrobił zakupy, ktoś inny przyniósł zupę lub podał mu herbatę.

Pod rozmaitymi pretekstami posyłałem do niego swoich asystentów, żeby zobaczyli, jak wygląda biologia człowieka zdegradowanego przez chorobę. Zależało mi na tym, żeby przyszli lekarze mieli świadomość, jakiej precyzji wymaga postępowanie z pacjentem, w którego przypadku celem jest metaboliczne wyrównanie cukrzycy i tym samym prewencja rozwoju przewlekłych powikłań.

Jurek nie zdążył zrealizować swojego zamysłu skonstruowania białej laski, o jakiej marzył. Być może udałoby mu się to, gdyby żył dłużej.

Moi pacjenci, których mam w pamięci, to były cudowne dzieci. Wśród nich piękne dziewczyny, które jako nastolatki siedziały latem w upale na plaży ubrane pod szyję, wstydząc się założyć kostium kąpielowy i odsłonić „dziury w ciele" spowodowane lipodystrofią, tj. zanikiem tkanki tłuszczowej w wyniku iniekcji niedoskonałych preparatów insulin. Wchodziły w dorosłość, tracąc wzrok.

Pamiętam okres, kiedy nikomu do głowy by nie przyszło, że cukrzyca ma jakiś związek z zawałem serca czy udarem mózgu. Ofiarą powikłań sercowo-naczyniowych cukrzycy był mój pacjent Jaś z Częstochowy. Pod koniec lat 60. ubiegłego wieku zmarł na zawał serca, mając 22 lata. Wszyscy z niedowierzaniem przyjmowali wiadomość o rozległym zawale u tak młodego człowieka.

Sprawa związków pomiędzy cukrzycą, a stanem naczyń wieńcowych w sercu to kwestia ostatnich 20 lat. Odkrycia dokonano przypadkowo. W pewnym momencie zwrócono uwagę, że ogromny odsetek pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową choruje jednocześnie na cukrzycę, i na dodatek o tym nie wie.

Mógłbym mnożyć opowieści o dramatycznych losach swoich harcerzy z lat 60. Tracili wzrok i umierali, kolejno informując siebie nawzajem o tych, którzy odeszli. Z roześmianej, radosnej gromady pozostał w mojej pamięci korowód cieni.

Człowiek jest zespołem ogromnie skomplikowanych mechanizmów. Związki poszczególnych układów i poszczególnych patologii, wyzwalanych przez rozmaite czynniki, są przedmiotem odkryć, które w świadomości lekarskiej utrwalają się dopiero po pewnym czasie.

Nefropatie HBV

Epidemiologicznym problemem przełomu lat 60. i 70. ubiegłego stulecia na całym świecie, również w Polsce, były zakażenia wirusem *hepatitis* typu B. Wirus ten, replikując się w hepatocytach, powodował wirusowe zapalenie wątroby typu B (nazywane żółtaczką wszczepienną ze względu na łatwość przenoszenia zakażenia poprzez krew). W tym okresie nie stosowano jeszcze sprzętu jednorazowego użytku.

Prowadząc w tym czasie oddział dziecięcy o profilu internistycznym, zauważyłem, że u znacznej liczby dzieci z ciężkimi kłębkowymi zapaleniami nerek występują serologiczne dowody zakażenia wirusem *hepatitis* typu B. Znalezienie odpowiedzi na pytanie, co to może oznaczać, wypełniło mi trzy lata intensywnych badań. Prowadziłem je, współpracując z dwoma ośrodkami: Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie, jednym z dwóch ośrodków na świecie dysponującym możliwością identyfikacji wszystkich struktur wirusa, którym kierował wówczas twórca polskiej immunopatologii, uczony światowej sławy – prof. Adam Nowosławski, oraz z Ośrodkiem Naukowo-Badawczym w naszej uczelni, w Łodzi, kierowanym przez prof. Leszka Woźniaka. W swojej pracy udowodniłem, że deponowane w nerkach zakażonych dzieci krążące kompleksy immunologiczne z antygenami wirusa *hepatitis* typu B prowadzą do rozwoju ciężkiego kłębkowego zapalenia nerek, bez śladowej manifestacji lub zaledwie ze śladową manifestacją patologii wątroby. Szerokie epidemiologiczno-kliniczno-morfologiczne studium badawcze na ten temat z 1974 roku było najbardziej spektakularnym, nowatorskimi i odkrywczym osiągnięciem w całej mojej działalności naukowej.

Dziesiątki czy nawet setki godzin spędzone z nieżyjącą dzisiaj dr Iwoną Giryn w pracowni mikroskopii elektronowej pozwoliły ujawnić unikatowe i niepublikowane zdjęcia struktur wirusa *hepatitis* typu B w tkance nerkowej pobranej drogą biopsji.

Spośród 900 prac naukowych, w których jest wymienione moje nazwisko, czuję się co najwyżej współwłaścicielem tego dorobku, a jego uprawnionymi właścicielami jest grono moich uczniów i współpracowników, w tym 31 doktorantów i pięciu doktorów habilitowanych, których udało mi się wypromować.

Profesor Kraszewski i synteza genu ludzkiej insuliny

Mówiąc o postępie w leczeniu cukrzycy, nie sposób nie wspomnieć o prof. Adamie Kraszewskim, bo to tak, jakby mówić o polskiej astronomii i nie wymienić Mikołaja Kopernika.

Prof. Kraszewski, chemik z Instytutu Chemii Bioorganicznej Polskiej Akademii Nauk w Poznaniu, przebywał w 1997 roku na stypendium naukowym w Stanach Zjednoczonych. Pracując w amerykańsko-japońskim zespole uczonych, dokonał chemicznej syntezy genu ludzkiej insuliny. Naukowcy ten zsyntetyzowany z pojedynczych aminokwasów gen wszczepili w plazmid komórki bakterii *E. coli*, zmuszając ją w ten sposób do produkcji czystego ludzkiego hormonu.

Warto przypomnieć, że wydarzenie to miało miejsce w czasach, kiedy w związku ze zwiększającą się liczbą zachorowań na cukrzycę na wszystkich kontynentach świat stanął wobec groźby niedoboru zwierząt rzeźnych na potrzeby przemysłu produkującego insulinę.

Badacze, o których mówię, spowodowali, że czysta insulina, tożsama z insuliną ludzką, zaczęła być pozyskiwana za pośrednictwem bakterii w dowolnych ilościach, a procesem tym można było sterować w zależności od potrzeb.

Niedługo po tym odkryciu miałem okazję zwiedzać fabrykę insuliny Eli Lilly w Indianapolis, gdzie widziałem w hali produkcyjnej ogromne kadzie, w których kwadryliony komórek bakteryjnych produkowały insulinę dla chorych na cukrzycę na całym świecie.

Nie ma dzisiaj apteki, która nie sprzedawałaby insuliny produkowanej według receptury, której współtwórcą jest polski uczony. Syntezę genu ludzkiej insuliny społeczność międzynarodowa umieściła na liście epokowych wynalazków naszej cywilizacji, odnotowywanych od 1250 roku. Nazwisko Adama Kraszewskiego można na niej odnaleźć obok Gutenberga, Galileusza, Newtona, Nobla, Rentgena i Bantinga, obok odkrywców teleskopu, barometru, mikroprocesora, samolotu, rezonansu magnetycznego czy twórców laboratorium kosmicznego Skylab. Zasługi prof. Kraszewskiego dla diabetologii powszechnej są więc nieocenione. Za sprawą moich zabiegów prof. Kraszewski uzyskał członkowsko honorowe Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Jednak mój dwukrotnie składany wniosek o nadanie tytułu doktora *honoris causa* skierowany do Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu nie spotkał się z aprobatą władz.

Pozostanie dla mnie tajemnicą, jak to się stało, że Wielkopolanin, człowiek, którego osiągnięcie wpisane jest złotymi literami w osiągnięcia medycyny powszechnej, nie doczekał się gestu uznania przez medyczne środowisko swojego regionu.

Liliowce – moja pasja

Przejście na emeryturę, szczególnie dla osób aktywnych zawodowo, nie jest okolicznością obojętną – na ogół mniej lub bardziej przykrą, czasami nieznośną. Podejmowane zabiegi, by pozostawać w środowisku, w którym pracowało się całe życie, nie zawsze się sprawdzają, często z różnych przyczyn są powodem dodatkowych stresów i rozczarowań. Dlatego od dawna namawiam bliskich i znajomych, bo nieuchronnie wszyscy kiedyś będą starzy, do wcześniejszego przygotowania terenu własnej działalności pozazawodowej, która ułatwi bezpieczne i przyjemne spędzenie kolejnych lat życia.

U mnie wybór padł na hodowlę kwiatów, a ściślej mówiąc – liliowców. Liliowiec w naszym kraju był znaną od wielu lat mało atrakcyjną byliną, którą można spotkać w formie nieciekawych nasadzeń wokół starych domów czy ogródków. Hodowcy amerykańscy poprzez zabiegi hodowlane uczynili z niej roślinę o ogromnych walorach dekoracyjnych. Problem polegał na tym, że rośliny wyhodowane w aksamitnym klimacie Florydy nie były przystosowane do uprawy w przejściowym, zmiennym, oceaniczno-kontynentalnym klimacie Polski. Zgodnie z moimi założeniami cechę tę miały zyskać w Eksperymentalnej Szkółce Liliowców, którą założyłem w 2012 roku. W ciągu siedmiu lat udało mi się wyhodować i zarejestrować w rejestrach międzynarodowych 190 odmian polskich – mrozoodpornych odmian liliowców spełniających standardy hodowli współczesnej. Nie ma to odpowiednika zarówno w kwiaciarstwie Polski, jak i Europy. Moje osiągnięcia zostały zauważone i docenione przez redakcje renomowanych czasopism ogrodniczych w Europie i Stanach Zjednoczonych, dlatego na ich prośbę publikowałem artykuły w „Bulletin the British Hosta and Hemerocallis Society" oraz amerykańskim „The Daylily Journal".

Poza działalnością hodowlaną i tworzeniem własnych odmian kwiatów wiele uwagi poświęcam popularyzacji liliowca jako oryginalnej i atrakcyjnej rośliny ogrodowej. Założony przeze mnie Hemerocallis Club skupia obecnie 20 czołowych hodowców liliowców w Polsce, którzy przy okazji cyklicznych spotkań mają możliwość wzajemnego dzielenia się swoimi

doświadczeniami i osiągnięciami. Założoną i prowadzoną przeze mnie stronę internetową (www.liliowce.net), edytowaną w czterech językach, odwiedziło ponad 700 tys. czytelników z ponad 100 krajów. Zawiera ona obszerną dokumentację fotograficzną, liczne materiały edukacyjne i bieżące informacje o polskiej hodowli liliowców.

Patronem ogrodów liliowcowych w Polsce została wyhodowana przeze mnie odmiana nazwana imieniem ks. Jerzego Popiełuszki. Posadziłem ją osobiście przy kościele św. Stanisława Kostki w Warszawie w 2015 roku, pod pomnikiem najbardziej – moim zdaniem – tragicznej postaci powojennej historii naszego kraju.

Kolekcję swoich odmian liliowców przekazałem ponadto do Ogrodu Botanicznego Arboretrum w Rogowie, by wzbogacić zasoby botaniczne tego wyjątkowego miejsca.

Moja żona to skarb

Cała moja bogata działalność zawodowa i pozazawodowa, moje nie zawsze zgodne z życiem rodzinnym pomysły odbywały się przy pomocy i aprobacie mojej żony – kobiety o wyjątkowej urodzie i cechach charakteru. Dzielnie i ze zrozumieniem przyjmowała wszystkie moje dziwactwa i pomysły, zawsze mi towarzyszyła. Odkąd ją poznałem – jak śpiewał Wiesław Michnikowski: „Dziunię oczy me ujrzały i nie mogłem ich z niej zdjąć". I tak jest do dzisiaj. Przeżyliśmy razem 62 lata.

Dzisiaj, z pozycji człowieka starego, oceniam, że gdybym urodził się po raz drugi, na pewno skorygowałbym swoje życie na tyle, by więcej czasu poświęcać rodzinie. Bardziej dbać o komfort najbliższych mi osób. Zawsze mogłem liczyć na pomoc i wsparcie mojego brata Ryszarda, córki Joanny, dwóch wnuczek Ani i Zosi oraz wspaniałego zięcia Sławomira.

Potrzeba tworzenia

Zawsze miałem potrzebę tworzenia, wszystko jedno, co to było – nowe rozwiązania organizacyjne, kierunki badawcze, odmiany kwiatów, tomiki poezji czy fotografie. Z jednej pasji wchodziłem naturalnie w drugą. Miałem satysfakcję i radość z tej wrodzonej potrzeby tworzenia, zwyczajnie, ponieważ ją odczuwałem. Nie miałem natomiast potrzeby, by efekty moich osiągnięć były rozgłaszane czy podziwiane. Przyjemność dawało mi to, że

umiałem i mogłem coś zrobić. Gdy coś mnie zainteresowało, angażowałem się w to głęboko, całym sobą i byłem w tym konsekwentny.

To jest w życiu ważne

Myślę, że jest sporo rzeczy, które są w życiu ważne. Jedną z nich jest na pewno to, by przeżyć życie w taki sposób, aby móc bez wstydu i zażenowania, spokojnie spoglądać wstecz na czas, który minął i już nie wróci. Przeżyć życie uczciwie, nie robiąc nikomu krzywdy. Być na miarę swoich możliwości człowiekiem przyzwoitym i uczciwym. A ponadto, uwierzyć w mądrość wskazań, które przekazała mi przed laty moja matka, że „jedyną wartością, o którą warto w życiu zabiegać, jest życzliwość ludzi". Myślę, że to jest najważniejsze.

Prof. Jerzy Bodalski

rocznik 1934. Urodził się w Wilnie, w rodzinie ziemiańskiej. Pediatra, diabetolog i nefrolog. Lekarz i naukowiec. Społecznik. Dociekliwy badacz aspektów klinicznych chorób u dzieci. Autor i współautor ponad 900 prac naukowych, w tym ponad 200 oryginalnych. Laureat Orderu Uśmiechu. Całe życie zawodowe związany z Akademią Medyczną w Łodzi, gdzie pełnił funkcję dyrektora Instytutu Pediatrii oraz prodziekana i prorektora ds. klinicznych. Był redaktorem naczelnym „Przeglądu Pediatrycznego". Miłośnik i hobbystyczny hodowca lilii i liliowców, znanych na świecie. Wśród wielu swoich aktywności naukowych i społecznych jest również honorowym członkiem Łódzkiego Towarzystwa Naukowego. W 2017 roku z inicjatywy tego Towarzystwa została opublikowana monografia przedstawiająca sylwetkę prof. Bodalskiego oraz jego dokonania i zasługi na rzecz polskiej medycyny, a zwłaszcza pediatrii.

Żona Anna jest dermatologiem, córka Joanna diabetologiem, wnuczka Ania ukończyła Wydział Lekarski w Łodzi i w 2017 roku uzyskała dyplom lekarza, druga wnuczka Zosia jest uczennicą szkoły podstawowej.

„Z inicjatywy Profesora w roku 1976 powstała w oddziale łódzkim Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego Sekcja Nefrologiczna. W latach 1996–2000 pan Profesor przewodniczył Ogólnopolskiej sekcji pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, a od roku 1999 został członkiem Zarządu Głównego PTD. W tym samym roku został honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, w roku 2003 – Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, a w roku 2009 Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej. Należy także wspomnieć o członkostwie Profesora w międzynarodowych towarzystwach naukowych: The International Pediatric Association, The International Pediatric Nephrology Association, The European Association for the Study of Diabetes.

Prof. Jerzy Bodalski za swą działalność społeczną, organizacyjną i naukową otrzymał szereg odznaczeń państwowych, resortowych, nagród i wyróżnień – m.in.: Krzyże: Komandorski, Oficerski i Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty Krzyż Zasługi, Medal im. Józefa Brudzińskiego, Medal im. Dr. Henryka Jordana, medal »Za Zasługi dla Uczelni«, Honorową Odznakę PCK, odznakę »Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia«, Złotą odznakę »Zasłużony dla Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków« oraz Order Uśmiechu."

(Źródło: monografia „Profesor Jerzy Bodalski")

Rozmowa z profesor
Anną Czech

Nauka i praktyka – dla dobra chorych

Moja droga do medycyny – przystanek diabetologia

Przypominam sobie, że w szkole średniej wyróżniano mnie za zdolności i wiedzę z matematyki. Z tego powodu rodzice sugerowali, że powinnam studiować na politechnice. Moja siostra i brat byli już inżynierami, pomyślałam – to wystarczy. Moje zainteresowania zwróciły się w stronę medycyny – problemy chorych były dla mnie bardzo ważne. Często angażowałam się w ich sprawy. Zdecydowałam się zdawać na Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie, który ukończyłam w 1964 roku. Moje matematyczne uzdolnienia okazały się bardzo przydatne zarówno w czasie studiów, jak i po ich ukończeniu, ponieważ ułatwiły mi udział w różnych badaniach prowadzonych przez asystentów, szczególnie z III Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej, zajmujących się diabetologią.

Bezpośrednio po studiach i stażu podyplomowym podjęłam pracę jako lekarz opieki podstawowej, a równocześnie pracowałam w III Klinice Chorób Wewnętrznych w ramach wolontariatu, gdzie szczególnie blisko współpracowałam z diabetologami z zespołu tej kliniki. Uzyskałam dwa stopnie specjalizacji – z chorób wewnętrznych, a następnie z diabetologii (1977). Rozpoczęłam wtedy także pracę w przyklinicznej poradni diabetologicznej. Może warto zaznaczyć, że byłam jedną z trzech osób, które pierwsze w Polsce uzyskały tytuł specjalisty diabetologa w tej nowo utworzonej

Prof. Anna Czech (w środku) i prof. Jan Tatoń (pierwszy od lewej) podczas jednej z pierwszych konferencji diabetologicznych

specjalizacji. Bardzo dobrze wspominam mój egzamin specjalizacyjny. Pytania egzaminacyjne układał m.in. prof. Artur Czyżyk. Pamiętam, że był zadowolony z moich odpowiedzi i z dyskusji.

W 1976 roku zostałam zatrudniona w Akademii Medycznej w Warszawie w charakterze pełnoetatowego nauczyciela akademickiego. Pracowałam na stanowisku starszego asystenta w nowo powstałym Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych II Wydziału Lekarskiego w Szpitalu Wolskim w Warszawie, którego kierownikiem był prof. Jan Tatoń, aktywnie uczestnicząc w organizacji i rozwoju tego ośrodka dydaktyczno-naukowego.

W 1980 roku uzyskałam stopień doktora nauk medycznych za moje badania i pracę pod tytułem: „Przydatność oznaczania glikozylowanej hemoglobiny (Hb A_1) w ocenie skuteczności leczenia cukrzycy".

W 1981 roku rozpoczęłam pracę w nowo powstałej, pełnoprofilowej Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej, zlokalizowanej w Szpitalu Bródnowskim w Warszawie. Objęłam funkcję adiunkta Katedry i Kliniki, jednocześnie za-

stępcy jej kierownika, którym był prof. Tatoń. Pełniłam także funkcję ordynatora oddziału diabetologicznego istniejącego w ramach kliniki.

W dalszym biegu mojego zawodowego życia, na podstawie dorobku naukowego i pracy habilitacyjnej „Nadciśnienie tętnicze u chorych na insulinozależną cukrzycę: badania wybranych problemów epidemiologicznych i patofizjologicznych" uzyskałam stopień doktora habilitowanego nauk medycznych (1990). Praca ta była wykorzystana do tworzenia nowych standardów z tego zakresu.

Prezydencki tytuł profesora nauk medycznych uzyskałam w 2000 roku za całokształt pracy naukowej, zawodowej oraz organizacyjno-społecznej.

Największy oddział diabetologiczny w Polsce – moje zasadnicze miejsce pracy akademickiej i lekarskiej

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego została utworzona w 1981 roku na bazie Szpitala Bródnowskiego w Warszawie. Stała się moim miejscem pracy przez następne 32 lata.

Do nowo utworzonej Katedry i Kliniki przeniosło się także kilku innych naukowych pracowników z innych klinik. Zespół diabetologów, do którego miałam szczęście należeć, wprowadził od początku innowacyjne stopniowanie opieki diabetologicznej. Tego rodzaju organizacja umożliwiła objęcie opieką diabetologiczną większych grup pacjentów, stosownie do charakteru ich choroby. W klinice systematycznie odbywały się szkolenia diabetologiczne lekarzy POZ, które prowadził zespół lekarzy klinicznych i lekarzy pracujących w przyklinicznej poradni diabetologicznej. Zależało nam na tym, aby lekarze POZ mieli dostęp do najnowszej wiedzy medycznej i do aktualnych zaleceń dotyczących leczenia chorych na cukrzycę oraz by podnosili poziom jakości leczenia cukrzycy.

W 1997 roku wydałam książkę „Standardy opieki diabetologicznej". Po raz pierwszy w Polsce określały one, jak powinna być zorganizowana opieka nad chorymi na cukrzycę – w lecznictwie otwartym i szpitalnym, w poradniach wojewódzkich i gminnych. Drugie wydanie tej książki, po aktualizacji ukazało się pt.: „Standardy rozpoznawania i leczenia cukrzycy" w 2003 roku, kiedy byłam już Konsultantem krajowym w dziedzinie diabetologii. Publikacje te były przeznaczone dla lekarzy POZ oraz diabetologów, a także dla wojewódzkich konsultantów w dziedzinie diabetologii.

Nasze standardy określały, jak powinien być zorganizowany oddział diabetologiczny, zarówno w odniesieniu do sprzętu, jak i pracującego w nim personelu (co najmniej dwóch diabetologów, pielęgniarki przeszkolone w diabetologii, dietetyk). Zawierały także szczegółowe zalecenia dotyczące wyposażenia i organizacji pracy w poradniach diabetologicznych szczebla wojewódzkiego, powiatowego lub dzielnicowego. W każdej poradni diabetologicznej, szczególnie wyższego stopnia, zalecono zatrudnienie dietetyka i psychologa.

Jako Konsultant krajowy, a także w „Standardach..." podkreślałam ważne znaczenie tzw. opieki łączonej (tzn. ścisłej współpracy lekarzy POZ mających pod opieką chorych na cukrzycę z lekarzami poradni diabetologicznych). Taka współpraca była praktykowana przez nasz zespół przyklinicznej poradni diabetologicznej.

Obecnie organizacja służby zdrowia jest trochę inna niż w tamtych latach. Dzisiaj lekarze mają po kilka miejsc pracy. W niektórych poradniach diabetolog jest obecny 1–2 razy w tygodniu, czas wizyty chorego u specjalisty jest oszacowany na 15–20 minut. Jest to sytuacja niekorzystna, ponieważ lekarz nie ma czasu na właściwe zapoznanie się z indywidualnymi problemami pacjenta. Może być to przyczyną trudności w leczeniu i osiąganiu zaleconych celów terapeutycznych. Brakuje czasu na przedyskutowanie wyników samokontroli pacjenta, jak również na indywidualną edukację pacjenta, która powinna odbywać się w czasie każdej wizyty. Z tych względów trudno stosować zasadę „patient-center care", która jest obecnie zalecana przez American Diabetes Association, European Association for the Study of Diabetes oraz Polskie Towarzystwo Diabetologiczne.

W okresie, kiedy pełniłam funkcję Konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii (2000–2005), starałam się, aby w każdym województwie (zgodnie ze standardami) był odpowiedni oddział diabetologiczny. Oddziały takie powstały w 14 województwach. Oddział diabetologiczny zawsze stwarza znacznie lepsze warunki do opieki nad chorym na cukrzycę niż oddział chorób wewnętrznych, w którym hospitalizuje się pacjentów z różnymi chorobami i w różnym stanie zdrowia. Ponadto na oddziale diabetologicznym pracują pielęgniarki diabetologiczne, które prowadzą edukację terapeutyczną pacjentów. Tak było na oddziale diabetologicznym Katedry i Kliniki w Szpitalu Bródnowskim.

Hemoglobina glikowana i edukacja terapeutyczna pacjentów z cukrzycą

Dużym postępem w opiece diabetologicznej było wprowadzenie (na zasadzie rutynowego oznaczania) do oceny wyników leczenia chorych bardzo przydatnego wskaźnika – stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c). Byłam prawdopodobnie pierwszą osobą w Polsce, która prowadziła badania nad przydatnością oznaczania tego wskaźnika do oceny skuteczności leczenia cukrzycy. Wyniki moich badań zostały opublikowane w międzynarodowym czasopiśmie naukowym „Journal of Chronic Diseases" (1983, 36; 803–810). W ciągu kolejnych lat systematyczne oznaczanie HbA1c wprowadzono jako obowiązkowe zalecenie medyczne u chorych na cukrzycę.

W opiece nad chorymi na cukrzycę szczególną rolę odgrywa edukacja terapeutyczna. W naszej przyklinicznej Poradni Diabetologicznej prowadziliśmy „Szkołę Edukacji" ze strukturyzowanym programem – oddzielnym dla chorych z cukrzycą typu 1 i oddzielnym dla chorych z cukrzycą typu 2, ze względu na konieczność omawiania odmiennych problemów. Zapisy do „Szkoły" prowadziła poradnia. Kurs edukacyjny trwał 5 dni, obejmował 4–5 godzin dziennie. Grupy liczyły jedynie 7–10 osób. Ułatwiało to lepszy kontakt edukatorów z pacjentami, jak również dyskusję i wymianę doświadczeń między pacjentami. W ostatnim dniu takiego szkolenia przeprowadzano test sprawdzający stan wiedzy naszych uczniów–pacjentów.

W „Szkole", którą organizowałam i prowadziłam, były dwa programy edukacyjne – jeden skupiający się na wiedzy, a drugi biorący pod uwagę motywację chorego do leczenia – był to bardziej psychologiczny sposób podejścia. Okazało się, że psychologiczne podejście do leczenia cukrzycy dawało lepsze rezultaty bezpośrednie i długotrwałe. Jeśli pacjent rozumie, na czym polega jego choroba i jej leczenie, staje się bardziej zmotywowany do współpracy z lekarzem, prowadzi racjonalną samoopiekę.

Zatrzymać epidemię cukrzycy – to jest możliwe!

Istnieją w pełni przekonujące dowody, że istotne zmniejszenie zapadalności i chorobowości z powodu cukrzycy typu 2 jest możliwe dzięki długotrwałej modyfikacji stylu życia, szczególnie u osób z grup zwiększonego ryzyka zachorowania na cukrzycę. Jest to prewencja pierwotna tej choroby. Z badań Jako Tuomilehto i jego zespołu z Finlandii, ogłoszonych w 2001 roku w prestiżowym czasopiśmie „New England Journal of Medicine"

i przedstawianych na wielu konferencjach, wynika jednoznacznie, że zmiana stylu życia, w tym sposobu żywienia i wdrożenie profilaktycznej aktywności fizycznej, u osób ze stanem przedcukrzycowym zmniejszyło ich masę ciała o 5% oraz zmniejszyło zapadalność na cukrzycę typu 2 o 58%, w porównaniu z grupą kontrolną. Podobne wnioski wynikają z badania Diabetes Prevention Programme realizowanego w Stanach Zjednoczonych i opublikowanego także w „New England Journal of Medicine" (2002). Profilaktyczny wpływ na rozwój cukrzycy u osób z grup zwiększonego ryzyka wywierają także niektóre leki, jak metformina i akarboza. Tak więc istnieją dowody naukowe, zgodne także z naszymi własnymi obserwacjami klinicznymi, że pierwotna prewencja cukrzycy typu 2 jest praktycznie osiągalna. Konieczne jest jej wprowadzenie przez prozdrowotne, „antycukrzycowe" modyfikowanie stylu życia, szczególnie w grupach o zwiększonym ryzyku cukrzycy. Lekarze mogą być tylko inicjatorami takich programów, natomiast współwykonawcami powinny być szerokie kręgi sojuszników – administracja państwowa, środowiska uczelniane, szkoły, media, społeczeństwo.

Tego rodzaju problemy stały się tematyką mojej dalszej pracy naukowej i edukacyjnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2.

Lekarz XXI wieku – nowa komunikacja z pacjentem

W pracy każdego lekarza niezwykle ważna jest nowa, uwzględniająca aktualne społeczno-cywilizacyjne uwarunkowania, komunikacja pomiędzy pacjentem a lekarzem. Na uczelniach medycznych wprowadza się wykłady z tego zakresu. Lekarze XXI wieku muszą walczyć o priorytet etyki i bezinteresowności w leczeniu chorych wobec często szkodliwej dla pacjentów komercjalizacji. Współcześni lekarze, jeśli chcą utrzymać znaczenie swojego zawodu i realizować humanistyczne idee, które temu zawodowi nadają niepowtarzalny sens, muszą ciągle nawiązywać do wartości etycznych cywilizacji europejskiej oraz zasady bezwzględnego priorytetu dobra osoby chorej nad wszystkimi innymi względami.

Takie ujęcie zawodu lekarza, w tym diabetologa, propagowałam we wszystkich moich działaniach klinicznych.

Moi pacjenci – pomoc nie tylko w leczeniu, ale także w życiu

Mam wśród pacjentów wiele osób w wieku podeszłym. Tacy pacjenci dość dobrze radzą sobie z przyjmowaniem doustnych leków przeciwcukrzycowych.

Problem samoopieki powstaje, jeśli taki pacjent wymaga leczenia insuliną w algorytmie wielokrotnych wstrzyknięć w ciągu dnia. Często dokładność wykonywanych wstrzyknięć insuliny bywa wątpliwa – ze względu na słaby wzrok, zaburzenia pamięci lub małą sprawność rąk. Istnieje więc u tych pacjentów większe niebezpieczeństwo hipoglikemii, jak i znacznego wzrostu glikemii. Często są to chorzy samotni, bez rodziny. Sytuację taką określam jako „palący" problem społeczno-medyczny. Uważam, że powinny istnieć specjalistyczne domy opieki z personelem wyedukowanym w opiece nad pacjentem diabetologicznym samotnym i w starszym wieku. Koszt pobytu w takim ośrodku powinien być dostosowany do wysokości emerytury lub renty. Realia jednak wyglądają inaczej. Opiekunowie w tego typu domach dla seniorów zupełnie nie znają problemów związanych z cukrzycą, np. nie mają wiedzy na temat prawidłowej diety, objawów hipoglikemii itp. Rzeczywistość starszych, samotnych osób z cukrzycą w Polsce jest więc smutna. Lekarz podczas wizyty pacjenta w poradni, która według NFZ powinna trwać 15 minut, nie ma dość czasu, aby porozmawiać z nim o jego sytuacji życiowej, społecznej i ekonomicznej.

Niestety, także młodsze osoby chore na cukrzycę mają różne trudności społeczne w realizowaniu zaleceń terapeutycznych. Niedawno przyszedł do mojej poradni pacjent, który od 18 lat choruje na cukrzycę typu 1. Nie ma jeszcze 40 lat. Pracuje jako handlowiec, więc jest ciągle w ruchu. Pytam, czy przestrzega zaleconych zasad insulinoterapii i jak spożywa posiłki. Odpowiedział, że owszem, bierze insulinę przed każdym posiłkiem, ale posiłki są nieregularne, bywają nawet takie dni, że śniadanie je dopiero o godzinie 17. Do tego czasu jest więc bez insuliny. Tak leczenie cukrzycy kształtować może korporacyjny styl pracy.

Zadaniem lekarza jest uświadomienie pacjenta, że praca kosztem zdrowia zawsze kończy się krzywdą dla pacjenta. Między innymi z uwagi na to jestem współautorem monografii „Socjologia cukrzycy".

Marzenia diabetologa

Chciałabym doczekać chwili, kiedy nowe leki i nowe technologie będą w pełni i szybko dostępne dla każdej osoby z cukrzycą – będzie to zależało od reformy NFZ, jego finansowych zasobów. Czekam np. na realne możliwości wprowadzenia do praktyki diabetologicznej udoskonalonych pomp insulinowych, które działają automatycznie – same oceniają stężenie glukozy we krwi, nie wymagają angażowania pacjenta. Gdy stężenie glukozy u cho-

rego wzrasta, pompa automatycznie podaje insulinę w ilości potrzebnej do obniżenia wartości glikemii do ustalonego przez lekarza lub pacjenta poziomu. Taka pompa poprawiłaby komfort życia i bezpieczeństwo pacjenta.

Lubię pracować jako lekarz

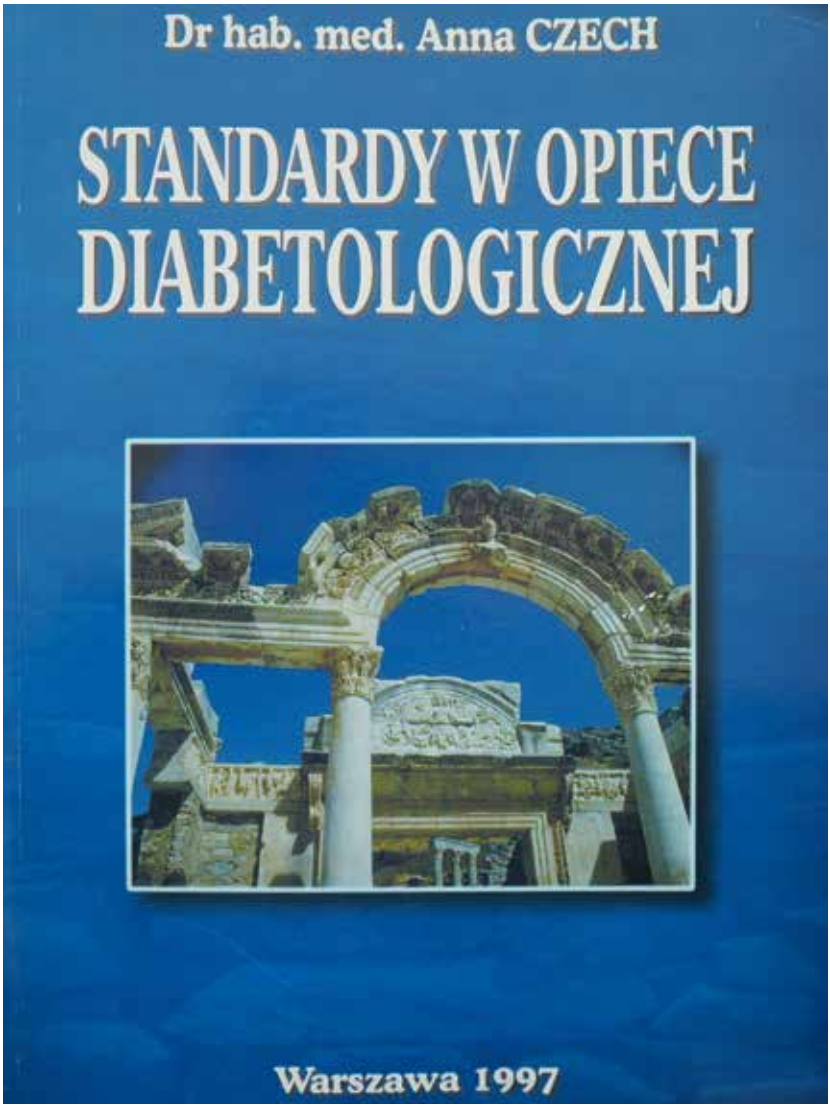
Zawód lekarza dał mi dużo satysfakcji w ciągu ponad 50-letniej praktyki. Znakomitą większość czasu pracy zawodowej i naukowej poświęciłam pacjentom chorującym na cukrzycę, a więc chorobę przewlekłą, jak dotychczas – nieuleczalną. Z tego powodu są to szczególni pacjenci. Staram się ich rozumieć, nie żałuję im czasu. Jednocześnie dążę do szybkiego wdrażania postępów naukowych do praktyki opieki medycznej w myśl zasady „patient-centred care". To działa również w drugą stronę – doświadczam życzliwości ze strony moich podopiecznych.

Doceniam także to, że w trudnych warunkach – mam na myśli przede wszystkim początki mojej drogi zawodowej – uzyskałam nie tylko specjalizację z chorób wewnętrznych i diabetologii, lecz także kolejne stopnie naukowe, aż do profesora włącznie. Nie było to łatwe, zważywszy, że nie miałam żadnej pomocy wynikającej z koneksji rodzinnych – nikt w mojej rodzinie nie był lekarzem. Moje osiągnięcia zawdzięczam przede wszystkim pracy i trochę szczęściu.

Kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego WUM zostałam w 2000 roku i pełniłam tę funkcję przez 12 lat. W mojej ocenie Katedra i Klinika pracowała bardzo profesjonalnie i efektywnie. Pod moim kierunkiem wielu lekarzy uzyskało specjalizację z chorób wewnętrznych, diabetologii oraz tytuły doktora nauk medycznych. Połączenie pracy akademickiej z praktyką opieki nad pacjentami dawało mi wiele satysfakcji i nadal mi ją daje.

Co w życiu jest ważne?

Wiele rzeczy jest dla mnie ważnych, a wśród nich oczywiście zdrowie. Z dobrym zdrowiem o wiele łatwiej pokonywać trudności w życiu codziennym, w pracy – w prowadzeniu badań, w praktyce opieki diabetologicznej, w realizowaniu zadań akademickich i edukatorskich. Konieczne jest także uwzględnienie wiedzy, doświadczenia i emocjonalnego zaangażowania w problemy pacjentów. Daje to szansę sprawdzenia opinii Hipokratesa, starożytnego mędrca medycyny: „najlepszy lekarz ma najwięcej pacjentów".



Okładka książki autorstwa prof. Anny Czech

Prof. Anna Czech
w latach 2000–2005 pełniła funkcję Konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii. W tym okresie opracowała przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia ogólnokrajowy program prewencji, leczenia i rehabilitacji w cukrzycy. Bardzo aktywnie zajmowała się kształceniem diabetologów w ramach specjalizacji oraz wielu kursów naukowo-zawodowych. Jednocześnie prowadziła badania naukowe dotyczące ważnych problemów diabetologicznych, jak: metody prewencji cukrzycy typu 2, standardy i algorytmy leczenia cukrzycy, odrębności nadciśnienia tętniczego u osób z cukrzycą, a także metod edukacji terapeutycznej i samoopieki w cukrzycy. Wyniki prac badawczych przedstawiała na międzynarodowych kongresach diabetologicznych, jak doroczne konferencje naukowe American Diabetes Association (ADA), European Association for the Study of Diabetes (EASD), jak również na kongresach krajowych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD). Opublikowała dotąd jako autorka lub współautorka 356 prac naukowych zarówno z zakresu diabetologii, jak i innych chorób metabolicznych. Jest autorką lub współautorką 21 monografii naukowo-zawodowych dla lekarzy, a wśród nich m.in. podręczników: „Diabetologia kliniczna" (Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008), „Cukrzyca. Podręcznik diagnostyki i terapii" (Elamed, 2009), „Socjologia cukrzycy" (Towarzystwo Edukacji Terapeutycznej, 2013), „Insulinoterapia cukrzycy" (Termedia, 2010), „Otyłość – zespół metaboliczny" (Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007), „Profilaktyka kardiodiabetologiczna" (Termedia, 2014), „Poradnik dla Pacjentów z cukrzycą typu 2" (Towarzystwo Edukacji Terapeutycznej, 2010) i in.
Przez długi okres pełniła funkcję redaktora czasopisma naukowego „Medycyna Metaboliczna". Jest członkiem zespołu, który opracowuje coroczne, ogólnokrajowe zalecenia lekarskie PTD.
Przez wiele lat pełniła także funkcję wiceprezesa Towarzystwa Edukacji Terapeutycznej. W ramach tej działalności była organizatorem licznych konferencji edukacyjnych i kursów doskonalących dla diabetologów z całej Polski. Aktywnie działała jako członek wielu komitetów naukowych różnych towarzystw naukowo-zawodowych.
Jest czterokrotną laureatką nagrody Ministra Zdrowia za osiągnięcia naukowe, otrzymała także wiele innych wyróżnień i nagród od rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Za działalność na rzecz ulepszania jakości wyników leczenia cukrzycy oraz społeczno-edukacyjnych uwarunkowań jakości życia osób z cukrzycą otrzymywała wielokrotnie nagrody Stowarzyszenia Diabetyków RP. Została wyróżniona honorowym członkostwem PTD.

Prof. Anna Czech należy do grona najwybitniejszych diabetologów, twórczo łączących działalność badawczą z innowacyjną, szeroko rozumianą praktyką kliniczną i organizacyjną doskonalenia systemu opieki medycznej i społecznej odnoszącej się do diabetologii. Przez 12 lat kierowała Katedrą i Kliniką Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ponadto nadzorowała działalność Regionalnej Poradni Diabetologicznej powiązanej organizacyjnie z Katedrą i Kliniką. Obie jednostki należały do największych i najbardziej aktywnych instytucji opieki diabetologicznej w Polsce.

Rozmowa z profesorem
Stanisławem Czekalskim

Profesor z siedmioma specjalizacjami

Poznański Czerwiec 1956 i medycyna

Wahałem się, jaką drogą pójść dalej. Po głowie chodziła mi architektura lub geologia, ale musiałem wybrać któryś z kierunków studiów dostępnych w Poznaniu. Złożyłem podanie o przyjęcie na studia w Akademii Medycznej.

Poznański Czerwiec 1956 roku nie tylko zapadł mi w pamięci jako dramatyczne wydarzenie historyczne. Miał także wpływ na moją przyszłość. Tego dnia – 28 czerwca 1956 roku – pod nieobecność rodziców wyrwałem się z domu i pobiegłem w miejsce, gdzie robotnicy atakowali Urząd Bezpieczeństwa. Nieopodal szpitala im. Franciszka Raszei wdrapałem się na wysokie ogrodzenie, by obserwować przebieg akcji. Widziałem rannych przenoszonych do szpitala. W pewnym momencie tuż przy mojej głowie świsnęła kula wystrzelona gdzieś z karabinu i wtedy rozsądnie uznałem, że czas wracać do domu.

Widok lekarzy i pielęgniarek zaangażowanych w ratowanie rannych zapadł mi na tyle mocno w pamięci, że uznałem wybrany kierunek studiów za właściwy. Pomyślałem, że zawód lekarza to jedyna profesja, która niezależnie od okoliczności i sytuacji pozwala pomagać ludziom, ratując ich życie i zdrowie. Na studiach medycznych szybko poczułem się na swoim miejscu. Nauka szła mi dobrze.

I tak oto uzyskałem absolutorium w 1961 roku.

Staż przeddyplomowy i „ciężka" pacjentka

W latach 60. XX wieku studenci medycyny mieli obowiązek odbywania dwóch rocznych staży – przeddyplomowego i podyplomowego. Staże te stanowiły dobrą szkołę umiejętności praktycznych dla młodych lekarzy.

Staż przeddyplomowy odbywałem w II Klinice Chorób Wewnętrznych w Poznaniu, kierowanej przez prof. Jana Roguskiego – wielkiego internistę, wspaniałego nauczyciela, mojego mistrza. Prof. Roguski był wizjonerem wyodrębnienia węższych specjalności z działu chorób wewnętrznych. Był także pionierem nowoczesnej nefrologii, medycyny nuklearnej i dietetyki klinicznej. Ponadto piastował stanowisko rektora Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1953–1955.

Na stażu przeddyplomowym szkoliła mnie dr Zofia Psujowa, prekursorka diabetologii w Poznaniu, która była równie wymagającym nauczycielem jak prof. Roguski. Natychmiast przydzieliła mi pod opiekę ciężką pacjentkę. Ciężką ze względu na stan kliniczny i dosłownie, gdyż ważyła ponad 120 kilogramów. Chorowała od wielu lat na cukrzycę typu 2. Moim zadaniem było napisać historię choroby tej pacjentki, proponować postępowanie diagnostyczne i lecznicze oraz prowadzić codzienne obserwacje. A było o czym pisać! Otyłości i cukrzycy towarzyszyły chyba wszystkie możliwe powikłania, m.in. nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, retinopatia (uszkodzony wzrok), nefropatia (choroba nerek), angiopatia (zmiany w naczyniach krwionośnych), neuropatia (uszkodzenie układu nerwowego), ze stopą cukrzycową. Prof. Roguski wymagał szczegółowego opisu wszystkich zmian chorobowych, w tym nawet „podejrzanych" znamion na skórze pacjentów. Nie było żartów, profesor wszystko potem dokładnie sprawdzał.

Historię choroby pisało się oczywiście ręcznie, komputery miały się pojawić w powszechnym użyciu dopiero 30 lat później.

Przypadek tej pacjentki i wiele podobnych, które wtedy prowadziłem, pozwoliły mi poznać, jak poważną chorobą jest cukrzyca. Wyznam szczerze, że podziwiałem lekarzy biorących się za bary z tym problemem w czasach, kiedy możliwości leczenia chorych na cukrzycę były ograniczone. To, czego wtedy się nauczyłem, miało mi się w przyszłości bardzo przydać.

Moją pierwszą miłością zawodową była interna, ale wkrótce pierwszeństwo zajęła nefrologia. Diabetologia miała się pojawić jako wiodące zainteresowanie dojrzałe.

W nefrologii zafascynowała mnie „sztuczna nerka" – pierwszy sztuczny narząd przełamujący barierę biologicznej śmierci w ostrej niewydolności nerek, a następnie inne metody terapii nerkozastępczej (przewlekła dializoterapia, dializa otrzewnowa, przeszczepianie nerek). Warto dodać, że to właśnie w klinice prof. Jana Roguskiego przeprowadzono w 1957 roku pierwszy zabieg podłączenia „sztucznej nerki" (dializy pozaustrojowej) w Polsce.

Na stażu podyplomowym dołączyłem do zespołu nefrologów dyżurujących przy zabiegach dializy i po uzyskaniu etatu w klinice pozostałem w tym zespole. Po śmierci prof. Roguskiego wyodrębniła się m.in. Klinika Nefrologii. Tam uzyskałem habilitację. Dzięki opanowaniu technik radioimmunologicznego oznaczania hormonów nawiązałem współpracę naukową z wielkim endokrynologiem – prof. Jerzym Kosowiczem i korzystałem z jego doświadczenia klinicznego i badawczego. Bardzo skromny program i warsztat badawczy, jakim dysponowała Klinika Nefrologii zmusiły mnie do szukania innego miejsca pracy. Chciałem rozwijać się naukowo.

Pod koniec lat 70. dostałem propozycję objęcia Kliniki Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii Akademii Medycznej w Szczecinie. Na emeryturę odchodził właśnie prof. Marek Eisner, pierwszy kierownik kliniki, w której miał duże zasługi jako organizator leczenia chorych na cukrzycę.

Wygrałem konkurs na stanowisko kierownika i w styczniu 1978 roku wyjechałem z Poznania do Szczecina, gdzie miałem spędzić kolejne 19 lat.

Szczecin i moja droga do diabetologii

Chorzy na cukrzycę stanowili duży odsetek pacjentów hospitalizowanych w klinice. Cukrzyca jest bowiem najpoważniejszą chorobą przemiany materii. Po ustaleniu optymalnego postępowania u pacjenta podczas jego pobytu w klinice, trafiał on pod opiekę przyklinicznej Poradni Cukrzycowej.

W klinice zacząłem tworzyć lekarski zespół diabetologiczny. Włączyłem do niego chirurga „naczyniowca", który współpracował przy prowadzeniu chorych ze stopą cukrzycową i innymi powikłaniami naczyniowymi. Miałem szczęście, że trafiłem na młodych, zaangażowanych lekarzy, którzy chcieli się specjalizować w leczeniu chorych na cukrzycę. Przez kolejne lata wspólnie ze współpracownikami wdrożyłem programy szkoleniowe i badawcze u pacjentów chorych na cukrzycę. Jeden z nich dotyczył oceny występowania i oznaczania miana przeciwciał przeciwwyspowych u chorych

na cukrzycę typu 1 (wtedy określana jako insulinozależna). Była to wówczas zupełna nowość. Te pionierskie badania polegały na oznaczaniu wspomnianych przeciwciał na świeżych tkankach trzustki, pobieranych ze zwłok (razem z narządami do przeszczepiania). Prowadziła je ofiarnie ówczesna doktor, a obecnie profesor diabetologii Liliana Majkowska. Badania te były bardzo przydatne dla diagnostyki i właściwej oceny cukrzycy.

Problematyka badawcza, którą zajmował się zespół diabetologiczny (dr Elżbieta Mamos, Henryk Fuchs, Jarosław Ogonowski i in.), dotyczyła również wszystkich przewlekłych powikłań cukrzycy, zwłaszcza nefropatii cukrzycowej, nadciśnienia tętniczego, neuropatii autonomicznej (chorób autonomicznego układu nerwowego), oraz cukrzycy u ciężarnych.

Bardzo ważną inicjatywą, którą podjął w Warszawie prof. Artur Czyżyk i która objęła całą Polskę, w tym również Szczecin, było stworzenie Banku Aparatury Diabetologicznej. Bank wypożyczał glukometry (aparaty do pomiaru stężenia glukozy we krwi) z wyposażeniem kobietom chorym na cukrzycę i planującym zajście w ciążę. Lekarze prowadzili szkolenia pacjentek w zakresie obsługi aparatów i przestrzegania wytycznych leczniczych, aż do porodu. Opieką objęto także kobiety z cukrzycą ciążową. Program ten osiągnął wielki sukces wyrażający się doskonałymi wynikami w poprawie zdrowia matek i dzieci. Intensywne szkolenia dotyczące właściwego postępowania u chorych na cukrzycę organizowane dla lekarzy i pacjentów przez zespół diabetologiczny, często przy wsparciu firm farmaceutycznych, również owocowały poprawą wyników leczenia. W szkoleniach kładziono nacisk na profilaktykę cukrzycy typu 2, zwłaszcza przeciwdziałania nadwadze i otyłości. W tych działaniach szczególne zasługi miała doktor, a późniejsza profesor Barbara Krzyżanowska-Świniarska. Podkreślano też znaczenie profilaktyki, wczesnej diagnostyki i hamowania rozwoju przewlekłych powikłań cukrzycy, w tym nefropatii cukrzycowej.

Wraz z zespołem współpracowników prowadziłem badania nad diagnostycznym i prognostycznym znaczeniem mikroalbuminurii (objawem uszkodzenia nerek polegającym na wydalaniu z moczem niewielkich ilości białka) u chorych na cukrzycę. Zespół kliniki uczestniczył w badaniach międzynarodowych poświęconych leczeniu cukrzycy. Ponadto zajmowałem się badaniami nad nadciśnieniem tętniczym: zależnym i niezależnym od sodu, a także neuropatią autonomiczną, i publikowałem wyniki tych badań.

Bardzo ważną sprawą było dla mnie kierowanie specjalizacjami lekarzy. Wykształciłem w sumie 87 specjalistów w pięciu różnych dziedzinach medycyny. Wśród nich 27 diabetologów, nie tylko ze Szczecina, lecz także z mniejszych ośrodków, jak Gorzów Wielkopolski, Kołobrzeg, Gryfice, Koszalin, Świnoujście, Sulęcin. Miałem świadomość, jak bardzo brakuje diabetologów, zwłaszcza w terenie.

Razem z moim młodym zespołem aktywnie prowadziliśmy w Szczecinie kształcenie pacjentów w zakresie samokontroli cukrzycy, intensywnej insulinoterapii i rozwijaliśmy opiekę diabetologiczną. Imponowało mi zaangażowanie tych ludzi, zwłaszcza że leczenie cukrzycy w latach 80. wyglądało zupełnie inaczej niż dzisiaj.

Moi pacjenci

Pamiętam dużo trudnych przypadków. Do najtrudniejszych należały zderzenia dwóch chorób metabolicznych u jednego pacjenta, np. niewyrównana cukrzyca z przełomem tarczycowym (groźnym powikłaniem nadczynności tarczycy). Albo pacjent z długotrwałą śpiączką cukrzycową (ketonową), odwodnieniem i niewydolnością nerek. Często wiązało się to z dramatyczną walką o życie chorego. Dzisiaj nie widzi się takich przypadków, ale w latach 60., 70. i 80. zdarzały się na dyżurach.

Dosyć częste były śpiączki hipoglikemiczne – chorych w takim stanie pogotowie przywoziło do szpitala na sygnale. Tłum ludzi w poczekalni czekał na badania, a ja miałem wolne trzy łóżka. I nagle wjeżdża nieprzytomny człowiek. Ludzie się rozstępują – przywieźli ciężko chorego. Dla diabetologa rozpoznanie śpiączki hipoglikemicznej nie było trudne, a podanie dożylne glukozy szybko wyprowadzało chorego ze śpiączki. Po kilkunastu minutach pacjent mógł wstać i wyjść ze szpitala. Kiedyś wyprowadzając takiego rwącego się do domu pacjenta, usłyszałem w poczekalni: „O! cudotwórca!". To było zaskakujące i jakże odmienne od przypadków ciężkiej śpiączki ketonowej czy mleczanowej, z których nie zawsze udawało się pacjenta wyprowadzić.

Dzisiaj, po 60 latach od uzyskania dyplomu, mam świadomość, że śmierć pacjenta jest nieuchronnie wpisana w praktykę lekarską i wiem, co to jest terapia daremna. Ale jako młody lekarz nie godziłem się z tym. „Stawałem na uszach", żeby każdy pacjent przeżył. Wiąże się z tym pewna historia. Straszna i śmieszna zarazem.

Podczas jednego z dyżurów, których miałem nawet do 15 w miesiącu, reanimowałem pacjentkę ze złym rokowaniem co do przeżycia. Zacząłem masaż serca i – jak wtedy zalecano – okresowe oddychanie „usta-usta". Chora leżała na łóżku, na sprężynującym materacu, więc masaż nie był skuteczny.

Wspólnie z pielęgniarką przenieśliśmy kobietę na prześcieradle na podłogę, gdzie kontynuowałem reanimację. Nadal bez skutku. Wezwany anestezjolog zadecydował: „musimy zrobić pacjentce tracheotomię, to jedyna szansa." Tak zrobiliśmy. Niestety, po godzinnej reanimacji, z tracheotomią włącznie, musiałem stwierdzić zgon pacjentki.

Tymczasem rodzina chorej całe zdarzenie podglądała przez uchylone drzwi. I... złożyła na mnie skargę. Wedle ich relacji reanimacja chorej wyglądała tak: „Najpierw doktor zaczął ją dusić na łóżku, potem rzucił ją na podłogę i tam dalej ją dusił. Nie mógł jej udusić, to zawołał drugiego doktora i na koniec razem poderżnęli jej gardło. Dlatego umarła".

Autentyczne.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Pracując w Klinice w Szczecinie uczestniczyłem w konferencjach naukowych organizowanych przez Sekcję Diabetologiczną Towarzystwa Internistów Polskich (TIP) i włączyłem się w jej inicjatywy. Poznałem środowisko diabetologów, w tym luminarzy tej dziedziny: prof. Artura Czyżyka, prof. Jana Tatonia, prof. Jacka Sieradzkiego, prof. Idę Kinalską. Zakiełkowała idea, że warto byłoby jeszcze bardziej skonsolidować środowisko i utworzyć w tym celu towarzystwo naukowe.

W 1986 roku zorganizowałem w Szczecinie zjazd Sekcji Diabetologicznej TIP, ale nie udało mi się wtedy przekonać prof. Czyżyka do nowej idei. Zrobiła to później prof. Ida Kinalska z Białegostoku. Na zorganizowanym przez nią zjeździe w 1987 roku zostało powołane Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD), wybrano też jego władze. Pierwszym prezesem PTD został prof. Jacek Sieradzki. Mnie przypadła rola jego zastępcy. Kolejne zjazdy PTD odbywały się co trzy lata w różnych miastach Polski. Zebrania Zarządu Głównego Towarzystwa nadal miały miejsce w Warszawie, co było dobre, bo spotykaliśmy się regularnie i były to twórcze spotkania. Jako PTD zaczęliśmy propagować światowe nowości w diabetologii.

W latach 80. i 90. ubiegłego wieku głównym kierunkiem działań diabetologów była poprawa kontroli metabolicznej u chorych na cukrzycę obu typów. Chodziło nie tylko o optymalne wyrównanie glikemii, lecz także o kontrolę ciśnienia tętniczego i gospodarki lipidowej. Celem nadrzędnym tych zabiegów było zahamowanie rozwoju przewlekłych powikłań cukrzycy dotyczących oczu (retinopatia cukrzycowa), nerek (nefropatia cukrzycowa), układu nerwowego (neuropatia cukrzycowa) i układu krążenia.

Europejskie Towarzystwo Diabetologiczne (EASD) propagowało „Deklarację St. Vincent", która precyzowała cele do osiągnięcia w zakresie przeciwdziałania rozwojowi powikłań cukrzycy. PTD podpisało tę deklarację.

Dzisiaj zastanawia mnie to, że stosunkowo mało mówiło się wtedy o powikłaniach kardiologicznych. Zwracano uwagę przede wszystkim na typowe powikłanie mikroangiopatyczne – retinopatię, która jest najczęstszą przyczyną ślepoty. Natomiast nefropatię traktowano trochę po macoszemu, choć była już wtedy najczęstszą przyczyną niewydolności nerek w Polsce. Nikt wtedy jednak nie zwracał specjalnej uwagi, że jest to ważny czynnik, źle rokujący u pacjenta z cukrzycą.

Prof. Jacek Sieradzki, a potem ja, już jako jego następca, intensywnie koordynowaliśmy wysiłki, aby zrealizować cele „Deklaracji St. Vincent", angażując do współpracy wojewódzkie Oddziały PTD.

Programy opieki nad ciężarnymi z cukrzycą przyniosły w Polsce wielki sukces. Poprawiły się wszystkie wskaźniki – zarówno dotyczące zdrowia narodzonych dzieci, jak i kontroli metabolicznej cukrzycy u matek, także po urodzeniu dziecka.

Jako Zarząd Główny koordynowaliśmy działalność poszczególnych oddziałów wojewódzkich PTD. Raz w roku na zebraniach Zarządu Głównego spotykali się przewodniczący kół wojewódzkich i/lub regionalnych. Wymienialiśmy poglądy oraz ustalaliśmy plan dalszego działania.

W organizowaniu szkoleń dla lekarzy i pacjentów dużą pomocą służyły w tym okresie firmy farmaceutyczne, m.in. Novo Nordisk, Servier, Eli Lilly, Roche, które dostarczały także pomocy dydaktycznych.

Główną ideą PTD było konsolidowanie środowiska, formułowanie nowych wytycznych postępowania oraz wyznaczanie celów. Podczas zjazdów i konferencji wymienialiśmy wiedzę, promowaliśmy naukę, poznawaliśmy nowości w naszej dziedzinie. Warto przypomnieć, że w czasach, o których

mówię, tj. w latach 80. i początkach lat 90. ubiegłego wieku, nie było internetu, a dostęp do fachowej literatury zagranicznej był ograniczony.

PTD było chyba pierwszym towarzystwem naukowym, które zaczęło organizować sesje dydaktyczne nie tylko dla lekarzy, lecz także dla pacjentów. Dzięki staraniom PTD wyodrębniła się diabetologia (jako odrębna specjalizacja) i stopniowo zwiększała się liczba lekarzy tej specjalności.

W PTD, poza funkcjami wiceprzewodniczącego Zarządu Głównego, a następnie przewodniczącego, byłem później członkiem Zarządu Głównego (1994–2002) i Przewodniczącym Komisji Rewizyjnej (2002–2011), po czym spokojnie przeszedłem na emeryturę. W 2011 roku nadano mi członkostwo honorowe PTD.

W 1997 roku wygrałem konkurs na stanowisko kierownika Kliniki Nefrologii w Poznaniu, która została później przekształcona w Katedrę i Klinikę Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego. Nadal jednym z moich głównych zainteresowań badawczych i klinicznych pozostała cukrzycowa choroba nerek i walka z tym powikłaniem cukrzycy.

Z życia diabetologa i naukowca

W 2007 roku ukazała się drukiem moja monografia „Cukrzycowa choroba nerek i inne choroby nerek w cukrzycy". Było to posumowanie wiedzy zdobytej podczas walki z tym trudnym powikłaniem cukrzycy przy wykorzystaniu dostępnego wtedy piśmiennictwa. Książka uzyskała nagrodę I stopnia Ministra Zdrowia w 2008 roku. W 2013 roku ukazało się drugie wydanie, rozszerzone i uzupełnione.

Poza działalnością w PTD i związanymi z tym funkcjami pełniłem także obowiązki specjalisty regionalnego lub wojewódzkiego w dziedzinie diabetologii dla województw: szczecińskiego (zachodniopomorskiego), gorzowskiego i słupskiego.

Przez ponad 10 lat byłem członkiem Komitetu Redakcyjnego czasopisma „International Diabetes Monitor", nieco krócej periodyku „Dialogue" i trzech polskich czasopism diabetologicznych („Diabetologia Polska", „Diabetologia Praktyczna" oraz „Diabetologia Kliniczna i Doświadczalna").

W 1993 roku Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (IDF) wyróżniła mnie godnością „Life Member".

Zabawną ciekawostką jest dyplom honorowego obywatela Indianapolis, jaki został wręczony polskim naukowcom (w tym i mnie) obecnym na konferencji diabetologicznej w tym mieście (1993 r.). Nie wiadomo, z jakiej racji dostąpiłem tego zaszczytu i do dziś sądzę, że to był żart.

Spośród wielu innych naukowych zjazdów i konferencji diabetologicznych miło wspominam konferencję w Kobe w Japonii. Tematyki nie pamiętam, ale zostało mi pamiątkowe zdjęcie z prof. Jackiem Sieradzkim.

Spośród zjazdów PTD miło pamiętam ten doskonale zorganizowany w Białymstoku w 1997 roku i sesję dla lekarzy i pacjentów – przewodniczyłem jej wraz z miss Ameryki, która chorowała na cukrzycę.

Pamiętam jeszcze jedną zabawną historyjkę. Niektóre firmy farmaceutyczne organizowały, jak wspomniałem, szkolenia dla lekarzy zajmujących się diabetologią i zapraszały specjalistów do wygłoszenia wykładów. Zostałem zaproszony z wykładami na jedno z takich szkoleń, które odbywało się na promie kursującym do Szwecji (atrakcją było późniejsze zwiedzanie Ystad i okolic). Na Bałtyku szalał sztorm i promem tak mocno huśtało, że nie byłem w stanie wykładać w pozycji stojącej. Koncentrowałem się na utrzymaniu równowagi, więc w końcu wygłosiłem wykład na siedząco.

Uznałem za swój wielki sukces, że podczas 3-godzinnego wykładu tylko dwie osoby doznały mdłości.

To się w polskiej diabetologii udało

Za najbardziej spektakularny sukces uważam objęcie opieką kobiety w ciąży chore na cukrzycę i rozwiązanie problemu cukrzycy ciążowej. Uważam, że program ten doskonale funkcjonuje.

Wielkim osiągnięciem jest poprawienie dostępności ludzkich insulin uzyskiwanych metodami inżynierii genetycznej, a dzięki nim umożliwienie optymalnej kontroli glikemii. Ważnym postępem są nowoczesne metody stałego monitorowania glikemii i pompy insulinowe oraz wprowadzenie nowych metod terapii cukrzycy z zastosowaniem leków o działaniu kardioprotekcyjnym.

Gorzej jest z refundacją nowych leków przeciwcukrzycowych, które działają na hormony przewodu pokarmowego – i inhibitorów transportu glukozo-sodowego (SGLT2). Niepokojące są doniesienia, że lek ten czasem powoduje martwicę powięzi krocza u mężczyzn.

Wciąż niedostateczne jest, w moim przekonaniu, rozpowszechnienie w społeczeństwie wiedzy na temat cukrzycy i profilaktyki tej choroby. Należałoby podjąć większy wysiłek w walce z nadwagą i otyłością, które są główną przyczyną cukrzycy typu 2.

Moje autorytety

Moim pierwszym wspaniałym nauczycielem i mistrzem był wspomniany już prof. Jan Roguski – wizjoner rozwoju interny. Kolejną osobą, której wiele zawdzięczam, jest prof. Franciszek Kokot, luminarz interny – królowej medycyny, świetny nefrolog. Ponadto prof. Jerzy Kosowicz – światowej sławy endokrynolog pełen inicjatyw badawczych.

Wśród zagranicznych lekarzy wiele nauczyłem się od prof. Gabriela Richeta, wnuka laureata nagrody Nobla. Nauczył mnie, że zawsze należy uparcie dążyć do poznania przyczyny choroby lub stanu pacjenta i leczyć przyczynę, a nie objawy.

Wiele zawdzięczam prof. Franklinowi Knox z Mayo Clinic w Stanach Zjednoczonych, który nauczył mnie krytycznej oceny własnych wyników, a także cudzych publikacji.

Uważam, że praca w zagranicznych ośrodkach bardzo wzbogaca lekarza. Warto poznawać, czym różni się medycyna francuska, niemiecka, amerykańska od polskiej. Wyjeżdżając na stypendia zagraniczne, można było się wiele nauczyć i nową wiedzę wykorzystywać w polskiej medycynie. Dzisiaj młodzi adepci sztuki medycznej z mniejszym entuzjazmem korzystają z możliwości wyjeżdżania na stypendia do zagranicznych klinik. Myślę, że staże zagraniczne przestały być atrakcyjne finansowo.

Lekarz – zawód zaufania publicznego

Ludzie mówią, że być lekarzem to powołanie. W moim przekonaniu jest to zawód zaufania publicznego. My lekarze, zdobywając wiedzę podczas studiów, dostajemy ogromny kredyt zaufania od społeczeństwa, który powinniśmy potem spłacić uczciwą pracą. Taka była dewiza dr. Karola Marcinkowskiego, patrona naszej uczelni w Poznaniu, a także mojego liceum. Może dlatego tak bardzo jego dewizę wziąłem sobie do serca i starałem się spłacać ten zaciągnięty kredyt ofiarną pracą, najlepiej jak potrafiłem.

Uważam, że roli lekarza nie można sprowadzać do roli „świadczeniodawcy", bo to się kłóci z filozofią bycia lekarzem. Lekarz powinien dobrze znać

swojego pacjenta, tak jak ja znałem moją pierwszą „ciężką pacjentkę", a potem wszystkich kolejnych moich pacjentów.

Lekarz powinien być odpowiedzialny przed własnym sumieniem. I zaangażowany w leczenie pacjenta, który powinien być dla niego zawsze na pierwszym miejscu. Musi widzieć w nim człowieka. Są to kwestie podstawowe, a jednak przypominam je, bo mam nieodparte wrażenie, że dzisiaj te priorytety gdzieś się gubią.

Najważniejsza w życiu jest prawda

W każdym przypadku. Prawda wobec siebie. Prawda wobec innych. Prawda wobec rzeczywistości. Życie w prawdzie. Prawda w stosunku do życia i do siebie, a zwłaszcza w stosunku do siebie. Niesłychanie ważne jest mówienie prawdy pacjentowi, złej prawdy – oczywiście w sposób niezwykle delikatny i wyważony.

Prawdę mówiłem pacjentom prawie zawsze, z wyjątkiem tych sytuacji, kiedy rodzina poprosiła, by tego nie robić. Życie w prawdzie jest dla mnie synonimem elementarnej uczciwości.

Moja żona – bohaterka rodziny

Bohaterką naszej rodziny jest moja żona Maria Barbara. Przez wszystkie lata była zawsze bardzo zaangażowana w dobre wychowanie trójki naszych dzieci. To jej zasługa, że się udało. Ofiara mojej żony była wielka – zrezygnowała z własnej kariery zawodowej i na kilka lat przeniosła się wraz ze mną z Poznania do Szczecina, gdy objąłem tam klinikę. Gdy dzieci były starsze, zdecydowaliśmy, że dalej będą się kształcić w Poznaniu. Ja pracowałem w Szczecinie jeszcze przez 11 lat, dojeżdżając do rodziny do Poznania.

Trudno się żyje na odległość. W sumie przez prawie pięć lat przebywałem jako wizytujący naukowiec za granicą, głównie w Paryżu, gdzie pracowałem przez rok na stanowisku profesora nadzwyczajnego Uniwersytetu Paryż VI. Pracowałem także przez rok jako wizytujący naukowiec w Stanach Zjednoczonych w Mayo Clinic, gdzie prowadziłem badania eksperymentalne. Nigdy nie miałem prywatnej praktyki. Pracowałem na etacie akademickim oraz dużo dyżurowałem. Jestem typem naukowca i lekarza diagnosty – to mnie najbardziej interesowało, a ponadto, kształcenie lekarzy i dbanie o ich rozwój naukowy.

Prof. Stanisław Czekalski
rocznik 1939. Ma siedem specjalizacji – z chorób wewnętrznych, nefrologii, diabetologii, endokrynologii, medycyny nuklearnej, hipertensjologii i transplantologii klinicznej. Lekarz i naukowiec, ale przede wszystkim nauczyciel. Wykształcił 87 specjalistów w pięciu różnych dziedzinach, w tym 27 diabetologów. Promotor 27 doktoratów i opiekun 11 habilitacji. Był pierwszym wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (w latach 1987–1991), a w następnej kadencji jego prezesem.
Autor ponad 450 publikacji naukowych, redaktor lub współredaktor siedmiu podręczników i ponad 90 rozdziałów w podręcznikach.
Żona Maria Barbara jest rehabilitantem i ortopedą. Rodzinną tradycję lekarską podtrzymuje najstarsza córka Anna Furmanowska, która została dermatologiem.

Urodziłem się dwa miesiące po wybuchu II wojny światowej, w Tryńczy – miejscowości podkarpackiej położonej w widłach Sanu i Wisłoka. Tutaj losy rzuciły moją rodzinę, po opuszczeniu Poznania przed inwazją Niemców. Ojciec Józef był profesorem geografii Uniwersytetu Poznańskiego, a matka Anna z domu Gadomska – geologiem, po wojnie kierownikiem Katedry Geologii na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Dziadek Józef Czekalski, adwokat, był pierwszym tłumaczem książek Kiplinga na język polski. Za wprowadzanie polskiego nauczania w zaborze rosyjskim został ukazem carskim pozbawiony prawa wykonywania zawodu i zesłany do Rosji. Byłem rodzinnie „obciążony" naukowo i liczyłem się z tym, że moja przyszłość może być związana z nauką. Maturę zdałem w Poznaniu w 1956 roku, nie mając jeszcze ukończonych 16 lat – wojna przyspieszała edukację i dorastanie.

Rozmowa z profesor
Hanną Dziatkowiak

Szlak pediatrią i diabetologią znaczony

Warszawianka z Woli

Przychodzę na świat w XX-leciu międzywojennym, w 1931 roku. Dzieciństwo spędzam na Woli (warszawska dzielnica robotnicza). Mama zajmuje się domem, tata pracuje na utrzymanie rodziny – prowadzi hartownię stali w fabryce Lilpop–Rau i Lewenstein. Jest człowiekiem pracowitym i utalentowanym metalurgiem, wykształconym w Wiedniu. Nasz dom stoi przy (nieistniejącej dzisiaj) ul. Pomnikowej, na końcu ul. Bema. Mieszka w nim 13 lokatorów. Na początku II wojny światowej dom zostaje zbombardowany i spalony. Schronienie znajdujemy w ocalałej na podwórzu niewielkiej budce, którą przed wojną zajmowała nasza gosposia. W niej przetrwamy pięć lat hitlerowskiej okupacji. Po wojnie ojciec buduje dla rodziny malutki domek, z cegieł ocalałych po naszym spalonym domu. Są w nim dwie izby – po prawej stronie kuchnia, po lewej – pokój. Łazienki nie ma. Wodę czerpiemy wiadrem ze studni.

Uczennica elitarnego gimnazjum

Żeńskie Gimnazjum i Liceum im. Juliusza Słowackiego w Warszawie, w którym się uczę, jest moim azylem. Uczą się w nim dzieci z rodzin inteligenckich i robotniczych. Piękny, nowoczesny budynek przy ul. Wawelskiej powstał tuż przed wybuchem II wojny światowej z funduszy Urzędu Miasta,

dzięki zaangażowaniu i pasji polskiej nauczycielki i patriotki, która po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku przyjechała z Litwy do Warszawy – dyrektor Heleny Kasperowiczowej.

W budynku jest ogromna sala gimnastyczna. Na podłogach parkiety. Każda uczennica ma w szatni własną szafkę. Jest też aula, w której odbywają się spotkania kadry pedagogicznej z uczennicami oraz uroczystości szkolne i państwowe, a także koncerty muzyczne.

Szkoła jest elitarna, z tradycjami – w pełnym tego słowa znaczeniu, ale bez żadnych różnić klasowych – kształci i wychowuje. „Czy panna Wochówna zechce podejść do tablicy?" – tak pięknie zwracają się nauczyciele do mnie i innych uczennic. Część nauczycieli wykłada jednocześnie na Uniwersytecie Warszawskim. Poziom jest wysoki. W tym czasie nie ma jeszcze obowiązku nauki języka rosyjskiego. Wybieram francuski. Jestem pilną uczennicą, uwielbiam spędzać czas w szkole, której wystrój i otoczenie tak kontrastują z moim powojennym skromnym domem rodzinnym.

Studia medyczne na Uniwersytecie Karola w Pradze

W 1951 roku dyrektor Kasperowiczowa wzywa maturzystki i komunikuje: „Panienki, jeśli któraś z was zechce, ma możliwość studiowania medycyny w Czechosłowacji, NRD, na Węgrzech albo w Związku Radzieckim". Uczę się dobrze i zawsze chciałam pomagać ludziom, bezpłatne studia medyczne są dla mnie szansą. Wiem też, że utrzymanie czteroosobowej rodziny – na świecie jest już mój młodszy o 15 lat brat – staje się dla ojca zbyt ciężkie. Rodzice aprobują mój wybór. Wyjeżdżam do Czechosłowacji na studia medyczne w Lekarskie Fakulte Karlove University v Praze, Pobocka v Plzni.

Warszawa po II wojnie światowej leży w gruzach, a zachowane, piękne czechosłowackie Pilzno tętni życiem. Wieczorami na ulicach jest gwarno i jasno od świateł, piwiarnie i kawiarnie są otwarte, pełne gości. Studenci mieszkają w akademiku – mężczyźni na parterze, panienki na piętrze. Pokój dzielę z dwiema koleżankami z innych miast Polski. Język czeski jest podobny do polskiego, więc stosunkowo nietrudno wdrażamy się w edukację. Studia w Pilznie dają nam oddech od wojennych doświadczeń.

Akademia Medyczna w Poznaniu

Jednak po roku strona czechosłowacka zrywa umowę o wymianie, studenci niższych lat muszą wrócić na dalszą edukację do kraju. Nie ma tego

złego..., bo poziom studiów medycznych w Polsce jest w tym czasie wyższy.

W Pilźnie poznaję mojego przyszłego męża (ówczesnego kolegę z roku). Do kraju wracamy z Tonim, już jako para, a po dwóch latach znajomości bierzemy ślub. Dla mnie jest oczywiste, że w moim rodzinnym domu nie ma miejsca dla małżeństwa. Oboje z Tonim, jako pierwsze pokolenie wojenne, wiemy, że nie możemy liczyć na większą pomoc naszych rodziców.

Otrzymujemy stypendia naukowe, ponieważ mamy tzw. dobre pochodzenie społeczne i dobrze się uczymy. Wówczas w latach 50. nie ma jeszcze podręczników. Chodzimy na wszystkie wykłady i robimy notatki. Jesteśmy szczęśliwi, że możemy się uczyć! Chcemy się szybko usamodzielnić, jak większość młodych ludzi po wojnie. Po ślubie decydujemy się przenieść w rodzinne strony męża i zamieszkać w Poznaniu. Wynajmujemy tam pokoik przy rodzinie, w pobliżu Rynku Wildeckiego.

28 czerwca 1956 roku

Po zdanym rano ostatnim egzaminie dyplomowym z interny wracamy do domu, ale piechotą, ponieważ transport miejski nie kursuje. Idziemy zatem ze szpitala przy ul. Przybyszewskiego na Plac Zamkowy. Tam zatrzymuje nas wielotysięczny tłum demonstrantów. Zostajemy włączeni w rewolucję. Gdy po południu z Urzędu Bezpieczeństwa przy ul. Kochanowskiego padły prowokacyjne strzały i później nadjechały czołgi, pobiegliśmy do Szpitala im. Józefa Strusia przy ul. Podgórnej i opatrywaliśmy pierwszych rannych. To w historii Polski jest drugie po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku Powstanie Wielkopolskie, które zapoczątkowało demontaż bloku sowieckiego. Warto dzisiaj przypominać, że wolność i niepodległość mają swoją wysoką cenę i nie są dane raz na zawsze.

Pogotowie grypowe w Poznaniu w 1957 roku. Lekarz zakładowy w „Goplanie"

Po ukończeniu studiów od razu podejmujemy pracę, choć w Poznaniu nie jest o nią łatwo. Obowiązywały nakazy pracy na Ziemie Odzyskane. Mąż ma już kartę powołania do jednostki wojskowej w lasach lubuskich, ale jego przełożeni wybronili go od tej służby i zaczyna swoją przygodę z chirurgią, która doprowadzi go do kardiochirurgii, a ja swoją zaczynam od...grypy. W tym czasie w Poznaniu panuje epidemia grypy. Udaje mi się dostać doraźne zatrudnienie w Rejonowej Przychodni Zdrowia na Jeżycach. Pracuję jako

lekarz „pogotowia grypowego". Jeżdżę karetką do domów chorych w Poznaniu i okolicach. Odwiedzałam po 30 pacjentów dziennie, nawet po godzinie 23. Z tego okresu zapada mi w pamięć jeden z chorych, 30-letni mężczyzna. Gdy przyjechałam z pomocą, już niestety nie żył. Nie wiem, czy gdybym dotarła do niego trochę wcześniej, zdołałabym go uratować. Jednakże to doświadczenie uświadomiło mi, że grypa może mieć piorunujący przebieg i powalić nawet silnego młodego człowieka. Po kilku tygodniach sama zachorowałam na grypę.

Po roku pracy w pogotowiu podejmuję decyzję, by specjalizować się w internie. Jest to możliwe jedynie w ramach wolontariatu, czyli pracy i edukacji na oddziale szpitalnym, bez wynagrodzenia. Dostaję zgodę na staż specjalizacyjny od prof. S. Kwaśniewskiego – kierownika I Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Poznaniu. W szpitalu zajmuję się pacjentami w godz. 8–12. Nabieram doświadczenia klinicznego. Stamtąd jadę do Przychodni Lekarskiej Zakładów Cukierniczych „Goplana", gdzie pracuję na etacie lekarza zakładowego. Moimi pacjentkami są głównie kobiety. Przychodzą do lekarza i skarżą się na przeróżne dolegliwości. Jestem młodą lekarką, przejętą losem moich pacjentek. Staram się im pomóc najlepiej, jak potrafię. W domu wieczorami często rozmyślałam, czy czegoś nie przeoczyłam. Po jakimś czasie zauważam, że moim podopiecznym chodzi jedynie o zwolnienie lekarskie z pracy, żeby mieć czas na prace domowe – mycie okien, pranie itp. Czuję się z tym źle. Nie po to zostałam lekarzem. Chcę pomagać pacjentom, którzy rzeczywiście mnie potrzebują.

Po dwóch latach podejmuję decyzję, że przejdę na pediatrię, do pracy z chorymi dziećmi. Dzieci przecież nie kłamią.

Droga do pediatrii i przeprowadzka do Łodzi

W 1960 roku z pomocą prof. Janusza Groniowskiego otrzymuję etat w ogromnym Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. Bolesława Krysiewicza (św. Józefa) w Poznaniu. Jest w nim ponad 500 łóżek – na dużym oddziale niemowlęcym i na dwóch oddziałach dla dzieci starszych. Są tam wszystkie możliwości specjalizacji oraz stażów w wymaganych dziedzinach pediatrii. Zakładam kroplówki, robię punkcje lędźwiowe i nakłucia jamy opłucnej, leczę i ratuję niemowlęta z ciężkich zapaleń płuc (których wtedy było dużo) – na oddziale leży czasem 16 chorych niemowląt, u których częste są też biegunki – plaga tamtych lat. W latach 60. dominują choroby zakaźne,

odbywam staże kliniczne na oddziałach: gruźliczym, szkarlatynowym, żółtaczkowym oraz obserwacyjnym z powikłaniami po błonicy i innych chorobach zakaźnych. Pracuję dużo i z zapałem.

W 1964 roku mój mąż dostaje od prof. Jana Molla propozycję wyjazdu na roczne stypendium naukowe do światowej sławy ośrodka kardiochirurgicznego w Houston Teksas, w Stanach Zjednoczonych. To ogromna szansa, z której należy skorzystać. Zostaję w Poznaniu z pracą na pełnym etacie w Szpitalu Dziecięcym i z naszymi dwoma córeczkami. Ten rok jest dla mnie bardzo ciężki, choruję. Szczęśliwy los sprawia, że ja wracam do zdrowia, a mąż ze stypendium.

Po jakimś czasie mam już specjalizację I stopnia z pediatrii, rozpoczynam przygotowywania do specjalizacji II stopnia. Po powrocie ze Stanów Zjednoczonych Toni dostaje kolejną propozycję pracy, tym razem w Łodzi, w Katedrze i Klinice Kardiochirurgii, u swojego mistrza i nauczyciela – prof. Jana Molla. Przeprowadzka jest oczywista. Po 14 latach pracy żal mi opuszczać Poznań – Szpital św. Józefa im. B. Krysiewicza, rodzinę męża, przyjaciół. W 1966 roku, już z pewnym dorobkiem zawodowym i naukowym, przenosimy się do Łodzi.

Dom Małego Dziecka

Rok 1966. W Łodzi znowu nie mogę znaleźć takiej pracy, jaka mnie interesuje, czyli w klinicznej pediatrii. Odczuwam obstrukcję wynikającą z lokalnych układów i uroków środowiska. W Wydziale Zdrowia Urzędu Miasta Łodzi otrzymuję informację, że jedyną pracę, jaką mogą mi zaoferować, to opieka medyczna w Państwowym Domu Małego Dziecka na peryferiach Łodzi. Ofertę przyjmuję z konieczności.

Ponad 100 dzieci łącznie przebywa na oddziale niemowlęcym i na dwóch oddziałach dla dwu- i trzyletnich maluchów. Zagęszczenie jest ogromne, łóżeczko stoi przy łóżeczku, nieustannie szerzą się infekcje. Bywają okresy, gdy choruje jednocześnie 30% dzieci. Do pracy mam daleko, jeżdżę na 8 rano, tramwajem do końca trasy, a potem idę jeszcze dwa kilometry. Do domu wracam o 22. Posiłki dla rodziny gotuję w nocy, żeby było co jeść na drugi dzień.

W Domu Dziecka staram się wprowadzać bardziej nowoczesne zwyczaje opieki na dziećmi, takie jak werandowanie, nieprzegrzewanie, zdrowe odżywianie. Roczne dziecko potrzebuje już nie tylko mleka, lecz także warzyw,

owoców, mięsa. Pilnuję tego. Jednakże wdrażanie nowoczesnych zaleceń forsuję z trudem. Udaje mi się to po wielkich bojach z konserwatywnym kierownictwem. Uczestniczę też w działaniach adopcyjnych.

Praca jest trudna, także ze względów psychicznych. Te, przez zły los potraktowane sieroctwem maluchy, które już chodzą, kiedy rano pojawiam się na oddziale, otaczają mnie wianuszkiem, chwytają za spódnicę i każde woła do mnie „mamo". Nie wiem, które pierwsze mam przytulić i które pogłaskać po głowie. Oczy mam pełne łez. Do domu wracam smutna i ledwo żywa.

Instytut Pediatrii w Łodzi

Któregoś dnia, po półtora roku pracy w Państwowym Domu Dziecka, mówię do męża: „Toni, nie mogę tak dłużej pracować! Nasze córki są bez żadnej opieki! Chodzą już do szkoły i żyją z „kluczem zawieszonym na szyi!" Podejmuję decyzję o zmianie pracy.

Dzięki prof. Janowi Mollowi i prof. Stanisławowi Nowakowi (obydwaj przybyli do Łodzi z Poznania!) dostaję etat w Instytucie Pediatrii przy ul. Spornej w Łodzi, który na całą Polskę słynie jako najlepszy ośrodek leczenia dzieci chorych na cukrzycę. Kierownikiem kliniki jest prof. Stanisław Nowak. Tam poznaję dr Alinę – niezwykłą kobietę i znakomitą lekarkę, która jako pierwsza wdrożyła w Polsce nowoczesne, jak na tamte lata, metody leczenia dzieci z cukrzycą. Jako pierwsza wprowadza edukację diabetologiczną chorych dzieci i ich rodziców, w tym zasady leczenia cukrzycy w domu. Napisała pierwszy w Polsce skrypt edukacyjny dla rodziców i ich dzieci chorych na cukrzycę, doprowadziła do przemysłowej produkcji odczynników: glukotestu i ketotestu – do badania stężenia glukozy i acetonu w moczu. Uczy też lekarzy i pielęgniarki zasad leczenia dzieci chorych na cukrzycę oraz empatii w podejściu do tych dzieci. W latach 60. i 70. był to duży postęp w leczeniu cukrzycy. W rozmowach i publikacjach o glukozie we krwi lub w moczu chorych pozwalam sobie na zamienne używanie terminów glukoza i cukier, choć rozumiemy, że właściwym określeniem jest glukoza.

W latach 60. dziecko z objawami cukrzycy albo przybywało do szpitala na własnych nogach, albo było nieprzytomne przywożone karetką pogotowia. Oddziałów intensywnej terapii dla dzieci krytycznie chorych na cukrzycę jeszcze w Polsce nie było. Pacjentów ratuje się na każdym oddziale dożylnym nawadnianiem i iniekcjami insuliny. W stałym rutynowym po-

stępowaniu leczy się chorych codziennym wstrzykiwaniem insuliny dwa razy dziennie, rano i wieczorem – mieszaniną insuliny krótko działającej z długo działającą. Dawkę insuliny dobiera się na podstawie wyniku badania cukru i acetonu w moczu – z nocnika pobiera się kropelkę moczu i umieszcza na tabletce glukotestu i proszku ketotestu. Gdy kolor tabletki zmienia się na jasno- lub ciemnopomarańczowy, to znaczy, że w moczu jest dużo cukru. Jeżeli tabletka nie zmienia barwy, to znaczy, że cukru w moczu nie ma. Im bardziej pomarańczowy jest kolor tabletki, tym więcej jest cukru w moczu. To oznacza, że trzeba zwiększyć dawkę insuliny, ale dopiero następnego dnia, bo wczoraj dziecko dostało już swoją porcję insuliny. A jak na drugi dzień zwiększa się dawkę insuliny, zwłaszcza po dużym wysiłku, to u pacjenta może wystąpić niedocukrzenie – poci się, jest mu słabo, trzeba mu natychmiast podać coś słodkiego.

Do dyspozycji jest jeszcze ketotest w postaci białego proszku usypanego na papierku, na który zakrapla się mocz. Zmiana koloru na fioletowy, to sygnał, że w moczu jest aceton. Dużo cukru i aceton w moczu oznaczają, że z chorym jest bardzo źle. Trzeba mu natychmiast poprawić leczenie. Jednym słowem – leczenie jest trudne, a wyniki często zmienne.

Kliniczny obraz cukrzycy u dzieci jest bardzo zmienny, z tendencją do niedocukrzenia oraz do wysokiego poziomu cukru we krwi. Uzyskanie wyrównania na podstawie badania stężenia glukozy w moczu jest niemożliwe.

Przygoda z aparatem Astrupa i „trudny" doktorat

Pewnego dnia kierownik kliniki – prof. Stanisław Nowak mówi do mnie: „Pani koleżanko, w magazynie leży w skrzyni nowy aparat Astrupa, który ma służyć do badania równowagi kwasowo-zasadowej (to ważny element przemiany materii). Uruchomi pani ten aparat i zajmie się tymi pomiarami razem z mgr Marasek z laboratorium. Zebrane wyniki posłużą pani Marasek do pracy magisterskiej, a pani do doktoratu".

Do określenia równowagi kwasowo-zasadowej metodą Astrupa wystarczyło pobrać zaledwie kropelkę krwi z paluszka. Wcześniej trzeba było od niemowlęcia strzykawką z igłą pobrać z żyły około 10 ml krwi! U odwodnionego niemowlaka z biegunką było to niemożliwe. Z użyciem aparatu Astrupa jest to proste i oszczędzające dziecko badanie. U niemowląt w ciężkim stanie pobieramy próbki krwi do badania równowagi kwasowo-zasadowej codziennie.

Interesują mnie w tym czasie choroby płuc u niemowląt. Powszechne są zapalenia płuc wywołane bakteriami, ale spotyka się też zapalenia wirusowe. Jedne i drugie przebiegają zupełnie inaczej i mają inny obraz kliniczny. Szef proponuje mi, żebym jako materiał do doktoratu oceniła ciśnienie cząsteczkowe tlenu i dwutlenku węgla (równowagę kwasowo-zasadową) we krwi niemowląt z różnego rodzaju zapaleniem płuc – bakteryjnym i wirusowym.

W latach 60. nie ma jeszcze możliwości dotchawiczej intubacji dzieci. Chore maluchy ratuje się, odsysając ropną treść z nosa i z krtani. Kładzie się też niemowlę na brzuszku i oklepuje klatkę piersiową, żeby odkrztusiło treść z dróg oddechowych. Jak wystąpią powikłania zapalenia płuc w postaci ropni płuca i ropniaka opłucnej, to zakłada się drenaż jamy opłucnej przez nakłucie ściany klatki piersiowej, z odsysaniem ropy elektryczną pompą ssącą. Szczęśliwie są już antybiotyki – penicylina, streptomycyna, które skutecznie wspomagają leczenie.

Zaczynam wykonywać badania kliniczne i laboratoryjne aparatem Astrupa. Codziennie pobieram kropelkę krwi z paluszka małych pacjentów. Z czasem uczę się, gdzie nakłuwać, żeby dziecko nie odczuwało bólu. Wykonuję badania przez dwa lata, również w soboty i niedziele. Wyniki pomiarów notuję w grubym zeszycie. Moja grupa liczy 100 niemowląt z zapaleniem płuc o różnej etiologii i lokalizacji – są zapalenia wieloogniskowe, śródmiąższowe, gronkowcowe, o przebiegu lekkim i ciężkim.

Ostatniego dnia realizacji badań zeszyt z wynikami zabieram z domu, wkładam go do torebki, i idę do kliniki pobrać ostatnie wyniki badań dziecka, które wyleczone wychodzi tego dnia do domu. Zeszyt zostawiam w moim gabinecie lekarskim. Idę jeszcze na oddział, żeby zbadać wszystkie dzieci i wypisać bieżące zalecenia. Wracam do gabinetu lekarskiego... Zeszytu nie ma! Zniknęły dwa lata mojej ciężkiej pracy. Po powrocie do domu beczę z bezsilnej bezradności. Po sztabowej naradzie z mężem podejmuję decyzję, że się nie poddam i wykonam tę pracę drugi raz. Zajmuje mi to kolejne dwa lata. Zbieram materiał od 200 dzieci. Piszę pracę doktorską pt. „Badania równowagi kwasowo-zasadowej i ciśnienia cząsteczkowego tlenu u dzieci do 2 lat z zapaleniem płuc". W 1973 roku na posiedzeniu Rady Naukowej Instytutu Pediatrii w Łodzi bronię ją z powodzeniem ... i z niekłamaną satysfakcją.

Do naszego Instytutu Pediatrii trafia siedmiomiesięczne niemowlę przywiezione z domu dziecka. Nóżki cieniutkie jak dwa patyczki. Rączki i buzia

chudziutkie. Każde żeberko można policzyć. Brzuch bardzo wysklepiony. Coś się dzieje w jamie brzusznej – myślę. To coś dla mnie – uwielbiam diagnostykę. Szukam w piśmiennictwie. Jest! Dziecko ma lambliozę. Musiało zakazić się tą chorobą pasożytniczą w domu dziecka. Dzisiaj wiemy, że lamblioza powoduje uszkodzenie błony śluzowej jelita cienkiego. To dziecko chorowało więc na celiakię – chorobę z autoagresji, która powoduje, że procesy trawienia w jelitach są upośledzone. Niemowlę dostawało jedzenie, którego nie było w stanie strawić.

Prowadzimy leczenie, ale stan dziecka się nie poprawia. Nie wiem już sama, co jeszcze mogę zrobić dla tego malucha. Po miesiącu widać poprawę – brzuch jest mniejszy, mięśnie na kończynach stają się widoczne. Po czterech miesiącach mamy piękne zdrowe dziecko! Brzuszek jak należy, dziecko dobrze odżywione. Gdy odrosły kosmki jelitowe, poprawiło się trawienie i wchłanianie pokarmu.

To dziecko „przysposobiłam" na parę miesięcy, przez ten czas było „moje". Wtedy był w szpitalach taki zwyczaj, że każdy lekarz prowadził „swoje" dziecko. Od przyjścia do szpitala do wypisu do domu. Teraz jest inny system. Nie ma ciągłości prowadzenia pacjenta przez jednego lekarza. Uważam, że to wielka strata dla pacjentów.

Haniebny Marzec 1968

W 1968 roku dr Alina Margolis decyduje się na emigrację ze swoimi dziećmi do Francji. Jej mąż Marek Edelman pozostaje w kraju. Przyklinicznа Poradnia Cukrzycowa zostaje bez lekarza, ponieważ jej najbliższa współpracownica też wyjechała. Nie ma również pielęgniarki.

Kierownik kliniki prof. Stanisław Nowak zaprasza mnie do siebie i prosi, żebym przez kilka tygodni zajęła się poradnią, do czasu, aż zorganizujemy zespół.

Politycznego i niemoralnego tła oraz fatalnych następstw Marca 1968 nie będę tu rozwijać.

Pierwsze kroki w diabetologii dziecięcej

Przyjmuję dzieci chore na cukrzycę dwa razy w tygodniu w poradni oraz leczę je, gdy trafiają na mój oddział ze świeżo rozpoznaną cukrzycą. Poznaję je coraz lepiej i stwierdzam, że są nadzwyczajne, dzielne i radzą sobie z naprawdę trudnym leczeniem. A przecież mają, jak wszystkie dzieci, obowiązki

szkolne. Wzorując się na działaniach dr Aliny Margolis, uczymy nowo przyjęte dzieci wykonywania badań moczu na obecność cukru i acetonu, przestrzegania właściwych zasad odżywiania (I i II śniadanie, obiad, podwieczorek, I i II kolacja) o ściśle określonych porach, a wstrzyknięć i dawkowania insuliny uczy ich pielęgniarka oddziałowa.

Pracujemy w Poradni Cukrzycowej w trójkę – z dr Hanną Chylińską i z nowo przyjętą pielęgniarką, która ma doświadczenie w pracy ze „słodkimi" dziećmi. Powinnam też dodać, że codzienne wyniki badań cukru i acetonu w moczu są przez rodziców małych dzieci starannie zapisywane w zeszytach; starsze dzieci same je zapisują. Dzieci pod opieką rodziców przychodzą z tymi zeszytami do poradni.

Z analizy wykonywanych w domu badań moczu wynikały trudności z doborem dawki insuliny rano i wieczorem. A także, jak leczyć i zapobiegać niedocukrzeniu po wysiłku fizycznym oraz po podaniu zbyt dużej dawki insuliny, jak sobie radzić przy dużym cukromoczu i acetonurii. Wobec tych czy innych problemów w zmiennym i różnym trybie życia dzieci dostosowanie leczenia cukrzycy nie było łatwe. A rozwiązywanie problemów spoczywało na barkach rodziców dzieci. Młodzież powinna być samodzielna, zaangażowana i poinformowana o wszystkim, co dotyczy cukrzycy typu 1. Z obserwacji dzieci w poradni wynikało, że mimo choroby sprawiały wrażenie zdrowych, rosły dobrze i radziły sobie w szkole. Miałyśmy nadzieję, że nie najgorzej prowadzimy ich leczenie.

Harcerski obóz dla dzieci chorych na cukrzycę

Po raz pierwszy na obóz cukrzycowy jadę z dziećmi pod koniec lat 70. z Łodzi. Obozy, a było ich kilkanaście, miały tę istotną zaletę, że harcerze zdrowi i harcerze z cukrzycą mieli ten sam program zajęć. Dzieci z cukrzycą czuły się jak zdrowe i były szczęśliwe.

Zabieram ze sobą na obóz mój pierwszy glukometr – absolutną nowość do pomiarów poziomu cukru we krwi – dar od firmy AIMS. Dzieci dostają poranną insulinę, zjadają śniadanie i idą na spacer. Po dwóch godzinach od śniadania mierzę im poziom glukozy we krwi – stwierdzam, że jest wysoki, sięga nawet 400 i więcej mg%. Rany boskie! Co tu się dzieje?! Okazuje się, że dzieci w ogóle nie stosują się do zaleceń diety. Podczas spaceru pędzą do sklepiku, kupują i jedzą słodycze. Jestem załamana.

Dzieci zapytane wiedzą i bezbłędnie recytują zasady leczenia, ale nie realizują ich w praktyce. Jestem pediatrą i matką, wiem, że dzieci mają prawo do wolności i radości, ale przy stosowanym leczeniu ich choroba wymaga ścisłego przestrzegania reguł. Zaczynam podejrzewać, że nasze metody edukacyjne nie są dostatecznie dobre, a oparte na badaniach cukru i acetonu w moczu wymagają zdecydowanej zmiany.

Z tego okresu zapamiętałam szczególnie jednego pacjenta. Był już licealistą, wyjątkowo czupurnym chłopcem, jeśli chodzi o stosowanie się do zaleceń. Tłumaczyłam, prosiłam, bo z młodzieżą, zwłaszcza w okresie pokwitania, tylko dobrym słowem można coś wskórać: „Nie jedz słodyczy, staraj się dawkować insulinę jak najlepiej!" Mija jakiś czas. Przychodzi do mnie do poradni chłopiec z matką, Nie widzi na jedno oko, a na drugie słabo. Do matury zostały dwa dni. Wiem, że to nieodwracalna retinopatia cukrzycowa i że nie ma na to rady. Czuję sie bezradna. Bardzo mnie to martwi i boli.

W czasie wspomnianego obozu, dzięki posiadaniu gleukometru ocenialiśmy również zachowanie się stężenia glukozy we krwi przed wysiłkiem i po nim, np. przed meczem siatkówki i po meczu. Okazało się, że stężenie glukozy było różne u poszczególnych dzieci, a niektóre po meczu miały nie tylko wysoki poziom cukru we krwi, ale również acetonu w moczu. To odkrycie zupełnie zburzyło naszą wiedzę o zachowaniu się glikemii u dzieci z cukrzycą. Marzymy o tym, żeby niedługo każdy nasz pacjent miał gleukometr w domu i by mógł badać poziom glukozy we krwi przed posiłkami i dwie godziny po dużych posiłkach oraz przed większym wysiłkiem fizycznym i po nim.

Zaczynam poszukiwać drogi wyjścia. Okazuje się, że we Francji, Niemczech i Czechosłowacji są już aparaty (glukometry) do badania poziomu cukru we krwi, są „peny" do wstrzyknięć insuliny cieniutkimi igłami; że już nie trzeba podawać insuliny strzykawką i grubą igłą. Dostępne są też oczyszczone insuliny. Po polskiej insulinie 10–15% chorych ma ubytki (zaniki) tkanki tłuszczowej w pośladkach, nawet wielkości pięści. Dowiaduję się też, że na Zachodzie weszła już do użytku ludzka insulina. W Polsce wciąż nie jest dostępna.

Zaburzenia odporności. Habilitacja

Z dłuższej obserwacji dzieci chorych na cukrzycę wynika, że gdy są źle leczone, to mają nie tylko duże stężenie cukru i acetonu w moczu, ale

częściej występują u nich zakażenia ropne i grzybicze błon śluzowych jamy ustnej i narządów płciowych: chłopcy mają grzybice napletka, a dziewczynki sromu. Częściej też występują u nich ropnie skóry. Dzieci wstydzą się i ukrywają te dolegliwości. Dowiaduję się o tych powikłaniach na obozach cukrzycowych. Pewnego dnia badam jedną z dziewczynek, która miała obecny aceton w moczu. Stwierdzam u niej na pośladku duży ropień wymagający nacięcia, opróżnienia i sączkowania. Chirurg rozprawia się z ropniem i zaleca antybiotyk. Po podaniu zwiększonej dawki insuliny jej stan szybko się poprawia, cukier się stabilizuje, aceton w moczu szybko zanika.

Zauważam także, że dzieci z cukrzycą, poza banalnymi infekcjami, częściej chorują na gruźlicę. Mają więc osłabioną odporność. Zadaję sobie pytanie: dlaczego mają obniżoną odporność? Postanawiam to zbadać.

Kiedy w latach 50. ubiegłego wieku studiowałam medycynę, nie było jeszcze przedmiotu wykładowego ani zajęć z immunologii czy genetyki. Teraz nadszedł czas, by tę wiedzę uzupełnić. Czytam piśmiennictwo, jeżdżę się dokształcać do odpowiednich ośrodków do Wrocławia, Krakowa i Warszawy. Uczę się metod badania immunoglobulin, oceny limfocytów, leukocytów, granulocytów, wszystkich białych krwinek w rozmazie krwi, wszystkich, które biorą udział w procesach odpornościowych. Aby ocenić odporność komórkową, wykonuję dwie próby śródskórne z tuberkuliną i z przeciwciałami przeciwgrzybicznymi sprowadzonymi z Instytutu Pasteura w Paryżu. Ale próby wypadają negatywnie. Nadal więc pobieram od pacjentów krew do badania granulocytów i limfocytów B i T. Mam zebrany materiał od 200 chorych w różnym stanie klinicznym: część z nich nie ma kwasicy, kilkoro przybyło do szpitala w śpiączce. Wykonuję obliczenia. Zajmuje mi to trzy lata. W międzyczasie uzyskane wyniki moich badań uległy zmianom w przebiegu leczenia choroby, zatem nic sensownego z mojej pracy nie wynika. Tracę więc szansę na dalszy postęp w tym zagadnieniu. Nie to mnie jednak martwi. Nadal dręczy mnie pytanie: dlaczego tych infekcji u chorych dzieci jest tak dużo? Wpadam na pomysł, by udać się do Zakładu Mikrobiologii Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, którego kierownikiem był prof. Andrzej Denys. Przedstawiłam mu wyniki badań i dzielę się z nim swoimi wątpliwościami i refleksją; myślę, że aby ocenić, dlaczego dzieci mają infekcje, potrzebuję innej niż dotychczas stosowałam metody badań.

Otrzymuję w prezencie od prof. Denysa znacznik radioimmunologiczny, który pozwala ocenić funkcję granulocytów, a mianowicie ich zdolność

do pochłaniania bakterii i zabijania ich wewnątrz komórek. Poznaję wtedy dr biologii Mariolę Kowalską. „Bardzo chętnie nauczę panią, jak stosować ten znacznik" – ta niezwykła osoba przyjmuje mnie ze szczerym, pięknym uśmiechem (dzisiaj już śp. Mariola Kowalska). Napisała sporo książek o tematyce zdrowotnej, wykładała na Uniwersytecie III Wieku w Łodzi, opiekowała się starszymi osobami w domach opieki społecznej. Była człowiekiem pięknym duchowo i fizycznie. Mam ją w moim sercu wśród „wypróbowanych" przyjaciół.

Medycyna jest pełna niespodzianek i przygód.

Badania ze znacznikiem pozwoliły mi ustalić, że jeżeli dziecko ma we krwi wysoki poziom glukozy i do tego aceton obecny w moczu, to granulocyty nie spełniają swoich zadań. Wprawdzie pochłaniają bakterie gronkowców, ale nie mogą ich zabić wewnątrz komórek. Ustaliłam, że granulocyty działają dobrze tylko przy prawidłowej przemianie materii. Wniosek: konsekwencją zaburzonej przemiany materii u dzieci chorych na cukrzycę jest osłabienie odporności.

Piszę pracę habilitacyjną pt. „Ocena odporności dzieci chorych na cukrzycę na podstawie wybranych badań immunologicznych". Wybrano do jej oceny trzech najsurowszych recenzentów, fachowców w badanej przeze mnie dziedzinie: prof. Wiesławę Torzecką z Łodzi, prof. Mariana Zembalę z Krakowa i prof. Artura Czyżyka z Warszawy. Na posiedzeniu Rady Wydziału Łódzkiej Akademii Medycznej uzyskuję w 1983 roku stopień doktora habilitowanego medycyny.

Jednak nie to jest dla mnie najważniejsze, lecz to, że wreszcie wiem, z dowodów mojej ciężkiej pracy, iż najistotniejsze jest, żeby dzieci miały zbliżoną do prawidłowej przemianę materii, co jest możliwe, gdy naszym postępowaniem i leczeniem utrzymujemy stężenie glukozy w granicach możliwie najbliżej normy. Wyniki mojej pracy opublikowałam i poszły w świat.

Żegnam Łódź i przenoszę się do Krakowa

Jest rok 1986. W Łodzi byłam ordynatorem Oddziału Dzieci Szkolnych w Klinice Chorób Dzieci Instytutu Pediatrii oraz kierownikiem Poradni Cukrzycowej i adiunktem dydaktycznym. Organizowałam edukację w pediatrii dla studentów piątego roku medycyny. W tym czasie mój mąż został przez rektora zaproszony do Krakowskiej Akademii Medycznej w celu zorganizowania Instytutu Kardiologii z Kliniką Kardiochirurgii. Po szkoleniu

z kardiochirurgii w Stanach Zjednoczonych i po habilitacji uzyskanej w Łodzi, otrzymał kolejną szansę samodzielnego rozwoju naukowego i zawodowego w kardiochirurgii. Jest utalentowanym kardiochirurgiem z poznańsko-łódzkiej szkoły Jana Witolda Molla, bardzo pracowitym, a przede wszystkim znakomitym organizatorem. Podejmuje się trudnego zadania zorganizowania dużej jednostki organizacyjnej na „obcej", wymagającej uczelni. Przyjmuje to wyzwanie. A ja jadę za mężem. Zostawiłam mój naukowy oraz zawodowy dorobek i opuściłam Łódź. Za porozumieniem rektorów obydwu uczelni oraz za zgodą Ministra Zdrowia (bo takie wówczas były wymogi) zostałam wraz z etatem docenta przeniesiona do Krakowa. Jako specjalista pediatrii z 30-letnim stażem i docent etatowy otrzymuję pracę w Polsko-Amerykańskim Instytucie Pediatrii, który dzisiaj ma nazwę: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie. Zostaję przyjęta do pracy w Klinice Endokrynologii Dzieci i Młodzieży. Jestem pediatrą i diabetologiem, a cukrzyca pozostaje w obszarze endokrynologii, bo trzustka to także gruczoł wewnętrznego wydzielania. W instytucie nie ma poradni cukrzycowej, a na oddziałach kliniki nie ma dzieci z cukrzycą. Lekarka, która niby zajmuje się dziećmi chorymi na cukrzycę, dokumentację chorobową tych dzieci przechowuje w domu. Nie mogę się dowiedzieć, ile dzieci z cukrzycą pozostaje pod opieką kliniki, nie ma pomieszczenia do badania i leczenia. Lekarka przyjmuje dzieci na korytarzu przychodni lub w chwilowo wolnym gabinecie innego lekarza. Kierownikiem kliniki jest prof. Maria Rybakowa – twórca pierwszej w Polsce Kliniki Endokrynologii Dzieci, która w latach 80. ubiegłego wieku nie zajmowała się diabetologią.

I znowu... po raz drugi organizuję Poradnię Cukrzycową

Zatem, aby prawidłowo i zgodnie ze standardami leczyć dzieci chore na cukrzycę, muszę sama zorganizować od zera przyklinliczną Poradnię Cukrzycową.

Architektonicznie piękny i nowoczesny Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii został wybudowany 20 lat temu, dzięki finansowej pomocy amerykańskich senatorów polskiego pochodzenia, którzy utworzyli charytatywną organizację „Project Hope" („Projekt/Fundację Nadziei"). Fundacja wybudowała gmach instytutu, a strona polska go wyposażyła. Nasi lekarze otrzymywali też trzymiesięczne stypendia szkoleniowe w zakresie różnych dziedzin pediatrii w prestiżowych klinikach w Stanach Zjednoczonych. Do Kra-

kowa Fundacja Hope delegowała wybitnych amerykańskich specjalistów w pediatrii, którzy wykładali na kilkudniowych kursach postępy w pediatrii dla lekarzy z całej Polski. Ówczesny dyrektor Instytutu Pediatrii prof. Jan Grochowski był współtwórcą i organizatorem Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii. Na moją prośbę przydzielił mi nieduży pokoik w przychodni lekarskiej przy instytucie, w którym utworzyłam Poradnię Cukrzycową. Otrzymałam też etat pielęgniarski, na który przyjęłam do pracy znakomitą pracownicę – panią Alinę Grzyb. Z magazynu starych mebli przyniosłyśmy kozetkę, biurko, krzesła oraz szafkę na leki, wagę, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego. Ale nie miałyśmy ani jednego pacjenta.

Mam plan organizacyjny: wykłady o stanie cukrzycy w Polsce dla decydentów i organizatorów służby zdrowia w Krakowie i w Małopolsce. W pierwszej kolejności udaję się do dyrektora Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w Krakowie, w którego gestii pozostawała pediatria. Zostaję miło przyjęta (może dzięki temu, że nazwisko moje jest już w Krakowie kojarzone z moim mężem, który przebojem uzyskał uznanie za osiągnięcia w kardiochirurgii). Media donosiły o tysiącach spektakularnych operacji na otwartym sercu.

Wdrożenie w Polsce zasad nowoczesnej edukacji i leczenia dzieci chorych na cukrzycę

Przedstawiam szczegółowy program edukacji i leczenia dzieci chorych na cukrzycę, by uniknąć złego rokowania i wczesnego inwalidztwa u dzieci trochę starszych. Oferuję też przyjmowanie do Instytutu Pediatrii dzieci ze świeżo stwierdzoną cukrzycą z Krakowa i z regionu. Dla realizacji tego programu proszę o dwa etaty lekarskie i dwa pielęgniarskie, które dyrektor Wydziału Zdrowia mi przydziela.

Wiedziałam wówczas i informowałam moich rozmówców, że prawdziwie dramatyczne dla dzieci z cukrzycą są późne powikłania, już w wieku dorastania. Czynię to, by zapobiegać niepełnosprawnościom, jak utrata wzroku, powikłania sercowo-naczyniowe oraz i ich skutki: neuropatie – uszkodzenia nerwów, w tym u mężczyzn impotencja, a u kobiet poronienia i wady rozwojowe płodu. Źle leczona cukrzyca może prowadzić do wczesnego inwalidztwa z utratą zdolności do samodzielnego życia i rozwoju. Często do braku możliwości zdobywania wiedzy, wykształcenia, nauki zawodu i samodzielności w dojrzałym wieku. Czasem też już we wczesnym okresie życia –

do późnych powikłań cukrzycy. W latach 60. i 70. wszyscy od dzieciństwa chorzy na cukrzycę w 18. roku życia przechodzili na rentę inwalidzką i byli ciężarem dla rodziny.

Szkolenie w Stanach Zjednoczonych i doskonalenie edukacji w cukrzycy

W 1988 roku otrzymałam w ramach „Project Hope" trzymiesięczne stypendium w Klinice Diabetologii w Pittsbourgu, w stanie Pensylwania. Zobaczyłam tam nowoczesny ośrodek edukacji i leczenia cukrzycy dzieci – znakomicie zorganizowany zespół cukrzycowy, który znacznie lepiej edukował dzieci z cukrzycą, nowocześniej leczył i uzyskiwał zdecydowanie lepsze wyniki długofalowe.

Po powrocie do Krakowa udało mi się wdrożyć prawie wszystkie poznane tam metody oraz późniejsze spostrzeżenia z wizyt w ośrodkach europejskich, szkoleń i kongresów. Zapraszałam też specjalistów z Danii, Niemiec i z innych europejskich ośrodków cukrzycowych do Krakowa z tygodniowymi szkoleniami dotyczącymi edukacji i terapii cukrzycy. Zaczęłam w instytucie od kształcenia trzech nowych pielęgniarek, dwóch dietetyczek i dwóch młodych lekarek oraz psychologa. Cały zespól cukrzycowy spotykał się na cotygodniowych zebraniach klinicznych i brał czynny udział w szkoleniach.

Lekarze wraz ze mną przedstawiali tłumaczenia najnowszych artykułów ze światowego piśmiennictwa na temat edukacji i terapii cukrzycy.

Poza tym organizuję cotygodniowe szkolenia dla zespołów cukrzycowych z Krakowa i z regionu południowo-wschodniego, z udziałem międzynarodowych wykładowców.

Piszę listy do wszystkich ordynatorów oddziałów pediatrycznych w Krakowie i Małopolsce: „Jeżeli zgłosi się do Państwa chore na cukrzycę dziecko, proszę je przysłać do nas, będziemy je leczyć i edukować".

Jeżdżę też do Wydziałów Zdrowia w Tarnowie, Krośnie, Jaśle i do innych miast w Małopolsce. Przekonuję ordynatorów i kierowników tych wydziałów i pozyskuję ich aprobatę – szkolimy dla nich lekarzy, pielęgniarki, dietetyczki i psychologów. Przekonujemy, że nie pomożemy chorym na cukrzycę, jeżeli nie nauczymy ich, jak żyć z tą chorobą. W latach 80. i 90. nasz krakowski zespół cukrzycowy jest jedynym w Polsce zespołem edukacyjnym w cukrzycy. Moje dwie pielęgniarki zostają przyjęte do Brytyjskiego Towarzystwa Edukatorów w Diabetologii Dziecięcej, ja zostaję jego człon-

kiem. Intensywnie się uczę, uczestniczę w kursach i kongresach zagranicznych, jako członek zarządu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego przenoszę postępy na rodzimy grunt. Anglojęzyczne doniesienia z Zachodu mówią, iż późne powikłania cukrzycy mogą mieć mniejsze nasilenie oraz będą mocno opóźnione w czasie, jeżeli chorzy mają stężenie glukozy we krwi możliwie najbliżej wartości prawidłowych oraz bez incydentów niedocukrzeń. Postanawiam uczynić, co tylko możliwe, by moi podopieczni mogli to osiągnąć. A to w dużym stopniu zależy od dobrej i przyjaznej atmosfery w edukacji diabetologicznej i od zrozumienia przez dzieci chore na cukrzycę i ich rodziców zasady „Jeżeli zrozumiesz, to potrafisz".

Obecnie w Polsce szkolone są pielęgniarki specjalistyczne tylko dla chirurgii, nie ma programów szkolenia specjalistycznego pielęgniarek w diabetologii, w której edukacja dzieci chorych i ich rodziców jest podstawą uzyskania dobrych wyników leczenia, by dzieci mogły bez powikłań dorastać, wybrać zawód i żyć bez ograniczeń socjalnych, na równi ze zdrowymi rówieśnikami.

Życie może nie być beznadziejne

Najbardziej szokującą dla mnie była rozmowa z dwiema dziewczynami chorymi na cukrzycę. „Powiedzcie mi, co dla was jest najtrudniejsze w postępowaniu z waszą chorobą?" – pytam. Odpowiedziały zgodnie, że nie ograniczenia dietetyczne, nie zastrzyki insuliny, nie rygory pomiarów poziomu cukru, a straszne ograniczenia społeczne: „Skończyłyśmy szkołę, rodzice i rodzeństwo idzie do pracy lub na studia, a my siedzimy w domu; do pracy nas nie chcą przyjąć, nikt nas nie zaprasza na spotkania towarzyskie, chłopcy nas unikają, nie mamy szans na wyjście za mąż ani na normalną aktywność należną naszemu wiekowi. Takie życie jest beznadziejne". Więc musimy uczynić dla nich więcej niż to realnie było możliwe, czyli leczyć tak, by nie występowały u nich powikłania, które eliminują młodych ludzi z normalnej aktywności społecznej.

Nowoczesne programy edukacyjne dla dzieci chorych na cukrzycę dzieci i ich rodziców

Opracowaliśmy trzy programy edukacyjne dla dzieci: leczonych dwoma zastrzykami insuliny na dobę; tych, które chciały się leczyć trzema zastrzykami insuliny przed posiłkami oraz tych, które wymagały nieco

zmodyfikowanej terapii. Edukacja trwała początkowo dwa tygodnie i zawsze brała w niej udział matka i jej chore dziecko. A jeżeli posiłki przyrządzała babcia, to też obowiązkowo była zaangażowana w proces edukacyjny. Ze względu na pracę zawodową dwa tygodnie nieobecności matki w pracy było często trudne, postanowiłyśmy więc szkolenia skrócić do jednego tygodnia. Odbywały się one w specjalnym pokoju edukacyjnym, w którym zgromadzone były wszystkie potrzebne przedmioty, czytelne plansze programów, rzutnik, tablice, kreda, mazaki, gleukometry. Nauczanie było w połowie teoretyczne i w połowie praktyczne, według zasady: „Usłyszę – zapomnę, usłyszę i zobaczę – zapamiętam, usłyszę, zobaczę i sam wykonam – będę umiał!".

Edukacja trwała w godzinach od 7 do 15, z 30-minutową przerwą na obiad. W instytucie była stołówka, w której można było kupić i zjeść obiad. Program obejmował wszystkie sfery życia chorego: jak utrzymywać możliwie najlepsze stężenie glukozy we krwi drogą częstych badań za pomocą glukometru. W tym okresie wszystkie dzieci miały już swoje glukometry w domu. Uczyliśmy zachowania się w czasie nauki i siedzącego trybu życia, przed małym/dużym/długotrwałym wysiłkiem, w czasie małego/dużego/długotrwałego wysiłku i po nim; w podróży, w okresie świąt, uroczystości rodzinnych, potańcówek oraz w czasie dodatkowej choroby. Na kursy dla dzieci i rodziców, zwłaszcza z udziałem zagranicznych edukatorów, zapraszaliśmy zespoły cukrzycowe z całej Polski.

Po zakończonym kursie dziecko wypisywano do domu z zaleceniami i receptami na leki. Początkowo dziecko przychodziło do poradni dwa lub trzy razy w miesiącu. Przyjmowały dwa zespoły; najpierw pacjent był konsultowany przez pielęgniarkę i dietetyczkę, a następnie przez lekarza. Powroty zdarzały się rzadko, zwykle z powodu konieczności operacji lub ciężkiej dodatkowej choroby.

Pediatryczny model edukacji w cukrzycy został w latach 90. zaakceptowany przez diabetologów również do leczenia dorosłych.

Odległa ocena wyników leczenia cukrzycy

W tym czasie w Instytucie Pediatrii została otwarta ogromna przychodnia lekarska, w której Poradnia Diabetologiczna otrzymała sześć pokoi. Utworzyłam w nich trzy gabinety lekarskie i trzy gabinety edukacji diabetologicznej. W czasie stypendium w Stanach Zjednoczonych uczestniczyłam również w ustalaniu jakości leczenia cukrzycy, w dłuższej perspektywie

czasu: dobry, średni lub zły. W tym celu w 1988 roku wprowadziliśmy w Krakowie metodę oznaczania stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) metodą chromatografii powinowactwa i założyliśmy stały rejestr wyników dla każdej grupy wiekowej chorych. Rejestr ten prowadziłam do 2001 roku. Metoda chromatografii powinowactwa obowiązuje dzisiaj na całym świecie. Z licznych dużych badań wynika, że stężenie HbA1c powinno się wahać w granicach 7–8%. I to już chroni dzieci przed szybkim rozwojem późnych powikłań. Średni wynik HbA1c u 500 naszych pacjentów wynosił w końcu lat 80. 12,01%, by w efekcie naszej ciężkiej pracy osiągnąć w 1993 roku 8,4%, a w 2003 roku 7,5% (wyniki moich badań zostały opublikowane pod innymi nazwiskami).

W tych latach przybywało nam średnio około 100 dzieci rocznie ze świeżo rozpoznaną cukrzycą. W okresie ostatnich 20 lat liczba nowych zachorowań na cukrzycę wzrosła u dzieci trzykrotnie. Wdrożyliśmy też wykrywanie bardzo wczesnych zmian, które mogły wskazywać na rozwój późnych powikłań cukrzycy. Gdy w 2001 roku odchodziłam na emeryturę, leczone przez nas dzieci nie miały późnych powikłań. Powyżej omówione programy i metody naszej pracy pozwoliły naszym chorym spełnić w praktyce piękne hasło Światowej Organizacji Zdrowia z 1974 roku: „O pełnię życia dla chorych na cukrzycę".

Sekcja Diabetologii Dziecięcej PTD

Częstość zachorowań na cukrzycę typu 1 oraz bardzo intensywny postęp w leczeniu tej choroby wymagały szkolenia diabetologów dziecięcych, tworzenia i organizowania środowiska specjalistów i ośrodków do leczenia dzieci. Dlatego w 1996 roku na zjeździe naukowym Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w Szczecinie, trzy zaangażowane entuzjastki diabetologii: prof. Renata Wąsikowa z Wrocławia, dr Alina Symonides-Ławecka z Warszawy i moja skromna osoba z Krakowa, wraz z 30 pediatrami utworzyliśmy Sekcję Diabetologii Dziecięcej PTD i zorganizowałyśmy pierwsze dwa zjazdy naukowe.

Kierownik kliniki i profesura

Dotychczasowy kierownik Kliniki Endokrynologii Dzieci i Młodzieży – prof. Maria Rybakowa przechodzi w 1994 roku na emeryturę. Na wniosek Rady i Dyrektora Instytutu rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium

Medicum powołuje mnie na stanowisko kierownika kliniki. Zaczyna się w moim życiu kolejny nowy rozdział działalności. Uczę się endokrynologii, kontynuujemy realizowane dotychczas programy naukowe. Wprowadzam w klinice pewne organizacyjne modyfikacje pracy klinicznej i naukowej. Zespół lekarzy i pielęgniarek popiera mnie i jednoczy się we współdziałaniu. Mobilizuję lekarzy do specjalizowania się, do pracy naukowej, do doktoratów i habilitacji. Po trzech latach, w 1997 roku, odbieram od prezydenta RP nominację i tytuł profesora medycyny. Zespół diabetologii naszej kliniki opracował i wygłaszał liczne nowatorskie prace naukowe na krajowych i zagranicznych kongresach oraz publikował w światowych czasopismach naukowych. Wdrożyliśmy do klinicznej praktyki liczne usprawnienia, m.in. w wyselekcjonowanej grupie chorych wprowadziliśmy intensywną insulinoterapię funkcjonalną. Dzięki pomocy WOŚP Jerzego Owsiaka dla części chorych uzyskaliśmy indywidualne pompy insulinowe. Ta zmodyfikowana terapia przyniosła znakomite wyniki. W okresie siedmiu lat kierowania przeze mnie kliniką siedmiu lekarzy uzyskało stopień doktora nauk medycznych, dwie asystentki specjalizację z diabetologii, dwie z endokrynologii. Pod moją opieką naukową dr Andrzej Starzyk uzyskał habilitację, a po moim przejściu na emeryturę w 2001 roku, przejął kierownictwo kliniki.

Emerytura

Od 70. roku życia (2001 r.) jestem na emeryturze, więc dzisiaj już prawie 20 lat pozostaję w stanie akademickiego spoczynku. Przez te lata nie wpływałam już na sprawy kliniki. Europejskie powojenne losy edukacji diabetologicznej chorych dzieci miały różny przebieg. Najpierw w Niemczech, we wschodnich landach, edukatorami dla dzieci z cukrzycą typu 1 byli dorośli chorujący na cukrzycę od wczesnego dzieciństwa, tzw. helperzy. Dorośli pacjenci z cukrzycą typu 1 i ich lekarze próbowali przenieść swoje doświadczenia do leczenia dzieci z cukrzycą typu 1, co się nie udawało. Lekarze chorych dorosłych i inni różni edukatorzy musieli się dokształcić w edukacji podobnej do cukrzycowej dla dzieci.

Ostatnie 20 lat to w Europie i w Polsce okres dynamicznego rozwoju wiedzy i doskonalenia specjalistycznej opieki nad dorosłymi i dziećmi chorymi na cukrzycę. Liczne ośrodki w Polsce rozwinęły nowoczesne laboratoria do badań genetycznych i immunologicznych oraz uzyskały bardzo ciekawe wyniki badań. Był to też czas prężnego rozwoju technologii medycznych.

Obecnie leczenie cukrzycy jest dużo łatwiejsze także dla pacjentów: mniej bolesne są metody oznaczania stężenia glukozy we krwi, łatwiejsze wstrzykiwanie insuliny, dostępne pompy insulinowe do ciągłego kontrolowanego podawania insuliny. Trwają intensywne badania nad konstrukcją sztucznej trzustki. Wykonuje sie już przeszczepy wysp trzustkowych i trzustki.

Obecnie w diabetologii rozwija się edukacja pielęgniarek, psychologów, dietetyczek i pracowników społecznych oświaty publicznej, którzy organizują się i tworzą zespoły edukacji cukrzycowej.

Dlaczego poświęciłam dziesiątki lat pracy dla opanowania i wdrożenia edukacji dzieci chorych na cukrzycę?

Pomimo działań znakomitych fachowych edukatorów, firm produkujących i dostarczających nam sprzęt do diagnostyki i terapii cukrzycy oraz pomimo pracy wielu znawców zagadnienia – profesorów (również w Krakowie), jesteśmy, moim zdaniem, nadal daleko od optymalnego poziomu kompleksowego leczenia cukrzycy w Polsce. Jestem przekonana, że ani dobrze wyszkoleni edukatorzy, ani lekarze nie mają czasu ani możliwości uczyć teoretycznie i praktycznie coraz większej liczby dzieci z cukrzycą. Od codziennej umiejętności samoleczenia dzieci w różnych sytuacjach życia zależy utrzymanie ich stanu zdrowia bez inwalidztwa. Bez dogłębnej edukacji nawet leczenie pompami insulinowymi nie gwarantuje dobrych wyników terapii cukrzycy.

Wdrożenie do leczenia cukrzycy typu 1 pomp insulinowych dla dzieci i dla dorosłych nie przyniosło oczekiwanych dobrych wyników, zwłaszcza wtedy, gdy chorzy nie byli dobrze wyszkoleni w zasadach leczenia tej choroby.

Mimo moich usilnych starań nie udało mi się wdrożyć ani na Wydziale Pielęgniarstwa, ani w innych działach administracji kształcenia pielęgniarek, dietetyczek i psychologów diabetologicznych.

Akademicka Fundacja Stypendialna w Mosinie k. Poznania

Mój mąż kiedyś przy herbacie opowiedział mi, że został lekarzem dzięki swojemu wychowawcy w gimnazjum w Mosinie, małej miejscowości pod Poznaniem. Był nim prof. Witold Feigel, który dostrzegł fascynację przyrodą swojego ucznia i zadbał o to, by uczył się dalej w najlepszym gimnazjum i liceum im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Dzięki temu, że Toni

otrzymał pomoc i szansę w odpowiednim momencie, skończył medycynę, został kardiochirurgiem, profesorem i robił to, co kochał. Postanowiliśmy „spłacić" nasz dług. Utworzyliśmy w Mosinie Akademicką Fundację dla zdolnych uczniów z ubogich rodzin, by mogli się kształcić. Stypendium wynosiło 800 zł miesięcznie przez sześć lat studiów, łącznie z wakacjami. Już sześciu stypendystów ukończyło studia. Z naszą pierwszą stypendystką mamy kontakt do dziś. Ania Cicha ukończyła archeologię w Toruniu, jest dzisiaj doktorem. Urocza osoba. Fundacja nadal działa z żelaznym kapitałem.

Jubileusz 50-lecia Instytutu Pediatrii w Krakowie-Prokocimiu

Z okazji 50-lecia Instytutu Pediatrii zostałam wyróżniona medalem zasługi i dyplomem. Pamiątkowe słowo wstępne od dyrekcji: „Ponad 50 lat temu, wśród polonii amerykańskiej, zrodziła się idea zbudowania w trudnej rzeczywistości PRL-u, nowoczesnego ośrodka dla chorych dzieci, zlokalizowanego na ziemi krakowskiej. Tak powstał Instytut Pediatrii, równocześnie szpital i jednostka naukowo-dydaktyczna, spadkobierca słynnej Krakowskiej Szkoły Pediatrycznej. Była to rewolucja w skali kraju, medycyny, pediatrii. Przez długie lata, a właściwie do chwili obecnej, w świadomości mieszkańców całej Polski, Prokocim jest miejscem, gdzie leczy się najtrudniejsze przypadki chorób dziecięcych, a działalność naukowa i rezultaty osiągnięte przez zatrudnionych badaczy, świadczą o doniosłej roli tej jednostki". Tu jest cała medycyna dziecięca z wszystkimi specjalnościami: trzy kliniki pediatrii, chirurgia, ortopedia, nefrologia, kardiologia, kardiochirurgia i inne. Działa ponad 50 lat.

Pracowałam w trudnym, ale pięknym miejscu.

Najważniejsza w życiu jest dla mnie...

Rodzina. I dzieci chore na cukrzycę. Nie kariera. Ważni są dla mnie ludzie. Pomaganie innym. Bywam nadopiekuńcza, a jednocześnie okropna ze mnie zgaga, bo często stawiam na swoim. Z mężem się nie kłócimy. To chyba niedobrze, bo miło jest się godzić. Dawniej ja ustępowałam częściej. Teraz Toni też mi ustępuje. Mamy wspólną pasję: czytanie książek. I nasze rozmowy w kuchni.

Prof. Hanna Magdalena Dziatkowiak
z domu Woch, urodziła się 22 lipca 1931 roku w Warszawie. Wykształcenie ogólnokształcące otrzymała w w Liceum im. Juliusza Słowackiego w Warszawie. Dyplom lekarza medycyny uzyskała w 1957 roku w Akademii Medycznej w Poznaniu. Tam pracowała w Szpitalu Dziecięcym im. B. Krysiewicza i w 1963 roku uzyskała I stopień specjalizacji z pediatrii. „Za mężem" przeniosła się do Akademii Medycznej w Łodzi i pracowała w Instytucie Pediatrii, gdzie w 1971 roku uzyskała II stopień specjalizacji z pediatrii, doktoryzowała się w 1973 roku, a habilitowała w 1983. Była ordynatorem Oddziału Kliniki Chorób Dzieci i prowadziła przyklinicznią Poradnię Cukrzycową. W 1986 roku została, jako docent etatowy, przeniesiona „za mężem" do Akademii Medycznej w Krakowie, była zatrudniona w Klinice Endokrynologii Dzieci i Młodzieży w Polsko-Amerykańskim Instytucie Pediatrii. Tam zorganizowała przyklinicznią Poradnię Cukrzycową i wdrożyła nowoczesną diagnostykę, edukację i terapię cukrzycy u dzieci. Po szkoleniu w Klinice Diabetologii Dzieci w Pittsbourgu w Stanach Zjednoczonych wprowadziła w Polsce nowoczesny model edukacji chorych na cukrzycę dzieci i ich rodziców, a po kilku latach organizacji szkolenia kadry uzyskała w Krakowie i w Małopolsce wybitną poprawę długofalowych wyników leczenia cukrzycy u tych dzieci, udokumentowaną klinicznie zmniejszeniem odległych powikłań cukrzycy i obniżeniem poziomu HbA1c z 12 do 7,5%. W latach 1994–2001 była kierownikiem Kliniki Endokrynologii Dzieci i Młodzieży. Za całokształt pracy lekarskiej, naukowej i społecznej otrzymała liczne wyróżnienia i odznaczenia: Medal im. Henryka Jordana, Honorową Odznakę Miasta Łodzi, Światowy Dyplom Przysięgi Hipokratesa, medale i odznaki branżowe w pediatrii, Złoty Krzyż Zasługi, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski i Medal Zasługi 50-lecia Instytutu Pediatrii w Krakowie. Jest członkiem zwyczajnym i honorowym branżowych towarzystw naukowych oraz współtwórcą i pierwszą przewodniczącą Sekcji Diabetologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Mąż Antoni jest znanym kardiochirurgiem. Córki Wanda i Barbara ukończyły Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zięciowie Andrzej i Jacek oraz wnuk Jan są lekarzami, wnuczka Magda jest doktorem w zakresie dziedzictwa kulturowego. Prawnuczka Zoe ma cztery lata i mówi w trzech językach – oczywiście na własny sposób.

Rozmowa z profesorem
Władysławem Grzeszczakiem

Profesor, który stworzył diabetonefrologię

Jak to się stało, że pan, nefrolog, specjalista chorób wewnętrznych, zajął się diabetologią?

Urodziłem się w Czechowicach-Dziedzicach, tam też ukończyłem szkołę podstawową i średnią. Gdy zacząłem studiować medycynę, zapisałem się do studenckiego koła naukowego przy Katedrze Patofizjologii. Celem było poszerzenie wiedzy. Prace wykonane w kole naukowym prezentowałem na sesjach kół naukowych, zdobywając nagrody. Już jako student pierwszych lat widziałem, że studenci z koła nefrologicznego wypadali najlepiej na sesjach kół naukowych: zdobywali pierwsze miejsca, ich prace były najwyżej oceniane. Dlatego na IV roku studiów zdecydowałem się wstąpić do koła naukowego przy Katedrze i Klinice Nefrologii w Katowicach. Na kolejnych dwóch sesjach kół naukowych zdobyłem pierwsze miejsce.

Po skończeniu studiów w 1978 roku znalazłem się na stażu w Klinice Nefrologii w Katowicach, której kierownikiem był wtedy prof. Franciszek Kokot. Zacząłem tam pracować – najpierw jako wolontariusz, potem jako nauczyciel akademicki (od 1980 r.). Pracowałem pod okiem prof. Kokota (wspaniałego człowieka i naukowca). Pierwszą moją specjalizacją były choroby wewnętrzne, drugą – nefrologia. Obroniłem doktorat w 1982 roku, zaś w 1986 habilitowałem się. Byłem na licznych stażach zagranicznych.

W 1991 roku wygrałem konkurs na stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Zawodowych w Zabrzu. Już wcześniej ustaliłem z JM Rektorem, że będę starał się uruchomić oddział nefrologii na Wydziale Lekarskim w Zabrzu, ponieważ znaczenie chorób zawodowych maleje i na oddziale takich chorych jest niewielu. W leczeniu chorób nerek były wtedy ogromne deficyty. Gdy zostałem kierownikiem kliniki, bardzo dynamicznie zająłem się nefrologią. Najlepiej świadczy o tym fakt, że pod koniec pierwszego roku mojego pobytu w klinice ruszyła tam stacja dializ.

Gdy pracowałem u prof. Kokota, nie dializowaliśmy chorych, którzy mieli niewydolność nerek z powodu cukrzycy. Powodem było to, że podczas dializ trzeba było podawać heparynę. Gdy pacjenci z cukrzycą otrzymywali klasyczną heparynę, zaczynali tracić wzrok. Pojawiało się więc pytanie: czy pacjenta, który ma już niewydolność jednego narządu, wolno narażać na takie powikłania? W szpitalu w Zabrzu była duża poradnia diabetologiczna, pod której opieką było kilkadziesiąt tysięcy chorych z cukrzycą. Na rynek wchodziła wówczas fragmina, niskocząsteczkowa heparyna. Miałem przesłankę, aby zająć się tym „fragmentem" diabetologii – uszkodzeniem nerek w przebiegu cukrzycy. Zaczęliśmy dializować chorych na cukrzycę. Początkowo jako jedyny w Polsce leczyłem tych chorych.

Później dializoterapia u chorych z cukrzycą rozwinęła się też w innych ośrodkach. Ja z kolei coraz bardziej wciągałem się w leczenie innych powikłań. Poważnym problemem są powikłania kardiologiczne, jednak w Zabrzu był już oddział kardiologii, gdzie trafiały osoby z problemami sercowo-naczyniowymi. Mnie pozostały powikłania nerkowe, ze strony przewodu pokarmowego i narządów moczowo-płciowych. Tym głównie się zajmowaliśmy.

Dzięki temu publikowaliśmy dużo prac, mieliśmy czym się chwalić. W związku z tym wystąpiłem do uczelni o zmianę nazwy kliniki. W 1996 roku na bazie dotychczas istniejącej Kliniki Chorób Wewnętrznych i Zawodowych powołano Katedrę i Klinikę Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, a w 2001 roku Klinikę Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii z Zakładem Chorób Metabolicznych Kości. Leczenie chorych na cukrzycę coraz bardziej mnie wciągało, tym bardziej, że miałem dostęp do sporej grupy pacjentów. Formalnie stałem się kierownikiem poradni diabetologicznej.

Jak wtedy wyglądało leczenie cukrzycy?

Na rynku były tylko dwie grupy doustnych leków przeciwcukrzycowych – pochodne sulfonylomocznika i metformina. Na metforminę patrzono jeszcze wówczas krzywo, uważano, że może wywoływać kwasicę mleczanową. Był niewielki wybór leków, które można było stosować. Weszła wtedy nowa pochodna sulfonylomocznika – Diaprel. W zasadzie leczono nim wszystkich chorych na cukrzycę typu 2.

Jeśli chodzi o insulinę, to dostępne były tylko insuliny zwierzęce. Różnią się one od insuliny ludzkiej 2–3 aminokwasami, dlatego u wielu osób wywołują reakcje immunologiczne. Dopiero w kolejnych latach wprowadzano insuliny ludzkie, a potem analogi insulinowe. Początki były więc dość trudne. Wtedy na świecie nie było innych insulin.

Stworzył pan w Zabrzu jeden z silniejszych ośrodków diabetologicznych w Polsce

Trafiłem na dobry grunt. Miałem na oddziale wielu młodych asystentów chętnych do pracy i rozwoju. W poradni diabetologicznej było dużo chorych. Mogłem im pomagać.

Przez cztery lata był pan szefem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Do czego pan dążył, co się udało?

Szefem PTD byłem od 2007 do 2011 roku. Dążyliśmy do tego, aby ułatwić refundację nowych leków przeciwcukrzycowych. Spotykaliśmy się z różnymi ministrami, posłami. Pamiętam, że w jednym roku przyjechałem do Warszawy 80 razy! Najgorsze było to, że nie przełożyło się to na refundację nowych leków.

Druga rzecz, o którą się starałem, to liczba prac naukowych zgłaszanych przez poszczególne jednostki w Polsce na zjazdy PTD. Udało się ją znacząco zwiększyć.

Trzecia kwestia: razem z prof. Jackiem Sieradzkim zaczęliśmy organizować tzw. konferencje karpackie, jak gdyby filię zjazdów PTD. Początkowo zjazdy PTD odbywały się co dwa lata, ja zaś uważałem, że powinny odbywać się raz w roku. Konferencje karpackie odbywały się w okresach między zjazdami.

W czasie mojej prezesury wzrosła też liczba członków PTD. To również uważam za jeden z sukcesów.

Profesor Sieradzki wspomniał, że konferencje karpackie organizował raz on, raz pan. Czym konferencje karpackie różniły się od konferencji towarzyszących zjazdom PTD?

Gdy w 2001 roku byłem wiceprezesem PTD, a prof. Sieradzki prezesem, doszliśmy do wniosku, że zgodnie ze statutem nie można co roku organizować zjazdu PTD, dlatego zrobimy co drugi rok karpacką konferencję diabetologiczną. Ustaliliśmy, że będzie ona na zmianę organizowana przez dwie jednostki: kierowaną wówczas przez prof. Sieradzkiego Klinikę Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz przez moją klinikę. To było dobre rozwiązanie. Założenie karpackich konferencji diabetologicznych było nieco inne niż zjazdów PTD. Podczas konferencji karpackich opieraliśmy się głównie na pracach poglądowych, natomiast na zjazdach – na pracach oryginalnych. Konferencje karpackie przyciągały wiele osób ze względów praktycznych: zagadnienia omawialiśmy problemowo, poruszano wiele aspektów leczenia cukrzycy.

Gdy prof. Jacek Sieradzki przeszedł na emeryturę, kierownikiem kliniki został prof. Maciej Małecki, który nie był zwolennikiem takiego rozwiązania. W 2002 roku ja zorganizowałem I Karpacką Konferencję Diabetologiczną w Szczyrku, w 2004 – prof. Sieradzki w Zakopanem, w 2006 – ja w Wiśle, w 2008 – prof. Sieradzki w Krakowie, w 2010 – ja w Wiśle i w 2012 – ja w Karpaczu. Potem postanowiono, że konferencja karpacka przekształci się w zjazd PTD, który teraz jest organizowany co roku. Konferencje karpackie zakończyły się więc w 2012 roku. Choć muszę przyznać, że liczba uczestników konferencji karpackich była nawet większa niż liczba uczestników zjazdów PTD.

Z kolei pan od wielu lat organizuje konferencje diabetologiczne w Zakopanem. Na czym polega ich specyfika?

Początkowo odbywały się one w Wysowej-Zdroju, potem w Szczyrku, a teraz w Zakopanem. Jak wspominałem, od początku mojej pracy w Zabrzu zacząłem leczyć chorych na cukrzycę metodą hemodializy. Część chorych była leczonych metodą dializy otrzewnowej. Udało mi się porozumieć z dyrektorem uzdrowiska Wysowa-Zdrój, że on dla naszych chorych rezerwuje miejsca. Wysyłałem 20 chorych dializowanych otrzewnowo, a także lekarza z naszej kliniki, który ich szkolił, w jaki sposób przeprowadzać dializy. To dało znakomite efekty, ponieważ chorzy byli dobrze wyszkoleni, nie docho-

dziło więc do powikłań. Od 1993 roku katedra i klinika, którą kierowałem, podjęła się prowadzenia Ośrodka Naukowo-Badawczego Cukrzycy w Wysowej-Zdroju, zaś od 1994 roku – Sanatoryjnego Oddziału Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej (to jedyny tak sprofilowany oddział w kraju).

Gdy zaczęło to funkcjonować, doszedłem do wniosku, że trzeba zorganizować sympozjum i omówić zagadnienia z tym związane. W 1993 roku zorganizowałem pierwsze sympozjum. Początkowo zakres tematyczny był niewielki, a liczba uczestników ograniczona, jednak po kilku latach okazało się, że Wysowa już jest za mała na organizację takiej konferencji. Przenieśliśmy się do Szczyrku, a po kilku latach do Zakopanego. Początkowo sympozja organizowałem co dwa lata, a teraz już regularnie co roku w Zakopanem odbywają się sympozja diabetologiczne „Postępy w diagnostyce i terapii cukrzycy".

Czym pana sympozja różnią się od konferencji karpackich i zjazdów PTD?

W Zakopanem jest zawsze jeden i ten sam organizator, czyli ja. Mam pewną wizję, którą mogę realizować, sam zapraszam wykładowców. Za każdym razem mówimy o cukrzycy, jednak staramy się poruszać najważniejsze w danym momencie zagadnienia. Podczas sympozjum we wrześniu 2019 roku jednym z wiodących tematów były powikłania ze strony przewodu pokarmowego u chorych na cukrzycę. Jest to zagadnienie słabo znane, lekarze często nie zwracają na nie uwagi. Drugim ważnym tematem było starzenie się społeczeństwa, a więc leczenie cukrzycy u pacjentów w starszym wieku. Była też moja sesja dotycząca powikłań nerkowych. Ponieważ powikłania sercowo-naczyniowe są najważniejszymi powikłaniami u chorych na cukrzycę, to im poświęcone zostały dwie sesje. Mówiliśmy również o powikłaniach ocznych. Moim zdaniem taka tematyka była interesująca.

Rozumiem, że pana sympozja diabetologiczne różnią się od innych organizowanych konferencji...

Nie ukrywam, że chcę mieć coś swojego, o czym ja decyduję. Konferencje w Zakopanem cieszą się dużym zainteresowaniem.

Co pan uważa za swój największy sukces zawodowy?

Po pierwsze, stworzenie dializoterapii u chorych na cukrzycę. Po drugie, przekonanie wielu osób w Polsce i za granicą, że jest to dobra metoda, dzięki której można chorym z niewydolnością nerek wydłużyć życie i poprawić jego jakość. Gdy zaczynałem zajmować się diabetologią, takie leczenie praktycznie nie było stosowane ani w Polsce, ani za granicą.

Nie obawiał się pan, że może jednak dojść do powikłań ze strony oczu?

Bałem się. Natomiast badania z zastosowaniem drobnocząsteczkowych heparyn wykazywały, że takie powikłania nie powinno wystąpić. Uwierzyłem, że takie leczenie może zakończyć się sukcesem.

Zmiany robi się dla pacjentów. Pamięta pan swoich szczególnych?

Oczywiście, codziennie z nimi obcuję. Mam pacjentkę, która była pierwszą osobą dializowaną. Jest pacjentką już od 27 lat – cały czas jest dializowana.

Pamiętam też chorego z cukrzycą typu 1, który – kiedy go poznałem – był już niewidomy z powodu powikłań cukrzycy i przyjechał na dializę. Gdy pojawił się w klinice po raz pierwszy, miał 40°C. Podaliśmy mu antybiotyk, ale nie nastąpiła poprawa. Przyjechał na kolejną dializę, również miał gorączkę. Oglądałem go ja, oglądali inni lekarze, nie mogliśmy jednak stwierdzić, jaka jest przyczyna gorączki. Zabrałem go do osobnego pomieszczenia, poprosiłem, żeby się rozebrał. Okazało się, że w stopie miał wbite okrągłe ostrze od elektrycznej maszynki do golenia, było zarośnięte skórą. Miał tak duży stopień neuropatii cukrzycowej, że w ogóle nie czuł bólu! Usunęliśmy ostrze i wyleczyliśmy chorego z zakażenia.

Pamiętam też chorego na cukrzycę, który był dializowany w Grecji. To był początek lat 90. Pojechał tam do pracy. W czasie pobytu rozwinęła się u niego krańcowa niewydolność nerek. Grecy zaczęli go dializować, ale oczywiście postanowili go wysłać do Polski. W ministerstwie pracowała wtedy pani dyrektor Marciniak, z którą miałem bardzo dobre relacje, wiele razy pomagała mi rozwiązywać różne sprawy w ministerstwie. Poprosiła, żebym zajął się tym chorym. Zgodziłem się. Przyjęliśmy go i dializujemy do dziś. Przeszedł różne trudne sytuacje – był alkoholikiem, miał poważnie uszkodzoną wątrobę, wodobrzusze. Udało nam się wyleczyć go z nałogu. Co cie-

kawe, wątroba ma bardzo duże możliwości regeneracyjne – pacjent nie ma już wodobrzusza.

Inna moja pacjentka, Beata. W jej rodzinie wszyscy mieli cukrzycę i szybko rozwijała się u nich nefropatia. Brat Beaty zmarł w młodym wieku. Ona w 5. roku życia zachorowała na cukrzycę, a już w 11. roku życia była dializowana. Początkowo leczyłem ją na oddziale pediatrycznym, gdzie byłem konsultantem, a odkąd skończyła 18 lat, leczyła się już w mojej klinice. Jest dializowana do dzisiaj. Natomiast w międzyczasie miała trzy transplantacje nerek. Po pierwszej nowa nerka funkcjonowała 2–3 lata; druga również działała bardzo krótko. Trzecią transplantację przeprowadzaliśmy w naszym szpitalu – nerka funkcjonowała 10 lat. Teraz Beata znów jest dializowana. Próbujemy namówić ją na czwartą transplantację, jest na liście oczekujących. Ma prawie 40 lat; niemal całe życie miała dializy.

Dużo osób miało tak poważne powikłania?

Bardzo dużo. Za pomocą hemodializ w klinice jeszcze w 2002 roku leczono 120 chorych, a oprócz tego 50–60 chorych metodą dializy otrzewnowej. Niestety, kolejnemu dyrektorowi szpitala nie za bardzo to się podobało, ponieważ dializy były nisko wycenione przez NFZ i przynosiły szpitalowi straty. Chorych przeniesiono więc do prywatnego ośrodka (posiadającego kontrakt z NFZ), który mnie zatrudnił, dlatego nadal leczyłem tych chorych. Obecnie w tej niepublicznej stacji leczy się około 200 chorych. To druga co do wielkości stacja dializ w Polsce. W szpitalu mam małą stację dializ – dla 30–40 chorych. Obecny dyrektor szpitala chce, bym to rozwijał. Na dializach szpital zarabia, gdy wykonuje powyżej 5 tys. zabiegów rocznie. Ja wykonywałem ich w szczytowym okresie 20 tys. rocznie.

W latach 90. wyceny były niskie, a możliwości leczenia również niewielkie, dlatego dializowaliśmy w Polsce zaledwie 15–20% osób potrzebujących. To oznacza, że 80% umierało w ciągu 4–6 tygodni. Mieliśmy komisję, która zbierała się i decydowała, komu przyznać leczenie. Na jedno miejsce zwykle było czterech kandydatów do dializ. Musieliśmy wybrać jedną osobę, trzem pozostałym mogliśmy właściwie od razu wypisać kartę zgonu. Mieliśmy młodą matkę, osobę starszą i osobę z wieloma powikłaniami. Co było robić? Wybieraliśmy młodą matkę. Obecnie dializuje się już wszystkich, którzy tego potrzebują. Możliwości są tak duże, a refundacja dobra, więc właściwie to ośrodek czeka na chorego.

Czy teraz też zdarzają się poważne powikłania stopy cukrzycowej jak u pacjenta z wbitym i zarośniętym skórą ostrzem?

Stopa cukrzycowa jest bardzo poważnym powikłaniem, niestety nadal często występującym. 10 lat temu prowadziłem poradnię stopy cukrzycowej, było to jednak słabo finansowane przez NFZ, dyrektor był temu przeciwny i w końcu poradnia została zlikwidowana. Taka poradnia jest bardzo potrzebna, natomiast za leczenie chorych NFZ musi zapłacić.

Leczy pan głównie osoby z Zabrza i okolic, dzielnic robotniczych. To nie Warszawa, Poznań czy Kraków. Często przychodzą osoby z poważnymi powikłaniami cukrzycy?

Tak. I często są to osoby zaniedbane. Codziennie przychodzą do nas z sąsiedniej ulicy mieszkający tam Romowie. Liczba powikłań cukrzycy jest u nich porażająca. Poważnych powikłań jest bardzo dużo.

Jeśli chodzi o powikłania nerkowe, to procentowo ich liczba spada. Chorzy są dziś lepiej leczeni, otrzymują lepsze insuliny. Natomiast poważnie wzrasta ogólna liczba chorych na cukrzycę. Być może, gdyby liczbę powikłań przeliczyć na tysiąc, to będzie ich mniej, jednak chorych jest coraz więcej. Nowe leki, bardziej skuteczne, niewiele zmieniają, bo może około 20% chorych je kupuje. Dla 80% są za drogie.

W 1995 roku na świecie było 135 mln osób chorujących na cukrzycę, obecnie to już 500 mln osób. W Polsce ten wzrost też jest bardzo duży: mamy około 3 mln chorych, z czego leczymy około 2,2–2,3 mln. Cukrzycę typu 2 rozpoznaje się średnio 8–10 lat po zachorowaniu, gdy powikłania już są rozwinięte. Liczba chorych rośnie, niestety państwo nic z tym nie robi. Należałoby wprowadzić w szkołach edukację zdrowotną, uczyć zdrowego stylu życia, w telewizji w godzinach największej oglądalności nie reklamować niezdrowego jedzenia. Niezdrowe napoje są tanie, a powinny być drogie, co zniechęcałoby ludzi do ich kupowania.

Wspominał pan, że gdy był pan szefem PTD, walczyliście o refundację nowych leków. To te same leki, o których refundację dziś też występuje PTD?

Tak, to są cały czas te same grupy leków: inkretyny, DPP4, inhibitory SGLT2. Nadal nie są refundowane. Jeżeli chodzi o cukrzycę typu 2, to w Pol-

sce nie ma refundacji żadnych nowych leków przeciwcukrzycowych. Jesteśmy jedynym krajem w Europie, w którym dostęp do nowych leków jest tak ograniczony. Większość chorych leczymy tak samo jak w latach 50. XX wieku. Wtedy na rynku były: metformina, sulfonylomocznik i insulina. To samo mamy do dyspozycji dziś, choć wszelkie standardy leczenia cukrzycy przewidują stosowanie nowych leków już od pierwszych stadiów choroby.

Wierzy pan, że cukrzyca w najbliższych latach zostanie wyleczona?

Nie sądzę. Raczej będzie przybywało chorych.

Mówił pan o sukcesach zawodowych. A pozazawodowe? Z czego jest pan dumny?

Mam cudowną żonę, córkę, wnuczkę. Dużo podróżuję, zwiedziłem świat. Moimi pasjami są podróże i religioznawstwo. Czytam dużo książek.

Prof. Władysław Grzeszczak
ukończył w 1978 roku Wydział Lekarski Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, doktorat obronił w 1982 roku, habilitował się w 1986, a w 1993 otrzymał tytuł profesora. Uczeń prof. Franciszka Kokota, u którego pracował do 1991 roku. Następnie został kierownikiem kliniki w Zabrzu. Obecnie jest to Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii, jednostka Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Katedra prowadzi aktywną współpracę z zagranicznymi ośrodkami naukowymi, m.in. w Bostonie, Heidelbergu, Glasgow, Manchesterze i Waszyngtonie. Jako kierownik Katedry i Kliniki zorganizował: oddział hemodializoterapii, w którym są leczeni m.in. chorzy z terminalną niewydolnością nerek na tle nefropatii cukrzycowej, program leczenia ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową i automatyczną dializą otrzewnową chorych z terminalną niewydolnością nerek, w tym głównie chorych na cukrzycę, pracownię badań genetycznych, w której są prowadzone badania nad genetycznym podłożem niewydolności nerek, cukrzycy i jej powikłań oraz nadciśnienia tętniczego, pracownię badań densytometrycznych, pracownię diagnostyki nadciśnienia tętniczego.
W 1999 roku z jego inicjatywy, przy współpracy z Kliniką Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Urazów Klatki Piersiowej w Bytomiu, Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii w Zabrzu rozpoczęła realizowanie programu transplantacji nerek.
Jest autorem lub współautorem około 1200 prac opublikowanych w pismach krajowych i zagranicznych, 7 książek, 20 rozdziałów w książkach, promotorem 58 przewodów doktorskich i 6 habilitacyjnych. Pod jego kierunkiem 4 osoby uzyskały tytuł profesora (E. Żukowska-Szczechowska, K. Strojek, J. Gumprecht, W. Pluskiewicz). Otrzymał liczne nagrody Ministra Zdrowia, nagrody JM Rektora SUM. Był prorektorem ds. klinicznych SUM w latach 1996–1999, członkiem Senatu SUM, a w latach 1995–1999 Konsultantem regionalnym ds. diabetologii (ówczesne woj. katowickie, częstochowskie, bielskie i opolskie), w latach 2003–2011 był przewodniczącym zespołu ekspertów ds. zaleceń dotyczących leczenia chorych na cukrzycę, członkiem zespołu ekspertów powołanych przez Ministerstwo Zdrowia ds. opracowania Narodowego Programu Walki z Cukrzycą. Był również zastępcą prezesa PTD w latach 2001–2007, prezesem PTD w latach 2007–2011, członkiem Zarządu Głównego PTD w latach 1995–2015.
Pełnił funkcję redaktora naczelnego „Diabetologii Doświadczalnej i Klinicznej" (2001–2011), „Annales Academiae Medicae Silesiensis" (2003–2014) i „Diabetologii po Dyplomie" (2005–2014). Aktualnie jest członkiem Rady Naukowej „Przeglądu Lekarskiego", „Nefrologii i Dializoterapii Polskiej", „Clinical Diabetology", „Chorób

Serca i Naczyń", „Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego", „Medycyny Praktycznej". Został odznaczony Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi oraz Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Prof. Krzysztof Strojek: „Objęcie przez prof. Władysława Grzeszczaka kierownictwa kliniki niezwykle zdynamizowało jej pracę. Miałem przyjemność w tym uczestniczyć. Dzięki panu Profesorowi, który otworzył mi szerokie możliwości rozwoju – praktycznie nieograniczone – w ciągu 5 lat zostałem doktorem habilitowanym, a w ciągu kolejnych 5 lat otrzymałem nominację profesorską. Przychodząc do kliniki, postawił sobie za cel stworzenie najsilniejszego ośrodka diabetologicznego w Polsce. Udało mu się to w pełnym zakresie. Wychował całą rzeszę doktorów, doktorów habilitowanych, profesorów. Pracownicy naszej kliniki opublikowali wiele artykułów w renomowanych czasopismach naukowych. Profesor dawał każdemu pełną możliwość rozwoju, nigdy niczego nikomu nie zabraniał, nie hamował. Jedyną cechą, która w jego oczach nie znajdowała uznania, była mała chęć do pracy i brak parcia w kierunku własnego rozwoju. Tego nie tolerował."

Prof. Edward Franek: „Od prof. Grzeszczaka nauczyłem się szybkiego podejmowania decyzji, i staram się tak robić, jeśli to tylko możliwe, bo wiem, jakie to jest ważne dla ludzi, żeby nie być w sytuacji „zawieszenia" w oczekiwaniu na jakąkolwiek decyzję. Chciałbym opowiedzieć pewną anegdotkę o prof. Grzeszczaku. W tamtych czasach my, lekarze, pracowaliśmy od godziny 8 do 14, a nasi przełożeni z prof. Kokotem o 7 rano zaczynali odprawę laboratoryjną, o 15 mieli odprawę kończącą, ale pracy na tym tak naprawdę nie kończyli. Często jak się przychodziło wieczorem do kliniki, to u prof. Kokota, prof. Grzeszczaka, prof. Więcka świeciło się jeszcze światło. Ja, jako ambitny młody lekarz, też długo siedziałem w klinice. Ale nie tylko pracowałem. Wtedy była era pierwszych komputerów i pierwszych gier komputerowych. Pewnego wieczora siedziałem na dyżurce i grałem w taka grę Dig Dug (elektroniczny wąż sunął po ekranie „zjadając" różne rzeczy) i nagle wszedł prof. Grzeszczak. Chciałem oderwać się od komputera, a on do mnie: „Proszę grać", więc grałem sobie dalej. Profesor obserwując moją grę dodał: „Widzę, że pan ma w sobie taką chęć zwycięstwa, myślę, że pan się przebije w tej medycynie". No i trochę się przebiłem, a teraz patrzę na młodych lekarzy w różnych sytuacjach i oceniam ich nie tylko na podstawie tego, co umieją, ale jak się zachowują, jak – że się tak w cudzysłowie wyrażę – „grają w Dig Duga". I też widzę, czy się przebiją, czy nie (uśmiech)."

(Źródło: *Władysław Grzeszczak – Profesor z charyzmą*, „Świat Lekarza")

Rozmowa z profesor
Idą Kinalską

Pierwsza dama polskiej diabetologii

Ten czas mnie ukształtował

Pochodzę z Wileńszczyzny, z miasteczka Dziewieniszki. Ojciec był założycielem i kierownikiem szkoły podstawowej, a mama pracowała jako nauczycielka. Gdy zaczęła się wojna polsko-niemiecka, nie widzieliśmy u nas żadnego Niemca. Przyszli Rosjanie. Wygnali nas z mieszkania, ojca aresztowali. Na długi czas ślad po nim zaginął.

Nas z mamą wygonili z domu, a wkrótce potem wywieźli na Syberię. 13 kwietnia 1940 roku obudziło nas głośne walenie w drzwi. Do domu wtargnęli dwaj żołdacy. Kierując broń i ostrza w naszą stronę, krzyczeli: „Sabirajsia w głub Rosii". Biegałyśmy po domu, nie wiedząc, co robić. Mama miała wszystko spakowane w walizkach, ale oni krzyczeli, że wszystko jest upaństwowione. Pozwolili nam zabrać tylko jedną walizkę, później okazało się, że były w niej głównie firanki, kapy na łóżko i kilka bluzek. Wsadzili nas do bydlęcych wagonów. Nikt nie podejrzewał, że nigdy nie powrócimy w rodzinne strony.

Jechaliśmy pociągiem 6 tygodni, początkowo głównie w nocy. Wagony były zaryglowane. Jechaliśmy w ciemności, nie wiedzieliśmy, w którym kierunku. Dwa razy w ciągu dnia otwierali drzwi: „Wylazaj po dwa, aprawitsa". Dwa razy dziennie dawali nam kipiatok, czyli wrzątek w wiadrach, a dwa razy w tygodniu po kromce chleba. W wagonie były prawie same kobiety

i dzieci. Mężczyźni zostali wcześniej aresztowani. Jedną kobietę szczególnie pamiętam, nawet jej nazwisko: Szczygielska. Po nią przyszli starsi żołnierze, pozwolili jej zabrać ze sobą całego zabitego wcześniej wieprza. Dzieliła się ze wszystkimi. Jedliśmy go całą drogę.

Po 6 tygodniach wysadzono nas na stacji, a pociąg odjechał. Zostałyśmy same. Około tysiąca kobiet i dzieci, w śniegu, który szybko się topił. Stałyśmy w lodowatej wodzie. Mama wraz z delegacją kobiet poszła w stronę widocznych w oddali domów. Wróciła z gromadką miejscowych: przynieśli kosze jajek malowanych w cybulniku – akurat była u nich Pascha (czyli nasza Wielkanoc). Do dziś pamiętam smak tej bułki. Potem przyjechały samochody, kazali nam wsiadać. Zawieźli nas na miejsce. Byliśmy w północnym Kazachstanie, w kołchozie. Ludzie z wioski wybierali sobie rodziny, które miały zamieszkać z nimi. Nas zabrał do siebie died Kobiel. Okazało się, że był potomkiem wywiezionego tu powstańca styczniowego.

Spałyśmy z mamą na ziemi, na słomie. Kapy i firanki z walizki przydały się jako pościel. Mama poszła do pracy w kołchozie, za co dostawała czasem garść pszenicy lub prosa. Ja miałam 6–7 lat, godzinami stałam przy żarnach, mieliłam zboże. Za cały dzień pracy dostawałam szklankę mąki. Potem robiło się jedzenie. Na gotującą wodę wrzucało się garść mąki. Nauczyłam się chodzić po stepie, szukając roślin, które nadają się do jedzenia. Dzika cebula, dziki czosnek, trawy, dzikie proso, jadalne trawy – wszystko to zebrane i wysuszone miało potem służyć do jedzenia przez długie zimowe miesiące. Był głód, więc w kołchozie nauczyłam się kraść: pszenicę, jajka – bez tego byśmy nie przeżyły. Najgorsza była zima, gdy temperatura spadała nawet do –40°C, całymi dniami panowała ciemność, nasza chata była całkowicie zasypana śniegiem.*

* Wspomnienia z zesłania pani profesor spisze, będąc na emeryturze. Książka „Syberia oczami dziecka" to pamiętnik–reportaż, napisany tak jak świat łagrów obserwowało dziecko. Nie sposób ukryć łez podczas lektury, np. czytając o sytuacji po wybuchu wojny niemiecko-radzieckiej: kobietom kazano pracować przy budowie kolei, a dzieci całymi dniami szukały jedzenia na stepie. „Co tylko można było zjeść, zostało wyrwane. Zaczęliśmy żywić się trawą, a nasze stolce przypominały krowie odchody". Dzieci miały szkorbut, wrzody na nogach i twarzy, żółtaczkę, biegunkę.

Wspomnienie o Krysi, dziewczynce, z którą spały na tej samej pryczy: „Najdrobniejsza i najdelikatniejsza z nas, często nie mogła za nami nadążyć, za to zajmowała pierwsze miejsce zarówno w ilości stolców, jak i znajdującej się w niej krwi. Kiedyś pochwaliła się nam, dzieciom, że coś wychodzi jej z pupy podczas załatwiania się. Dziś wiem, że to było jelito

Sześć lat w Kazachstanie miało ogromny wpływ na całe moje życie. Głód, zimno, konieczność walki o przetrwanie w trudnych warunkach, zimą siedzenie na piecu opalanym kiziakami – suszonym łajnem, które wcześniej musiałam nazbierać na stepie, bo inaczej byśmy zamarzli.

Ten czas mnie ukształtował...

Przez chemię do diabetologii

Gdy przyjechałam do Polski, do Białegostoku, byłam strasznie zakompleksiona. Wszyscy wydawali mi się piękni, szczupli, ładnie ubrani. Nie miałam butów, ubrań, mama uszyła mi płaszcz z niemieckiego szynelu. Wynajmowałyśmy malutki pokoik z kuchnią, ubikacja była na zewnątrz. W Kazachstanie chorowałam na malarię. W Polsce jeszcze przez 2 lata miałam co kilka dni napady malarii: dreszcze, gorączka do 40°C. Po kilku godzinach napady mijały.

Poszłam od razu do VII klasy. Na początku było trudno – nie potrafiłam czytać ani pisać po polsku, tylko matematykę dobrze umiałam. Byłyśmy z mamą biedne. W szkole wszystkie dzieci początkowo ode mnie stroniły. Gdy wracałam do domu, skarżyłam się, że nie chcę tu być, chciałam wracać do Rosji. Tam byłam kimś, dzieci uważały mnie nawet za kogoś lepszego. Nie mogły na przykład uwierzyć, gdy mówiłam, że kiedyś jadłam jabłka. Dla nich jabłko istniało tylko w szkolnej czytance.

grube zapalne i zakrwawione". Którejś nocy Krysia umarła. „Kobiety zrobiły prowizoryczny krzyż, zawinęły Krysię w prześcieradło i tak niesiona na rękach swojej mamy udała się prosto do nieba. Gdy przymknę oczy, to widzę na bezkresnym stepie samotny krzyż".

Ojciec odnalazł rodzinę, kiedy w Związku Radzieckim po podpisaniu umowy Sikorski–Majski zaczęła tworzyć się armia gen. Andersa. Więzieni Polacy zostali uwolnieni, ojciec Idy również. Początkowo go nie poznała. „Choć wszy nie były dla nas niczym nieznanym i żyłyśmy z nimi w pełnej symbiozie, to widok zlepionych gnidami włosów głowy i w ogóle wszelkiego owłosienia był przerażający. Pamiętam, jak ojciec leżał przykryty na pryczy, a ja nożem skrobałam szwy spodni, marynarki, by wygarnąć wszy i je zabić".

Kazachowie jedli wszy. Mówili: „Ona piła moją krew, to ja jej muszę wypić". Gryźli je, zabijając. Gdy studiowałam medycynę, zrozumiałam, dlaczego. Tam panował tyfus, a oni gryząc te wszy i pijąc krew, naturalnie się szczepili.

Wraz z armią Andersa mieli całą trójką opuścić Związek Radziecki, jednak Ida zachorowała na tyfus. Mama „nabiła sobie gorączkę", udając chorą, żeby móc z nią zostać. Potem też zachorowała na tyfus. Z armią Andersa wyszedł tylko ojciec. Na wiele lat słuch po nim zaginął. Potem okazało się, że był ranny, po wojnie trafił do Szkocji. Ida z Mamą wróciły do Polski dopiero w 1946 roku – „Znów jechałyśmy w wagonach bydlęcych, na komendę część siadała, część wstawała. Wracaliśmy tak 2 miesiące...".

Zaległości w nauce szybko jednak nadrobiłam i już pod koniec roku byłam w grupie najlepszych uczennic, szczególnie z matematyki i fizyki. Po maturze chciałam iść na chemię, ale w Białymstoku zaczęła się właśnie tworzyć Akademia Medyczna. Mama zachęcała mnie, żebym poszła na medycynę. Chciała też, abym zapisała się do Związku Młodzieży Polskiej, co ułatwiłoby mi dostanie się na studia. Za nic nie chciałam się zgodzić. Na świadectwie miałam same dobre oceny, a wtedy najlepsi uczniowie mogli dostać się na wybrane studia bez egzaminu. Jednak miałam za dużo minusów: nie należałam do ZMP, ojciec był w armii Andersa, w dodatku nie wrócił do Polski.

W 1952 roku zdałam maturę, złożyłam dokumenty na Akademię Medyczną. Idąc na egzamin do auli, nie zauważyłam, że kończą się schody i przewróciłam się. Byłam cała zakrwawiona i gdy usiadłam w auli, podszedł do mnie rektor, pytając, co się stało. Zaprosił mnie do pisania egzaminu przy stole prezydialnym. Nie mogłam. Miałam przy sobie mnóstwo ściąg! Pamiętam, że na egzaminie z biologii był temat dotyczący Miczurina i Łysenki, a ja akurat miałam jako ściągę wydarty o nich artykuł z pisma „Problemy". Potem był egzamin z chemii oraz z nauki o Polsce współczesnej – dla mnie najtrudniejszy. Okazało się, że egzamin z biologii zdałam najlepiej ze wszystkich kandydatów i bez problemu dostałam się na medycynę.

Gdy byłam na studiach, odnalazł mnie ojciec. Przypadkowo usłyszał moje nazwisko w audycji w radio. Myślał, że umarłyśmy z mamą w Kazachstanie. Pisał listy, przychodziły do sąsiadów, bo gdyby okazało się, że korespondujemy, mogłybyśmy mieć kłopoty. Gdy nastała odwilż, przyjechał do Polski, ale miał już żonę i dziecko w Anglii. Byłam z nim potem w kontakcie, kilka razy odwiedziłam go w Anglii.

Nauka przychodziła mi łatwo, dostawałam same piątki. Miałyśmy jednak z mamą cały czas problemy z pieniędzmi, dlatego gdy dowiedziałam się, że studenci mogą być na Akademii Medycznej młodszymi asystentami w zakładach teoretycznych, zgłosiłam się do pracy w Zakładzie Chemii Ogólnej. Pracowałam już od drugiego roku studiów. Pieniądze bardzo się przydały. Wyszłam za mąż na trzecim roku, zaraz urodziła się córeczka. Mieszkaliśmy początkowo w jednym pokoju: z mamą, mężem, córeczką. Potem dostaliśmy mieszkanie z przydziału – dwa pokoje.

Nigdy nie należałam do partii ani do innych organizacji. Nawet mnie nie nagabywali, bo wszyscy znali moje poglądy.

W 1959 roku skończyłam studia z wyróżnieniem i otrzymałam etat asystenta, początkowo w Laboratorium Medycznym Szpitala Wojewódzkiego. Zapytałam prof. Jakuba Chlebowskiego, czy mogę chodzić jako wolontariusz na obchody. Zgodził się, a kto raz zetknie się z pacjentami, szybko się wciąga, więc chciałam pracować z chorymi. Profesor zatrudnił mnie potem na etacie klinicznym w Klinice Chorób Wewnętrznych. A ponieważ on interesował się cukrzycą, ja zaś znałam się na chemii, a bez chemii nie można być dobrym diabetologiem, to... zainteresowałam się diabetologią. Pracowałam w Klinice Chorób Wewnętrznych, a gdy została utworzona Klinika Diabetologii, zostałam jej kierownikiem. Później wciągnęła mnie też endokrynologia. Wkrótce moja klinika została przemianowana na Klinikę Diabetologii, Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych.

Mam cztery specjalizacje: z analityki medycznej, chorób wewnętrznych, diabetologii i endokrynologii. Chemia dała mi do nich wejścia, bo cały nasz organizm to chemia, a właściwie biochemia. Przemiany glukozy mają ogromne znaczenie, cały mózg dzięki temu pracuje. Zaburzenia przemiany glukozy powodują cukrzycę. Choroby wewnętrzne są oparte na biochemii.

Cukrzyca osób szczupłych i cukrzyca ludzi otyłych

Gdy zaczynałam pracę, leczenie chorych na cukrzycę było bardzo prymitywne. Chory był właściwie człowiekiem skazanym: żył o ⅓ krócej niż osoba zdrowa.

Mówiło się wtedy o cukrzycy ludzi szczupłych i cukrzycy ludzi otyłych. Zupełnie inaczej należało ich leczyć. W przypadku tych pierwszych trzeba było dbać, żeby przytyli. Chory zwykle dużo jadł, dużo pił, oddawał duże ilości moczu, chudł i słabł. Chorych na „cukrzycę ludzi grubych" należało odchudzać.

Oznaczanie stężenia glukozy było bardzo trudne – trwało cały dzień. W Polsce jako pierwszy zaczął oznaczać poziom glukozy prof. Franciszek Kokot w Katowicach. Oznaczało się właściwie insulinopodobną aktywność osocza: osocze chorego mieszało się z roztworem skrobi, a następnie dodawało roztwór jodu, ponieważ jod ze skrobią barwi się na niebiesko. Tam, gdzie jeszcze była skrobia, kolor był niebieski. Badanie pokazywało mniej więcej, jaka jest aktywność insulinopodobna osocza.

Były dostępne insuliny polskiej produkcji, zwierzęce: krystaliczna i protaminowo-cynkowa. Krystaliczna była insuliną krótko działającą, zaś

protaminowo-cynkowa działała ponad 24 godziny. Były to wyciągi z trzustek zwierzęcych, pozyskiwane z rzeźni. Często bardzo zanieczyszczone. W takiej insulinie znajdowały się też inne hormony oraz na przykład enzymy, co bardzo przeszkadzało w leczeniu. Insuliny zwierzęce ratowały życie, jednak nie pozwalały uniknąć przewlekłych powikłań. Cukrzyca bardzo uszkadzała naczynia krwionośne, serce, nerki, oczy, powodując zawał serca, niewydolność nerek, ślepotę, stopy cukrzycowe i zmuszając do amputacji.

Leczenie wyglądało tak, że chory podawał sobie zastrzyk raz dziennie: musiał zmieszać insulinę krótko i długo działającą. Krótko działająca zaczynała działać od razu, zaś długo działająca działała przez cały dzień. Mieszało się je w proporcji 3:1 – trzy objętości insuliny krótko działającej i jedna objętość insuliny długo działającej. Chory musiał wygotować strzykawki i igły przed każdym podaniem insuliny, gdyż nie było jednorazowego sprzętu. Gotowanie trwało pół godziny, potem trzeba było wymieszać insuliny i sobie wstrzyknąć.

Oczyszczanie insuliny było ważne, ale i trudne. Pierwsze produkowane w Polsce insuliny nie były oczyszczane. Dopiero potem pojawiły się insuliny Cho-S – pierwsze czyste polskie insuliny. Przełomem było to, kiedy nauczono komórki bakterii produkować insulinę *in vitro* – w wielkich kadziach umieszczano bakterie *E. coli*, którym wszczepiono gen, dzięki czemu produkowały insulinę. Tak powstały insuliny monokomponentne, czyste. Bardzo duże zasługi w tym miały dwie firmy: Eli Lilly i Novo Nordisk.

Cukrzyca była wtedy przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę, gdyż niszczyła matkę, a dzieci rodziły się z wadami i często też miały cukrzycę. To było ogromnym problemem. Jeśli przyszłej matce przedstawiło się, jakie są możliwe powikłania, to większość decydowała się na przerwanie ciąży. Dopiero później zaczęto leczyć kobiety ciężarne z cukrzycą. W Polsce zaczął to robić prof. Czesław Wójcikowski. Początkowo problemem była głównie cukrzyca osób szczupłych, dziś określana jako cukrzyca typu 1. Potem zaczęła się epidemia cukrzycy typu 2. W Ameryce, gdzie wiele razy byłam na stypendiach, mówią tak: „Problemy zaczęły się, gdy zaczęliśmy liczyć kalorie".

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

W Towarzystwie Internistów Polskich funkcjonowała sekcja diabetologiczna, było w niej kilkuset lekarzy. Prof. Artur Czyżyk stwierdził, że to już najwyższa pora, by powstało odrębne towarzystwo. Pierwszy zjazd odbył się u mnie, w Białymstoku. Prof. Czyżyk cieszył się bardzo, że w Białymstoku

powstał silny ośrodek diabetologiczny. Jednym z pierwszych przewodniczących PTD został prof. Jacek Sieradzki – wspaniały organizator, któremu bardzo dużo zawdzięcza polska diabetologia. Ja w latach 1995–1999 byłam zastępcą prezesa PTD. Zgodnie z przyjętą wcześniej praktyką, powinnam potem zostać prezesem. Tak się jednak nie stało i muszę przyznać, że bardzo to przeżyłam. Później jednak powstało Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne, a ja zostałam jego przewodniczącą. W 2003 roku, w Mikołajkach, w trakcie sympozjum poświęconego problemom kardiologicznym w cukrzycy, założyliśmy Polskie Towarzystwo Kardiodiabetologiczne, którego przewodniczącą byłam przez 10 lat. Wydawaliśmy czasopismo „Przegląd Kardiodiabetologiczny".

Każdy ma swój los...

Konsultowałam raczej pacjentów trudnych, skomplikowanych, gdyż jako kierownik kliniki nadal zajmowałam się nauką. Najczęściej problemem było nieprawidłowe leczenie. Pamiętam telefon od bardzo dobrego lekarza z Łodzi. Powiedział, że ma ogromny kłopot, bo pacjent otrzymuje już najwyższe dawki insuliny i nic nie pomaga: wciąż jest insulinooporność i bardzo duże stężenie glukozy. Zaproponowałam, żeby chory przyjechał do mnie. Zaczęłam od podania mu małej dawki insuliny (przyjmował ponad 10 razy większą dawkę). Wyszedł ode mnie z gabinetu i zemdlał. Hipoglikemia – trzeba było szybko podać mu glukozę. Gdy odzyskał przytomność, zaczęłam z nim rozmawiać, pytałam, jaką insulinę przyjmował. Okazało się, że insulinę protaminowo-cynkową i krystaliczną, ale mieszał je w nieodpowiednich proporcjach. A jeśli poda się zbyt dużo insuliny krystalicznej, to hamuje ona działanie insuliny długo działającej. Efekt z przyjmowania bardzo dużych dawek insulin był taki, jakby przyjmował wodę! Powiedziałam mu, jak powinien przygotowywać sobie zastrzyk. To wystarczyło, po 3 dniach wrócił do domu. Zaleceń w cukrzycy trzeba ściśle przestrzegać.

Każdy pacjent na początku, gdy słyszy diagnozę, jest załamany. Cukrzyca to choroba na całe życie, wymagająca dużej uwagi, nie tylko lekarza, ale przede wszystkim pacjenta, bo to pacjent „trzyma" dietę, oznacza sobie poziom cukru, podaje sobie leki. Zawsze słuchałam pacjentów, wszystko z nimi uzgadniałam, bo nikt nie czuje tak dobrze własnego organizmu jak sam chory. Wydaje się, że pacjent ma wysoki poziom cukru i trzeba mu podać dużo insuliny. A nie zawsze jest to prawdą. Ustalenie odpowiedniej dawki insuliny

wymaga dużego doświadczenia. Kiedyś było bardzo trudne, jednak „starzy" lekarze doskonale leczyli, wiedzieli, że nie można podać za dużo insuliny.

Leczenie cukrzycy kiedyś było znacznie trudniejsze, jeśli jednak chory słuchał zaleceń, przestrzegał diety, raz dziennie przyjmował insulinę, to efekty były całkiem dobre. Niestety, często rozwijały się przewlekłe powikłania, zmiany w naczyniach krwionośnych. Dziś jeśli chory przestrzega zasad, to może żyć tak samo długo jak osoba bez cukrzycy. Powiem jednak coś, co może wydać się nieprawdopodobne: otóż kiedy jeszcze pracowałam w klinice (dziś jestem już od 10 lat na emeryturze), zrobiłam badania, z których wynikało, że nie ma dużej różnicy, jeśli chodzi o powikłania, pomiędzy okresem, gdy leczyliśmy starymi metodami, a obecnym, gdy leczymy nowocześnie. Wniosek stąd, że nowoczesne leki są ważne, ale nie najważniejsze. Często gonimy za nowoczesnymi terapiami, zapominając o tym, co jest przyczyną i co jest podstawą leczenia cukrzycy. Najlepszy lek nie rozwiąże problemu, ponieważ może go rozwiązać tylko bardzo ścisła współpraca chorego z lekarzem i edukacja pacjenta. To on musi wiedzieć, co mu wolno, a czego nie. Lekarz nie będzie stał nad chorym i pilnował, co on je, co robi, w jaki sposób przyjmuje leki. Zakażenia, niegojące się rany, czyraki, zmiany skórne – to bardzo poważne powikłania, które wymagają kontroli i ścisłej współpracy lekarza i pacjenta.

Dziś osoby chore na cukrzycę mogą z powodzeniem uprawiać sport, jak wielokrotny medalista olimpijski Michał Jeliński. Kiedyś chorych na cukrzycę w ogóle nie dopuszczano do uprawiania sportu – cukrzyca była przeszkodą nie do przebycia.

Moi mistrzowie...

Pierwszym był prof. Jakub Chlebowski, mój pierwszy szef. Dzięki jego pomocy zainteresowałam się diabetologią, dzięki niemu byłam na rocznym stypendium u prof. Maurice'a Dérota, w L'Hotel Dieu – najstarszym szpitalu w Paryżu. Prof. Chlebowski miał pochodzenie żydowskie, w 1968 roku został zwolniony z pracy, musiał wyjechać z Polski. Wspaniały lekarz, bardzo lubiany przez studentów.

Bardzo mi pomógł prof. Artur Czyżyk – serdeczny, życzliwy człowiek. Jemu bardzo zależało na tym, by w Białymstoku rozwinęła się diabetologia.

Prof. Ida Kinalska w swoim domu w Białymstoku

Wtedy na wschodzie Polski była „białą plamą". Zawsze też ceniłam prof. Jana Tatonia – zarówno na płaszczyźnie naukowej, jak i organizacyjnej, a także prof. Franciszka Kokota, od którego wiele się nauczyłam, m.in. metody oznaczania insuliny – jako druga w Polsce wprowadziłam metodę oznaczania insuliny do praktyki klinicznej.

Od Marii Teresy do Danusi

Imienia „Ida" używam tylko oficjalnie, w publikacjach, bo to rzeczywiście moje imię, właściwie nawet: Ida Teresa. Miałam nazywać się Maria Teresa. Z imieniem to była ciekawa historia: mój wujek był rządcą u hrabiego Czapskiego, który miał ogromny majątek na Litwie. Dziadek wiele mu zawdzięczał, a hrabia był nieszczęśliwie zakochany w kobiecie o imieniu Ida. Bardzo chciał zostać moim ojcem chrzestnym i chciał, bym miała na imię Ida. Zostałam więc Idą.

Wszyscy nazywają mnie jednak Danka. Skąd to się wzięło? Gdy byłam malutka, jak wszystkie dzieci mówiłam: „da, da, da". Mój ojciec na mnie

mówił: „Dada", „Dadula", a mama: „Dadusia". Gdy wywieźli nas na Syberię, dzieci słyszały, że mama woła na mnie „Dadusia". Mama opowiadała mi „Krzyżaków" i tak mi się imię Danusia spodobało, że sama siebie tak nazwałam. I tak zostało. Ale w metryce mam Ida...

Największe sukcesy...

Było ich wiele. Miałam szczęście do ludzi. Moim największym sukcesem jest trójka dzieci. Córka Małgorzata jest lekarzem, pracuje w Stanach Zjednoczonych. Tam też jest syn Michał. Drugi syn, Maciej (synowie są bliźniakami), jest cenionym ginekologiem. Mam też siedmioro wnuków i dwie prawnuczki.

Moim sukcesem jest też to, że udało mi się w Białymstoku od podstaw zorganizować diabetologię. Miałam świetnych współpracowników, mam też wspaniałych uczniów i następców – 8 osób zrobiło u mnie habilitację, obecnie wszyscy są profesorami. To m.in. obecny rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku prof. Adam Krętowski; dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Irina Kowalska. Otrzymałam dwa tytuły doktora *honoris causa*: Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – za stworzenie diabetologii w Białymstoku i wprowadzenie oznaczania stężenia insuliny.

Gdy zajęłam się endokrynologią, przyszli do mnie studenci, którzy chcieli tworzyć koło naukowe. Jeden z nich pochodził z Kolna, mówił, że u nich dużo osób ma wole. Zaproponował, żeby w ramach prowadzonych badań naukowych porównać okolicę, gdzie mieszka, z innymi województwami. Studenci zbadali 28 tys. osób z całego województwa, a później wydarzyła się katastrofa w Czarnobylu. Ponieważ dysponowaliśmy badaniami z roku przed katastrofą, powtórzyliśmy je rok, 2 lata, 5 i 10 lat później. Nikt na świecie takimi badaniami nie dysponuje, prezentowałam je na wielu konferencjach. Jak widać, warto słuchać studentów. A jeśli chodzi o wyniki badań, to okazało się, że wybuch w elektrowni w Czarnobylu nie spowodował na badanych przez nas obszarach większych szkód zdrowotnych.

Byłam zapraszana na wykłady do wielu krajów, m.in. do Związku Radzieckiego, na Litwę i Białoruś. Koordynowałam w Polsce badania nad patogenezą cukrzycy typu 1 – trwały 10 lat. Wydawało się, że już wiadomo, skąd ona się bierze, że problemem jest brak insuliny. Dlaczego jednak trzustka nie produkuje insuliny? Do dziś nie jest to jasne.

Kamienie milowe w polskiej diabetologii

Polska diabetologia nie odstaje od światowej. Mamy dobrych naukowców, leczymy nowocześnie. Kamieniami milowymi było na pewno wprowadzenie insulin ludzkich, a także doustnych leków przeciwcukrzycowych do leczenia cukrzycy typu 2, takich jak metformina. Zrewolucjonizowały one terapię cukrzycy. To jednak nie tyle zasługa Polski, co firm zachodnich, które chcą te leki sprzedawać.

Noce i dnie

Moją pasją było kino. Nie było w Białymstoku filmu, na którym bym nie była. O reżyserach, aktorach, nagrodach wiedziałam wszystko. Jak urodzili się moi synowie, po wyjściu ze szpitala przeczytałam, że już ostatnie dni grają „Czerwone i czarne", szybko ich nakarmiłam i poprosiłam męża, żeby zawiózł mnie do kina.

Mój ulubiony film to „Noce i dnie" – może dlatego, że mój dziadek był właśnie taki jak filmowy Bogumił. Uwielbiałam również książki, jak „Wojna i pokój" Tołstoja. Czytałam ją oczywiście w oryginale, żaden przekład nie oddał jej piękna. Ponadto grałam na skrzypcach. Skończyłam średnią szkołę muzyczną.

Nie byłam nigdy w żadnej partii, jednak w 2005 roku zgodziłam się kandydować do Senatu. Chciałam, żeby w Polsce nie było złodziejstwa i kłamstwa, żeby uczciwość i ludzkie słowo coś znaczyły. Gdy jednak poznałam bliżej polityków, to ucieszyłam się, że nie weszłam do Senatu.

To moja Matka Boska

W moim życiu ważna była wiara. Dzięki niej przeżyłam Syberię. Matka Boska Ostrobramska nieraz mnie ratowała w beznadziejnych sytuacjach. To moja Matka Boska.

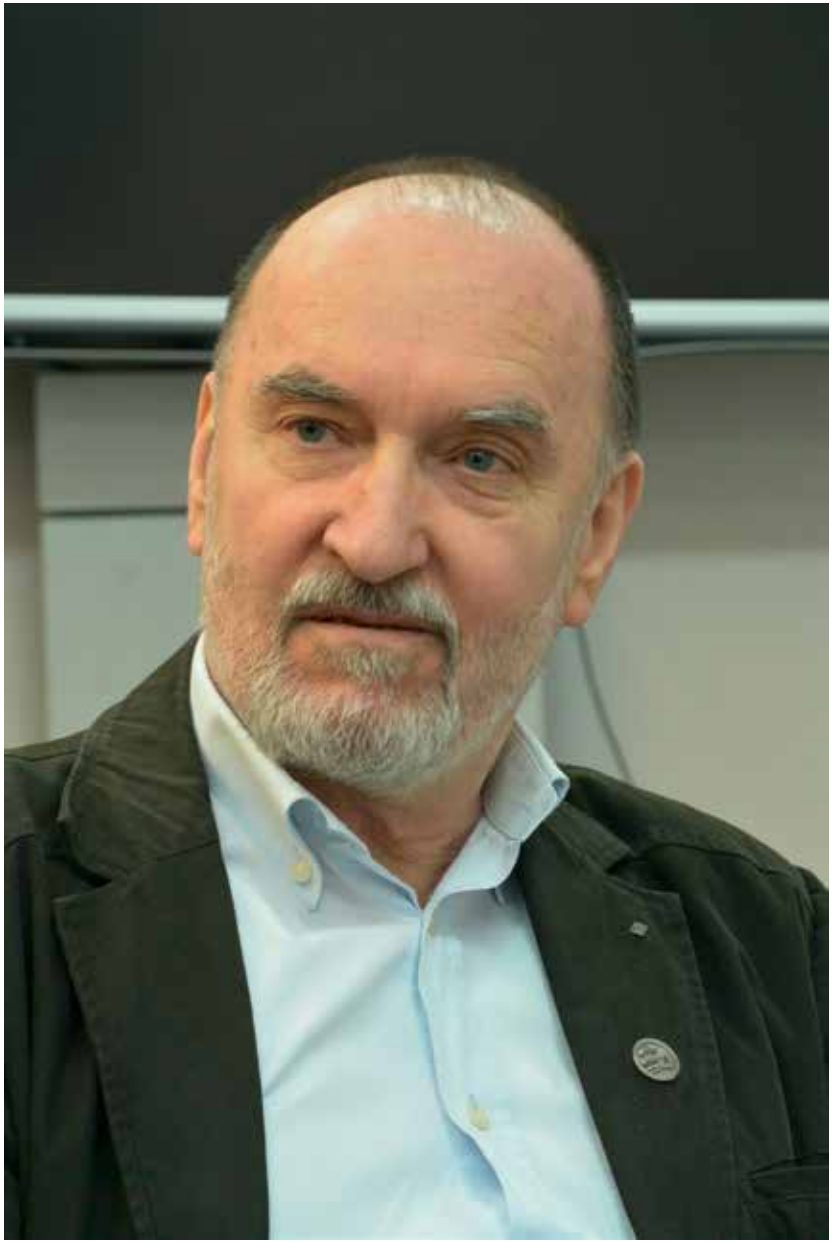
Ile razy w życiu dotknęła mnie jakaś bieda, to zaraz potem spotykało mnie coś dobrego. Może sobie na to zasłużyłam? Gdy człowiek dobrze żyje, to ludzie odpłacają mu się dobrem. Miałam szczęśliwe życie.

Prof. Ida Kinalska
urodziła się 15 kwietnia 1933 roku w rodzinie nauczycielskiej. W czasie wojny została deportowana do północnego Kazachstanu, gdzie przebywała w latach 1940–1946. Po powrocie do kraju i uzyskaniu świadectwa maturalnego podjęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku.
W 1959 roku uzyskała dyplom lekarza z wyróżnieniem i otrzymała etat asystenta, początkowo w Laboratorium Medycznym Szpitala Wojewódzkiego, a od 1961 roku w II Klinice Chorób Wewnętrznych AMB. W grudniu 1980 roku jako docent objęła stanowisko kierownika nowo powstałej Kliniki Endokrynologii Akademii Medycznej w Białymstoku, którą zorganizowała od podstaw. Funkcję tę pełniła do 2003 roku, czyli do przejścia na emeryturę. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymała w 1988 roku, a profesora zwyczajnego w 1993.
Jest autorką ponad 500 artykułów naukowych, opublikowanych w czołowych pismach diabetologicznych i endokrynologicznych, takich jak „Diabetes", „Diabetes Care", „Diabetologia" oraz „Journal of Endocronology and Metabolism", redaktorem 5 podręczników, promotorem 12 doktoratów, opiekunem kilkunastu prac habilitacyjnych oraz wielokrotną laureatką nagród Ministra Zdrowia i JM Rektora AMB. Pełniła i pełni liczne funkcje organizacyjne i społeczne, m.in.: przewodniczącej Oddziału Białostockiego Towarzystwa Internistów Polskich, wiceprzewodniczącej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, przewodniczącej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego i Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego, jak również przewodniczącej Komisji Diabetologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii Komitetu Patofizjologii Polskiej Akademii Nauk. Obecnie jest członkiem honorowym Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego oraz ZG Towarzystwa Internistów Polskich. Pełniła również funkcję konsultanta ds. interny, diabetologii i endokrynologii w województwie podlaskim. Nawiązała kontakty i ścisłą współpracę z ośrodkami diabetologicznymi Białorusi, Francji, Rosji, Szwecji, Ukrainy, Stanów Zjednoczonych i wielu innych krajów.
Była redaktorem naczelnym dwóch czasopism: „Diabetologia na co dzień" i „Przegląd Kardiodiabetologiczny" (którego była założycielką). Ponadto należy do komitetów redakcyjnych licznych czasopism naukowych zagranicznych i polskich. W wyborach w 2005 roku kandydowała do Senatu. W 1999 roku została odznaczona Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski. Dwa razy otrzymała najwyższą uniwersytecką godność – tytuł doktora *honoris causa* Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Cichy domek w Białymstoku z tarasem i ogrodem. Na ścianach obrazy, głównie portrety – pani profesor, jej męża, pierwszego rektora Akademii Medycznej w Białymstoku, prof. Tadeusza Kielanowskiego, marszałka Józefa Piłsudskiego, a także ryciny lwowskie.
Pani profesor jest niezwykle ciepłą, pogodną osobą. Opowiada o dzieciństwie, sześciu latach spędzonych na zesłaniu na Syberii i w Kazachstanie, o trudnych pierwszych latach w Polsce, gdy chciała wracać na Syberię, o wyborze medycyny, tworzeniu diabetologii w Białymstoku, o uczciwości w życiu. Mówi ze wschodnim akcentem, a opowiadając o zsyłce, często wtrąca rosyjskie słowa. Język rosyjski zna biegle... Lubi opowiadać, ale też słuchać. Jest ciekawa świata, innych ludzi, ich doświadczeń.

„Mogę z pełnym przekonaniem stwierdzić, że jest ona człowiekiem niezwykle prawym, wiernym zasadzie uczciwej służby nauce i ludziom. Profesor Ida Kinalska jest twórczynią nowoczesnej diabetologii i endokrynologii oraz uznanym autorytetem w kraju i zagranicą. Jest autorką ponad 400 artykułów naukowych i współautorką kilku podręczników. Zainteresowania Laureatki obejmują etiologię i patogenezę cukrzycy typu 1 i 2, prewencję cukrzycy typu 1, mechanizmy insulinooporności, powikłania kardiologiczne cukrzycy, patogenezę i leczenie otyłości, oraz epidemiologię i patofizjologię chorób tarczycy. Jest postacią wybitną, wysokiej klasy dydaktykiem, uczonym, jak również wybitnym humanistą o szerokich zainteresowaniach medycznych i pozamedycznych."

(Źródło: prof. Władysław Grzeszczak, przemówienie podczas nadawania tytułu doktora *honoris causa* Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach)



Rozmowa z profesorem
Adamem Kraszewskim

Chemik, który zsyntetyzował gen

Jest rok 1977. Świeżo upieczony doktorant z Instytutu Chemii Organicznej PAN w Warszawie wyjeżdża do instytutu badawczego w Kalifornii, by dołączyć do zespołu badawczego, którego prace doprowadziły do przełomu w leczeniu chorych na cukrzycę. Tak to się zaczęło...

W kwietniu obroniłem pracę doktorską na temat syntezy kwasów nukleinowych. Prof. Keiichi Itakura, szef zespołu w Instytucie City of Hope w Duarte (około 10 km od Pasadeny) potrzebował ludzi, którzy potrafią syntetyzować kwasy nukleinowe. Napisał do mnie list zapraszający do udziału w badaniach. Wraz z zespołem planował syntezę genu insuliny człowieka. Kiedy to przeczytałem, pomyślałem: ten facet jest „niespełna rozumu"! W tamtym czasie była to absolutna abstrakcja. Nie tylko dlatego, że gen insuliny człowieka nie był znany, ale przede wszystkim z tego względu, że poziom trudności planowanego przedsięwzięcia, jak na owe czasy, przewyższał moje wyobrażenie. Nie było takich metod, które dzisiaj są w powszechnym użyciu. Wszystko robiło się „na piechotę", ręcznie. Dzisiaj wykonują to maszyny. Wystarczy wcisnąć przycisk „start", a na drugi dzień mamy gotowy produkt (np. zsyntetyzowany gen). W latach 70. XX wieku nasza praca była prawdziwie pionierska.

Ludzką insulinę odkryto w 1922 roku, a jej sekwencję aminokwasową poznano w 1955, jednak jej gen wciąż pozostawał tajemnicą...

Kiedy przystępowaliśmy do prac, znany był gen insuliny szczura. Domniemywaliśmy, że skoro oba gatunki są ssakami, to gen insuliny człowieka będzie wyglądał podobnie. Projekt zakładał, by ekspresja genu, nad którym pracowaliśmy, zachodziła w bakteriach. Istniały już wówczas przesłanki mówiące o tym, że kodony (trzy nukleotydy kodujące jeden aminokwas) dla tego samego aminokwasu są inne u człowieka, a inne u bakterii. Jak wiadomo, kod genetyczny jest zdegenerowany, tzn. różne organizmy używają do kodowania tego samego aminokwasu różnych kodonów. Może się zdarzyć, że odmienne triplety nukleotydowe będą kodowały ten sam aminokwas.

Wyszliśmy z założenia, że trzeba wymyślić taką sekwencję nukleotydów, by z chwilą wprowadzenia jej do bakterii produkowała pożądane przez nas białko. Była to pierwsza część badań, najbardziej atrakcyjna intelektualnie – opracowanie sekwencji oligonukleotydów niosących w bakterii informację o biosyntezie insuliny identycznej z insuliną człowieka.

W tamtym czasie jedynym sposobem na uzyskanie tego genu była jego synteza z pojedynczych nukleotydów, krok po kroku. Zebrało się więc w Kalifornii trzech chemików: Włoch, Japończyk i Polak – dr Roberto Crea, dr Tadaki Hirose i ja. Zabraliśmy się ochoczo za syntezę tej sekwencji.

W badania zainwestowała amerykańska firma farmaceutyczna Elly Lilly, a formalnie przedsięwzięcie nadzorowali: prawnik Bob Swanson, wspaniały człowiek, nieżyjący już niestety, oraz naukowiec, już wtedy wielkiego formatu – Herbert Boyer, odkrywca enzymów restrykcyjnych. Oni dwaj przedstawili firmie Elly Lilly projekt nadawania bakteriom (mikroorganizmom) nowych właściwości poprzez transformacje genetyczne. Inaczej mówiąc – wprowadzania do bakteryjnego genomu określonego fragmentu DNA, by doszło do produkcji („na zamówienie„) pożądanych białek, tj. aby zmusić bakterie do robienia rzeczy, których dotąd nie robiły.

Trzech naukowców zabrało się do pisania sekwencji nukleotydów i...?

Insulina składa się z dwóch łańcuchów peptydowych: A i B. Dla każdego łańcucha trzeba było skonstruować osobny gen. Zaprojektowaliśmy oligonukleotydy o określonej sekwencji oraz sposób ich połączenia. Tak powstały sekwencje genów, które następnie należało zsyntetyzować.

Jak panowie rozszyfrowali kolejność nukleotydów w DNA?

Jako podstawę wykorzystaliśmy znaną sekwencję aminokwasów insuliny. Do każdego aminokwasu dobieraliśmy odpowiednie kodony bakteryjne. Później okazało się, że ta sklejona przez nas sekwencja DNA nie była identyczna z sekwencją ludzkiego genu insuliny (został on poznany dopiero w 1981 r.), ale produkt białkowy był identyczny z ludzkim, a o to nam chodziło.

Bakterie, wyposażone w nasz gen, „przymuszone" genetycznie, produkowały insulinę non stop, zmieniając swoją morfologię. Insulina wytrącała się w ich wnętrzu w formie inkluzji. To było fantastyczne zjawisko.

Wreszcie pojawiła się szansa, że insuliny będzie pod dostatkiem dla wszystkich potrzebujących...

Przed naszym osiągnięciem insulinę pozyskiwano w celach terapeutycznych z trzustek bydlęcych albo świńskich. Było to źródło ograniczone chociażby ze względu na liczbę dostępnych zwierząt i czas potrzebny na izolowanie insuliny. Ponadto nie wszyscy chorzy mogli przyjmować insulinę odzwierzęcą, bo wielu było na nią uczulonych. Nigdy nie udało się całkowicie usunąć niewielkich ilości zanieczyszczeń białkowych, które mogły wywoływać uczulenia. Proces izolacji białek z bakterii jest dużo prostszy niż z trzustek zwierzęcych, dlatego produkty białkowe pochodzące z bakterii były znacznie czystsze. Fermentory do hodowli bakterii mogą mieć pojemność hektolitrów, więc produkcja bakteryjna jest bez porównania wydajniejsza. Uruchomienie takiej hodowli jest dość proste, bo *E. coli* jest bakterią mało wymagającą, jeśli chodzi o reżimy środowiskowe czy temperaturowe. Hodowle mogły być całkowicie zautomatyzowane. Od tamtej pory możemy mówić o produkcji ludzkiej insuliny na skalę masową.

My przeprowadziliśmy syntezę genu, a pracami związanymi z bakteriami zajmowali się mikrobiolodzy, którymi kierował dr Artur Riggs, sympatyczny człowiek i znana postać w dziedzinie inżynierii genetycznej. Kiedy mieliśmy już szczepy bakteryjne gotowe do produkcji insuliny, sprawę przejęli biotechnolodzy z Genentech, firmy założonej na potrzeby tego projektu.

Pana stypendium postdoktorskie zakładało, że spędzi pan w City of Hope rok...

Tyle czasu wyznaczono nam na zsyntetyzowanie sztucznych genów. Zrealizowaliśmy to zadanie już w ciągu pięciu miesięcy, ostro pracując. Gdy

patrzę na to z perspektywy czasu, uważam, że mieliśmy dużo szczęścia jako zespół. Nie chodzi wyłącznie o kwestię umiejętności. Wszyscy byliśmy dobrzy. Chodzi o to, że odsunęliśmy na bok osobiste ambicje naukowe i udowadnianie, kto jest lepszy. Mieliśmy jeden wspólny, nadrzędny cel. Zrozumieliśmy, że robimy wielką rzecz. Dzisiaj tak właśnie widzę naszą współpracę, jeszcze wyraźniej niż wtedy. Była nagroda: staliśmy się pionierami inżynierii genetycznej. Nikt wtedy nie robił takich rzeczy, przecieraliśmy szlaki.

Czy w tym pracowitym okresie była przestrzeń na zabawę? Czy żyli panowie i pracowali raczej w poczuci misji?

Skąd! Żadnej misji. Owszem czuliśmy, że dzieje się coś ważnego, ale praca w laboratorium była dla nas wspaniałą przygodą. Prześcigaliśmy się w pomysłach (np. jak uprościć syntezę oligonukleotydów, żeby przebiegała możliwie najszybciej i najprościej). Bawiliśmy się w poszukiwanie rozwiązań, by do celów cząstkowych dochodzić najmniejszym nakładem pracy. To procentowało. W krótkim czasie wprowadzaliśmy modyfikacje, które usprawniały pracę i nieraz przyspieszyły jej sfinalizowanie.

Jacy byli pana koledzy z zespołu?

Byliśmy różni. Roberto – bardzo włoski, wesoły i gadatliwy. Japończyk – też typowy, tradycjonalista. Nasz szef Keiichi Itakura, również Japończyk, ale bardziej kosmopolityczny. Od wielu już lat pracował poza Japonią – początkowo w Kanadzie, a później w Stanach Zjednoczonych – tam łatwo jest nauczyć się kosmopolityzmu, o ile ktoś nie ma twardych „złogów" narodowościowych i uprzedzeń wobec innych nacji. Kalifornia jest miejscem szczególnym, tyglem wielonarodowościowym. Do tego panuje tam wspaniały klimat. Wymarzone miejsce do pracy. Byliśmy zgranym zespołem, więc robota szła.

Dzień pracy zaczynał się o...

8 rano, a kończył wieczorem, około 20, z przerwą na obiad. Po pracy wracaliśmy do domu, by się przebrać, a potem szliśmy grać w tenisa lub na pływalnię. Miałem wtedy 30 lat. Praca po 12 godzin dziennie nie była dla mnie niczym szczególnym. Nie miałem na miejscu żadnych obowiązków, które zajmowałyby mi głowę. Żona została w Polsce z synem i – jak się okazało tuż po moim wyjeździe – w ciąży z drugim dzieckiem.

Czuł się pan doceniany w Stanach Zjednoczonych?

Tak. To było wyczuwalne w relacji z opiekunami naukowymi. „Damy tym chemikom syntetykom wszystko, czego potrzebują, bo ich praca zaczyna przynosić konkretne wyniki" – takie było ich myślenie i działanie. Porównując warunki pracy w laboratorium polskim i amerykańskim, jeśli chodzi o dostępność aparatury i odczynników, był to kosmos. Żeby oddać sprawiedliwość: w zespole w Polsce też świetnie mi się pracowało. Byliśmy uczniami prof. Macieja Wiewiórowskiego, który był kapitalnym człowiekiem i świetnym naukowcem. Wizjonerem, który potrafił zgromadzić osoby wymagające wiele od siebie. Cenił ludzi z pasją.

Wracając do laboratorium amerykańskiego: gdy tylko potrzebowałem czegoś do pracy, szedłem do Itakury i mówiłem: „Keiichi, potrzebuję odczynnik". I często miałem go już następnego dnia na swoim stole. W Polsce takie rzeczy były nie do pomyślenia. Mówimy o latach 70. (zresztą później było tak samo) – jak chciałem kupić odczynnik, potrzebne były dewizy. Zanim się je zdobyło, mijały miesiące. Odczynnik przychodził do laboratorium po dwóch latach. Po tak długim czasie już nikt nie pamiętał, do czego był on potrzebny. Po drugie, jak już udało się zdobyć dolary, marki, funty czy inną zagraniczną walutę, zamawiając odczynnik, kupowaliśmy więcej niż było potrzebne, na wszelki wypadek. Potem mógł być przecież problem z dostępem. Efekt był taki, że w magazynach zalegały zbędne zapasy. Taka to była gospodarka socjalistyczna.

W Stanach Zjednoczonych podejście do prac badawczych było zupełnie inne: jeśli jest przedsięwzięcie, w które się inwestuje, to są pieniądze na badania, jest sprzęt, są odczynniki – tyle, ile potrzeba, a robota ma być wykonana. Proste.

Wieść o tym, że robimy w laboratorium coś niecodziennego szybko rozeszła się drogą pantoflową. Zaczęli schodzić się do nas przedstawiciele różnych firm handlujących odczynnikami i aparaturą. Zostawiali nam w ramach prezentu sprzęt i odczynniki, żebyśmy tylko zechcieli je przetestować. Testowaliśmy. To też było dla mnie czymś egzotycznym, z czym nie spotkałem się wcześniej w Polsce. Chociaż... muszę przyznać, że te siermiężne rodzime warunki kreowały naszą wyobraźnię i przedsiębiorczość.

W jaki sposób?

Trudności zmuszały nas do szukania prostszych rozwiązań. Porównałbym to do próby naprawienia zegarka za pomocą młotka i obcęgów. Jak nie masz narzędzi, których potrzebujesz, to szukasz rozwiązania z wykorzystaniem tego, co masz pod ręką. Polak potrafi. To było w Polsce motorem naszego rozwoju intelektualnego. Oczywiście mieliśmy fantastyczne wsparcie w postaci wspomnianego już wspaniałego szefa – Macieja Wiewiórowskiego. To był mocny człowiek, który potrafił nas wspierać w działaniu. Naukowiec z Polski, z rodzimym bagażem doświadczeń, gdy wyjechał do Stanów Zjednoczonych i chciał pracować na tamtejszym rynku, mógł wiele osiągnąć i robić piękne rzeczy.

W ciągu pięciu miesięcy wykonaliście zadanie, którego realizacja była planowana na rok. I...?

I dostaliśmy nagrodę: dwa tygodnie urlopu, każdy w swoim kraju. Był grudzień, więc wszyscy rozjechaliśmy się na święta Bożego Narodzenia do swoich rodzin. A tuż po Nowym Roku stawiliśmy się z powrotem w City of Hope, w naszym „labie", gotowi do pracy.

Te pięć miesięcy zajęło nam wykonanie zadania podstawowego. Przez pozostałych siedem zrealizowaliśmy projekt dodatkowy, który nazywał się „mini C proinsulina". Naszym zadaniem było zsyntetyzowanie genu trzeciego łańcucha – C proinsuliny, który służył do połączenia łańcuchów A i B. Łańcuch C jest najdłuższy spośród tych trzech, w związku z tym kodujący go gen też musiał być najdłuższy. Szykował się więc kawał dodatkowej roboty. Znaleźliśmy sposób, by zrobić to prościej, z wykorzystaniem aminokwasu proliny. Pod jego wpływem łańcuch peptydowy zakręca pod kątem 90 stopni. Dzięki temu łańcuch C mógł być krótszy (stąd nazwa mini C) i w łatwy sposób łączyć peptydy A i B. Zrealizowaliśmy więc także projekt, który był raczej ciekawostką poznawczą, nie wiem, czy miał walor produkcyjny. Ważne, że się udał.

A czy udało się panu zwiedzić Stany Zjednoczone podczas tego rocznego pobytu?

Owszem. I mam piękne wspomnienia. Za dobrą robotę nagrodzono nas trzema tygodniami urlopu. Pojechaliśmy na wycieczkę po Arizonie, Neva-

dzie, do Las Vegas. Wielkie wrażenie zrobiły na mnie parki narodowe, m.in. Utach i oczywiście Grand Kanion. Widoki były cudowne, wciąż mam je przed oczami. Mimo zalet, o których mówiłem, Ameryka nigdy mnie nie pociągała jako miejsce do życia. Zawsze lepiej czułem się i czuję w Europie.

Dlaczego?

Ze względu na różnice kulturowe. Amerykanin nawet na łożu śmierci, gdy go spytasz, jak się czuje, to odpowie, że świetnie. U nich wszystko jest *great*, nie ma miejsca na smutek czy wątpliwości. Człowiek smutny jest podejrzany, że może być nieproduktywny. A tam panuje kult dolara. Wszystko przelicza się na pieniądze. Nigdy nawet nie pomyślałem, że mógłbym się tam osiedlić. Od początku wiedziałem, że wrócę po roku do kraju, bo tak umówiłem się szefem, prof. Wiewiórowskim.

Czy pana dokonania w amerykańskim laboratorium odbiły się szerokim echem w Polsce?

Było wokół tego trochę hałasu, z którym – mówiąc szczerze – nie potrafiłem sobie poradzić. Byłem chemikiem, teraz jestem chemikiem bioorganicznym, ale wciąż chemikiem. Sztuką samą w sobie była wtedy dla mnie synteza wspomnianych oligonukleotydów. Moim celem było osiągnięcie w syntezie maestrii metodycznej i warsztatowej. I to mi się udało, a zawdzięczam to szkole prof. Wiewiórowskiego – świetnego chemika i nauczyciela o nieprawdopodobnej intuicji.

Końcowym celem naszej pracy, chemików syntetyków, była insulina – hormon peptydowy. O peptydach jako substancjach organicznych miałem wtedy średnie pojęcie. Tymczasem ludzi nie interesowała synteza oligonukleotydów, tylko właśnie insulina. Czyli coś innego niż mnie. Między innymi właśnie z tego powodu ten szum medialny wokół naszego osiągnięcia był dla mnie męczący. Przychodzili do mnie do laboratorium ludzie chorzy na cukrzycę i pytali, czy mam insulinę. Dochodziło do przykrych nieporozumień. Co ja się wtedy nasłuchałem! Ludzie myśleli, że mam lekarstwo, o którym napisano w gazetach.

A czy odkrycie, którego pan dokonał, wpłynęło wtedy na polską diabetologię?

Całe to wydarzenie spowodowało, że i u nas zaczęto myśleć o pozyskiwaniu insuliny metodami inżynierii genetycznej, produkowanej przez bakterie. Ale potrzeba było osoby, która – mówiąc kolokwialnie – pchnęłaby sprawę. Miało w tym udział dwóch profesorów: wspomniany już Maciej Wiewiórowski i Piotr Węgleński. Potrzebny był jeszcze inwestor, który sfinansuje działania i będzie protektorem projektu. Stanęło na tym, że zajmie się tym Polfa Tarchomin. Insulina była potrzebna, stale było jej za mało – tej zwierzęcej. Dostaliśmy pieniądze na projekt skonstruowania genu insuliny w Polsce. Rzecz jasna, trzeba było zsyntetyzować go inaczej niż w Stanach Zjednoczonych, bo tamta metoda została opatentowana. Napisałem w liście do mojego byłego amerykańskiego szefa, że planujemy w Polsce zrobić coś w kierunku produkcji insuliny. Odpisał, że życzy nam powodzenia.

A my faktycznie mieliśmy swój pomysł, inny od amerykańskiego.

Na czym on polegał?

W projekcie naszej grupy poznańsko-warszawskiej peptydy A i B produkowane przez bakterie, były „wyrzucane" do periplazmy. Taki zabieg mocno odciążał bakterie i ułatwiał produkcję peptydu, a więc także cały proces. Zrobiliśmy ten gen na przełomie lat 70. i 80. Czasy w Polsce były wtedy historycznie straszne, mało kto myślał o insulinie produkowanej w bakteriach, wszyscy byli skupieni na tym, co się dzieje się w kraju – niebawem wybuchł stan wojenny.

Ale pracę z tego okresu, w Polfie Trachomin, wspominam miło. Byli tam fajni ludzie. O ile wiem, ostatecznie nie podjęto produkcji na szerszą skalę, przynajmniej nie od razu. Dopiero później prof. Andrzej Płucienniczak z firmy Bioton próbował czegoś więcej. Nic nie wiem o tym, żeby w Polsce produkowało się insulinę metodami inżynierii genetycznej. Obecnie jej produkcja jest tak tania, że bardziej opłaca się nam insulinę kupować niż produkować. Dzisiaj każdy doktorant w naszym laboratorium mógłby pozyskać insulinę w bakteriach, tyle że nie na skalę przemysłową.

Nad czym później pracował pan w Polsce?

Badania nad polskim syntetycznym genem insuliny opublikowaliśmy w „Chemica Scripta". Przeszło to bez echa, bo grupa kalifornijska zsyntety-

zowała (po insulinie) hormon wzrostu i odkryła cały szereg innych ciekawych rzeczy. Genentech zarobił na tym ogromne pieniądze. Hormon wzrostu potrzebny do terapii jednego człowieka był wcześniej izolowany z owczych przysadek mózgowych. Na jedną terapię potrzeba było 500 tysięcy przysadek. Natomiast metodami inżynierii genetycznej prace poszły bardzo szybko, produkt leczniczy znalazł się na rynku w ciągu kilku lat. Inżynieria genetyczna rozwinęła się w błyskawicznym tempie i jej metody bardzo spowszechniały.

W drugiej połowie lat 80. w naszym kraju była „bryndza" gospodarcza i polityczna. Wróciłem do badań podstawowych – „bawiłem się" cząsteczkami i atomami. Zająłem się chemią H-fosfonianów, związków o ciekawych właściwościach. H-Fosfoniany były znakomitymi substratami do syntezy wielu rodzajów pochodnych nukleotydowych, w tym przeciwwirusowych i przeciwnowotworowych. Później, kiedy w 1991 roku powstał Komitet Badań Naukowych, napisałem wspólnie z poznańskimi endokrynologami projekt. Postanowiliśmy szukać defektów genetycznych u chorych na cukrzycę typu 2.

Kontynuował więc pan kierunek medyczny. Co więcej, diabetologiczny

Współwykonawcą tego projektu była prof. Wanda Horst-Sikorska. Wspaniały endokrynolog, prodziekan Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, Konsultant wojewódzki ds. medycyny rodzinnej i endokrynologii. Miała dostęp do pacjentów, czyli do „materiału" badawczego z regionu Pomorza Zachodniego i Wielkopolski. Miało to ogromne znaczenie, ponieważ w tego typu badaniach ważne jest, by mieć dostęp do wielu pokoleń w rodzinie, aby zobaczyć, co się dzieje z genem preproinsuliny w ich genomie. W tym czasie dostępne były już metody, dzięki którym można było z niewielkiej liczby komórek wyizolować geny i je oglądać, poznać ich budowę. Prof. Horst-Sikorska była wspaniałym organizatorem. Dostarczała nam próbki materiału genetycznego do badań. Innym członkiem zespołu był prof. Ryszard Słomski, znany z tego, że wyhodował świnie modyfikowane genetycznie, których skórę można przeszczepiać ludziom, np. o rozległych oparzeniach. Jego postanowienia były gruntownie przemyślane. Kiedy za coś się zabierał, to wiadomo było, że na 99,99 procent odniesie sukces. Współpraca z nim była sympatyczna także pod tym względem, że nie mówił na próżno. Któregoś razu przyszedł do mnie i powiedział: „Jest

taka ciekawa technika – łańcuchowa reakcja polimerazy – PCR" (z ang. *polymerase chain reaction*, wtedy nowość, dzisiaj doskonale znana i powszechnie stosowana w genetyce). „Słuchaj, jest taka sprawa, potrzebuję startery [wiedział, że potrafię je zsyntetyzować], spróbujemy zrobić ten PCR". Nie było wtedy jeszcze mało wymagających, termostabilnych polimeraz, trzeba to było robić polimerazą DNA, fragmentem Klenova z zachowaniem ścisłego reżimu środowiskowego i temperaturowego (37°C). Żeby wszystko dobrze zadziałało, startery musiały być zrobione „na sicher" (tzn. musiały być optymalne w warunkach wykonania eksperymentu – pełna komplementarność i selektywność). Przygotowałem mu startery, a profesor usiadł i zrobił „ręcznie" reakcję polimerazy, prawdopodobnie jako pierwszy w Polsce. Był i nadal jest świetny.

Coś wyszło z tego projektu?

Przeanalizowaliśmy genomy wielu rodzin, w których występowała cukrzyca typu 1. Co prawda, nie udało nam się znaleźć spektakularnych mutacji, ale odkryliśmy wiele polimorfizmów genetycznych, ciekawych medycznie, dziedziczonych w linii żeńskiej. Z poznawczego punktu widzenia było to interesujące. Opublikowaliśmy nasze wyniki. A potem, po zakończeniu prac nad genami insuliny, wróciłem do chemii. Zastanawiałem się, co mógłbym zrobić z moją wiedzą, i sięgnąłem (badawczo) po związki przeciwwirusowe. Wtedy HIV zaczął być głośnym tematem, wirus wydawał się groźny. Pomyślałem, że można by coś w tej materii zrobić. Tym bardziej, że wpadło mi w ręce kilka publikacji, które właściwie podpowiedziały mi, że mogę znaleźć na HIV coś bardziej skutecznego niż to, co jest właśnie dostępne, bo mam wiedzę i narzędzia. Podjęliśmy z kolegami badania w tym kierunku. Dostaliśmy na nie dotację z Narodowego Centrum Nauki (NCN). Skończyło się to odkryciem ciekawych związków, amidofosforowych pochodnych AZT, które opatentowaliśmy. Cóż, kiedy nikt ich nie chce kupić.

Dlaczego?

To jest bardzo proste. Jak wchodzimy w sprawy komercji, to zaczynają rządzić zupełnie inne prawa niż w czystej nauce. Jeśli chodzi o związki przeciwko HIV, było już wtedy kilka leków na rynku. Zapotrzebowanie światowe liczyło się w tonach. Wyprodukowanie tony leku kosztuje miliony dolarów. Gdyby ktoś zechciał kupić nasz patent, to najwyżej po to, żeby go wrzucić

do szuflady i zablokować, bo już wcześniej zainwestował w lek, który się sprzedaje, i teraz chce, żeby mu się ta inwestycja zwróciła. Nie jesteśmy w Polsce unikalni pod tym względem. Tak jest na całym świecie. Cząsteczki przeciwko HIV, które zrobiliśmy w naszym laboratorium, są moim zdaniem dwa, trzy razy lepsze, jeśli chodzi o parametry farmakologiczne, od leków dostępnych na rynku. Nie mamy na nie badań klinicznych. Mamy wyniki badań przeprowadzonych na bakteriach i szczurach. Na ich podstawie wiemy, że te związki są bezpieczne – nietoksyczne dla tych organizmów, a jednocześnie bardzo efektywne, jeśli chodzi o hamowanie namnażania wirusa. Ale jak powiedziałem, nikt w te związki nie zainwestuje. Tak jest ze wszystkimi lekami. Jeżeli ktoś odkryje ciekawą terapeutycznie cząsteczkę i jakaś firma zainwestuje w dalsze badania, to trwają one latami, zanim efekt końcowy w postaci leku trafi na rynek. Zainwestowane pieniądze muszą się inwestorowi zwrócić. To jest komercja. Dlatego to, co robiliśmy w laboratorium, miało raczej charakter poznawczy. Wiadomo było, w jaki sposób HIV namnaża się w komórkach, a nam chodziło o to, żeby ten proces zablokować. I to się udało – zablokowaliśmy enzym odwrotną transkryptazą, która odpowiada za namnażanie wirusa w komórkach.

Tym zajmowałem się przez kilkanaście lat. Przygotowaliśmy na ten temat kilkanaście publikacji w bardzo dobrych tytułach. Ale jak długo można zajmować się tym samym?

W ostatnich latach badałem związki przeciwnowotworowe. Skupiliśmy się na glejaku i wykorzystaniu 2'-deoksy-5-fluorourydyny (FdU), która była znana jako jeden z pierwszych leków przeciwnowotworowych stosowanych w raku jelita grubego. A ponieważ w komórkach glejaka występuje nadprodukcja enzymu syntetazy tymidylanowej, a 2'-deoksy-5-fluorourydyn-5'--ylo fosforan blokuje syntezę tymidyn-5'-ylo fosforanu (związku niezbędnego do namnażania komórek), więc zaczęliśmy wspomniany 2'-deoksy--5-fluorourydyn-5'-ylo fosforan wyposażać w różne dodatki, które – jak sądziliśmy – powinny ułatwić wnikanie tych związków do komórek i wywołanie pożądanego efektu biologicznego. Skonstruowaliśmy (koncepcyjnie i syntetycznie) kilka związków, które mają współczynnik selektywności (SI_{50}) wobec glejaka na poziomie 50–70, czyli zabiją 50–70 komórek nowotworowych i tylko jedną zdrową. Nie mamy jeszcze w tej materii spektakularnych wyników, aczkolwiek kilka prac na ten temat opublikowaliśmy np. w „European Journal of Medicinal Chemistry" (IF >4,5). To już jest coś.

Jak widzi pan swoją przyszłość badawczą? Zamierza pan podążać nadal w tym kierunku?

Bardzo bym chciał, w głowie rodzą mi się nowe pomysły, ale czas leci. Trzeba kiedyś powiedzieć „stop". Dzisiaj bardziej jestem zajęty myśleniem o tym, jak zasoby, które zgromadziłem przez te lata, przekazać młodszym naukowcom. Pozamykać pewne tematy, które ktoś inny być może zechce kontynuować. Nie mam już tej szalonej żywotności, żeby otwierać nowe drzwi.

Czego nauczył się pan od swojego mentora prof. Wiewiórowskiego, jeśli chodzi o wartości uniwersalne?

Tego, żeby patrzeć na świat przez okulary prawdy. Widzieć prawdę. Ludzi czasami fascynuje to, co nieprawdziwe. Każdy z nas spotkał się z tym chociaż raz, że coś wydaje nam się prawdziwe, ale prawdą nie jest. Muszę też wspomnieć o czymś bardzo ważnym w zawodzie, czego nauczył mnie profesor. Mówił mi: „Nie patrz na chemię jak na procedury, tylko problemowo. Myśl o problemie, który masz do rozwiązania, a nie o reakcjach chemicznych. Patrz na to, co masz w kolbie, a nie na kolbę". I jeszcze jedno: „Jak już nie wiesz, jakim chcesz być człowiekiem, to bądź człowiekiem uczciwym". Brzmi to trywialnie, ale jest wartością nadrzędną. Profesor był człowiekiem uczciwym, pracował nieprawdopodobnie intensywnie. Był niezwykły. Miałem prawdziwego mistrza. Zawdzięczam mu bardzo dużo.

Co takiego dzieje się dzisiaj, że młodzi naukowcy patrzą częściej na to, jakiej marki jest kolba, a nie na to, co w niej jest?

Ja też patrzyłem na markę kolby. Nawet zabierałem je ze sobą z laboratorium do domu, żeby mi ich ktoś nie podebrał. Nie ja jeden. Odpowiadając na pytanie: my, naukowcy, nie jesteśmy od komercjalizacji wyników. My jesteśmy od badań naukowych. Niech każdy robi swoje. To komercjalizacja powinna się interesować naukowcami i tym, co robią, a nie naukowcy komercjalizacją. Instytuty naukowe nie są od komercji, tylko od prowadzenia badań. I tyle.

Wraca pan czasami myślami do czasów spędzonych w laboratorium City of Hope?

Patrzę na wydarzenia tamtych lat jak na fantastyczną przygodę mojego życia, przygodę, która zdecydowała o moich dalszych losach naukowych i w dużej mierze o losach „cywilnych".

Prof. Adam Kraszewski

rocznik 1947. Wybitny chemik i biochemik. Pionier inżynierii genetycznej. W latach 1977–1978 był członkiem międzynarodowego zespołu badawczego, którego prace przyczyniły się do wprowadzenia pozyskiwanej w bakteriach insuliny humanizowanej (identycznej z hormonem człowieka) do terapii chorych na cukrzycę. Wraz zespołem zsyntetyzował z pojedynczych nukleotydów gen analogiczny do genu insuliny człowieka, wszczepiony do plazmidu bakterii *E. coli* („zmusił" ją do produkcji ludzkiego hormonu).

Obecnie pracuje w Poznaniu, jest kierownikiem Zakładu Chemii Kwasów Nukleinowych w Instytucie Chemii Bioorganicznej PAN.

Żona Maria Mirosława jest psychologiem. Mają dwóch synów: Igor Adam jest profesorem historii na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Jan (znacznie młodszy) wciąż się uczy. Córka Małgorzata jest psychologiem i pracuje w zawodzie.

Zajmuję się nowotworami, to mnie wciąż kręci. Mam kilka tropów, o których wiem, że warto nimi podążać. Są dostatecznie nowatorskie, by sprawdzić, czy ta droga prowadzi do celu. Rzeczy, nad którymi pracujemy, są dosyć proste, nie tak skomplikowane jak terapia celowana z wykorzystaniem np. przeciwciał monoklonalnych. Ale są skuteczne.

Rozmowa z profesorem
Andrzejem Królewskim

Polski diabetolog w Bostonie

Panie profesorze, jaka była pana droga do diabetologii? I jak to się stało, że pracuje pan dziś w miejscu, gdzie prowadzi się największe na świecie badania nad cukrzycą?

W wielu sytuacjach w życiu decydują zbiegi okoliczności i pojawiające się możliwości, które warto wykorzystywać. Gdy skończyłem Akademię Medyczną w Warszawie (w 1969 r.), rozpocząłem pracę w Klinice Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii Akademii Medycznej, kierowanej przez prof. Artura Czyżyka. Pracowałem w niej 10 lat. Oprócz pracy klinicznej uczyłem studentów, jak również pracowałem w Zakładzie Epidemiologii, gdzie prowadziłem badania epidemiologiczne dotyczące cukrzycy i jej powikłań. W 1980 roku dostałem zaproszenie na dwa lata do Harvard Medical School w Bostonie, by tam kontynuować swoje badania. Wyjechałem w czerwcu 1980 roku. Planowałem powrót, dlatego – gdy proponowano mi pozostanie na stałe w Stanach Zjednoczonych – początkowo odmówiłem. Chciałem wracać do kraju, budować inną Polskę – to był okres wielkich przemian politycznych.

Sytuacja zmieniła się, gdy w Polsce wybuchł stan wojenny. Zaproponowano mi wówczas, żebym raz jeszcze zastanowił się nad pozostaniem w Stanach Zjednoczonych. Zgodziłem się, choć nie była to prosta decyzja. Nie sądziłem, że w Polsce zmieni się system.

Jak wyglądało leczenie cukrzycy w latach 70. w Polsce, gdy pracował pan w klinice prof. Czyżyka?

Leczenie było bardzo trudne. Dziś porównałbym je do chałupnictwa. Wstrzykiwanie insuliny, mierzenie poziomu cukru, kontrolowanie cukrzycy – wszystko to było możliwe, ale wiązało się z ogromnym wysiłkiem ze strony pacjenta. W przypadku cukrzycy typu 2 nie było jeszcze nawet pewne, czy zmniejszenie masy ciała i dieta są ważne w leczeniu. Były już pierwsze leki doustne, jednak stosowano je dość intuicyjnie.

Ostatnie 30–40 lat to ogromny postęp w leczeniu cukrzycy. Pacjenci, którzy dziś zachorują, mogą niemal normalnie żyć. W latach 70., gdy pacjent chciał faktycznie dobrze leczyć cukrzycę, zajmowało mu to 100% czasu.

Prof. Czyżyk był pana mistrzem? Jaki miał charakter?

Miał zdolności, które zdecydowanie go wyróżniały, np. bardzo dobrą pamięć. Dużo czytał, dużo wiedział. Jeśli chodzi o kierowanie kliniką, to był perfekcjonistą. Nawet historia choroby pacjenta musiała być opisana ładnym, wyraźnym charakterem pisma. Ja aż tak ładnego charakteru pisma nie miałam, dlatego czasem „podpadałem" profesorowi. Taką miał naturę – chciał, żeby wszystko było dobrze zorganizowane.

Prof. Czyżyk był bardzo zainteresowany działalnością naukową, miał wiele pomysłów dotyczących badań klinicznych, których wykonywanie proponował lekarzom w klinice. Zwróciłem jego uwagę tym, że miałem własne pomysły naukowe. Często moja idea nie zgadzała się z tym, co sądzili inni. Profesor zauważył, że myślę trochę inaczej, i to go zainteresowało. Sądzę, że również m.in. dlatego Amerykanie zaprosili mnie do Stanów Zjednoczonych – miałem własne pomysły na badania naukowe. To wyróżnia ludzi. Moje „inne myślenie" sprawia, że odnoszę sukcesy także obecnie.

Ośrodek prof. Czyżyka był pod względem leczenia cukrzycy ośrodkiem numer 1 w Polsce. Profesor był erudytą w medycynie, a jako farmakolog bardzo dobrze rozumiał mechanizmy działania leków. To go zdecydowanie wyróżniało zarówno spośród klinicystów, jak i spośród osób, które zajmowały się badaniami naukowymi.

Klinika profesora znajdowała się w starym budynku, na pewno wymagającym remontu. Mimo tego profesor naprawdę robił bardzo dużo w ówczesnej sytuacji. Zajmował się nie tylko pacjentami, ale też dbał, by lekarze,

którzy u niego pracowali, szkolili się, prowadzili badania, odnosili sukcesy, rozwijali się.

Czy u chorych częste były wówczas powikłania?

W klinice w Warszawie chorzy byli pod dobrą opieką, dlatego powikłania cukrzycy nie były aż tak widoczne. Gdy jednak wyjechało się w teren, poza Warszawę, można było zobaczyć chorych naprawdę w bardzo złym stanie. Wynikało to z ich warunków materialnych, a często także ze szczątkowej wiedzy lekarzy na temat cukrzycy. Lekarze mieli niewiele czasu dla pacjentów. Często wypisywali tylko recepty na leki, a nie mieli czasu, by wytłumaczyć, jak je stosować, szczególnie insulinę. Najwięcej problemów dotyczyło właśnie leczenia insuliną. Wielu pacjentów nie rozumiało tego, co lekarze do nich mówili. Stosowanie insuliny nie było połączone z poziomem cukru, jaki chory miał w danym momencie. Pacjenci często nie potrafili w odpowiedni sposób podawać sobie insuliny, mieszali insuliny krótko i długo działające w nieodpowiednich proporcjach.

Ogólnie wtedy w Polsce ludzie klepali biedę. Zachorowanie na cukrzycę to była tragedia, trzeba było wprost heroicznego wysiłku, by kontrolować chorobę. Gotowanie igieł, strzykawek, podawanie insuliny „na oko" – wszystko to powodowało, że zdecydowana większość chorych miała powikłania. Najpoważniejsze były zawały serca, udary mózgu oraz niewydolność nerek. Niektórzy byli „bardziej oporni" na powikłania – ci przeżywali. W bardzo trudnej sytuacji byli chorzy na cukrzycę z nadciśnieniem tętniczym i szybko rozwijającą się niewydolnością nerek. Nic nie można było dla nich zrobić, nie było jeszcze wówczas możliwości stosowania dializ lub przeszczepienia nerek u chorych na cukrzycę. Jedyną nadzieją było to, że przy dobrze leczonym nadciśnieniu powikłania nerkowe wystąpią później. Jeśli jednak one się rozwinęły, sytuacja była właściwie beznadziejna. Pacjenci szybko umierali.

Chorzy na cukrzycę skorzystali z ogromnego postępu, który wydarzył się w ostatnich 30 latach w kardiologii. Wszystko, co można zastosować u chorych na serce bez współwystępującej cukrzycy, przynosi również bardzo dobre efekty u chorych na cukrzycę. Dzięki rozwojowi kardiologii życie chorych na cukrzycę znacznie się wydłużyło. Natomiast w kwestii powikłań nerkowych nadal trzeba jeszcze wiele zrobić, by poprawić sytuację chorych. Co prawda są dializy, jednak to nie wystarcza.

Gdy wyjechał pan w 1980 roku do Stanów Zjednoczonych, Polska i Stany to były inne światy... Zobaczył pan w Stanach Zjednoczonych, że można inaczej leczyć cukrzycę?

Leczenie cukrzycy było wtedy dość podobne, chociaż w Polsce była zupełnie inna sytuacja ekonomiczna pacjentów. A jeśli chodzi o moją sytuację w Stanach Zjednoczonych, to niewiele różniła się od polskich realiów. W Polsce moje zainteresowania skupiały się wokół powikłań nerkowych i sercowo-naczyniowych cukrzycy.

Znalazłem się w Joslin Diabetes Center – światowym centrum badania i leczenia cukrzycy. Miałem kontynuować badania, które rozpocząłem w Polsce. To najlepsze na świecie miejsce do prowadzenia tego typu badań, a do tego daje duże możliwości uzyskania grantów. Robiłem to samo, co w Polsce. Dla mnie niewiele się zmieniło, poza tym, że były inne budynki, inni ludzie, inny język. Pytania naukowe, jakie stawiałem i na jakie szukałem odpowiedzi, były takie same. Istotną różnicą były pieniądze na badania. W Polsce udawało nam się z prof. Czyżykiem pozyskać granty, jednak w Stanach Zjednoczonych możliwości były nieporównywalnie większe.

Pana główne prace w Stanach Zjednoczonych dotyczyły powikłań nerkowych cukrzycy?

Tak, nadal zajmuję się głównie powikłaniami dotyczącymi nerek, z dużymi sukcesami.

Mimo ogromnego postępu leczenia cukrzycy powikłania nerkowe nadal są poważnym problemem?

Tak. Stale nad tym pracujemy. Jest duży postęp, udało mi się dokonać wielu ciekawych odkryć, być może niektóre z nich doprowadzą w przyszłości do pojawienia się nowych leków, które będą w stanie zapobiec powikłaniom nerkowym i je leczyć. W kwietniu ukazała się nasza praca w „Nature Medicine" Przedstawiamy w niej inną koncepcję powstawania powikłań nerkowych, udowadniając, że ich przyczyna jest inna niż uważano do tej pory. Dzięki zmianie sposobu myślenia o przyczynie powikłań, w przyszłości będzie możliwe zapobieganie im i ich leczenie. Taką mam nadzieję.

Prócz tego, że prowadził pan własne badania naukowe, to był i jest pan związany z Polską. Dzięki panu wielu polskich diabetologów wy-

kształciło się w Stanach Zjednoczonych, a potem wróciło do Polski, by zmieniać polską diabetologię.

To historia trochę sentymentalna. Ja naprawdę nie chciałem zostać w Stanach Zjednoczonych chciałem wracać do Polski. Pół roku po moim przyjeździe przyjechała moja żona. Synowie mieli wtedy 4 i 8 lat. Chciałem wracać. Jednak gdy ogłoszono stan wojenny, myślałem, że w Polsce nic się nie zmieni. Nie wyobrażałem sobie, że ten system może runąć. Dlatego podjęliśmy decyzję o pozostaniu w Stanach Zjednoczonych.

Rodzina, wychowanie, tradycja – wszystko to powoduje, że jestem związany z Polską. W stanie wojennym utrzymywanie ściślejszych kontaktów było praktycznie niemożliwe, jednak około 1985–86 roku zaczęła się w Polsce odwilż. Wtedy do Nowego Jorku przyjechał prof. Jacek Sieradzki. Skontaktował się ze mną. Zaczęliśmy się zastanawiać, jak można poprawić sytuację w polskiej diabetologii. Uzgodniliśmy, że mogę pomóc, przyjmując młodych lekarzy na staże naukowe w ośrodku, którym kieruję. W Stanach Zjednoczonych trzeba występować o granty na badania naukowe, ale jeśli już się je dostanie, to można zatrudniać do ich realizacji osoby z całego świata. Miałem takie możliwości i często kandydat prof. Jacka Sieradzkiego wyróżniał się na tle innych. Prof. Sieradzki wysyłał do mnie młodych lekarzy, żeby prowadzili badania naukowe w Stanach Zjednoczonych. Tak jest właściwie od lat 90. do dziś. Było u mnie wielu polskich diabetologów, m.in. Maciej Małecki, Tomasz Klupa, Wojciech Młynarski, Dariusz Moczulski, Jan Skupień i inni.

Wychował pan całą grupę polskich diabetologów?

Tak, realizujemy ten ambitny plan wspólnie z prof. Sieradzkim, by – przez szkolenie młodych lekarzy w Stanach Zjednoczonych – zmienić polską diabetologię. Jak na razie to się udaje.

Spośród polskich diabetologów odniósł pan największy sukces na świecie. Na czym dziś koncentrują się pana prace?

Szukamy protein, które odgrywają ważną rolę w powikłaniach nerkowych. Udało nam się odkryć kilka, o których nikt wcześniej nie wiedział. Będziemy je opisywać. Te proteiny to „kandydaci" do stworzenia nowych leków przeciwcukrzycowych, które będą zapobiegać powikłaniom nerkowym. Współpracuję z firmami farmaceutycznymi, by wykorzystać te

proteiny do opracowania nowych leków. To główny kierunek prowadzonych przeze mnie i mój zespół badań.

Stosowanie tych leków byłoby szczególnie ważne u osób, u których powikłania nerkowe jeszcze nie wystąpiły. Dzięki temu byłoby możliwe zapobieganie im. Dlatego też drugim kierunkiem prowadzonych przeze mnie badań jest znalezienie metody wczesnego wykrywania u pacjentów dużego ryzyka rozwoju powikłań nerkowych. Prowadzę kilka projektów, które bardzo dobrze się zapowiadają.

Na jakim etapie są prace nad tymi nowymi lekami?

Na razie będzie trzeba przeprowadzić badania wstępne, sprawdzające, czy te proteiny rzeczywiście działają. Następnie będziemy sprawdzać ich działanie u ludzi. Insulina to lek występujący w organizmie. Udało nam się odkryć 2–3 proteiny, które można porównać do insuliny – podobnie jak ona występują w organizmie, tylko w zbyt małych ilościach. Jeśli okaże się, że któraś z nich rzeczywiście chroni nerki, to nie będzie trzeba czekać bardzo długo, żeby ją wprowadzić jako lek. Występuje w organizmie, dlatego nie musimy obawiać się potencjalnych działań niepożądanych. Natomiast leki, których działanie polega na tym, że trzeba zablokować inne proteiny, wymagają dokładnego przebadania, a ich ewentualne wprowadzenie na rynek może potrwać dłużej.

Jest więc szansa na przełomowe rozwiązania dla chorych na cukrzycę, które uda się wprowadzić dzięki panu?

Trzeba próbować. Gdy próbuje się wprowadzać przełomowe rozwiązania, to jest szansa na sukces.

Prof. Andrzej Królewski
jest specjalistą diabetologii, epidemiologii i genetyki. W Polsce pracował w Klinice Chorób Wewnętrznych, Zakładzie Gastroenterologii i Chorób Metabolicznych oraz w Zakładzie Epidemiologii Akademii Medycznej w Warszawie. Od 1980 roku pracuje w Stanach Zjednoczonych. Obecnie jest profesorem w Harvard Medical School w Bostonie oraz kierownikiem Sekcji Genetyki i Epidemiologii Joslin Diabetes Center w Bostonie. Zajmuje się m.in. epidemiologią i genetyką cukrzycy

oraz jej powikłań, zwłaszcza nerkowych. W Joslin Diabetes Center stworzył laboratorium DNA, proteomiczne oraz laboratorium do analizy genetycznej i epidemiologicznej. Badania zaowocowały predefiniowaniem wcześniejszej koncepcji cukrzycowej choroby nerek. Prowadzi badania mające na celu wyjaśnienie mechanizmów powstawania i progresji wczesnej cukrzycowej choroby nerek, w tym badania genetyczne, proteomiczne i epidemiologiczne. Stworzył model wczesnej nefropatii cukrzycowej, udowodnił, że duże stężenie kwasu moczowego jest niezależnym czynnikiem ryzyka wczesnej cukrzycowej choroby nerek, zasugerował możliwość zastosowania leków, które przed tym powikłaniem chronią. Poszukuje również innych markerów we krwi i w moczu dla cukrzycowej choroby nerek prowadzącej do schyłkowej niewydolności nerek, m.in. w celu przetestowania sposobów leczenia, by ten proces zahamować. Prowadzone przez niego prace badawcze mają szansę zaowocować pojawieniem się nowych leków zapobiegających powikłaniom nerkowym cukrzycy i je leczących. Prof. Andrzej Królewski otrzymał liczne nagrody i wyróżnienia, m.in. nagrodę Japanese Society of Late Diabetic Complications dla najlepszego zagranicznego badacza (1999), nagrodę National Kidney Foundation za innowacyjne badania w dziedzinie nefropatii cukrzycowej (2001), nagrodę im. Jakuba Węgierki Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (2003), nagrodę Kelly West za wybitne osiągnięcia w dziedzinie epidemiologii cukrzycy i jej powikłań American Diabetes Association (2014). Jest członkiem wielu towarzystw, w tym Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Amerykańskiego Towarzystwa Nefrologicznego oraz członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

„Osoba bardzo zasłużona dla polskiej diabetologii" – tak prof. Jacek Sieradzki mówi o prof. Andrzeju Królewskim, wybitnym polskim naukowcu, specjalizującym się w badaniach nad patogenezą, genetyką, epidemiologią cukrzycy oraz nad cukrzycowymi powikłaniami nerkowymi. Prof. Andrzej Królewski od 1980 roku pracuje w Stanach Zjednoczonych w Harvard Medical School oraz w Joslin Diabetes Center – światowym centrum badania i leczenia cukrzycy. Dzięki temu, że udało się zrealizować „ambitny plan" prof. Andrzeja Królewskiego i prof. Jacka Sieradzkiego, od wielu lat polscy diabetolodzy mają szansę w Stanach Zjednoczonych prowadzić prace badawcze, które zaowocowały szeregiem publikacji, doktoratów, odkryć naukowych. Przedmioty zainteresowań prof. Andrzeja Królewskiego to: poszukiwanie biomarkerów wczesnego zagrożenia nefropatią cukrzycową, odkrywanie nowych celów terapeutycznych w zapobieganiu chorobom nerek i w ich leczeniu, poszukiwanie genów podatności na nefropatię cukrzycową. Profesor jest światowym liderem badań nad genetyką nefropatii cukrzycowej.

Rozmowa z profesor
Barbarą Krupą-Wojciechowską

Hipertensjolog, która rozwinęła diabetologię

Nie czuję się diabetologiem...

Uważam się za internistę i hipertensjologa. Mimo że należałam do Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, a nawet Amerykanie przyjęli mnie do Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego, nie czuję się diabetologiem. Podobnie jak nie czuję się obecnie nefrologiem, choć mam taką specjalizację. Uważam, że diabetolog musi mieć duże doświadczenie osobiste z pracy w poradni diabetologicznej, a nefrolog powinien obecnie zajmować się dializami, przeszczepami itp. Przez 30 lat kierowałam Kliniką Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku. Sprofilowałam ją w kierunku nadciśnienia tętniczego oraz diabetologii, na co wpływ miała epidemiologia – cukrzyca i nadciśnienie tętnicze to obecnie choroby dotykające całych populacji.

Skończyłam studia w 1954 roku. Zaczęłam pracę w Klinice Chorób Wewnętrznych u prof. Jakuba Pensona. Był erudytą, zajmował się wieloma dziedzinami medycyny. Jest jednym z twórców polskiej nefrologii, jednak już przed wojną publikował prace dotyczące cukrzycy, zarówno w Polsce, jak i za granicą. Z kolei jego praca habilitacyjna dotyczyła epidemii duru plamistego w getcie oraz powikłań nerkowych w tej chorobie.*

* „Był wielkim erudytą, znał biegle kilka języków. Miał talent i pasje obserwacji klinicznej. Podręcznik chorób nerek pisał jak powieść, opierając się na własnych obserwacjach,

Przed wojną badania biochemiczne wykonywali sami lekarze. Prof. Penson, który był człowiekiem bardzo postępowym, zmienił to. Doszedł do wniosku, że lekarze nie mogą jednocześnie leczyć i zajmować się badaniami laboratoryjnymi. On pierwszy zatrudnił laborantki, stworzył Zakład Biochemii Klinicznej, zaczęły powstawać laboratoria. Po wojnie kliniki w szpitalach były duże, 120-łóżkowe. Zajmowaliśmy się ogólnie chorobami wewnętrznymi, interną, jednak doktoraty robiliśmy z różnych dziedzin, w zależności od naszych zainteresowań.

Transformacja w medycynie w latach 50. i 60. XX wieku polegała na tworzeniu nowych specjalności – najpierw powstała kardiologia, zaczęto tworzyć oddziały intensywnego nadzoru kardiologicznego. Potem wyodrębniła się nefrologia, z czasem dializoterapia. Diabetologia wyodrębniła się głównie z powodu przewlekłości cukrzycy, konieczności lepszego poznania przemian biochemicznych w przebiegu tej choroby, a także potrzeby szkolenia, zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów, szczególnie w zakresie insulinoterapii. Było wiadomo, że duże, 120-łóżkowe kliniki ogólnointernistyczne trzeba będzie podzielić na mniejsze, specjalistyczne. Przy klinikach zaczęto również tworzyć poradnie. W naszej katedrze prof. Penson stworzył m.in. poradnię diabetologiczną, którą prowadzili bardzo odpowiedzialni diabetolodzy. Prof. Stefania Horoszek-Maziarz doktoryzowała się z diabetologii, a następnie wyszkoliła grupę kolejnych specjalistów diabetologów.

W 1960 roku byłam prawie przez rok na stypendium w Pradze, gdzie u prof. Jana Broda nauczyłam się planowania badań prospektywnych. Stało się to przydatne, gdy zostałam kierownikiem kliniki. Wcześniej w chorobach wewnętrznych zajmowano się głównie opisywaniem naukowo przypadków obserwowanych w klinice i retrospektywną oceną materiału klinicznego.

W 1969 roku prof. Penson przeszedł na emeryturę. Rok później powstał Instytut Chorób Wewnętrznych i klinika się podzieliła. Powody były dwa: po pierwsze było znacznie więcej samodzielnej kadry naukowej niż w trudnych latach powojennych. Osoby te mogły z powodzeniem prowadzić samodzielne jednostki. Po drugie, na Zachodzie nie powoływano już dużych, wielospecjalistycznych klinik, tylko wyodrębniały się poszczególne specjal-

a dopiero później korygował go z danymi bibliograficznymi, dlatego także po latach ma on dużą wartość kliniczną." (Źródło: B. Krupa-Wojciechowska „Medycyna i polityka")

ności. Z kliniki prowadzonej przez prof. Pensona wyodrębniły się trzy jednostki organizacyjne: Klinika Chorób Nerek, Klinika Chorób Wewnętrznych, którą zaczęłam kierować w 1970 roku, oraz Pracownia Izotopowa.

Medycyna na granicy życia i śmierci

Chorzy z cukrzycą stanowili dużą grupę pacjentów naszej kliniki. Cukrzyca była chorobą niezwykle trudną do prowadzenia, chorzy często umierali z powodu śpiączki cukrzycowej – nawet w bardzo młodym wieku, w tym dzieci. Śmiertelność była znaczna. U osób starszych występowały śpiączki hiperosmotyczne, które także doprowadzały do zgonów. Z tamtych czasów dobrze pamiętam młodego człowieka chorego na cukrzycę. Miał nefropatię i niewydolność nerek. Nefrolodzy nie kwalifikowali wtedy chorych na cukrzycę do dializ. Dializoterapia dopiero się tworzyła, aparatów było niewiele, obawiano się powikłań u chorych na cukrzycę. Próbowaliśmy zorganizować pacjentowi leczenie w innym mieście, jednak to się nie udało. Chory zmarł. Dziś wydaje się to nieprawdopodobne, ponieważ chorzy na cukrzycę stanowią duży odsetek osób dializowanych. To była medycyna na granicy życia i śmierci.

Prof. Węgierko i prof. Grott: dwie indywidualności

W diabetologii było wtedy w Polsce dwóch wielkich mistrzów: prof. Jakub Węgierko i prof. Józef Wacław Grott. Byli zupełnie różni. Pamiętam jedno z zebrań podczas Kongresu Internistów w latach 50. Prof. Jakub Węgierko prowadził sesję poświęconą cukrzycy. Mówił wspaniale, był erudytą. W odróżnieniu od niego prof. Grott był raczej cichy i powściągliwy. Toczyło się wtedy wiele dyskusji na temat podawania chorym dużych dawek insuliny. Prof. Węgierko wygłosił znakomity referat programowy, w którym mówił, że teraz, przy dynamicznym rozwoju biochemii i farmakologii, nie należy się obawiać podawania dużych dawek insuliny. My, młodzi, byliśmy zachwyceni jego referatem i sposobem mówienia. A na to wstał prof. Grott i cicho, trochę niewyraźnie powiedział, że jemu się wydaje, że to jednak nie jest słuszne, że raczej trzeba podawać mniejsze dawki insuliny. Prof. Węgierko „zmiażdżył" go w dyskusji. Obrady odbywały się w sali Rady Wojewódzkiej, na ścianach wisiały propagandowe hasła o obronie „szarego człowieka". Prof. Grott spojrzał na napis i cicho nadmienił, że przecież on nie ma żadnych złych intencji, chodzi mu jedynie o „szarego człowieka". Cała sala wybuchnęła śmiechem.

Niebawem zaczęto wprowadzać nowoczesną insulinoterapię i zmniejszać dawki insuliny. Nieraz potem mówiłam moim współpracownikom, przywołując tamtą dyskusję, że nie należy przywiązywać nadmiernej wagi do formy wypowiedzi, a bardziej zważać na jej treść.

Lepiej poznałam prof. Grotta, gdy był już na emeryturze. Okazało się, że jego żona była bliską krewną mojej teściowej. Był erudytą, a jednocześnie bardzo delikatnym człowiekiem. Prof. Węgierko i prof. Grott to wielkie indywidualności. Uważam, że obydwaj byli znakomici. Stworzyli polską diabetologię, szkolili kadry. A to, że barwnie ze sobą dyskutowali, było ich zaletą, nie wadą.

Odwaga w badaniach

Poziom cukru we krwi mierzono wówczas metodą Hagedorna, była to procedura długotrwała.

Poważnym problemem u chorych na cukrzycę były powikłania infekcyjne, zwłaszcza ostre, które szczególnie u młodych diabetyków przyspieszały występowanie kwasicy i śpiączki cukrzycowej. Często zdarzało się ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek. W cukrzycy typu 2 prowadziło ono niekiedy do martwicy brodawek nerkowych. Sytuacja się poprawiła, gdy zaczęto powszechnie stosować antybiotyki. Ponieważ okazało się to skuteczne, po latach zaczęto walczyć również z bakteriurią bezobjawową. Jednak w tym przypadku długotrwałe stosowanie antybiotyków okazało się dla chorych bardzo obciążające. W latach 70. zaczęliśmy tych chorych tylko obserwować, nie podając antybiotyków. Wymagało to dużej odwagi, ponieważ nieleczenie bezobjawowej bakteriurii było wówczas sprzeczne z obowiązującymi zaleceniami. Dr Ewa Semetkowska-Jurkiewicz razem z nefrologami i mikrobiologami przez 14 lat obserwowała grupę chorych. Okazało się, że takie postępowanie jest słuszne. Wyniki badań zostały opublikowane w „Materia Medica Polona" w 1995 roku. Do tej pory prace te są cytowane w zaleceniach międzynarodowych, prezentowane na kongresach.

W klinice stworzyliśmy salę intensywnego nadzoru diabetologicznego. Potem zakupiliśmy sztuczną trzustkę. Nowoczesną insulinoterapię wprowadzała prof. Stefania Horoszek-Maziarz. Zaczęliśmy leczyć śpiączki cukrzycowe małymi dawkami insuliny. Okazało się to bardzo skuteczne. Później wprowadzaliśmy terapię polegającą na podawaniu insuliny za pomocą penów.

Gdy zostałam kierownikiem Kliniki Chorób Wewnętrznych, uważałam, że trzeba rozwijać nowy kierunek: epidemiologię chorób niezakaźnych.

Nadciśnienie tętnicze i cukrzyca występują powszechnie. Ponadto, zarówno w cukrzycy, jak i w nadciśnieniu tętniczym, stwierdzono widoczną nadumieralność chorych z powodu powikłań sercowo-naczyniowych. Zaczęto od badań nadciśnienia tętniczego. Stwierdzono wzrost ciśnienia tętniczego wraz z wiekiem, a także większą skłonność do zawałów serca, udarów mózgu i niewydolności nerek u osób z nadciśnieniem tętniczym. Zaczęto myśleć o prewencji. Podobne badania epidemiologiczne zaczęto prowadzić w cukrzycy.

Quo vadis, czyli o rozwoju diabetologii

Za największy sukces diabetologii uważam stworzenie systemu leczenia cukrzycy w poradniach terenowych, szkolenie lekarzy specjalistów, a następnie szkolenie przez nich lekarzy pierwszego kontaktu. Bardzo pomogły dobre kontakty z organizacją chorych na cukrzycę, uczenie pacjentów, jak stosować leki, co jeść, jaki styl życia prowadzić. Ja też starałam się takie szkolenia organizować. Założyliśmy stowarzyszenie „Quo Vadis", które zajmowało się m.in. edukacją. Znajomy dziennikarz namówił mnie na wydawanie pisemka, które było rozdawane w poradniach, a także podczas pikników – „Zdrowie, kuchnia i ja. Monitor gospodyń i lekarzy". Byłam jedną z osób konsultujących teksty. Artykuły były ciekawe, wiele osób po nie sięgało, niezależnie od wykształcenia.

Ponieważ w latach 70. i 80. nadal było widać u chorych na cukrzycę oraz z zespołem metabolicznym wzrost śmiertelności z powodu zawałów serca i udarów, postanowiliśmy te zjawiska obserwować w naszej klinice. Andrzej Rynkiewicz (obecnie profesor) doktoryzował się z zakresu badania skurczu i rozkurczu lewej komory serca u młodych mężczyzn z cukrzycą typu 1. Pracę referował na pierwszym międzynarodowym sympozjum na temat nadciśnienia tętniczego skojarzonego z cukrzycą, które odbyło się w Bernie w 1984 roku. Przez lata badaliśmy to zagadnienie. Warto podkreślić, że od pierwszego sympozjum European Association for the Study of Diabetes (EASD) Andrzej Rynkiewicz był zastępcą przewodniczącego tej organizacji. W 1987 roku byliśmy współorganizatorami XLII Zjazdu PTK; jednym z głównych tematów było serce u chorych na cukrzycę. Można powiedzieć, że był to początek polskiej kardiodiabetologii.

Zarząd Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego w latach 1990–1994 miał siedzibę w Gdańsku. Z powodu przemian, które wówczas zachodziły w naszym kraju, Polska stała się atrakcyjna dla świata. Udało się

zorganizować szereg prestiżowych konferencji w Polsce, w tym dwie w Gdańsku. W 1995 roku odbyło się w Gdańsku satelitarne sympozjum do VII Europejskiego Kongresu Nadciśnienia Tętniczego. Dyskutowano na temat zaburzeń metabolicznych nadciśnienia tętniczego, ze szczególnym uwzględnieniem insulinooporności. W 1999 roku również w Gdańsku odbył się zjazd European Diabetic Nephropathy Study Group z udziałem najwybitniejszych diabetologów z Europy.

Jednak pomimo naszych osiągnięć w postaci licznych prezentacji i doniesień w publikacjach naukowych i na zjazdach, początkowo współpraca towarzystw krajowych: diabetologicznego i nadciśnieniowego, była dość ograniczona. W 1993 roku na łamach „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej" Grupa Robocza Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego opublikowała pierwsze zalecenia leczenia nadciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę. Było to wówczas zagadnienie nowe, a nawet dość kontrowersyjne. Diabetolodzy nie interesowali się nim jeszcze dogłębnie. W zalecaniach stwierdzono, że u chorych na cukrzycę typu 1 należy obniżać ciśnienie tętnicze przy wartościach powyżej 140/90 mm Hg, a w przypadku cukrzycy typu 2 – przy wartościach powyżej 160/99 mm Hg, natomiast u starszych pacjentów należy zachować ostrożność. Uważano, że ciśnienie rozkurczowe należy utrzymywać na poziomie 85–90 mm Hg, gdyż niższe wartości mogą nasilać chorobę niedokrwienną serca i nerek.

Związek nadciśnienia tętniczego z cukrzycą stał się przedmiotem zainteresowania wielu badaczy; badania te bardzo mocno przyczyniły się do rozwoju hipertensjologii. Ważne były przede wszystkim wyniki badań dotyczących patogenezy i znaczenia klinicznego zwiększonego wydalania albumin z moczem. Tę nieprawidłowość zauważono u chorych na cukrzycę zarówno typu 1, jak i typu 2, którzy jednocześnie mieli podwyższone ciśnienie tętnicze. U chorych na cukrzycę ze zwiększonym wydalaniem albumin udokumentowano korzystne efekty leczenia obniżającego ciśnienie tętnicze. Na podstawie tych badań zmieniono zalecenia – przyjęto, że u chorych na cukrzycę wartości ciśnienia tętniczego powyżej 130/90 mm Hg świadczą o nadciśnieniu. Wprowadziliśmy w kraju badanie mikroalbuminurii jako wskaźnik wczesnej nefropatii cukrzycowej i leczenie jej ACE, nawet u chorych bez podwyższonego nadciśnienia tętniczego.

Prowadzono również badania, czy zastosowanie niektórych leków hipoglikemizujących u osób z nieprawidłową tolerancją węglowodanów może zapobiec rozwojowi cukrzycy.

Postęp nie zawsze dokonuje się bez oporów, a warunki zewnętrzne mogą pomagać lub szkodzić. Przykładem jest wyprodukowany wówczas w Polsce lek przeciwcukrzycowy: SPC-703, pochodna sulfonylomocznika. Nowy lek został zsyntetyzowany przez prof. Zdzisława Brzozowskiego, przebadany w Akademii Medycznej w Gdańsku (robił to zespół, w którego skład weszli m.in. prof. Stefan Angielski, prof. Stanisław Zawistowski, prof. Stanisław Janicki, prof. Czesław Wójcikowski). Produkcji leku SPC-703 podjęła się Polfa Starogard. Lek był przebadany w Akademii Medycznej w Gdańsku, przeprowadziliśmy badania na zwierzętach, badania kliniczne, ukazała się publikacja na ten temat. Udało się wyprodukować lek Glipolamid. Niestety jego produkcja upadła. Zabrakło pieniędzy na marketing. Dziś już wiemy, ile potrzeba (w kapitalizmie) pieniędzy na marketing nowego leku. Wtedy nie mieliśmy o tym pojęcia.

Profesorowie farmacji, naukowcy, klinicyści – wszyscy świetnie się znaliśmy, mieliśmy zaufanie co do naszych kwalifikacji, uczciwości badawczej. Szkoda, że nie udało się tym lekiem osiągnąć sukcesu. Pozostało nam miłe wspomnienie entuzjazmu tworzenia. Dzięki tym pracom udało się jednak wyszkolić asystentów, którzy dziś zostali profesorami medycyny i dalej ją rozwijają.

Dezintegracja i wtórna integracja medycyny

Na moich oczach dokonały się dwie wielkie rewolucje w medycynie. Pierwsza na początku mojej drogi zawodowej. Postęp naukowo-techniczny doprowadził do wyodrębnienia poszczególnych specjalności. Z interny wyodrębniła się kardiologia, nefrologia, diabetologia, potem hipertensjologia. Teraz dokonuje się druga rewolucja naukowo-techniczna. Nowe techniki obecnie zmierzają w zupełnie inną stronę – po dezintegracji następuje znów etap integracji różnych dziedzin medycyny.

Przewidzieliśmy to już przed laty, zapraszając np. diabetologów i kardiologów do wspólnych badań. Zapraszaliśmy wówczas prof. Jana Tatonia, chcieliśmy stworzyć z diabetologami wspólne towarzystwo naukowe, ale... niestety, to się nie udało. Oni nie za bardzo byli tym zainteresowani. Jednak obecnie postęp idzie w zupełnie inną stronę – kardiolodzy, diabetolodzy,

nefrolodzy, hipertensjolodzy muszą ze sobą współpracować. Dzięki temu mamy większe zaplecze intelektualne i nowe szanse dla medycyny.

Specjalność z dziedziny hipertensjologii jest przykładem wtórnej integracji kardiologów, nefrologów, diabetologów i innych specjalistów.

Miłość do sztuki

Mam szczęśliwą rękę do ludzi – pod moim okiem habilitowało się wiele zdolnych osób, które dalej rozwijają medycynę. Jeśli chodzi o sukcesy pozazawodowe, to miałam interesujące życie – oprócz pracy zawodowej angażowałam się społecznie. Osobistym sukcesem jest moja córka Kasia.

Prócz medycyny i polityki moją pasją była sztuka. Odkąd pamiętam, chodziłam na wystawy, do Zachęty pierwszy raz zabrano mnie, gdy miałam 3 lata. W czasie wojny mama zabierała mnie na spacer Nowym Światem, gdzie były antykwariaty, a na wystawach można było oglądać obrazy (galerie były wówczas zamknięte). Mama opowiadała mi o nich. Z malarzami miałam kontakty przez całe życie. Mojej córce też zaszczepiłam miłość do sztuki.

Politykę mam w genach

Zainteresowania polityką i działalnością społeczną również odziedziczyłam w genach. Mój dziadek był w SDKPiL (Socjaldemokracja Królestwa Polskiego i Litwy), KPP (Komunistyczna Partia Polski). Za caratu wywieźli go na Syberię, udało mu się uciec. W Polsce międzywojennej organizował kasy chorych (może stąd moje geny medyczne?). Był członkiem zarządu kas chorych z ramienia KPP w 1923 roku, tworzył związki zawodowe. Zginął w 1937 roku w Moskwie, w procesach komunistów. Jak wielu komunistów w tamtym okresie.

W czasie wojny mieszkaliśmy z rodzicami w Warszawie. W trakcie powstania warszawskiego wywieziono mnie do Niemiec do pracy. Miałam 14 lat. Najpierw pracowałam w cukrowni, potem przy produkcji pocisków V2. Po wojnie zamieszkaliśmy w Kwidzyniu. Ojciec działał w Polskiej Partii Robotniczej, organizował związki zawodowe, był radnym rady wojewódzkiej, zaangażowany w budowę nowej Polski. W partii wtedy prawie nie płacono, dlatego znaczą część naszego budżetu stanowił dochód z korepetycji, których udzielałyśmy razem z mamą. W Kwidzyniu zdałam maturę. Już w szkole średniej działałam w Związku Walki Młodych, potem w Związku

Młodzieży Polskiej. Uważałam, że tak trzeba, zresztą do tej pory tak uważam. Po wojnie rozpoczęła się w Polsce rewolucja socjalna, w której brałam czynny udział. To właśnie dzięki niej wiele osób zyskało szansę na zdobycie wykształcenia.

Podczas studiów na Akademii Medycznej w Gdańsku działałam w Związku Młodzieży Polskiej, później także w partii. Byłam zaangażowana w tę działalność także w ciągu całego mojego życia zawodowego. Nie tylko ja, wielu moich kolegów również. Profesorowie warszawscy zawsze dobrze żyli z każdą władzą. My z Gdańska, Poznania, Krakowa też musieliśmy działać, jeśli chcieliśmy coś zmieniać.

Życiowe *credo*

Profesorowi Pensonowi zawdzięczam nie tylko wiedzę kliniczną, ale też rozumienie filozofii medycyny i odpowiedzialności lekarskiej w okresie, kiedy medycyna kliniczna często działała na granicy życia i śmierci.

W naszym regionie od kilku pokoleń lekarskich trwa praca, która dzięki współpracy wielu lekarzy, zwłaszcza lecznictwa podstawowego i nauczycieli akademickich, przynosi rezultaty. To wieloletnia współpraca ludzi o zupełnie różnych poglądach politycznych, ale w myśleniu społecznym daje konkretne efekty.

„W ciągu mego przeżytego półwiecza proponowano mi różne zaszczytne funkcje. Wywoływało to niekiedy falę opozycji, przejawiającej się podobno licznymi anonimami. Uważam, że w naszych trudnych ekonomicznie czasach nie należy na medycynie dodatkowo zarabiać i nie zarabiałam (...) Obciąża to przecież ludzi, którzy mimo choroby nie są dobrze sytuowani. We wszystkich rozwiniętych krajach świata obowiązuje tzw. *full time*, czyli praca na pełnym etacie w jednym sektorze: państwowym, spółdzielczym lub prywatnym. Zwiększa to wydajność i jest mniej korupcjogenne." (Źródło: B. Krupa-Wojciechowska „Medycyna i polityka")

Prof. Barbara Krupa-Wojciechowska
rocznik 1930. Lekarz, naukowiec. W latach 1945–1954 studiowała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku, od 1954 roku pracowała na tej uczelni. Specjalistka chorób wewnętrznych I stopnia (1958) i II stopnia (1964), w 1973 roku uzyskała podspecjalizację z nefrologii. Od 1963 roku doktor nauk medycznych, następnie doktor habilitowany (1969), docent (1970), profesor tytularny (1978) i profesor zwyczajny (1989). W okresie 1970–2000 kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej w Gdańsku, w latach 1970–1981 dyrektor Instytutu Chorób Wewnętrznych, rektor Akademii Medycznej w Gdańsku (1983–1990; rok z nominacji, dwukrotnie w wyniku wolnych wyborów). Od 2001 roku specjalista Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.
Stworzyła szkołę kliniczną nadciśnienia tętniczego i diabetologii, zainicjowała badania prewencji nadciśnienia tętniczego w regionie gdańskim, następnie w Polsce. Autorka wielu publikacji naukowych, współzałożycielka Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (i jego prezes w latach 1990–1994), obecnie jego członek honorowy. Członek Międzynarodowego i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Odznaczona m.in. Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski i Krzyżem Komandorskim, Medalem 50-lecia Akademii Medycznej w Gdańsku (1996). W 2016 roku Gdański Uniwersytet Medyczny nadał jej tytuł doktora *honoris causa*.
Była aktywną uczestniczką życia politycznego. Jest autorką wielu publikacji naukowych oraz książki „Polityka i medycyna". W książce opisuje swoją działalność polityczną i zawodową. Działała w ZWM, ZSP, PPR, PZPR, trzykrotnie była członkiem KC PZPR. W PZPR była aż do jej rozwiązania, do wyprowadzenia sztandaru. W książce ciekawie opisuje tamte czasy i motywacje: „Nauczona doświadczeniem wiedziałam, że najwięcej można osiągnąć tuż po przełomie. Wielu dyrektorów przychodziło do mnie się badać. Miałam opracowany cały system. Najpierw leczyłam jego, potem jakichś krewnych, a wreszcie mówiłam, że słowem bożym trudno leczyć chorych i trzeba kupować aparaturę. Wielu mi pomagało".
Nie była konformistką, nie zmieniała poglądów w zależności od opcji politycznej, która rządziła w Polsce. Nie zmieniła ich w latach 80. i 90., nie zmieniła ich do dziś: „Trudno mi zmieniać poglądy na życie z dnia na dzień, zwłaszcza że zarówno w ruch studencki, jak i partyjny, włożyłam dużo inwencji i czasu, wobec czego nie mogę zrozumieć tych, którzy na poszczególnych etapach, a nawet na każdym politycznym zakręcie, zmieniają poglądy o 180 stopni. Nie przeszkadzała mi nigdy różnica poglądów – ani w nauce, ani w polityce (...). Przeciwieństwa pobudzają do myślenia, bez czego nie ma przecież nauki i nowoczesnej organizacji".

Mieszkanie w cichej części Sopotu, kilkaset metrów od morza. Na ścianach obrazy, głównie grafika i malarstwo współczesne. Półki zastawione książkami: historia literatury, publicystyka, medycyna, polityka.
Medycyna, polityka i malarstwo to trzy pasje prof. Barbary Krupy-Wojciechowskiej, które odziedziczyła w genach. Przez całe życie łączyła medycynę z aktywnością społeczną i polityczną. „Wywalczona wolność, bez sprawiedliwości społecznej wydaje się być pozorna, ale taki jest świat w którym żyjemy" – pisała w zakończeniu swojej książki „Medycyna i polityka".

„Całe życie zawodowe i polityczne przeżyłam w jednej Uczelni i to z własnego wyboru. Medycyna dawała mi swobodę działania. W przeciwieństwie do zawodowych polityków czy dziennikarzy miałam większą swobodę wypowiedzi i możliwość odchodzenia i powrotów do czynnej działalności politycznej."

(Źródło: „Res Humana" nr 3/2010)

Rozmowa z profesor
Barbarą Mirkiewicz-Sieradzką

Najlepsza diabetolog wśród okulistów

Leczyć retinopatię

Po studiach medycznych wybrałam specjalizację okulistyczną u prof. Mariana Wilczka w Klinice Okulistycznej w Krakowie. Początkowo byłam w Klinice na wolontariacie, równocześnie pracując na pełnym etacie w przychodni ogólnej w mieście. Dość szybko jednak znalazłam uznanie w oczach profesora i zostałam zatrudniona w Klinice Okulistycznej.

Moja przygoda z diabetologią rozpoczęła się w połowie lat 70. Byłam wtedy już po dwóch stopniach specjalizacji z okulistyki oraz po doktoracie. Ówczesna kierownik Kliniki Okulistycznej, prof. Helena Żygulska-Mach wspomniała kiedyś o odbywającym się w Krakowie posiedzeniu sekcji diabetologicznej Towarzystwa Internistów Polskich. Zaproponowała, żebyśmy się do tej sekcji zapisały. Klinika w tym czasie otrzymała z Ministerstwa Zdrowia aparat do fotokoagulacji. Był on przeznaczony do leczenia nowotworów oka, głównie siatkówczaka. W tym okresie ukazały się w piśmiennictwie zagranicznym publikacje dotyczące zastosowania fotokoagulacji w retinopatii cukrzycowej. Poszłyśmy na posiedzenie sekcji diabetologicznej, żeby dowiedzieć się więcej na temat cukrzycy i retinopatii cukrzycowej. Zapisałyśmy się do sekcji. Przypuszczam, że początkowo byłyśmy jedynymi jej członkiniami, nie będąc diabetologami. Od tego zaczęło się moje zainteresowanie diabetologią.

Nasza klinika pierwsza w Polsce podjęła się leczenia retinopatii cukrzycowej zabiegami za pomocą fotokoagulatora. Mam jeszcze zdjęcia dna oka z tych zabiegów.

Okuliści rozkładali ręce

Okulistyczne powikłania cukrzycy były bardzo częste. Pacjent, który chorował na cukrzycę i mówił diabetologowi, że ma problemy z widzeniem, zwykle usłyszał, że powinien udać się do okulisty. Natomiast okulista, rozkładając ręce, mówił: „Są zmiany na dnie oka, bo ma pan cukrzycę!". Co pacjent miał wtedy zrobić, dokąd pójść?

Dziś wiadomo, że leczenie cukrzycy musi przebiegać równolegle z leczeniem okulistycznym. Jednak wtedy nie było to tak jasne. Ubolewałam często nad tym, że konsultując okulistycznie pacjenta chorego na cukrzycę, nie miałam żadnej informacji o jego stanie wyrównania choroby. Diabetolodzy nie widzieli konieczności napisania, w jakim stanie diabetologicznym jest pacjent.

W początkowym okresie było mi dość trudno dzielić moją aktywność okulistyczną z aktywnością diabetologiczną. Działałam zarówno w Polskim Towarzystwie Okulistycznym, jak i w Polskim Towarzystwie Diabetologicznym. Byłam na każdym zjeździe, konferencji, przygotowywałam wykłady, referaty, z czasem również organizowałam konferencje. Kiedy nadeszła „era laserów", zastąpiliśmy fotokoagulator aparatami laserowymi. Były one znacznie wygodniejsze w użyciu i w mniejszym stopniu uszkadzały siatkówkę. Mieliśmy dużo satysfakcji, obserwując u pacjentów po zabiegach powstrzymanie dalszego rozwoju retinopatii. Obecnie wskazania do laseroterapii zostały znacznie zawężone, a na pierwszy plan wysuwa się leczenie preparatami anty-VEGF podawanymi do ciała szklistego oraz witrektomia. Prowadziłam specjalną pracownię, w której konsultowani byli chorzy na cukrzycę. Leczyliśmy również kobiety w ciąży chorujące na cukrzycę.

Uważałam, że konieczne jest też prowadzenie badań w kierunku retinopatii u kobiet w ciąży chorujących na cukrzycę. Wiadomo, że zmiany metaboliczne, które zachodzą w czasie ciąży, stymulują retinopatię. W przypadku bardziej zaawansowanej retinopatii należy wykonać zabieg laserowy, który chroni przed dalszym jej rozwojem. Pierwszy zabieg laseroterapii w Europie u kobiety w ciąży został wykonany właśnie w naszej klinice w 1992 roku.

Zalecenia okulistyczne – zapobiec powikłaniom widzenia

Byłam członkiem Europejskiego Towarzystwa do Badań nad Cukrzycą, autorką zaleceń okulistycznych dla chorych na cukrzycę. Narzucałam ostre rygory dotyczące badań okulistycznych, zarówno pierwszorazowych, jak i kolejnych.

Bardzo ostro dyskutowałam z diabetologami. Podkreślałam, że warto wcześniej przeprowadzać badania okulistyczne u chorych na cukrzycę, ponieważ wtedy są większe możliwości leczenia. Miałam ogromną satysfakcję, widząc efekty, jeśli zabieg laserowy był wykonany wcześniej. Ubolewałam jednak nad tym, że często przychodzili do mnie pacjenci, którzy mieli bardzo zaawansowane zmiany oczne, najcięższą postać retinopatii, tzw. proliferacyjną. Wtedy jeszcze nie było możliwości zastosowania witrektomii ani takich metod, jakie dziś są dostępne, czyli iniekcji lekami anty-VEGF, które bardzo łagodzą konsekwencje retinopatii proliferacyjnej czy cukrzycowego obrzęku plamki.

Wiele razy prowadziłam wykłady na temat współpracy między diabetologami a okulistami. Prowadziliśmy szkolenia, odnosiłam jednak wrażenie, że diabetolodzy zwykle dobrze wiedzą o powikłaniach sercowych, nerkowych, neurologicznych, jednak w bardzo niewielkim stopniu są zorientowani w kwestii powikłań ocznych.

W Klinice Okulistycznej prowadziłam pracownię laserową. Gdy przeszłam na emeryturę, jeszcze przez wiele lat prowadziłam gabinet laseroterapii w Klinice Metabolicznej Szpitala Uniwersyteckiego.

Ludzie diabetologii

Bardzo ceniłam prof. Artura Czyżyka, był mądrym człowiekiem i wielką osobowością. A ponieważ mój mąż był prezesem PTD, a ja jego etatowym towarzyszem, np. podczas kończących zjazdy spotkań towarzyskich, kolacji, to wiele godzin spędzaliśmy na dyskusjach z prof. Czyżykiem. Był wielkim erudytą. Pamiętam, jak rozmawialiśmy kiedyś o zawodzie lekarza. Profesor bardzo ten zawód wychwalał, a na zakończenie swojego wywodu stwierdził: „Na świecie jest tylko jeden liczący się zawód: to zawód lekarza, a reszta po prostu się nie liczy".

W Polskim Towarzystwie Okulistycznym, w którym również działałam, było wiele sekcji, m.in. sekcja zapobiegania ślepocie. Podczas jednej

z konferencji organizowanej przez tę sekcję podszedł do mnie prof. Czyżyk. Byłam kompletnie zaskoczona jego obecnością na zjeździe okulistycznym. A jeszcze bardziej zaskoczyło mnie pytanie profesora – gdzie jest mój mąż i dlaczego go tu nie ma? Zrobił mi niemal awanturę: „Jak to, prezes PTD nie jest obecny na konferencji, na której porusza się tematy cukrzycowe!". Sfrustrowana po powrocie z konferencji do domu powiedziałam do męża: „Wiesz, co zrobiłeś? Nie pojechałeś na konferencję okulistyczną". To pokazuje, jak pryncypialny był prof. Czyżyk.

Również mój mąż miał duży wkład w rozwój polskiej diabetologii. PTD zawdzięcza mu swoją obecną formę, aktywność i pozycję. Mąż jest pasjonatem zawodu. Zawsze wymagał wiele od siebie i od innych. Wszystkim swoim asystentom w klinice stworzył ogromne szanse rozwoju zawodowego, naukowego. Potrafił docenić i uszanować pracę innych. Miał własne zdanie, potrafił współpracować ze wszystkimi. W jego klinice obowiązywała zawsze pełna demokracja, ale w bardzo dobrym tego słowa znaczeniu.

Prof. Barbara Mirkiewicz-Sieradzka
ukończyła studia na Wydziale Lekarskim ówczesnej Akademii Medycznej w Krakowie. Po studiach i stażach podjęła pracę w Klinice Okulistycznej w Krakowie, najpierw na wolontariacie, pracując w różnych przychodniach, a następnie jako asystent Kliniki Okulistycznej, przechodząc kolejno wszystkie stopnie kariery zawodowej i naukowej pod kierunkiem wybitnego okulisty prof. Mariana Wilczka, a potem prof. Heleny Żygulskiej-Mach. Jako operator wykonywała wszystkie, nawet najtrudniejsze zabiegi okulistyczne. Początkowo zajmowała się zaburzeniami widzenia w zezie, co było przedmiotem doktoratu, następnie problematyką oczną w chorobie Gravesa i Basedowa (habilitacja). Prowadziła działalność praktyczną

i naukową z pogranicza okulistyki i onkologii w zakresie leczenia metodami radioaktywnymi guzów wewnątrzgałkowych, przy współpracy z Instytutem Fizyki Jądrowej w Krakowie. Uczestniczyła również w pracach eksperymentalnych nad prostacykliną. Od dłuższego czasu (od lat 70. i 80.) zajmowała się wraz ze stworzonym przez siebie zespołem ds. leczenia laserowego retinopatii cukrzycowej także problematyką leczenia retinopatii cukrzycowej w specjalnej przyklinicznej poradni cukrzycowych chorób oka. Odbyła liczne staże naukowe, m.in. wielomiesięczny w szpitalach okulistycznych w Paryżu czy Pradze, a także w renomowanym ośrodku diabetologicznym w Gentofte k. Kopenhagi. Jest autorem lub współautorem wielu artykułów w czasopismach krajowych i zagranicznych oraz kilkuset wystąpień na zjazdach krajowych i międzynarodowych, autorem 10 rozdziałów w podręcznikach oraz rozdziału w Zaleceniach PTD dotyczących postępowania z chorymi na cukrzycę. Po przejściu na emeryturę prowadziła Gabinet Okulistyczny z pracownią laserową w Katedrze i Klinice Metabolicznej. Obecnie jest wykładowcą okulistyki w Instytucie Ochrony Zdrowia PWSZ w Tarnowie.

Okulistka, związana z polską diabetologią zarówno osobiście – dzięki swojemu mężowi prof. Jackowi Sieradzkiemu – jak i zawodowo. W Klinice Okulistycznej w Krakowie opiekowała się m.in. chorymi na cukrzycę, prowadziła również gabinet okulistyczny w Klinice Metabolicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Współtworzyła zalecenia dotyczące leczenia cukrzycy w Polsce, zwłaszcza część okulistyczną.

Rozmowa z profesor
Ewą Otto-Buczkowską

Organizatorka z pasją

Matura i studia – ćwiartka chleba i pół litra mleka

Świadectwo dojrzałości uzyskałam w 1952 roku, w Liceum Ogólnokształcącym w Zabrzu. Bardzo dobrze zdałam egzamin wstępny na Wydział Lekarski Śląskiej Akademii Medycznej. Mimo to nie zostałam przyjęta, ze względu na pochodzenie społeczne. Po to, by „poprawić pochodzenie" i mieć środki do życia, podjęłam pracę gońca w administracji Akademii Medycznej w Rokitnicy. Poznałam wtedy prof. Stanisława Kohmana, kierownika Katedry Anatomii Prawidłowej, który przez kolejne lata mnie wspierał. Był moim nauczycielem i „dobrym duchem".

W 1953 roku rozpoczęłam studia na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrzu. Nie przysługiwało mi ani stypendium, ani nawet kupony na obiady w studenckiej stołówce – znowu „kapitalistyczne pochodzenie". Z pomocą przyszedł mi prof. Kohmann, proponując – po bardzo dobrze zdanym egzaminie z anatomii na drugim roku studiów – pracę laborantki w prosektorium w Zakładzie Anatomii Prawidłowej. Wynagrodzenie było skromne, ale wystarczyło na chleb, mleko i czasem kawałek kaszanki. W 1969 roku musiałam zrezygnować z tego stanowiska ze względu na pogorszenie się mojego stanu zdrowia, co było skutkiem stałego kontaktu z formaliną.

W 1958 roku uzyskałam absolutorium, a rok później – po odbyciu stażu jako jedna z trojga najlepszych studentów tego roku – dyplom lekarza medycyny.

Moja droga zawodowa

Z dyplomem w ręku i z bardzo dobrymi wynikami rozpoczęłam starania o przyjęcie do pracy w Klinice Chorób Wewnętrznych oraz w Klinice Pediatrycznej w Zabrzu. Niestety do żadnej z tych klinik nie zostałam przyjęta – sprzeciwił się temu komitet uczelniany partii. Zgodę na zatrudnienie mnie wyraził jedynie prof. Kohmann, tak więc pozostałam w Zakładzie Anatomii Prawidłowej w Zabrzu-Rokitnicy, na stanowisku asystenta. Tutaj rozpoczęłam pracę naukową. Były to badania eksperymentalne nad wpływem drgań mechanicznych niższych częstotliwości na organizm zwierząt doświadczalnych. Na podstawie tych badań w 1964 roku uzyskałam stopień doktora nauk medycznych i stanowisko adiunkta.

Po otrzymaniu dyplomu lekarza w 1959 roku, w ramach wolontariatu rozpoczęłam pracę na Oddziale Pediatrycznym Szpitala Miejskiego w Gliwicach, gdzie w 1962 roku uzyskałam specjalizację I stopnia w zakresie pediatrii. Nadal w ramach wolontariatu specjalizowałam się w Klinice Pediatrycznej w Zabrzu, gdzie w 1967 roku uzyskałam II stopień specjalizacji w zakresie pediatrii.

Pomimo bardzo dobrze zdanych egzaminów specjalizacyjnych wciąż odmawiano mi zgody na zatrudnienie w klinice. Jako wolontariusz pracowałam tam do 1969 roku.

W 1961 roku rozpoczęłam pracę w Wojewódzkiej Poradni Wielospecjalistycznej w Zabrzu, gdzie zajmowałam się leczeniem dzieci chorych na cukrzycę. Rok później otrzymałam polecenie zorganizowania samodzielnej poradni diabetologicznej dla dzieci. I tak w 1964 roku zostałam kierownikiem Wojewódzkiej Poradni Diabetologicznej dla Dzieci. Początkowo mieściła się ona w Zabrzu, a następnie została przeniesiona do Gliwic. W ten oto sposób podjęłam pionierskie działanie zorganizowania opieki diabetologicznej nad dziećmi i młodzieżą na terenie Śląska. Poradnia obejmowała swym zasięgiem ówczesne województwo katowickie, bielsko-bialskie, opolskie i częstochowskie. W latach 1964–1969, w ramach częściowego oddelegowania z Wojewódzkiej Poradni Wielospecjalistycznej, prowadziłam wydzielone łóżka diabetologiczne w Klinice Pediatrycznej w Zabrzu.

Kiedy w Akademii Medycznej przeprowadzono pierwszy oficjalny przegląd dorobku naukowego klinik i okazało się, że mój dorobek przewyższa dorobek większości pracowników kliniki, zażądano, abym na piśmie złożyła

deklarację, że nie będę robiła habilitacji. W takiej sytuacji zmuszona byłam do rezygnacji z tej współpracy. Przez kilka kolejnych lat moim jedynym miejscem zatrudnienia była poradnia diabetologiczna.

W 1974 roku objęłam ordynaturę Oddziału Pediatrycznego Szpitala w Gliwicach, gdzie zorganizowałam jeden z pierwszych w Polsce pozaklinicznyPododdział Intensywnej Opieki Medycznej dla Dzieci. Były tutaj hospitalizowane dzieci z terenu czterech ówczesnych województw. Pododdział ten był pierwszym, po oddziale Kliniki Pediatrycznej w Zabrzu, OIOM-em dla dzieci na terenie Śląska. W ramach niego działał także Pododdział Patologii Infekcyjnej Noworodka, hospitalizujący dzieci z terenu całego województwa. Zorganizowałam również Pododdział Diabetologiczny dla Dzieci i Młodzieży, który był pierwszą w Polsce tego rodzaju placówką i pełnił funkcję regionalnego ośrodka dla Śląska. Kolejnym krokiem było utworzenie przez mnie pierwszego w Polsce 2-łóżkowego Oddziału Dziennego Pobytu przy Wojewódzkiej Poradni Diabetologicznej dla Dzieci i Młodzieży. Przez 12 godzin na dobę można było hospitalizować w nim dzieci, wymagające krótkiego nawadniania czy wykonania badań diagnostycznych.

W 1998 roku udało mi się pozyskać w Gliwicach nowy lokal, który po zaadoptowaniu stał się siedzibą Ośrodka Diabetologicznego Dzieci i Młodzieży. Od tej pory datuje się prawdziwy rozkwit tej placówki. Zatrudnionych zostało bowiem trzech lekarzy – pediatrów diabetologów w pełnym wymiarze godzin, trzy pełnoetatowe pielęgniarki, dietetyczka, psycholog, a z czasem także lekarze konsultanci różnych specjalności. Ośrodek poszerzył swoją działalność i obejmował opieką również dzieci rodziców chorych na cukrzycę, dzieci z zaburzeniami metabolizmu glukozy, z endokrynopatiami. Prowadziliśmy w nim obserwację dzieci m.in. w kierunku rozwoju zespołu insulinooporności. Niestety po kilku latach placówka została zlikwidowana i włączona do poradni rejonowej, a personel w większości zwolniono lub przeniesiono do poradni ogólnopediatrycznych. W taki oto sposób ośrodek stworzony przeze mnie od podstaw i rozwijany przez lata przestał istnieć.

W 1991 roku zostałam zwolniona ze stanowiska ordynatora, a następnie również z pracy w poradni wojewódzkiej. Szczęśliwie jedna z moich uczennic – dr Przemysława Jarosz-Chobot (obecnie profesor), mając już wtedy specjalizację diabetologiczną i stopień doktora medycyny, otrzymała etat w Klinice Pediatrycznej i zaczęła odbudowywać specjalistyczną opiekę stacjonarną

w Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach. Tak oto, pomimo wszystkich perturbacji, udało się utrzymać na Śląsku diabetologiczną opiekę specjalistyczną nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą.

Dzięki pomocy dr Jarosz-Chobot zostałam zatrudniona na stanowisku starszego asystenta w poradni diabetologicznej w Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach, gdzie pracowałam do 2012 roku. Przez kolejnych kilka lat pracowałam w poradni diabetologicznej utworzonej przez Towarzystwo Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Cukrzycą w Gliwicach.

Dzisiaj jestem na emeryturze, ale wciąż leczę – zajmuję się głównie pacjentami dorosłymi z różnymi typami zaburzeń homeostazy glukozy, zespołem metabolicznym i cukrzycą ciążową.

Od śpiączki do śpiączki

Jeszcze na przełomie lat 50. i 60. ubiegłego wieku cukrzyca u dzieci była chorobą straszną. Dzieci zwykle umierały bardzo szybko, a te, które nie umarły, nie rosły; dziewczynki nie miesiączkowały, powszechny był zespół Mauriaca, ogromne zaniki tkanki tłuszczowej po iniekcjach insuliny. Dzieci były leczone „od śpiączki do śpiączki" (kwasica i hipoglikemia występowały na zmianę). Miesiącami leżały w szpitalach. To wszystko oczywiście skutkowało zwykle bardzo słabymi wynikami w nauce. Dzieci kończyły edukację w najlepszym razie na szkole podstawowej, a często nawet nie. Sytuacja zaczęła się nieco zmieniać, kiedy zaczęto wprowadzać samokontrolę, polegającą na badaniu moczu w kierunku obecności cukru i acetonu. Pierwsze testy wprowadzone zostały na przełomie lat 40. i 50. XX wieku. W Polsce monitorowanie cukromoczu i acetonurii u dzieci wprowadzono na przełomie lat 50. i 60. Była to metoda bardzo prymitywna, ale dała bardzo spektakularne rezultaty – dzieci przestały umierać! Nie wymagały już wielomiesięcznych pobytów w szpitalach, zaczęły rosnąć, dziewczynki zaczęły miesiączkować. Chodziły do szkoły, a niektórym udawało się nawet dostać do szkoły średniej.

Pamiętam mój pierwszy wyjazd z dziećmi chorymi na cukrzycę do Holandii w 1985 roku, na zaproszenie organizacji PAX Christi. W Polsce była wtedy straszna bieda. Byliśmy wyposażeni jedynie w testy do badania moczu, bez możliwości monitorowania glikemii. Dla dzieci wszystko było nowe: długa podróż, warunki życia, jedzenie.

Holendrzy bardzo mnie prosili, abyśmy nie musieli korzystać z tamtejszej pomocy medycznej, bo nasze ubezpieczenie obejmowało jedynie przypadki ostre, a nie chorobę przewlekłą. Przez trzy tygodnie praktycznie nie zmrużyłam oka, gdyż całymi nocami krążyłam po sypialniach i sprawdzałam, czy któreś z dzieci się nie poci lub nie ma innych niepokojących objawów. Jeśli w planie była wycieczka, a u któregoś z moich podopiecznych wystąpiła acetonuria i wymagał nawadniania, podłączałam kroplówkę, zabierałam dziecko (czasem dwoje) do autokaru i ruszaliśmy na przejażdżkę. Byłam bowiem jedyną osobą wśród personelu, która się znała na cukrzycy. Musiałam więc mieć zawsze wszystkie dzieci przy sobie.

Szczęśliwie wróciliśmy do Polski bez większych przygód i Holendrzy przez wiele lat zapraszali nasze dzieci na wakacje.

Niestety, na początku lat 70. zaczęliśmy obserwować, że z naszymi młodymi pacjentami zaczęło się dziać coś złego. Ci, którzy nie sprawiali żadnych problemów, nie mieli śpiączek, nie wymagali hospitalizacji, a według ówczesnych kanonów mieli wyrównaną glikemię, chodzili do szkoły, niespodziewanie zaczęli w wieku 18–25 lat stawać się inwalidami – brać do ręki białą laskę, siadać na wózek inwalidzki itd. Ci, którzy nie umarli w wieku pięciu czy dziesięciu lat, umierali, mając lat 20–25. Trudno było zrozumieć, dlaczego nagle jest tak źle, skoro było tak dobrze. Niezrozumiały przebieg choroby, który pomimo bardzo dobrego wyrównania (wówczas uważano, że dobre wyrównanie to stężenie glukozy we krwi w granicach 80–280 mg/dl, a w moczu zawsze obecny cukier: 0,5–1%) prowadzi do ciężkich powikłań, a zwykle także do przedwczesnej śmierci, zyskał wytłumaczenie, kiedy to w latach 70. opublikowane zostały pierwsze prace na temat możliwości badania stężenia glukozy we krwi w warunkach domowych. Był to ogromny przełom w terapii cukrzycy, największy po wynalezieniu insuliny. Okazało się wówczas, że to, co uważaliśmy za „dobre wyrównanie", było wystarczające do unikania ostrych powikłań cukrzycy, ale niewystarczające do profilaktyki powikłań przewlekłych. Utrzymanie „bezpiecznego" cukromoczu wymagało, aby średnie stężenie glukozy we krwi przekraczało próg nerkowy, a więc było większe niż 160 mg/dl (czyli wartość powodująca zwiększoną glikację białek). Utrzymywanie stałego cukromoczu było zabezpieczeniem przed stanami hipoglikemicznymi.

Leczenie „na oko"

Bardzo trudne i często pełne dramatyzmu było w latach 60. wyprowadzanie pacjenta ze śpiączki. Praktycznie robiło się to „na oko". Nie było możliwości monitorowania glikemii ani poziomu elektrolitów przy łóżku chorego – wszystko wymagało czasochłonnych badań laboratoryjnych, a laboratoria szpitalne czynne były zwykle tylko w ciągu dnia. Insulinę podawało się w kroplówce, za pomocą zestawów do wielokrotnego użytku, co oczywiście uniemożliwiało jej precyzyjne dawkowanie, zwłaszcza u małych dzieci. Stosowało się duże dawki insuliny, dzięki czemu udawało się wprawdzie szybko obniżyć glikemię, ale – jak się później okazało – powodowało to także gwałtowne wahania stężenia potasu, co nierzadko było przyczyną tragedii.

Pamiętam przypadek 14-letniej dziewczynki, którą przywieziono do szpitala w stanie skrajnie ciężkim, ze stężeniem cukru we krwi 1200 mg/dl. Jej stan, po kilku godzinach, poprawił się – zaczęła się wybudzać. Jednak w pewnym momencie, kiedy już wydawało się, że wszystko idzie ku dobremu, wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia. Dziewczynki nie udało się niestety uratować. Najpewniej zmarła z powodu gwałtownego przesunięcia się jonów potasu. Teraz oczywiście już wiemy, że przy wyprowadzaniu ze śpiączki obniżanie glikemii nie jest najważniejszym celem.

Monitorowanie stężenia glukozy we krwi pozwoliło na zasadniczą zmianę kryteriów wyrównania cukrzycy i na wprowadzenie intensywnej terapii insulinowej. Odegrało to ogromną rolę w profilaktyce przewlekłych powikłań cukrzycy.

Następne lata były w Polsce nadal bardzo trudne. Dostęp do testów był ograniczony, korzystaliśmy tylko z „darów" naszych przyjaciół z zagranicy.

Do lat 70. ubiegłego stulecia do dyspozycji były insuliny odzwierzęce (wieprzowe). Były one bardzo immunogenne, tzn. wywoływały uczulenia. Stosowano wówczas bardzo duże dawki, co powodowało ogromne zaniki tkanki podskórnej i mięśni. Normą było wówczas podawanie całej dobowej dawki insuliny jednorazowo (robionej „na poczekaniu" mieszanki insuliny krótko działającej z insuliną o działaniu przedłużonym). Jednak już w latach 70. u części chorych wprowadzano podawanie insuliny w dawkach podzielonych, co miało się okazać znacznie korzystniejsze.

W latach 80. wprowadzono nowocześniejsze insuliny humanizowane. Były to w naszym kraju czasy bardzo ciężkie, a zdobywanie insuliny przy-

chodziło z wielkim trudem – przeważnie pochodziła z zagranicznych „darów". Stosowanie było zatem determinowane dostępnością.

Początkowo insulinę podawało się za pomocą strzykawek i igieł wielokrotnego użytku, które przed każdym użyciem należało wygotować. Zdobycie igieł było trudne, wobec czego trzeba było używać ich jak najdłużej. Igły były grube, bardzo szybko się tępiły, a na ich końcach powstawały haczyki, które przy wyjmowaniu z ciała szarpały tkanki. W miejscach iniekcji powstawały blizny, które ograniczały wchłanianie się insuliny. Pacjenci nie zawsze odpowiednio dbali o higienę i starannie gotowali igły oraz strzykawki, w związku z czym na porządku dziennym było powstawanie ropni.

Wielkim postępem było wprowadzenie strzykawek jednorazowych. Oczywiście jednorazowe były one tylko w teorii, również używało się ich wielokrotnie z powodu ograniczonego dostępu i oszczędności. Początkowo te jednorazowe „rarytasy" pochodziły też tylko z „darów". Strzykawki jednorazowe były małe i lekkie, a igiełki ostro zakończone – dawały pełen komfort w porównaniu ze strzykawkami wielokrotnego użytku.

Stopniowo, chociaż bardzo powoli, sytuacja zaczęła się poprawiać. Pacjenci uzyskiwali coraz szerszy dostęp do testów, poprawił się również dostęp do insulin humanizowanych. Poważnym krokiem, który bardzo poprawił wyniki insulinoterapii było wprowadzenie insulin analogowych.

Obecnie pacjenci mają porównywalne możliwości leczenia cukrzycy z pacjentami innych krajów europejskich.

Kształtowanie się diabetologii dziecięcej w Polsce sięga lat 50. ubiegłego wieku, pionierem tego rozwoju była dr Alina Margolis z kierowanej przez prof. Franciszka Redlicha kliniki w Łodzi. W odróżnieniu od większości krajów, w Polsce diabetologia dziecięca od początku rozwijała się jako samodzielna gałąź pediatrii. W 1953 roku powstała w Łodzi pierwsza poradnia o bardzo rozległym zasięgu, obejmująca opieką chore dzieci i młodzież. Kilka lat później, w 1958 roku, poradnia taka powstała na Śląsku, a następnie także w innych ośrodkach akademickich.

Aktualnie organizacja opieki diabetologicznej nad młodocianymi chorymi w Polsce należy do najlepszych w świecie. Bardzo duże znaczenie w utrzymaniu dobrego poziomu opieki nad dziećmi i młodzieżą chorymi na cukrzycę odgrywają organizacje pozarządowe. Jedną z form tej działalności jest organizacja wyjazdów szkoleniowo-rehabilitacyjnych. Taką

działalność najwcześniej rozpoczął ośrodek łódzki, gdzie już w 1961 roku, przy współudziale dr. Jerzego Bodalskiego (dzisiaj profesora), późniejszego kierownika kliniki, zorganizowany był pierwszy obóz harcerski dla dzieci chorych na cukrzycę. W 1967 roku obóz taki zorganizowano w ośrodku śląskim. Od tej pory akcja organizacji różnego rodzaju wyjazdów edukacyjno-rehabilitacyjnych prowadzona jest w wielu ośrodkach.

Od 2010 roku Towarzystwo Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Cukrzycą w Gliwicach rozpoczęło ogólnopolską akcję stypendialną dla młodocianych pacjentów. Początkowo był to Ogólnopolski Program Stypendialny „Słodycz Wiedzy" – za bardzo dobre wyniki w nauce, następnie program stypendialny dla aktywnych sportowo pacjentów i wreszcie program HIPERTALENT dla pacjentów, którzy aktywnie realizują swoje pasje i rozwijają uzdolnienia pomimo trudności wynikających z borykania się z poważną chorobą.

Edukacja pacjentów i ich rodzin w zakresie aktywnego udziału w leczeniu cukrzycy i „życia z cukrzycą" jest bardzo ważna.

Gdyby dało się cofnąć czas

Pamiętam wielu moich podopiecznych. Czasem są to wspomnienia bardzo smutne, nawet dramatyczne. Często w rozmowach z rodzicami nawiązuję do dwóch przypadków, po to, by uświadomić im, jak ważna jest edukacja dzieci – nauczenie akceptacji choroby i umiejętności życia z nią. Tłumaczę, że dzieci, nawet te stosunkowo małe, powinny zawsze pamiętać o swojej chorobie i jej „wymaganiach".

Przed wielu laty jedną z moich pacjentek była 12-letnia dziewczynka. Była wychowywana w bardzo dobrych warunkach, co wcale nie było częste. Matka nie pracowała, a ojciec był na kontrakcie zagranicznym. Matka postanowiła, że „Iwonka musi zapomnieć o chorobie". Wzięła więc na siebie wszystkie obowiązki związane z kontrolą i leczeniem cukrzycy (badania, zastrzyki) – „Bo wie pani, ja zastrzyki robię jej znienacka". Dopóki Iwonka była w domu pod opieką matki, to jakoś się to udawało. Gdy dziewczyna zdała maturę i poszła na studia, rodzice kupili jej garsonierę, aby nie musiała dojeżdżać na uczelnię do odległego miasta. No i „hulaj dusza, piekła nie ma". Iwona nie pamiętała, że ma cukrzycę ani że trzeba robić systematycznie badania, wstrzykiwać insulinę, przestrzegać diety itd. I zaczęło się „od kwasicy do hipoglikemii".

Na kilkanaście lat straciłam ją z oczu. Trafiła do mnie w wieku 32 lat, kiedy zakwalifikowano ją do amputacji stopy. Jeśli chodzi o glikemię, to udało się ją dość szybko wyrównać, ale niestety nie udało się zahamować rozwoju zaawansowanych powikłań dotyczących wzroku, nerek i naczyń krwionośnych. W rozmowie ze mną powiedziała: „gdyby udało się cofnąć czas...". Niestety, czasu cofnąć się nie da, a pamięć metaboliczna jest nieubłagana.

Drugi przypadek dotyczył 13-letniego chłopca. Kiedy zachorował, jego matka oświadczyła mi, że nie bardzo interesują ją te wszystkie moje zalecenia i proponowany sposób leczenia. Interesowało ją wyłącznie wyleczenie dziecka i jak powiedziała: „zrobi wszystko, aby jej synowi przeszczepiono trzustkę, za granicą". Nie wiem dokładnie, co robiła w tym kierunku, ale kiedy okazało się, że po dwóch latach chłopiec nie tylko nie wyzdrowiał, ale z powodu choroby zaczyna przysparzać coraz więcej problemów, przestała się nim interesować.

Chłopiec nie tylko nie otrzymał przeszczepu, ale nie zadbano nawet o to, by w ogóle był w możliwy sposób leczony. Matka wyszła ponownie za mąż, urodziła kolejne dziecko. U chłopca, którego wspominam, po dziesięciu latach bardzo złej kontroli glikemii wystąpiły poważne przewlekle powikłania.

Opowiadam o tym, by podkreślić, że konieczne jest tłumaczenie rodzicom, jak ważna jest ich rola w procesie leczenia i wybór właściwego modelu opieki nad dzieckiem. Chodzi o to, by dziecka nie wyręczać w jego obowiązkach „pilnowania swojej cukrzycy", ale też – by nie zostawiać go samego z jego problemami.

Sukcesy i porażki polskiej diabetologii

Największym sukcesem rodzimej diabetologii było, w moim przekonaniu, zorganizowanie jednej z najlepszych na świecie opieki diabetologicznej nad młodymi pacjentami. Prawie od lat 60. ubiegłego stulecia niemal wszystkie chore na cukrzycę dzieci w naszym kraju pozostają pod opieką ośrodków specjalistycznych. I choć było wiele prób zniszczenia tej kompleksowej opieki, zwłaszcza na Śląsku, to na szczęście one się nie powiodły.

Za wielki sukces uważam także wyodrębnienie diabetologii jako oddzielnej specjalizacji. Niestety były podjęte działania zmierzające do destrukcji tego systemu, ale niezupełnie się udały.

Porażką jest niewątpliwie brak prawidłowo działającego systemu przekazywania młodych chorych do poradni dla dorosłych. Wciąż jeszcze wśród wielu lekarzy zajmujących się pacjentami dorosłymi panuje przekonanie, że skoro młodzi pacjenci nie mają powikłań, to nie trzeba się nimi specjalnie zajmować. Bardzo często opieka ta sprowadza się jedynie do wypisania recepty. Tymczasem zapomina się, że ci młodzi, zdrowo wyglądający pacjenci mają za sobą często długą (5-, 10-, 15-letnią) historię choroby i wystarczy kilka lat niedostatecznej kontroli glikemi, aby młody człowiek w wieku np. 30–35 lat (z 20–30-letnią historią choroby) stał się ciężkim inwalidą.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Przez wiele lat byłam członkiem Sekcji Diabetologicznej Towarzystwa Internistów Polskich i członkiem zarządu tej sekcji. Z chwilą przekształcenia w samodzielne PTD stałam się automatycznie jego członkiem. Przez kilka kadencji byłam członkiem Zarządu PTD, wiceprzewodniczącą Sekcji Pediatrycznej PTD, a przez trzy kadencje przewodniczącą Komisji Rewizyjnej PTD. Obecnie jestem członkiem honorowym PTD.

Od lat 60. ubiegłego wieku diabetolodzy dziecięcy byli aktywnymi członkami Sekcji Diabetologii Towarzystwa Internistów Polskich. W 1989 roku, po utworzeniu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, zorganizowana została Sekcja Diabetologii Dziecięcej, skupiająca lekarzy zajmujących się leczeniem dzieci i młodzieży z cukrzycą. Członkowie Sekcji Pediatrycznej biorą aktywny udział w pracach PTD i są członkami władz tego towarzystwa. Aktualnie pięciu diabetologów dziecięcych wchodzi w skład zarządu i komisji rewizyjnej PTD, a dziesięciu pediatrów tworzy zarząd Sekcji Pediatrycznej PTD.

Sekcja organizuje konferencje naukowe poświęcone cukrzycy typu 1z z udziałem gości zagranicznych. Członkowie sekcji byli także organizatorami międzynarodowych kursów edukacyjnych dla lekarzy zajmujących się opieką nad młodocianymi chorymi. Pierwszy taki kurs odbył się w Krakowie w 1990 roku.

W 2005 roku prof. Przemysława Jarosz-Chobot była, z ramienia ISPAD-u, organizatorem 31 Annual Meeting of ISPAD, który odbył się w Krakowie.

Członkowie Sekcji Pediatrycznej są aktywnymi członkami międzynarodowych towarzystw naukowych. Dotyczy to przede wszystkim światowego towarzystwa diabetologów dziecięcych ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes). Ta międzynarodowa organizacja o zasięgu ogólno-

światowym powstała w 1974 roku z inicjatywy Profesora H. Lestradeta. W gronie członków założycieli była dr Alina Margolis z Łodzi. Od 1992 roku kolejnymi członkami z Polski zostali (obecni) profesorowie: Ewa Otto-Buczkowska, Przemysława Jarosz-Chobot ze Śląska oraz Piotr Fichna z Poznania. Od wielu lat polscy diabetolodzy wchodzą także w skład władz tej organizacji.

Polscy diabetolodzy dziecięcy są bardzo aktywni w pracach naukowych zarówno w krajowych, jak i międzynarodowych programach badawczych, a także są inicjatorami wielu z tych programów.

Ważni dla mnie ludzie

W moim życiu zawodowym najważniejszą rolę odegrały trzy osoby. Przede wszystkim wspomniany wcześniej prof. Stanisław Kohmann, anatom, który nie uległ przeróżnym naciskom i dzięki któremu otrzymałam pierwszą pracę – mogłam przeżyć okres studiów i pierwsze lata po studiach, a także rozpocząć działalność naukową i uzyskać stopień doktora nauk medycznych.

Z kolei prof. Jan Tatoń dołożył nieocenionych starań w czteroletniej walce o zatwierdzenie mojej habilitacji. Zawsze też wykazywał wielką życzliwość dla mnie.

I wreszcie prof. Franciszek Kokot – jemu zawdzięczam wsparcie i pomoc w całej mojej karierze naukowej.

Mój mąż i przyjaciel

Mój mąż jest nie tylko najważniejszym mężczyzną w moim życiu, ale również moim przyjacielem. Zawsze mnie wspierał, pomógł mi przetrwać wszystkie trudne momenty, a trochę ich było, zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym.

Poznaliśmy się w 1959 roku w szpitalu, do którego przyszłam na staż. Dr Mieczysław Buczkowski był już doświadczonym lekarzem – w czasie wojny ratował rannych podczas Powstania Warszawskiego, a w szpitalu miał już ugruntowaną pozycję.

Nasze pierwsze znaczące spotkanie miało miejsce przy nowym mikroskopie, z którym nie mogłam sobie poradzić. Miałam do oceny rozmazy krwi. Poprosiłam o pomoc doktora. Na co doktor odwrócił się, poszedł po książkę, wrócił i podając mi ją, powiedział: „Tu ma pani wszystko napisane".

Dr Buczkowski zniknął mi z oczu na jakiś czas. Pojechał na kilkutygodniowy turnus rehabilitacyjny z górnikami do Szczawnicy. Aż tu któregoś dnia, idąc do pracy do naszego szpitala w Zabrzu, słyszę przyspieszające za mną kroki. Był to doktor. Powiedzieliśmy sobie „dzień dobry" i szliśmy razem do kliniki, miło rozmawiając – jakby „sprawy mikroskopu" w ogóle nie było. Na zakończenie doktor zapytał: „Czy wypiłaby pani ze mną dzisiaj po południu kawę?". Zaproszenie przyjęłam. Rok później byliśmy małżeństwem. Właśnie obchodziliśmy 59. rocznicę ślubu.

Jest to niecodzienne jak na dzisiejsze czasy, zwłaszcza, że nie mamy dzieci. Mamy za to 16 chrześniaków. Nasz dom jest więc pełen dzieci – starszych i młodszych. Przychodzą do nas już ich dzieci, a nawet wnuki. Jeśli chodzi o trwałość związku, to w moim przekonaniu, najważniejsze są wspólny system wartości, zgodność w ocenie, co jest dobre, a co złe, co szlachetne, co podłe. Całą resztę da się dopasować.

Mój sukces życiowy

Jako pierwsza w Polsce udowodniłam, że u dzieci chorych na cukrzycę często występuje niedoczynność tarczycy, a także że są przypadki występowania u dzieci wysokiego poziomu insuliny, bez „klasycznych" objawów cukrzycy. Gdy w 1972 roku przedstawiłam na zjeździe, a następnie opublikowałam pracę na ten temat, odsądzano mnie od czci i wiary. Okazało się, że miałam rację, tyle, że są to inne typy cukrzycy. W tamtym czasie cukrzycę różnicowało się na cukrzycę dorosłych i cukrzycę wieku dziecięcego. Dzisiaj taki podział nie ma racji bytu.

I oczywiście bardzo ważne były dla mnie badania nad witaminą D. Doprowadziły one do rewizji obowiązującej w Polsce profilaktyki krzywicy u dzieci.

Owocem mojej współpracy z prof. Kokotem były także badania sekrecji HGH u dzieci chorych na cukrzycę. Było to pierwsze, nie tylko w Polsce, ale także w piśmiennictwie zagranicznym, doniesienie o zachowaniu się sekrecji HGH po stymulacji hipoglikemią u dzieci z cukrzycą.

Prowadziłam też pierwsze w Polsce badania dotyczące poziomu reniny. Okazało się, że u dzieci chorych na cukrzycę występuje nadciśnienie. Wtedy się tego nie badało.

A prywatnie... byłam przez jakiś czas chyba jedyną kobietą w Gliwicach, która na co dzień prowadziła samochód. W styczniu tego roku obchodziłam 60. rocznicę uzyskania prawa jazdy.

Uroczystość otrzymania tytułu profesora nauk medycznych (2002 r.)

Z tego jestem dumna

Mam radość i satysfakcję, że do czegoś w życiu doszłam, udało mi się wiele osiągnąć, wbrew wszelkim przeciwnościom.

Zawsze miałam i mam bardzo dobre stosunki z pacjentami i z moimi uczniami. Cieszą mnie nasze coroczne spotkania z dawnymi wychowankami (moimi i męża), na które jesteśmy zapraszani od lat. Przychodzi na nie około 50 osób.

Co do kolegów po fachu, to stosunki miałam zróżnicowane. Jeśli chodzi o ludzi na wyższym szczeblu, to też bywało różnie, ale chyba więcej miałam doświadczeń dobrych niż złych.

Zawsze wychodziłam z założenia, że nie wszyscy muszą nas kochać, ale starałam się mieć grono ludzi prawdziwie mi życzliwych. To okazało się bardzo ważne, zwłaszcza w mojej blisko czteroletniej, zakończonej zwycięstwem walce o zatwierdzenie tytułu doktora habilitowanego. W mojej obronie stanęło grono wybitnych polskich naukowców, nie tylko diabetologów.

Było chyba pewnym ewenementem, że byłam profesorem, który nigdy nie był zatrudniony w żadnej klinice.

Mój dorobek naukowy był jednak na tyle ważny, że zapraszano mnie wielokrotnie na zjazdy i konferencje naukowe za granicę. A zapraszano nas zwykle oboje – z mężem, który mimo że był „spoza branży" (jest kardiologiem) był zaprzyjaźniony z wieloma diabetologami.

Wyrazem uznania dla mojej działalności naukowej było też zapraszanie mnie do członkostwa w międzynarodowych stowarzyszeniach. Powołano mnie na członka EASD (European Association for the Study of Diabetes), a także ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent), jako jednego z trzech pierwszych przedstawicieli z Polski.

W latach 1976–1986 byłam członkiem Komisji Przemiany Materii Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk. Pełniłam też, w latach 80., obowiązki Konsultanta regionalnego w zakresie diabetologii dziecięcej na terenie ówczesnych województw: katowickiego, opolskiego, częstochowskiego i bielsko-bialskiego.

Jako dziewczynka grałam na skrzypach i na fortepianie, a już jako osoba dorosła rysowałam pastelami. Trwało to jednak krótko. Na rozwijanie pasji pozamedycznych nie miałam ani warunków, ani pieniędzy, ani czasu. Skupiłam się na medycynie. Mam z tego dzisiaj satysfakcję. Była i jest to miłość spełniona i odwzajemniona.

W życiu najważniejsze jest...

Być przyzwoitym człowiekiem. Kiedy wychodzimy z mężem na ulicę, ludzie bardzo często nam się kłaniają, nawet po wielu latach. Któregoś razu podeszła do mnie kobieta, mówiąc: „Uratowała pani mojego syna Krzysia". Miałam wielu pacjentów o tym imieniu. Okazało się, że chodzi o Krzysia, którego leczyłam 40 lat temu. Jego matka poznała mnie na ulicy, podeszła i podziękowała. Nie był to odosobniony przypadek. To bardzo ważne, by mieć poczucie, że dobrze się wypełniało swoje obowiązki.

Ważna jest ponadto etyka lekarska, której my uczyliśmy się od naszych profesorów. Pamiętam do dziś swoich nauczycieli, ich wykłady. To, jak po raz pierwszy, kiedy byłam już adiunktem, profesor pozwolił mi przygotować i wygłosić własny wykład. Wszyscy patrzyli wtedy na mnie z zazdrością, że profesor dopuścił mnie do tego „misterium".

Zdawanie egzaminów u profesora podczas studiów to była cała ceremonia, która czasem odbywała się publicznie na dużej sali wykładowej. Uczono

nas myślenia. Student, nawet jeśli czegoś nie wiedział i odpowiedział źle, musiał podczas egzaminu dojść do tego, co powiedział „nie tak".

Jesteśmy z mężem zaniepokojeni tym, że dzisiaj edukacja studentów medycyny wygląda zupełnie inaczej. Młodzi lekarze nie znają nazwisk swoich profesorów, często nie mają okazji słuchania ich wykładów, a egzaminy zdają metodą testów „kółko i krzyżyk". Często nie mają możliwości obserwowania profesorów i ordynatorów w czasie wizyt w salach chorych. A były to, jak pamiętam sprzed wielu lat, bardzo pouczające „spektakle". Dzisiaj młodzi adepci medycyny często są pozbawieni takiej formy edukacji. Niestety, nie zastąpią tego kursy nauki komunikowania się lekarza z pacjentem.

W medycynie ważne jest równoległe kształcenie w sobie człowieka i lekarza. Wiedza medyczna jest bardzo ważna, jednak by w pełni z niej korzystać, trzeba być ukształtowanym człowiekiem. Takim, który rozumie drugiego i zachowuje się z szacunkiem w stosunku do pacjenta.

„Mieliśmy szczęście, że mieliśmy was, którzy nauczyliście nas, jak być dobrym lekarzem, a zarazem humanistą otwartym na drugiego człowieka. Dziękujemy!" – mówią do nas często nasi byli uczniowie.

Ewa zostanie lekarzem – zdecydował mój ojciec

O tym, że zostanę lekarzem, ojciec zdecydował wkrótce po moim urodzeniu. Wyrastałam w świadomości, że mam zostać lekarzem, więc nim zostałam. W mojej bardzo tradycyjnej rodzinie nie dyskutowało się z decyzjami rodziców, a zwłaszcza ojców.

Dzisiaj, 60 lat od momentu uzyskania dyplomu lekarza, wiem z całą pewnością, że gdybym miała stanąć ponownie (wtedy lub teraz) przed wyborem profesji, wybrałabym zawód lekarza. To najwspanialszy zawód na świecie – powtarzam zawsze młodzieży, moim młodym współpracownikom. Jest poza polityką. Nigdy nie mielimy z mężem dylematów: leczyć pacjenta czy nie, bo jest z tej czy innej opcji politycznej. Każdy pacjent jest ważny.

Poza tym ojciec przekazał mi w dzieciństwie ważną zasadę, że jeśli człowiek nie może robić tego, co by chciał, to powinien starać się polubić to, co robić musi. I robić to najlepiej, jak potrafi. Ten jego pogląd stał się dla mnie drogowskazem, bowiem większość zdarzeń w moim życiu zawodowym była dziełem przypadku, a nie wyboru.

Prof. Ewa Otto-Buczkowska
rocznik 1935. Pediatra i diabetolog. Twórczyni specjalistycznej opieki diabetologicznej na Śląsku. Autorka pionierskich i przełomowych badań nad metabolizmem witaminy D u dzieci, za które otrzymała w 1986 roku Nagrodę Naukową I stopnia Ministra Zdrowia. Organizatorka wyjazdów wakacyjnych dla dzieci chorych na cukrzycę, ze Śląska i innych regionów Polski. Jest autorem lub współautorem ponad 290 prac opublikowanych w czasopismach polskich i zagranicznych oraz 19 prezentacji na zjazdach zagranicznych. Współautorem i redaktorem naukowym 22 podręczników w dziedzinie pediatrii, diabetologii i endokrynologii. Była kierownikiem specjalizacji 38 lekarzy w zakresie pediatrii oraz 12 lekarzy w zakresie diabetologii, w tym pierwszych w Polsce pediatrów specjalizujących się w diabetologii, promotorem i recenzentem siedmiu rozpraw doktorskich, recenzentem pięciu rozpraw habilitacyjnych oraz recenzentem pięciu wniosków o zatwierdzenie tytułu profesora.
Członek zagranicznych towarzystw naukowych – International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) oraz European Association for the Study of Diabetes (EASD), członek Komitetu Naukowego czasopisma „Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism". Jest członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Mąż Mieczysław, kardiolog, brał udział w Powstaniu Warszawskim.

Kalendarium
1959 – dyplom lekarza na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej
1967 – II stopień specjalizacji z zakresu pediatrii
1964 – obrona pracy doktorskiej
1975 – stopień doktora habilitowanego nauk medycznych
1976–1986 członek Komisji Przemiany Materii Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk
1994 – specjalista w zakresie diabetologii
2002 – profesor nauk medycznych

Urodziłam się w Dąbrowie Górniczej. Moje dzieciństwo i młodość przypadły na trudne lata wojny i pierwsze powojenne. Musiałam szybko dorosnąć. Ojciec Stefan Otto w latach 20. ubiegłego wieku mieszkał w Warszawie, gdzie był urzędnikiem samorządowym, a równocześnie studiował. Do Dąbrowy Górniczej powrócił w roku 1931. Został właścicielem cegielni, którą intensywnie modernizował, zakupując nowoczesne maszyny. W tym czasie bardzo aktywnie działał społecznie, z jego inicjatywy powstały świetlica i ochronka dla dzieci mieszkających w okolicy oraz dla dzieci pracowników. Dzięki jego staraniom wybudowano kaplicę, która stała się kościołem parafialnym. W obliczu zbliżającej się II wojny światowej i natarcia wojsk niemieckich ojciec współorganizował działania obronne ludności cywilnej Legionowa, a następnie z grupą mężczyzn wyruszył w ślad za cofającymi się wojskami polskimi. Z kilkumiesięcznej tułaczki powrócił do okupowanego Zagłębia. W związku z odmową podpisania niemieckiej listy narodowej (volkslisty), czego władze okupacyjne żądały z uwagi na niemiecko brzmiące nazwisko, został aresztowany. Po uwolnieniu pracował jako buchalter.

Matka Janina Otto (z domu Bem) miała wykształcenie pedagogiczne i do 1934 roku pracowała jako nauczycielka gimnazjalna. W czasie okupacji niemieckiej prowadziła tajne nauczanie młodzieży gimnazjalnej. Aktywnie działała w szeregach harcerstwa. W latach 1923–1928 była organizatorką oraz pierwszą komendantką Hufca Harcerek w Dąbrowie Górniczej, a następnie do 1934 roku komendantką Żeńskiej Chorągwi ZHP w Sosnowcu. Po zakończeniu wojny wróciła do pracy harcerskiej, pełniąc w latach 1945–1949 funkcję zastępczyni komendantki Śląskiej Chorągwi Harcerek w Katowicach. W roku 1949, kiedy ojca – jako przedwojennego kapitalistę – aresztowano, matka ciężko zachorowała i wkrótce zmarła. Ja, jako 14-latka, jeździłam od umierającej matki ze szpitala w Katowicach do więzionego w Koźlu ojca, po drodze wstępując do gimnazjum.

Rozmowa profesora Krzysztofa Strojka
z doktor Felicją Pietraszek

Dołożyłam swoją cegiełkę do rozwoju polskiej diabetologii

Jak wyglądał pani pierwszy kontakt z chorymi na cukrzycę? Kiedy to było? Gdzie pani wtedy pracowała? Jakie miała pani stanowisko?

Przygodę z medycyną zaczęłam w 1950 roku, kiedy jako młody lekarz – absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego przyjechałam z nakazem pracy na Śląsk i rozpoczęłam ją w Klinice Chorób Wewnętrznych i Zawodowych w Zabrzu.

Najczęstszym powikłaniem, z którym do kliniki trafiali chorzy na cukrzycę, była śpiączka ketonowa.

Około 1953 roku kierownik kliniki prof. Witold Zahorski rozdzielił pomiędzy swoich asystentów różne zagadnienia z dziedziny chorób wewnętrznych: choroby zawodowe, pulmonologię, kardiologię, nefrologię, hepatologię, gastrologię. Mnie przypadła diabetologia. Prof. Zahorski, mój pierwszy szef i nauczyciel, zajmował się przede wszystkim chorobami zawodowymi. Doceniał jednak inne działy interny. Profesor wręczył mi artykuł i poprosił, abym go przedstawiła na zebraniu naukowym w klinice. Artykuł dotyczył pracy chorego na cukrzycę w hucie żelaza w Australii. Zgodnie z zainteresowaniami profesora publikacja miała odnosić się do problemów związanych z pracą

Zamieszczona w niniejszej książce rozmowa z dr Felicją Pietraszek została przeprowadzona w 2008 roku – red.

pacjenta leczonego insuliną. Byłam zaskoczona stanowiskiem, jakie tam preferowano – mianowicie zaocznym dopuszczaniem do pracy przy obsłudze pieca hutniczego chorych leczonych insuliną. Uważano, że to sprawa samego zainteresowanego, gdyż każdy samodzielnie decyduje o tym, czy może wykonywać daną pracę. W warunkach polskich taki chory nie mógłby zostać dopuszczony do tak ciężkiej i niebezpiecznej profesji.

Bardzo szybko zrozumiałam, że leczenie szpitalne absolutnie nie wystarcza takim chorym. W 1954 roku Ministerstwo Zdrowia zaleciło zorganizowanie na terenie całego kraju Wojewódzkich Poradni Diabetologicznych. Organizowanie takiej poradni rozpoczęto także w mojej klinice. Pierwszym jej kierownikiem został adiunkt – dr Stanisław Podolski. Ja byłam lekarzem przyjmującym pacjentów dwa razy dziennie. Początkowo przyjmowaliśmy chorych po prostu w izbie przyjęć, później przydzielono nam pomieszczenie w wyremontowanej piwnicy. Po kilku miesiącach przeniesiono nas do pomieszczeń, które poradnia zajmuje do dzisiaj. Na początku pracowało tam dwóch lekarzy i pielęgniarka, która równocześnie zajmowała się rejestracją. Jak bardzo potrzebna była taka poradnia, przekonaliśmy się już po kilku miesiącach, kiedy zaczęły przychodzić do niej takie tłumy, że nie mogliśmy podołać z ich przyjmowaniem. Zaczęłam namawiać kolegów internistów z sąsiednich miast, aby u siebie otworzyli podobne ośrodki. Poprosiłam także o wsparcie lekarza wojewódzkiego i – o dziwo – był temu pomysłowi bardzo przychylny. Potem rozwinęło się to trochę na zasadzie gry w domino. Jeżeli w którymś mieście powstała poradnia diabetologiczna władze ościenne zaraz chciały mieć u siebie podobną i nie robiły przeszkód, a nawet pomagały lekarzom, którzy zgłaszali się z takim pomysłem.

Moja zabrzańska poradnia miała status wojewódzki, co pozwoliło na prowadzenie szkoleń dla lekarzy i pozostałego personelu. Od początku bowiem zrozumiałam, że taka poradnia to nie tylko lekarz „zapisujący tabletki czy insulinę", lecz także pielęgniarka. Później udało mi się przekonać władze, iż do opieki nad chorymi niezbędny jest także dietetyk. Poradnie powstawały jak grzyby po deszczu, jednak pojawił się nowy problem. Ilekroć wyszkoliliśmy pielęgniarkę do kolejnej poradni, to nadzór pielęgniarski w danym mieście rotował ją do innej placówki. Na szczęście, ówczesny lekarz wojewódzki dr Ornowski okazał się przychylny i pomógł mi zorganizować spotkanie dla przełożonych pielęgniarek z okolicznych miast. Dzięki temu praktyki te

ustały. Decydenci zrozumieli bowiem, na czym polega rola pielęgniarki oraz jak ważne jest jej przygotowanie do pracy z chorymi.

W latach 1955–1956 zaczęłam organizować spotkania dla lekarzy z poradni diabetologicznych naszego województwa. Spotykaliśmy się dwa razy w roku. Spotkania łatwo było zorganizować, ponieważ znałam wszystkich lekarzy; niejednokrotnie namawiałam ich do zajęcia się cukrzycą, a potem ich szkoliłam. Organizator spotkania, czyli na początku ja, a później inni koledzy, sam kupował kawę i ciastka. Przypomnę, że były to lata 50./60. i nie istniała wtedy promocja firm farmaceutycznych, a w Polsce funkcjonowała tylko jedna firma – Przedsiębiorstwo Państwowe „Polfa", które produkowało wszystkie leki. Było ich bez porównania mniej niż dzisiaj. Nie było problemu różnych nazw tego samego preparatu. Mieliśmy też tylko jeden typ insulin. Nie dublowały się nazwy leków doustnych czy insulin.

Wracając do naszych spotkań, na początku prezentowałam różne ciekawe lub nietypowe przypadki chorych. Także lekarze omawiali te, z którymi mieli problemy. Mogliśmy je wspólnie przedyskutować. Był to bardzo dobry sposób na doszkolenie się również dla mnie. Proszę pamiętać, że nie było wówczas wykładów i szkoleń organizowanych przez przemysł farmaceutyczny, tak więc często była to jedyna możliwość poszerzania wiedzy.

Pamiętam jedno ze spotkań, znacznie później, bo już w połowie lat 80. Poprosiłam młodego lekarza, który właśnie skończył staż podyplomowy, aby przygotował na nasze spotkanie prelekcję o nowych sposobach podawania insuliny. Był tym bardzo przejęty, przygotowywał się długo. Proszę zauważyć, że nie było wtedy również internetu, czasopisma zagraniczne praktycznie do nas nie docierały, podręczników było niewiele. Przygotował się bardzo dobrze, mówił o pompach, biostatorze, insulinie donosowej, kapsułkowanych wyspach, płytkach polimerowych uwalniających insulinę, Tematy te są aktualne w diabetologii także teraz, a upłynęło ćwierć wieku. Ten młody człowiek nazywał się Krzysztof Strojek i jak wiadomo, do dzisiaj zajmuje się diabetologią.

Kto był pani nauczycielem/-ami zawodu? Co najbardziej mu/im pani zawdzięcza?

Zawsze najlepiej pamięta się pierwszego szefa, a był nim dr Podolecki, od którego nauczyłam się kontaktu z chorymi, okazywania im zrozumienia

i empatii. Szefem kliniki był wówczas wspomniany wcześniej prof. Zahorski, który bardzo pilnował rzetelnego prowadzenia dokumentacji. Zostało mi to do dzisiaj.

Obaj panowie byli przedwojennymi lekarzami, którzy w 1946 roku przyjechali do Zabrza tworzyć tu zręby Akademii Medycznej. Nie zajmowali się diabetologią, raczej ogólną interną i chorobami zawodowymi. Zresztą medycyna nie była tak wyspecjalizowana w wąskich dziedzinach. Nie wiedzieliśmy jeszcze tak dużo o poszczególnych chorobach, a nawet nie było takiej potrzeby.

Pamiętam, jak jeden z kolegów zapytał mnie kiedyś: „Co widzisz w tej cukrzycy? To przecież tylko zapisywanie tabletek.". Dzisiaj nie muszę już nikomu tłumaczyć, co widzę w diabetologii.

Mimo że moi nauczyciele nie specjalizowali się w tej dziedzinie, nie przeszkadzali mi w rozwijaniu się, a nawet pomagali. Nie bardzo miałam się od kogo uczyć, przede mną nie było tu poradni. Pozostawały podręczniki i zdobywanie własnego doświadczenia.

Dlaczego została pani diabetologiem?

Jak mówiłam wcześniej, trochę z przypadku. W latach 50. wiedza nie była jeszcze tak duża, aby wyodrębniać różne specjalizacje w obrębie interny. Prof. Zahorski już wtedy czuł taką potrzebę i swoim asystentom, w tym także mnie, „przydzielał" różne zagadnienia.

Praca z chorymi na cukrzycę i możliwość obserwacji tej niełatwej w prowadzeniu choroby przez długie lata dała mi sposobność do oceny metod leczenia i ich wpływu na powikłania oraz utrzymywanie normoglikemii. Takiej wiedzy nie można zdobyć z podręczników, czasopism. Świadomość tego w moim przypadku była motorem poszukiwania dróg poprawy leczenia i ich wprowadzania do praktyki. Codzienne spotkania z pacjentami bardzo szybko mnie wciągnęły. Byli to przecież chorzy przewlekle, którzy przychodzili do poradni kilka razy w roku. Znałam nie tylko ich chorobę, lecz także problemy dnia codziennego, ich radości i smutki. Przyjęłam zasadę, że pacjent jest przypisany do jednego lekarza. To bardzo poprawia wyniki leczenia. Opieka nad pacjentami tak mnie wciągnęła, ze mimo iż w 1983 roku odeszłam na emeryturę, do dzisiaj przyjmuję chorych w poradni.

Jakie były największe problemy chorych na cukrzycę w okresie, gdy zetknęła się pani z nimi po raz pierwszy?

Rok 1954 to zupełnie inna medycyna i inne możliwości leczenia. Proszę pamiętać, że wtedy dysponowaliśmy tylko insuliną zwierzęcą (wołową i wieprzową) krystalizowaną i protaminowo-cynkową. Później dopiero pojawiły się insuliny typu Lente i insuliny wysoko oczyszczone, a w latach 90. – insuliny ludzkie. Stosowanie insuliny zwierzęcej wiązało się z licznymi problemami, np. prowadziło u chorego do zaniku tkanki podskórnej. W miejscu iniekcji powstawały tzw. doły insulinowe. Brakowało sprzętu do iniekcji – chorzy otrzymywali zlecenie 1–2 zastrzyków dziennie, które były wykonywane w gabinecie poradni rejonowej. Nikomu wówczas nie śniło się o jednorazowym sprzęcie. Strzykawki i igły sterylizowano przez parowanie, co było powodem zakażeń wirusem żółtaczki. Do dziś leczę chorych nosicieli tego wirusa, zakażonych właśnie w wyniku wstrzyknięcia insuliny źle wysterylizowanym sprzętem. Igły wielorazowe szybko się tępiły, a nie zawsze można je było bezproblemowo kupić. Już w latach 70. i na początku 80. z każdego zjazdu przywoziłam strzykawki jednorazowe i rozdawałam je chorym. Pióra insulinowe zostały wprowadzone dopiero w latach 90. Używanie tych jednorazówek było prawdziwą ekwilibrystyką. Były skalowane na 100 j./ml, podczas gdy nasza insulina miała stężenie 40 lub 80 j. w 1 ml. Chorzy ścierali fabryczne skale i dorysowywali własne. Było to dosyć karkołomne, ale pacjenci decydowali się na leczenie kombinacją, ponieważ igły jednorazowe były bez porównania lepsze od tych gotowanych. Chorzy często narzekają na swoją chorobę i nie ma im się co dziwić. Z drugiej strony, warto im uświadomić, jak duży nastąpił postęp w leczeniu i jak mniej jest ono uciążliwe niż kiedyś.

Problemem był również brak możliwości prowadzenia dobrej samokontroli. Chorych kierowano do gabinetu zabiegowego w poradni rejonowej w celu pobrania krwi do badania glikemii rano i czasem w południe. Badanie takie zlecano średnio raz w miesiącu. Trudności te były inspiracją do zorganizowania własnego laboratorium, gdzie takie badania można było wykonywać częściej. Problemem było jednak pobieranie krwi, ponieważ poradnia dysponowała tylko jedną pipetą. Chorzy mieli bardzo ograniczone możliwości samokontroli. Dostępne były jedynie prymitywne testy do oznaczania cukru i acetonu w moczu. Były to tabletki, które wrzucało się

do probówki i po kilku minutach zmieniał się kolor, w zależności od obecności glukozy czy ketonów. Nazywały się glukotest i ketotest.

Pamiętam także początki samokontroli. W połowie lat 80. pojawiły się u nas pierwsze glukometry. Stężenie glukozy można było odczytywać poprzez zabarwienie paska z nałożoną kroplą krwi albo wkładając pasek do aparatu. Aparaty były bardzo drogie, kosztowały około 100 dolarów. Opakowanie pasków 7–8 dolarów. Proszę pamiętać, że zarabialiśmy wówczas w przeliczeniu 20–30 dolarów miesięcznie. Glukometry na początku wypożyczano ciężarnym w ramach tzw. Banku Środków Technicznych. Później paski zaczęło produkować gliwickie Przedsiębiorstwo Odczynników Chemicznych (POCH). Okazało się, że w czasie produkcji powstaje spora ilość odpadów w postaci niewymiarowych pasków, które nie mogą być używane w glukometrze, ale doskonale umożliwiały choremu odczytywanie glikemii na podstawie zabarwienia. Zapytałam dyrektora POCH-u, czy zamiast wyrzucać te niby odpady nie mógłby mi ich ofiarować, tak abym mogła rozdawać je pacjentom. Problemem okazały się opakowania. Żyliśmy w systemie stałego braku wszystkiego, brakowało nam także szklanych butelek z zakrętkami do pakowania pasków. Umówiłam się z dyrektorem, że „napełnią" mi wszystkie opakowania, które im dostarczę. Odtąd przy okazji moich kontroli w poradniach diabetologicznych objeżdżałam okoliczne laboratoria, w których prosiłam o pozostawianie mi pustych opakowań po paskach. Zawoziłam je później „do uzupełniania" do POCH-u i tak moi pacjenci rozpoczęli samokontrolę. Uczyłam, jak założyć zeszyt samokontroli. W roku 1955/1956 opracowałam pierwszy zeszyt samokontroli i po moich staraniach w Urzędzie Wojewódzkim Spółdzielnia w Reptach (niedaleko Tarnowskich Gór) wydrukowała na papierze gazetowym pierwszy taki zeszyt. Pamiętam, że jego druk musiał zatwierdzić Urząd Cenzora, czyli jak to się wtedy nazywało – Urząd Kontroli Prasy i Widowisk. Niestety nie zachował mi się żaden, a szkoda.

Jak już mówiłam, mieliśmy wtedy do dyspozycji strzykawki wielorazowe z grubymi igłami. Zastrzyki były bolesne, stąd staraliśmy się podawać je raz, maksymalnie dwa razy dziennie. Wstrzykując insulinę protaminowo-cynkową, która działa długo, nie wiedzieliśmy jeszcze o fizjologii wydzielania insuliny i występowanie u chorych powikłań wydawało się nieuniknione. Nasi chorzy borykali się także z problemem niedocukrzenia. Zwłaszcza ci na insulinie. Zauważyłam, że po szkoleniu pacjentów i uświa-

Dr Felicja Pietraszek ze swoim najwierniejszym uczniem, prof. Krzysztofem Strojkiem

domieniu im, jakie przyczyny wpływają na występowanie niedocukrzeń, ten problem praktycznie znika.

Jak wówczas podawano insulinę? Jak oznaczano glikemię? Jaka była częstość powikłań?

W 1954 roku przeczytałam artykuł w „Diabetes" opisujący przypadek chorego, który przyjmował 50 j. insuliny. Zastosowano u niego insulinoterapię dożylnie w kroplówce i stwierdzono, że wystarcza mu jedynie 20–24 j. Zadałam sobie pytanie: czy nie można by podawać insuliny krótko działającej kilka razy w ciągu doby, aby uzyskać podobny efekt jak przy podawaniu ciągłego wlewu dożylnego? Okazało się, że przy takim sposobie podawania zapotrzebowanie na insulinę maleje, a chory ma niższy poziom glikemii.

Ten sposób leczenia zastosowałam na początku u ciężarnych. Kobiety ciężarne mają większą motywację do leczenia i łatwiej je do tego namówić.

Nagle, po roku czy dwóch latach, zobaczyliśmy, że liczba niepowodzeń ciąży spadła z 35% do 10%.

Pamiętam, że w latach 70. miałam wykład o cukrzycy wspólnie z jednym z prominentnych profesorów z interny. On mówił o podawaniu insuliny w dużych dawkach w jednym wstrzyknięciu, ja o małych dawkach podawanych kilkakrotnie. Po wykładzie powiedział mi: „Widzę, że pani płaci Polfa za promowanie większego zużycia insulin". Odpowiedziałam wówczas: „Panie profesorze, nikt mi nie płaci, a przede wszystkim wielokrotne wstrzyknięcia zmniejszają, a nie zwiększają zużycie insuliny. Poza tym, jeżeli pan, uznany autorytet, mówi lekarzom co innego niż ja, to oni wierzą bardziej panu profesorowi niż mnie – zwykłemu praktykowi. Po pana wykładach mogą zmienić leczenie na gorszy sposób", na co profesor odparł: „Ale przecież możemy się różnić. Dyskusja jest podstawą rozwoju nauki". Odpowiedziałam: „Tak możemy, ale nie na wykładach dla lekarzy, bo to ma niedobre skutki.". Udało mi się go przekonać i zmienił treść swoich wystąpień.

Dzisiaj dokładnie wiemy, że u chorych z cukrzycą typu 1, po wprowadzeniu wielokrotnych wstrzyknięć, obserwuje się brak postępu w rozwoju retinopatii cukrzycowej, co skutkuje brakiem potrzeby wykonania laseroterapii, spada także częstość innych powikłań.

Dzięki sieci poradni na terenie naszego województwa prawie wyeliminowano śpiączkę ketokwasiczą. Poradnia diabetologiczna w każdym mieście to było wówczas coś niespotykanego, co budziło zdziwienie. Uznano to za niepotrzebną śląską fanaberię i postanowiono je zlikwidować. Pamiętam, że przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia przyjechał ze znanym warszawskim diabetologiem do Raciborza i zażądał od ordynatora interny likwidacji poradni diabetologicznej. Ordynator zapytał: „Panie profesorze, ile śpiączek cukrzycowych miał pan w swoim szpitalu w ostatnim miesiącu?". Odpowiedział: „No co najmniej kilka". „A ja w ostatnim pół roku żadnej i dlatego nie zlikwiduję poradni" – dodał ordynator. Po takim argumencie już nikt więcej nie miał zakusów na likwidację poradni.

Jakiego swojego pacjenta z cukrzycą pamięta pani najbardziej?

W pamięci zachowałam młodego chorego, który zgłosił się do poradni z plikiem kilkudziesięciu kart wypisowych z różnych szpitali. Jak się okazało, przyczyną ciągłych hospitalizacji była śpiączka ketokwasicza lub hipoglikemiczna. Kwasice powodowane były brakiem możliwości zakupu insu-

liny (pacjent przyjechał do nas z terenu obecnej Ukrainy) lub nieprawidłowym jej stosowaniem.

Drugi chory to ponad 30-letni pacjent, który przez długie lata stosował 150 j. insuliny na dobę. Mieliśmy duże trudności z nakłonieniem go do intensywnej insulinoterapii. Częstym sposobem myślenia chorych, którzy od dzieciństwa stosują insulinę i kontrolują glikemię do ośmiu razy na dobę, jest podanie 8–10, a nawet 20 j. insuliny na każdy podwyższony wynik. Powodują w ten sposób jatrogenną hiperinsulinemię i chwiejność glikemii.

Mam pod obserwacją kilku chorych z 30-, 40- i 50-letnim „stażem" cukrzycy, którzy mają powikłania, ale związane raczej z wiekiem, a stan ich jest na tyle dobry, że prowadzą aktywne życie.

Szczególnie pamiętam jednego z chorych, z którymi spotykam się już ponad 50 lat. Poznałam go, gdy trafił do kliniki w 1956 roku z powodu śpiączki przy świeżo rozpoznanej cukrzycy. Później zgłosił się do poradni i leczy się u mnie do dzisiaj. Można powiedzieć, że szliśmy obok siebie przez życie: on jako pacjent, ja jako jego lekarz. O dziwo, pan Piotr ma nadal sprawne nerki, chodzi na własnych nogach, bez problemu czyta, chociaż podobnie jak ja musi używać okularów i to coraz mocniejszych.

Kiedy usłyszała pani o Polskim Towarzystwie Diabetologicznym i czy brała pani udział w jego powstawaniu?

Na początku istniała Sekcja Diabetologiczna przy Towarzystwie Internistów Polskich. Pierwszy raz wzięłam udział w spotkaniu sekcji w 1955 roku w Łodzi. Akurat byłam niedługo po porodzie i jeszcze karmiłam, ale postanowiłam pojechać na to spotkanie. Wysiadłam na łódzkim dworcu, wsiadłam do taksówki i kazałam się zawieźć do hotelu. Taksówkarz patrzył na mnie dziwnie, jakbym była z innego świata, ponieważ okazało się, że hotel jest naprzeciwko dworca. Z tego pierwszego spotkania diabetologicznego pamiętam ostre sprzeczki pomiędzy prof. Grottem a prof. Węgierką. Prof. Grott był zwolennikiem diety, którą dzisiaj określilibyśmy jako fizjologiczną, a prof. Węgierko preferował dietę bogatowęglowodanową. Sprzeczali się bardzo ostro, choć nigdy nie obrażali się na siebie. Zawsze argumentowali merytorycznie, bez osobistych docinków.

Na początku tylko przysłuchiwałam się wykładom, ale później zaczęłam prezentować wyniki leczenia moich chorych. Było to chyba w latach 60. Pamiętam, jak pokazywałam dane o ciężarnych leczonych insuliną krystalicz-

ną podawaną przed posiłkami i protaminowo-cynkową podawaną przed snem. Zostało to przyjęte z lekceważeniem. Nie miałam tytułów naukowych, zawsze wolałam pracę z chorymi, stąd uznano, że to jakieś „śląskie fanaberie". A ja wzorowałam się na publikacjach dotyczących biostratorów, w których okazało się, że insulina jest wydzielana w odpowiedzi na posiłek. Wydawało mi się logiczne próbować naśladować to, co fizjologiczne. Mówiłam już o samokontroli, która była możliwa. Mogliśmy oznaczać tylko cukier w moczu i starałam się tak „ustalać" dawkę insuliny, aby chory nie miał cukromoczu. Dzisiaj wiemy, że cukromocz pokazuje się, kiedy stężenie glukozy we krwi jest znacznie większe niż to, które powinien mieć chory. Nie mieliśmy innej możliwości oceny przebiegu glikemii, a w ogóle uważaliśmy wówczas, że u chorych na cukrzycę hiperglikemia jest nieunikniona. Po latach okazuje się to nieprawdziwe, ponieważ mamy lepsze insuliny, lepsze wstrzykiwacze, a przede wszystkim możliwość samokontroli.

W 1981 roku w maju to ja zorganizowałam konferencję Sekcji Diabetologicznej w Szczyrku. Proszę pamiętać, co to były za czasy. Środek karnawału Solidarności, wszędzie strajki, każde spotkanie, każdy druk trzeba było uzgadniać w „województwie", najczęściej w urzędzie wojewódzkim (wtedy była to Wojewódzka Rada Narodowa), czasem w Komitecie Wojewódzkim Partii. Musiałam zabiegać o przydział mięsa i innych produktów spożywczych, aby wyżywić uczestników. Początkowo spotkanie miało odbyć się w Kozubniku – luksusowym ośrodku przedsiębiorstwa hutniczego, w którym niespodziewanie mi odmówiono, mimo wcześniejszej rezerwacji i zgody. Zaczęłam więc szukać innego miejsca. Z uwagi, jak wówczas działały telefony, wsiadłam do samochodu z moim kolegą asystentem i objeździliśmy okoliczne wczasowiska. W końcu znaleźliśmy dom wczasowy Klimczok w Szczyrku, który, już jako hotel, istnieje pod tą samą nazwą do dzisiaj. Od czasu rezerwacji 3-krotnie zmieniał się dyrektor, więc nie wiadomo było, czy spotkanie dojdzie do skutku. W końcu wszystko się świetnie udało, a Szczyrk okazał się oazą ciszy i spokoju na oceanie szalejących strajków i demonstracji. Później dowiedziałam się, że Kozubnik odmówił nam, ponieważ w maju skoszarowano tam ZOMO.

Spotkania organizowało się w tamtych czasach zupełnie inaczej. Nie było sponsorów, lekarze sami płacili za wyżywienie i noclegi. Dostałam dotację z Urzędu Wojewódzkiego na wynajem sali. Rzutniki pożyczałam z ośrodka telewizji w Katowicach, bo w klinice był tylko jeden. Wszystko

załatwialiśmy sami – asystenci z kliniki i ja. Do dzisiaj jednak wspominamy te spotkania, niestety w coraz mniejszym gronie. Czas płynie nieubłaganie i zabiera kolejnych przedstawicieli mojej generacji.

Później, dzięki staraniom, jak pamiętam prof. Wiesławy Torzeckiej, udało się zarejestrować Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, które działa do dziś. Przez długi czas uczestniczyłam w pracach Zarządu PTD. W latach 90., gdy już funkcjonowało PTD, zaczęto tworzyć regionalne oddziały. Na Śląsku było to naturalne przekształcenie, przecież od lat spotykaliśmy się dwa razy w roku, więc w 1995 roku powołałam Oddział Śląski Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i byłam jego pierwszą przewodniczącą. Od tego czasu zaczęliśmy się spotykać pod egidą naszego oddziału.

Kto z polskich nieżyjących już lekarzy w pani ocenie jest najbardziej zasłużony dla polskiej diabetologii?

Prof. Grott, prof. Węgierko – to oni zaczęli rozwijać polską diabetologię, tworząc pierwsze kliniki w Łodzi i Warszawie.

Co uważa pani za największy sukces i największą porażkę polskiej diabetologii?

W ciągu tych ponad 50 lat, gdy leczę chorych na cukrzycę, nie było przełomu na miarę odkrycia insuliny. Był za to stopniowy postęp i poprawa leczenia. Śpiączki cukrzycowe – zmora i często przyczyna przedwczesnej śmierci chorych – zeszły na margines. Dziś zdarzają się sporadycznie, przede wszystkim tam, gdzie nie działają poradnie diabetologiczne.

Zmieniliśmy sposób leczenia ciężarnych. Dzisiaj kobiety chore na cukrzycę mogą spełniać się jako matki, a ryzyko niepowodzenia ciąży w sytuacji, gdy jest ona zaplanowana, maleje do minimum.

Dołożyłam swoją cegiełkę do rozwoju polskiej diabetologii, organizując na Śląsku sieć poradni diabetologicznych. Przecież ambulatoryjna opieka jest kluczem do nowoczesnego leczenia cukrzycy.

Trudno natomiast mówić o jakichś wyraźnych porażkach. Jednak wydaje mi się, że polscy chorzy powinni mieć większy dostęp do nowych leków. Powinny być one refundowane, zwłaszcza długo działające analogi insuliny.

Po cichu marzy mi się, że może jeszcze doczekam odkrycia, które pozwoli wyleczyć wszystkich chorych na cukrzycę. Całe swoje życie poświęciłam leczeniu chorych z cukrzycą.

Dr n. med. Felicja Pietraszek
urodziła się w 1922 roku w Czchowie na Nowosądecczyźnie. W 1950 roku ukończyła Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Od 1951 roku pracowała w Klinice Chorób Wewnętrznych i Zawodowych w Zabrzu. Stworzyła pierwszą na Śląsku poradnię diabetologiczną. Z Jej inicjatywy powstała sieć takich poradni we wszystkich większych miastach na Śląsku. Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, twórca śląskiej diabetologii, wieloletni kierownik Wojewódzkiej Poradni dla Chorych na Cukrzycę w Zabrzu Wykształciła kilkudziesięciu diabetologów. Zmarła w marcu 2015 roku.

Mimo że przez wiele lat pracowałam w klinice, zajmowałam się przede wszystkim leczeniem pacjentów. Mimo że swoje badania często publikowałam, nigdy nie zdobyłam tytułów naukowych. Po części dlatego, że moi szefowie „nie czuli" problemów diabetologicznych i nie byli do końca takimi zagadnieniami zainteresowani. Nigdy tego nie żałowałam, mogłam dzięki temu więcej czasu poświęcić chorym. Dzisiaj, gdy z perspektywy całego zawodowego życia patrzę na moją pracę, mam olbrzymią satysfakcję, że nadal przed moim gabinetem ustawia się kolejka pacjentów, którzy nie chcą pójść do innego lekarza. Przyjemnie mi również, gdy spotykam moich wychowanków rozsianych po całym województwie, gdzie opiekują się pacjentami. Niektórzy z nich zrobili karierę naukową.

Rozmowa z profesorem
Jackiem Sieradzkim

Organizator, naukowiec, społecznik

Od interny, przez kardiologię, do diabetologii

Ojciec był lekarzem domowym. Dziś powiedziałoby się: lekarzem pierwszego kontaktu. Mieszkaliśmy w Łagiszy, teraz jest to dzielnica Będzina. W czasie wojny znajdował się tam pododdział obozu zagłady w Oświęcimiu. Ojciec pomagał więźniom, jak tylko mógł, żeby choć na kilka dni uwolnić ich od niewolniczej pracy. Pamiętam, że jeszcze po wojnie przychodziły listy, w których byli więźniowie dziękowali za pomoc.

To, że ja też pójdę na medycynę, było oczywiste, natomiast nie było to łatwe. Fakt, że ojciec był lekarzem, wcale mi w tym nie pomagał. To był 1954 rok, przy egzaminach na studia uprzywilejowane były dzieci robotników i chłopów. Żeby dostać się na studia, musiałem zdobyć tzw. dyplom przodownika nauki i pracy społecznej. Uczyłem się dobrze, udało mi się dostać dyplom, w związku z tym mogłem wybrać uczelnię i kierunek studiów. Wybrałem Akademię Medyczną w Krakowie. Wystarczyło jako „przodownikowi" zdać tylko jeden egzamin, żeby dostać się na medycynę. Wybrałem chemię i bez problemu dostałem się na studia.

Jak niemal każdy młody student chciałem zostać chirurgiem. Decyzję zmieniłem pod wpływem prof. Leona Tochowicza, rektora Akademii Medycznej, którego poznałem w trakcie stażu. Zdecydowałem się zrobić specjalizację z interny. Drugim moim zainteresowaniem stała się kardiologia,

ponieważ miałem taką naturę, że gdy czegoś nie rozumiałem, chciałem swoją wiedzę pogłębić. Z kardiologii zrobiłem też doktorat – u prof. Władysława Króla. Przez kilkanaście lat pracowałem na oddziale intensywnej terapii kardiologicznej. Wtedy już związałem się z Kliniką Endokrynologii organizowaną przez prof. Zbigniewa Szybińskiego. Podzieliliśmy się w niej rolami: on zajął się klasyczną endokrynologią, ja – diabetologią.

Gdy byłem adiunktem, a potem docentem w Klinice Endokrynologii, bardzo mnie wspierał prof. Artur Czyżyk. On mnie wprowadził do zarządu sekcji Towarzystwa Internistów Polskich. Potem desygnował mnie – po prof. Ławeckim – na stanowisko prezesa PTD. Choć sam nigdy nie był prezesem Towarzystwa.

Gdy po śmierci pierwszego szefa, ogłoszono konkurs na szefa Kliniki Metabolicznej, przystąpiłem do niego i wygrałem. Powiększyłem klinikę (a potem katedrę) i sprofilowałem na diabetologię. Zajmowałem się także zaburzeniami lipidowymi i metabolicznymi kości.

Tak właśnie – od interny przez kardiologię trafiłem do diabetologii.

Biostator: pierwowzór sztucznej trzustki

Jako stypendysta Fundacji im. Humboldta prowadziłem w Niemczech przez dwa lata badania nad izolowanymi wyspami Langerhansa (w Ulm, Giessen i Bochum). Stały się one potem podstawą do prób przeszczepiania wysp Langerhansa. Gdy byłem w Ulm, prof. Pfeiffer uruchamiał pracę nad tzw. sztuczną trzustką. Kiedy wróciłem do Polski, Klinika Endokrynologii w Krakowie współpracowała z Zakładami Azotowymi w Tarnowie – badaliśmy załogę. Oni za to w 1979 roku zafundowali nam pierwszą w Polsce, a trzecią w Europie, sztuczną wyspę Langerhansa, tzw. biostator. Wykonywaliśmy wtedy badania wiodące w całej Europie. Biostator to duże przyłóżkowe urządzenie analizujące poziom cukru we krwi żylnej i na podstawie wyników i trendu glikemii dawkujące insulinę lub glukozę. Opracowaliśmy m.in. metody oceny zapotrzebowania na insulinę, leczenia stanów naglących, pomocy przy operacjach u chorych na cukrzycę, a także podstawowe badania dobowej zmienności hormonów w toku wyrównywania cukrzycy.

Byliśmy zachwyceni możliwością zastosowania biostatora, dzięki któremu nauczyliśmy się, jak kontrolować stężenie glukozy we krwi automatycznym wlewem insuliny w różnych sytuacjach. Wydawało nam się wtedy, że

jesteśmy o krok od stworzenia sztucznej trzustki w wersji zminiaturyzowanej, którą będzie można wszczepiać choremu. Udzielałem wielu wywiadów w prasie. Pytano mnie, jak to jest z tą sztuczną trzustką, kiedy będzie wszczepialna. Byłem pełen optymizmu. Uważałem, że to się stanie za 4–5 lat. Bardzo się myliłem, dopiero przecież od niedawna pojawiły się urządzenia, tzw. zamknięte pętle, które jednocześnie mierzą poziom cukru i podają insulinę, o zastosowaniu klinicznym w warunkach życia codziennego.

Biostator był dużym urządzeniem, chory musiał cały czas być do niego podłączony w szpitalu. Z czasem biostatory odeszły do lamusa, jednak dzięki tym badaniom bardzo mocno związałem się z diabetologią.

Od sekcji diabetologicznej do powstania PTD

Pod koniec lat 60. XX wieku powstała Sekcja Diabetologiczna Polskiego Towarzystwa Internistów. Rozwijała się bardzo prężnie, już w 1970 roku prof. Artur Czyżyk zorganizował w Warszawie zjazd Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą.

W 1983 roku w Krakowie po konferencji sekcji diabetologicznej Towarzystwa Internistów Polskich, podczas zebrania zarządu sekcji, na którym byli m.in. prof. Artur Czyżyk, prof. Jan Tatoń, prof. Wiesława Torzecka, prof. January Ławecki i ja, zdecydowaliśmy, że ponieważ sekcja diabetologiczna tak szybko się rozwija, to warto powołać osobne towarzystwo – Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Dużą pracę w organizację towarzystwa włożyła prof. Torzecka; była bardzo energiczna. Opracowała statut. Prace trwały 3 lata. W Białymstoku w 1987 roku, podczas XXXVI Konferencji Sekcji Diabetologicznej TIP równocześnie odbył się pierwszy zjazd PTD.

Jednym z powodów wyodrębnienia PTD było to, że w TIP byli głównie interniści, a do sekcji diabetologicznej oprócz diabetologów aspirowali także lekarze innych specjalności, np. moja żona, która jest okulistą, a wtedy wraz z kierownikiem Kliniki Okulistycznej prof. Heleną Żygulską-Mach zapisały się do sekcji diabetologicznej. Podobnie prof. Czesław Wójcikowski, który jest ginekologiem. Jak widać, PTD od początku było towarzystwem interdyscyplinarnym.

Pierwszym prezesem został prof. January Ławecki, który wcześniej kierował Sekcją Diabetologiczną TIP. Był to wspaniały naukowiec i klinicysta, który przedwcześnie zmarł. Prezesem PTD był krótko. Ja zostałem wybrany

prezesem na moją pierwszą kadencję na lata 1988–1991. Po mnie prezesem był prof. Czekalski, potem prof. Wójcikowski. Zwyczaj był taki, że Zarząd wybierał wiceprezesa, który następnie zostawał prezesem. W jednym przypadku doszło jednak do zmiany. Zarząd PTD zdecydował, że na kolejną kadencję nie została wybrana ówczesna wiceprezes prof. Kinalska, tylko na drugą kadencję prof. Wójcikowski. Był on jednak prezesem tylko przez połowę kadencji i zrezygnował. Na drugą połowę kadencji Zarząd PTD powierzył mnie pełnienie tej funkcji. Ponieważ sytuacja była dość kontrowersyjna, poprosiłem o głosowanie na walnym zebraniu. Wybrano mnie, zarząd dał mi mandat na dwa lata pełnienia funkcji prezesa. Potem zostałem ponownie wybrany na prezesa na kolejne cztery lata. W ten sposób byłem prezesem PTD przez prawie 10 lat.

Po mnie funkcję tę pełnili: prof. Władysław Grzeszczak, prof. Leszek Czupryniak, prof. Maciej Małecki.

Przez te 10 lat – z kilkuletnią przerwą – wprowadziłem PTD na szerokie wody. Z jednej strony starałem się, by PTD było dobrze reprezentowane i postrzegane za granicą. Z drugiej – chciałem je rozszerzyć poza grupę diabetologów. Dlatego obecnie w stowarzyszeniu działa wiele sekcji, m.in.: okulistyczna, kardiologiczna, położnicza czy pediatryczna.

Do intensywnej insulinoterapii

W latach 80. nie bardzo jeszcze rozumieliśmy, że istnieje ścisły związek między idealnym wyrównaniem cukrzycy a rozwojem przewlekłych powikłań. Dążyło się do tego, by oszczędzać chorym liczbę wstrzyknięć insuliny: do jednego lub dwóch dziennie. Nie powodowało to jednak w pełni wyrównania cukrzycy. Były dramatyczne powikłania: ślepota wskutek retinopatii cukrzycowej, niewydolność nerek, niepowodzenia ciąż u kobiet z cukrzycą.

Przełom w myśleniu o leczeniu cukrzycy nastąpił po badaniu wykonanym w Stanach Zjednoczonych: DCCT – Diabetes Control and Complications Trial, które porównywało skuteczność insulinoterapii klasycznej (czyli podawania insuliny raz lub dwa razy dziennie) z intensywną insulinoterapią. Wyniki zostały ogłoszone na zjeździe Europejskiego Towarzystwa Diabetologicznego w 1993 roku w Istambule. Zafascynowały mnie, prosto z tego kongresu zaprosiłem prelegentów do Polski. Przyjechali, mieli wystąpienie w Klinice Metabolicznej dla naszego zespołu i zostawili swoje slajdy, teraz o wartości niemal muzealnej. Od tej pory zacząłem myśleć o skuteczności

intensywnej insulinoterapii. Zaczęliśmy zdawać sobie sprawę, że idealne wyrównanie cukrzycy, dzięki intensywnej insulinoterapii, chroni przed powikłaniami.

Stopa cukrzycowa i konsylia pełne... entuzjazmu

Ogromnym problemem cukrzycy są powikłania związane ze stopą cukrzycową. Na początku lat 90. stworzyliśmy w klinice modelowy gabinet stopy cukrzycowej – pierwszy w Polsce. Oprócz diabetologa zatrudniliśmy pielęgniarki diabetologiczne, edukatora, ortopedę, chirurga i... szewca (albo powiedzmy inaczej: specjalistę obuwia leczniczego). To był zespół leczący stopę cukrzycową. Można powiedzieć, że były to pierwsze konsylia. W dodatku konsylia pełne entuzjazmu, ponieważ nie było za to dodatkowego finansowania. Spotykaliśmy się wszyscy i staraliśmy wspólnie wypracować dla chorego najlepsze rozwiązania, dać mu jednoznaczną odpowiedź, jak powinien postępować. Raziło mnie to, gdy chory chodził od specjalisty do specjalisty i od każdego otrzymywał – w najlepszej wierze – odmienne instrukcje.

To był wzorcowy gabinet stopy cukrzycowej. Potem powstały podobne ośrodki leczące stopę cukrzycową w Warszawie, Gdańsku, Lublinie i wielu innych miastach. Niestety, w późniejszych latach część tych ośrodków została zlikwidowana, ponieważ zabrakło właściwego finansowania takich konsultacji i szpitale musiały dokładać do leczenia. Dopiero niedawno coś drgnęło, jeśli chodzi o finansowanie kompleksowego leczenia stopy cukrzycowej.

Z pompą dla kobiet w ciąży

Prof. Artur Czyżyk wpadł na pomysł stworzenia tzw. banku środków technicznych w diabetologii. Wypożyczaliśmy np. pacjentkom w ciąży glukometry, peny, a pod koniec działalności także pompy. Udało się stworzyć w Polsce 15 ośrodków monitorujących leczenie kobiet ciężarnych. Spotykaliśmy się co roku, najczęściej w Jachrance, omawiając efekty takiego postępowania i ujednolicając system leczenia. To trwało do 2000 roku, potem niestety Ministerstwo Zdrowia przestało finansować bank i przestał on istnieć. Powołaliśmy wtedy w ramach PTD Sekcję Diabetologiczno-Położniczą, która zaczęła tworzyć pewne schematy postępowania dla kobiet w ciąży.

Środowisko pediatryczne, czyli bardzo prężna Sekcja Pediatryczna PTD, nawiązało współpracę z WOŚP. W statucie WOŚP znajdowało się wtedy

zaopatrywanie w sprzęt dzieci tylko do 10. roku życia. Fundacja Owsiaka zaczęła finansować pompy insulinowe dla dzieci. Pomyślałem, żeby wciągnąć WOŚP także w zaopatrywanie w pompy insulinowe kobiety w ciąży chore na cukrzycę, by zabezpieczyć dzieci przed powikłaniami cukrzycy matki.

Po raz pierwszy WOŚP zbierał pieniądze na pompy insulinowe dla kobiet ciężarnych z cukrzycą w 2005 roku, drugi raz w 2012 roku, kiedy to odbył się jubileuszowy 20. finał WOŚP pod hasłem: „Gramy z pompą". W całej Polsce udało się powołać 32 ośrodki leczenia pompami kobiet w ciąży z cukrzycą. Funkcjonują do dziś. Z każdego finału WOŚP część pieniędzy jest przeznaczana na zakup nowych pomp insulinowych, a także urządzeń do ciągłego monitorowania glikemii. Jestem koordynatorem tego programu, mamy Radę Naukową, odbywają się regularne szkolenia. Jurek Owsiak ma ideę, żeby starać się kupować najnowocześniejszy sprzęt. Bardzo nalega też na stronę naukową przedsięwzięcia i publikacje pokazujące, że leczenie pompami insulinowymi u kobiet ciężarnych jest efektywne. W 2015 roku ukazała się nasza pierwsza książka na ten temat: „Zastosowanie osobistych pomp insulinowych w leczeniu chorych na cukrzycę". Przygotowujemy dalsze publikacje.

WOŚP przestał finansować pompy insulinowe dla dzieci, gdyż robi to Ministerstwo Zdrowia. Nadal jednak funkcjonuje program wypożyczania pomp insulinowych dla kobiet w ciąży, które chorują na cukrzycę. Zastanawialiśmy się, jak długo go kontynuować. Stwierdziliśmy, że będziemy to robić do czasu, gdy pomp nie zrefunduje w pełni ministerstwo. Obecnie z naszego programu może skorzystać każda kobieta w ciąży z cukrzycą typu 1. Najlepiej byłoby, aby miała dobrze wyrównaną cukrzycę jeszcze przed zajściem w ciążę, dlatego wypożyczamy pompy nawet wcześniej – jako przygotowanie do ciąży. Niestety, z badań wynika, że tylko około 30% kobiet planuje ciążę.

Zalecenia leczenia cukrzycy w Polsce

Jako prezes PTD zainicjowałem stworzenie jednolitych rekomendacji dotyczących sposobu leczenia i postępowania u chorych na cukrzycę. Chciałem, żeby co roku je aktualizować, podobnie jak robi to ADA (American Diabetes Association), czyli Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zależało mi na tym, żeby była jednolitość postępowania u chorych. Obecnie jest

tak szalony postęp, jeśli chodzi o wiedzę, że często zalecenia z ubiegłego roku stają się nieaktualne.

PTD jest obecnie jedynym towarzystwem naukowym w Polsce, a także jedynym towarzystwem diabetologicznym w Europie, które co roku aktualizuje wytyczne. Pierwsze zalecenia sformułowano w 2005 roku i od tej pory są aktualizowane co rok. Pierwszym przewodniczącym zespołu, który przygotowywał zalecenia, był prof. Władysław Grzeszczak. Nad kolejnymi czuwali: prof. Leszek Czupryniak, prof. Maciej Małecki, prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz.

„Moi ludzie" w diabetologii

Moim mistrzem, jeśli chodzi o diabetologię, był prof. Artur Czyżyk. Oprócz niego duży wpływ na mnie miało jeszcze kilka osób. Na zjeździe PTD w Katowicach w 2018 roku koledzy zorganizowali mi uroczystość z okazji 80. urodzin. Zjazd rozpoczynał się 24 maja, a właśnie wtedy są moje urodziny. Wszyscy wstali, śpiewając mi „Sto lat". Miałem krótkie wystąpienie, pokazałem kilka slajdów, opowiadałem o osobach, które były dla mnie ważne w diabetologii. Pierwszą z nich był prof. Andrzej Królewski. W 1980 roku wyjechał do Stanów Zjednoczonych na stypendium i tam pozostał. Obecnie jest kierownikiem Zakładu Genetyki i Epidemiologii Cukrzycy na Uniwersytecie Harvarda. Ja byłem pierwszy raz u niego w 1984 roku. Przyjął wielu Polaków na wieloletnie staże naukowe. Byli tam m.in.: Maciej Małecki, który tam właśnie odkrył nowy typ cukrzycy, a badania opublikował w „Nature Genetics", Krzysztof Wanic, Tomasz Klupa, Przemysław Witek, a także spoza naszej kliniki – np. Wojciech Młynarski i inni. Andrzej Królewski bardzo zasłużył się dla polskiej diabetologii. Wspólnie z prof. Małeckim wystąpiliśmy niedawno o przyznanie mu doktoratu *honoris causa* Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Drugą osobą był Arup Kumar Chatterjee, mój współpracownik z Giessen, gdzie byłem dzięki stypendium fundacji Humboldta. Wspólnie z nim przeprowadziłem jedne z moich najciekawszych badań i opublikowałem jedną z moich najlepszych prac na temat badań na izolowanych wyspach Langerhansa.

Trzecią osobą godną wymienienia jest prof. Helmut Schatz. Współpracowałem z nim podczas moich trzech pobytów w Niemczech – w Ulm, Giessen i Bochum. Gdy został kierownikiem kliniki w Bochum, zaprosił mnie, żebym

zorganizował w jego nowej klinice laboratorium izolacji wysp Langerhansa. Był prezesem niemieckiego Towarzystwa Diabetologicznego. Do dziś utrzymujemy z nim kontakt.

Zmiany w PTD

PTD z dość hermetycznego towarzystwa szybko się rozwijało, zarówno jeśli chodzi o zakres działalności, jak i liczebność. Dla porównania: na zjeździe w Krakowie w 1989 roku było 400 uczestników, w 2018 roku w Katowicach – 2000 osób. Druga sprawa: powstawały sekcje towarzystwa, np.: kardiologiczna, położnicza, pediatryczna, okulistyczna, diabetologii społecznej. Do mniejszych zadań zostały powołane zespoły – np. ds. opracowania zaleceń, ds. nefropatii cukrzycowej, ds. psychologii w cukrzycy. PTD bardzo się rozbudowało, jest duża współpraca z pacjentami, duży udział mają też pielęgniarki.

Zjazdy PTD odbywały się początkowo co dwa lata. Z prof. Grzeszczakiem uznaliśmy, że skoro zjazdy są co dwa lata, to w latach międzyzjazdowych zorganizujemy konferencje szkoleniowe – tzw. konferencje karpackie. Uzgodniliśmy, że co drugą będzie organizować klinika kierowana przez prof. Grzeszczaka, a co drugą – nasza klinika. Szybko okazało się jednak, że zainteresowanie konferencjami było równie duże jak zjazdem. Odbyło się sześć konferencji. Uznano jednak, że skoro tak wiele osób bierze w nich udział, to nie ma sensu organizować ich oddzielnie, lepiej organizować co roku zjazdy.

Po zmianach w statucie PTD zjazdy odbywają się co roku, a kadencja prezesa trwa 4 lata. W połowie kadencji wybiera się prezesa elekta, który potem zostaje prezesem.

Życiowe sukcesy...

Działalność naukowa przeplatała się u mnie z działalnością organizacyjną. Przez prawie 10 lat byłem prezesem PTD – to już się nikomu nie powtórzy, gdyż obecnie można być prezesem tylko przez jedną kadencję. Jeśli chodzi o sukcesy organizacyjno-naukowe, to mogę wymienić: stworzenie gabinetów stopy cukrzycowej, wysyłanie lekarzy na stypendia do prof. Królewskiego na Uniwersytecie Harvarda, tworzenie od 2005 roku jednolitych zaleceń dotyczących leczenia cukrzycy, uruchomienie programu leczenia pompami insulinowymi kobiet w ciąży chorujących na cukrzycę.

Prof. Jacek Sieradzki z żoną, prof. Barbarą Mirkiewicz-Sieradzką

W kierowanej przeze mnie Klinice Metabolicznej uruchomiłem gabinet stopy cukrzycowej i gabinet okulistyczny, do którego kupiliśmy nowoczesny laser, dzięki czemu można było zapobiegać powikłaniom ocznym cukrzycy oraz je leczyć. Prowadziliśmy badania nad neuropatią cukrzycową, neuropatią przewodu pokarmowego, zaburzeniami lipidowymi. Uruchomiliśmy pracownię genetyczną i pracownię osteoporozy. Moją ideą było szerokie spojrzenie na diabetologię.

Jeśli chodzi o działalność naukową, to bardzo dużo nauczyliśmy się podczas prac nad biostatorem. Nauczyliśmy się, że możemy utrzymywać na bardzo dobrym poziomie ilość glukozy we krwi chorego. Drugą częścią mojej działalności naukowej były badania na izolowanych wyspach Langerhansa. Pracowaliśmy na wyspach szczurzych, potem na ludzkich. To był wstęp do przeszczepiania wysp Langerhansa.

Moje sukcesy osobiste to wspaniała rodzina: żona, córka, wnuczka. Z żoną poznaliśmy się na studiach. Wtedy na medycynie było 600 osób, rok studencki

Prof. Jacek Sieradzki – zapalony kolekcjoner popielniczek z całego świata

był podzielony na dwie części: A i B. W kolejnych latach dużo osób odchodziło, na czwartym roku obie części zostały połączone. Ja byłem w grupie siedemnastej, żona w siódmej. Gdy grupy połączono, poznaliśmy się. Ślub wzięliśmy po studiach. Żona zawsze bardzo wspierała mnie w pracy. Oprócz pracy w klinice okulistycznej prowadziła w naszej Klinice Metabolicznej gabinet okulistyczny.

W czasie wolnym jeździliśmy po świecie. Kolekcjonujemy obrazy, mamy m.in. Kossaków, Fałata, Weissa, Hofmana, Axentowicza i in. Staramy się jeździć na międzynarodowe wystawy. Żona uwielbia malarstwo Cranacha. Jeden z obrazów Hofmana wypatrzyliśmy kiedyś w sklepie w Sopocie, gdzie byliśmy na konferencji diabetologicznej, bardzo zniszczony, zwinięty w rulon. Przeprowadziliśmy renowację. Kolekcjonuję też ozdobne popielniczki. Z każdego miejsca, gdzie jeździliśmy, starałem się przywieźć popielniczkę – obowiązkowo z nazwą miasta. Myślę, że to unikatowe zbiory, mam ponad 330 sztuk.

Diabetologia wczoraj...

Gdy zaczynałem interesować się diabetologią, przypadków cukrzycy było zdecydowanie mniej niż dziś, jednak leczenie było znacznie gorsze, a powikłania bardzo poważne. Pamiętam jedną z pacjentek – wyszła za mąż za Araba, nie przyznała się, że choruje na cukrzycę, wyjechała z nim z Polski, zaszła w ciążę. Nie wiem, jak wróciła do Polski, ale rodziła u nas w szpitalu. Była przyjęta w ciężkim stanie, z kwasicą cukrzycową. W wyniku powikłań straciła wzrok, ponieważ cukrzyca w czasie ciąży nie była u niej dobrze wyrównana. Pamiętam, jak leżała na oddziale intensywnej opieki metabolicznej, który uruchomiłem w klinice.

Niestety, pacjenci często lekceważyli chorobę. Wydaje się, że nie ma silniejszej motywacji do dobrego leczenia niż ciąża. Tymczasem niektóre kobiety potrafiły przynosić fałszywe wyniki, żeby zadowolić lekarza, choć wcale nie miały dobrego wyrównania cukrzycy. Bardziej bały się, że lekarz na nie nakrzyczy, niż że coś stanie się im lub dziecku.

Na moich oczach diabetologia bardzo się zmieniła. Początkowo niektórzy diabetolodzy nie chcieli zaakceptować intensywnej insulinoterapii, uważali, że nie ma po co męczyć pacjentów tyloma wstrzyknięciami. W 1997 roku w Stanach Zjednoczonych przyjęto podział na cukrzycę typu 1 i typu 2 (taki podział w rekomendacjach WHO przyjęto dopiero w 1999 r.). Wcześniej mówiło się o cukrzycy insulinozależnej i insulinoniezależnej. Jeszcze wcześniej natomiast funkcjonowały określenia: „*diabetes gras*" i „*diabetes maigres*" (tj.: cukrzyca osób otyłych i szczupłych). Dziś dyskutuje się o nowym podziale cukrzycy.

... i dziś

Mam pacjentów, których prowadzę od lat. Nadal pracuję, przyjmuję w prywatnym gabinecie. Z reguły przychodzą do mnie, gdy mają duży problem. Niedawno miałem pacjenta z neuropatią cukrzycową, zaburzeniami czucia. Przyszedł do mnie zabandażowany z już rozpoczynającymi się owrzodzeniami stopy cukrzycowej. Chirurdzy namawiali go na amputację. Udało się jednak temu zapobiec, zmiany się cofnęły. Wyrównałem cukrzycę, zaleciłem odciążenie stopy. Stan pacjenta szybko się poprawił. Niestety, nie jest to regułą, stopa cukrzycowa nadal trudno się leczy.

Do stopy cukrzycowej potrzebny jest chirurg... bez temperamentu chirurgicznego, który – jeśli będzie trzeba – opatrzy ranę, ale nie będzie dążył do amputacji. Niestety, czasem bywa ona konieczna.

Jeśli chodzi o leczenie, to dziś jest szalony postęp: glukometry, ciągłe monitorowanie glikemii, insuliny długo działające, nowe leki, pompy insulinowe. Leczymy stan przedcukrzycowy, na który wcześniej nie zwracano uwagi. Widać, że dzięki lepszej opiece jest mniej powikłań i są one zdecydowanie mniej zaawansowane. Problemem jest ograniczony dostęp w Polsce do leków, gdyż te najlepsze – flozyny, leki inkretynowe – wciąż nie są refundowane.

Wcześniej też często był problem z refundacją, staraliśmy się na niego reagować jako Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Pamiętam, jak wchodziły analogi insuliny – były dwie firmy, które dysponowały analogami szybko działającymi. Wnioskowali do Ministerstwa Zdrowia o refundację; ministerstwo nie wyrażało zgody. Wszystko się przeciągało. Nam, jako PTD, też bardzo zależało na nowoczesnych lekach dla pacjentów. Podczas jednego ze zjazdów diabetologicznych obecni byli dyrektorzy obydwu tych firm. Usiedliśmy po obradach we trójkę. Mówię: „Proszę panów, naradźmy się wspólnie, jak doprowadzić do refundacji. Nie ścigajcie się między sobą. Potem, jak już insuliny będą refundowane, to możecie rywalizować, która jest lepsza, teraz jednak złóżcie wspólnie wniosek o refundację". Pamiętam, jak rozmawialiśmy o tym. Uradziliśmy, że wystąpią wspólnie o refundację, w dodatku nie „analogów insuliny", tylko... „insulin analogowych". Czyli że są to po prostu insuliny; jedne są ludzkie, a inne analogowe. To taka sama insulina, różni się tylko określeniem. Tak zrobili. I odnieśli sukces – ministerstwo zgodziło się na refundację. Krótko działające analogi insuliny są do dziś tak refundowane – jako insuliny analogowe.

Potem były starania o refundację insulin analogowych długo działających. Udało się, dziś są refundowane, choć z wieloma ograniczeniami.

Podobnie namawiałem, jeśli chodzi o refundację nowych leków przeciwcukrzycowych: inkretyny i flozyn. Jest wielu producentów, jednak każdy z nich występuje o refundację osobno. Mówię: „Zbierzcie się, wystąpcie o refundację razem. Nie występujcie o refundację swojego leku, krytykując pozostałe." Najpierw trzeba uzyskać refundację, a dopiero potem można między sobą konkurować, który lek jest lepszy. Jak na razie to się jeszcze nie udało.

W zaleceniach Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego i Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą obecnie flozyny i niektóre spośród inkretyn są już lekami kolejnego wyboru, zaraz po metforminie. W Polsce do realizacji tych zaleceń jeszcze bardzo daleko. PTD zawsze starało się o to, by również nowe leki były dostępne dla pacjentów w Polsce. Teraz również się stara, jednak – mam wrażenie – trochę wali głową w mur.

Krok do wyleczenia?

Nie sądzę, żeby w najbliższym czasie udało się wyleczyć chorych na cukrzycę. Cukrzyca typu 1 to proces autoimmunologiczny, któremu nie potrafimy zapobiec. Nie potrafimy jeszcze nawet dokładnie określić genów, które za to odpowiadają. Cukrzyca typu 2 też ma aspekt wielogenowy, nakładają się tu czynniki genetyczne i środowiskowe. Można interweniować, gdy występuje stan przedcukrzycowy i spowolnić postęp choroby. Jednak wyleczenie nie jest na razie możliwe. Możliwe jest natomiast poprawienie komfortu życia chorych, uniknięcie powikłań.

W kwestii wyleczenia z cukrzycy jesteśmy na początku drogi. Gdy uruchomiliśmy biostator, w gazetach pisano, że za 5 lat będzie już implantowana sztuczna trzustka. Minęło kilkadziesiąt lat i nic takiego nie widać na horyzoncie, a z prób implantacji pomału badacze się wycofują. Nasze publikacje pochodzą z lat 80. XX wieku, a dopiero pod koniec 2016 roku (ale wreszcie) zarejestrowano w Stanach Zjednoczonych pierwsze noszone urządzenie zamkniętej pętli. Wszczepienie sztucznej trzustki to więc wciąż marzenie. Wyleczenie z cukrzycy też, choć na pewno kiedyś to nastąpi.

Prof. Jacek Sieradzki

rocznik 1938. Specjalista chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii, wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie. Zajmował się badaniem endemii wola oraz rolą hormonu wzrostu w patogenezie powikłań cukrzycy. Jako stypendysta Fundacji im. Humboldta prowadził przez dwa lata badania nad izolowanymi wyspami Langerhansa (w Ulm, Giessen i Bochum). W 1979 roku zastosował w Polsce pierwszą sztuczną wyspę Langerhansa, tzw. biostator. Nowoczesną praktyczną diabetologią zajmował się m.in. w Joslin Center przy Uniwersytecie Harvarda w Bostonie, Steno Memorial Hospital w Gentofte koło Kopenhagi. Stworzył koncepcję krakowskiego ośrodka zajmującego się opieką nad kobietą ciężarną chorą na cukrzycę oraz uruchomił nowoczesny, jeden z najlepszych w kraju, Gabinet Stopy Cukrzycowej. Zainicjował badania nad szeroko pojętą genetyką cukrzycy.

Opublikował ponad 400 prac naukowych w takich czasopismach, jak „Lancet", „Hormone and Metabol. Research", „Diabetes Research and Clinical Practice", „Diabetes Care", „Diabetes", „New England Journal of Medicine", „Journal of Endocrinology". Wydał wiele książek. Dla niego samego najważniejszą z nich była dwutomowa „Cukrzyca" (2006 i 2015, w przygotowaniu wydanie trzecie), rekomendowana jako podstawa w przygotowaniu się do specjalizacji diabetologicznej. Inne ważne publikacje jego autorstwa to m.in. podręcznik „Cukrzyca – kompendium", a także dwa wydania: „Przewlekłe powikłania cukrzycy" i „Cukrzyca typu 2 – wczesne rozpoznanie i leczenie" (2014) oraz monografia „Zastosowanie pomp insulinowych w leczeniu chorych na cukrzycę" (2015). Prof. Sieradzki współredagował również wiele książek, m.in.: „Cukrzyca typu 1 u dorosłych" (2012), „Stopa cukrzycowa" i in. Napisał ponad 25 rozdziałów do podręczników, m.in. rozdział o cukrzycy do „Interny Szczeklika". Był wieloletnim redaktorem „Diabetologii Praktycznej" oraz był lub nadal jest członkiem rad redakcyjnych szeregu czasopism, m.in. „Diabetologii Doświadczalnej i Klinicznej", „Diabetologii Klinicznej", „Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes".

Wykształcił dziesiątki specjalistów chorób wewnętrznych, diabetologii i endokrynologii. Obecnie jest wykładowcą w Instytucie Ochrony Zdrowia PWSZ w Tarnowie, gdzie wykłada diabetologię, endokrynologię i choroby metaboliczne. Przewodniczy też Sekcji Diabetologiczno-Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Nadal pracuje, pomaga pacjentom. Za swoje osiągnięcia w dziedzinie diabetologii otrzymał Złoty Krzyż Zasługi oraz Krzyż Kawalerski i Oficerski Orderu Polonia Restituta, a także medal Honoris Gratia Prezydenta Krakowa.

Profesorskie mieszkanie w spokojnej dzielnicy w centrum Krakowa: półki od góry do dołu zastawione książkami. Globusy, mapy świata – aktualne i historyczne. Na ścianach obrazy. Ich kolekcjonowanie jest pasją zarówno prof. Jacka Sieradzkiego, jak i jego żony prof. Barbary Mirkiewicz-Sieradzkiej, okulisty.

Prof. Jacek Sieradzki przez 10 lat był prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Szeroko patrzy na diabetologię. Dzięki niemu PTD jest dziś jednym z dwóch diabetologicznych towarzystw naukowych na świecie, które co roku wydają zalecenia dotyczące leczenia cukrzycy. Stworzona przez niego (z istniejącej Kliniki Metabolicznej w Krakowie) Katedra i Klinika Metaboliczna od wielu lat jest jedną z najlepszych w Polsce. Profesor zorganizował w niej gabinet stopy cukrzycowej i gabinet okulistyczny, oddział intensywnej opieki metabolicznej, a także poradnię osteoporozy.

Rozmowa z profesorem
Janem Tatoniem

Myśli i czyny lekarza, naukowca i humanisty

Droga do diabetologii – od studenta do profesora

Potrzebę poszukiwań naukowych realizowałem już w trakcie studiów. Byłem inicjatorem utworzenia Studenckiego Towarzystwa Naukowego i zostałem jego przewodniczącym. Koło naukowe założyliśmy wraz z koleżankami i kolegami ze studiów medycznych, przy III Klinice Chorób Wewnętrznych, którą kierował wtedy prof. Jakub Węgierko, wybitny internista i pionier polskiej diabetologii. Wszyscy byliśmy pod jego nieodpartym wpływem. Zawsze widział w pacjencie przede wszystkim człowieka, z jego potrzebami, uczuciami i emocjami. Był dla nas autorytetem. Zainspirował nas, żebyśmy w kole naukowym zajmowali się właśnie cukrzycą.

Po studiach dostałem propozycję pracy na stanowisku asystenta we wspomnianej Klinice Chorób Wewnętrznych. Propozycję, rzecz jasna, przyjąłem – problemy dotyczące cukrzycy, rozwój i perspektywy badań naukowych w tym zakresie były dla mnie od początku otwarte. Po kilku latach pracy w Klinice uzyskałem stypendium amerykańskiej fundacji „Ventnor" i wyjechałem na dwuletnie studia do Stanów Zjednoczonych. Pracowałem w szpitalu w Lawrence Mass oraz New England Deaconess Hospital i Joslin Clinic, będących agendami Uniwersytetu Harvarda w Bostonie.

Bardzo dobrze wspominam pobyt w Stanach Zjednoczonych. Był inspirujący. Środowisko medyczne było tam przyjazne. Miałem serdeczne kontakty

z pracującymi tam profesorami i młodszymi naukowcami z Harvardu oraz z wielu uczelni w innych krajach. Wyniki naszych prac naukowych prowadzonych w Joslin Clinic były publikowane w uznanych czasopismach międzynarodowych, m.in. w „Lancet". Były to badania genetyczne dotyczące poszukiwania dodatkowych biomarkerów, które mogłyby posłużyć do rozpoznawania i ewentualnie prewencji cukrzycy. Praca naukowa w tych instytucjach zaowocowała także moją książką „Medycyna w USA".

Po powrocie do Polski, do Katedry i Kliniki prof. Eugeniusza Kodejszki i prof. Artura Czyżyka miałem już ugruntowaną wiedzę oraz plany dotyczące działalności naukowej i klinicznej w dziedzinie diabetologii. W kolejnych latach pracowałem także w wielu innych ośrodkach medycznych na świecie, m.in. w Klinicznym Szpitalu Uniwersytetu Genewskiego i Uniwersytetu w Düsseldorfie, w Szpitalu Diabetologicznym Steno w Kopenhadze oraz w Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu w Lund w Szwecji. Były to inspirujące doświadczenia lekarskie. Między innymi dotyczyły one relacji lekarz–pacjent. Tam zobaczyłem, że ta relacja była bardziej bezpośrednia niż w Polsce. Pacjent był dla lekarza partnerem. Obserwując starszych kolegów z tych ośrodków, przekonałem się dobitnie, że jest to szczególnie ważne w diabetologii.

Po pierwsze prewencja – mój „palący problem"

Zmiany w klinicznej diabetologii następują bardzo szybko, równolegle do postępów naukowych, które w tej dziedzinie są bardzo dynamiczne. Mimo takich postępów wciąż nie umiemy wyleczyć chorych na cukrzycę, wyeliminować choroby, chociaż jej objawy znane są od około trzech tys. lat. Odwrotnie, na cukrzycę choruje coraz więcej osób na całym świecie. Międzynarodowa Federacja Cukrzycowa w VII wydaniu Diabetes Atlas (2017) podaje informację, że w populacji polskiej cukrzyca występuje u blisko 10% osób powyżej 18. roku życia. Daje to około trzech mln chorych, z których jedna trzecia o tym nie wie. Podobnie jest na całym świecie.

Nie umiemy zahamować epidemii nowych przypadków zachorowań. Jest to bardzo poważne wyzwanie dla naukowców, organizatorów opieki medycznej oraz społeczeństwa. Cukrzyca, jako problem medyczny, wysuwa się na jedno z czołowych miejsc publicznej opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie. Mamy więc, z jednej strony, szeroką wiedzę na temat cukrzycy, badania z randomizacją, działania organizacyjne, z drugiej zaś – rosnący problem medyczno-społeczny, bo coraz więcej ludzi choruje. Dzieje się tak,

pomimo że np. w Stanach Zjednoczonych przeprowadzono wielkie badania skuteczności prewencji cukrzycy typu 2 (W.C. Knowler i wsp.: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin. N. England J. Med., 2002, 346, 393). Udowodniono, że realizowanie zasad prozdrowotnego stylu życia lub zastosowanie metforminy znacznie zmniejsza zapadalność na cukrzycę typu 2 w populacji osób ze stanem przedcukrzycowym. Wdrożenie prozdrowotnego stylu życia zmniejszyło zachorowalność na cukrzycę typu 2 o 58%, profilaktyczne stosowanie metforminy – o 30%. Podobną możliwość wykazało badanie przeprowadzone w Finlandii (J. Tuomilehto i wsp.: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life style among subjects with impaired glucose tolerance. N. England J. Med., 2001, 344, 1343) oraz inne badania na świecie (np. w Chinach). Oznacza to, że możliwości prewencyjne istnieją, ale nie są wdrażane. Dotyczy to wielu krajów, w tym Polski. Odnosiłem się do tego problemu w wielu moich publikacjach.

Starania o stworzenie i realizowanie Ogólnokrajowego Programu Prewencji, Leczenia i Rehabilitacji w Cukrzycy

Prawie we wszystkich krajach Europy istnieją ogólnokrajowe, kilkuletnie programy planowego przeciwdziałania cukrzycy. Mają one niekiedy formę ustaw parlamentarnych (Włochy). Obejmują sformułowanie celów, metod, opieki medycznej, oceny wyników oraz uwarunkowań organizacyjnych i ekonomicznych. Tego rodzaju program zaproponowałem Ministerstwu Zdrowia w okresie, kiedy byłem konsultantem. Obecnie nie ma takiego programu, działania w tym zakresie są niedostateczne.

W moim przekonaniu wprowadzenie Narodowego Programu Prewencji Cukrzycy jest sprawą bardzo pilną – inaczej przegramy w Polsce walkę z tą chorobą społeczną. Podkreślałem to także w wielu publikacjach.

Książka „Cukrzyca w Polsce – można lepiej"

W opiece diabetologicznej na całym świecie trwają nieustannie bardzo aktywne, podstawowe i kliniczne badania. Wprowadza się do praktyki diabetologicznej nowe metody leczenia i uzyskuje lepsze jego wyniki i lepszą jakość życia pacjentów.

Starają się o takie ulepszenia, coraz bardziej aktywnie, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne oraz Stowarzyszenie Diabetyków RP, a także wiele

fundacji zajmujących się pomocą dla pacjentów. Bardziej skutecznie działają organizacje międzynarodowe, jak Europejskie Towarzystwo Badań nad Cukrzycą. Umocniła się współpraca międzynarodowa w działalności Międzynarodowej Federacji Cukrzycowej (International Diabetes Federation). Możliwy jest internetowy dostęp do corocznego podsumowania postępów, zaleceń i standardów postępowania w cukrzycy w wielu krajach. Informacje te są publikowane i rozpowszechniane.

W Polsce istnieje potrzeba dołączenia się do tych akcji, tak aby nasz kraj nie zajmował 4. miejsca od końca w rankingu poziomu jakości opieki diabetologicznej wśród krajów europejskich.

Wiele wskazówek, jak poprawić sytuację chorych na cukrzycę w Polsce, zawarłem w książce „Cukrzyca w Polsce – można lepiej". Opisałem w niej osiągnięcia, przeszkody i szanse poprawy opieki medyczno-społecznej dla około trzech mln osób chorych na cukrzycę w Polsce. To wezwanie do integrujących działań naukowych, klinicznych i społecznych wyraziłem wspólnie z prof. Anną Czech, dr Małgorzatą Bernas oraz dr Zofią Szczeklik-Kumalą. W książce wskazujemy na trzy istotne okoliczności potrzebne w doskonaleniu jakości leczenia cukrzycy. (1) Personalistyczny kierunek rozwoju opieki diabetologicznej zbliżającej lekarzy do pacjentów – razem są bardziej skuteczni. W personalizowanej, indywidualistycznej opiece podejście lekarza jest dostosowane do danego pacjenta i tego, jak choruje, jak żyje z chorobą. Tego rodzaju zasady, które dzisiaj dominują na świecie, starałem się zawsze wprowadzać do praktyki. W naszym zespole mieliśmy podejście skierowane na pacjenta. Cieszę się, że dzisiaj opieka spersonalizowana, skupiona na pacjencie jako człowieku, została ogólnie uznana. (2) Przyczyniają się do takiego ujęcia diabetologii klinicznej badania genetyczne, w których dokonał się istotny postęp. Duże znaczenie dla diagnostyki i możliwości leczenia będzie miało w niedalekiej przyszłości określanie genomu pacjenta, zwłaszcza w stanie przedcukrzycowym. Obecnie badanie to jest drogie, z czasem jego koszt będzie na pewno niższy. Określanie genetycznego podłoża cukrzycy, dokładne poznanie genów odpowiedzialnych za ryzyko rozwoju tej choroby ma wielką przyszłość. Daje możliwości oddziaływania terapeutycznego w praktyce diabetologicznej. Ten kierunek badań zaowocował powstaniem nowej dziedziny nauki – epigenetyki, która zajmuje się, mówiąc w uproszczeniu, sposobem działania genów. Obecnie jest bardzo dużo badań na ten temat, które zbliżają nas do wyjaśnienia przyczyn cu-

krzycy. (3) Trzeci dział naukowy związany z patofizjologią cukrzycy, który również bardzo się rozwinął, obejmuje zagadnienia tzw. biomarkerów. Jesteśmy dzisiaj w stanie wykrywać wiele nieprawidłowych molekuł, które pozwalają określić, w jaki sposób u danego pacjenta rozwija się i ujawnia cukrzyca. Umożliwia to także określenie ryzyka przewlekłych powikłań we wszystkich typach cukrzycy. Ten kierunek badań daje nadzieję na to, że uda się opracować skuteczniejsze sposoby leczenia chorych na cukrzycę niż te, które obecnie mamy do dyspozycji. (4) Nastąpił także duży postęp naukowy w farmakoterapii cukrzycy. W związku z tym zmieniły się zalecenia terapeutyczne – w miejsce „starych" leków wprowadzono nowe, takie jak np. agoniści receptora GLP1, gliptyny, które pobudzają działanie inkretyn, wreszcie flozyny – leki umożliwiające zmniejszanie hiperglikemii poprzez zahamowanie zwrotnego działania glukozy w nerkach. Znaczny postęp dokonał się też w zakresie syntezy nowych analogów insuliny. W wielu publikacjach (m.in. w „Medycynie Metabolicznej") apeluję o przyspieszenie wprowadzenia refundacji tych leków.

Czego uczą pacjenci?

Wymienię kilka kwestii z tego zakresu.

1. Nie tylko cukier – samotność i depresja u osób z cukrzycą.

W ciągu wielu lat mojej praktyki lekarskiej miałem różnych pacjentów. Ich historie wskazują na liczne, także społeczne problemy opieki diabetologicznej. Jednym z moich podopiecznych jest samotny 86-letni mężczyzna. Oprócz tego, że choruje na cukrzycę, jest po operacji kardiologicznej, leczy się również z powodu niedokrwienia mózgu. Ma niską emeryturę, nie ma rodziny, sąsiedzi mu nie pomagają.

Nie jest to odosobniony przypadek. Przeciwnie, taka sytuacja jest częsta, bo ludzie żyją dłużej, a na starość nieraz zostają sami. W praktyce lekarskiej ciągle spotykam się z problemem samotności. Nie zawsze jest to samotność w sensie ekonomicznym. Są osoby, którym finansowo powodzi się lepiej, jednak brak bliskiej osoby powoduje u nich depresję, brak nadziei, a także przyczynia się do zaniedbywania leczenia.

Jedna z moich pacjentek, która była śpiewaczką operową, występowała na wielu scenach, była oklaskiwana, dzisiaj jest starszą, samotną osobą. Chciała zamieszkać w domu opieki dla artystów, ale trafiła na istotny problem – brak dostosowania żywienia dla chorego na cukrzycę. A bez tego nie

ma mowy o utrzymaniu glikemii w normie. W Domu Artysty w Skolimowie, poza tym, że nie ma możliwości przestrzegania diety cukrzycowej, koszt zamieszkania w niewielkim pokoju wynosi cztery tys. złotych miesięcznie, podczas gdy emerytura starszej już pacjentki jest dwukrotnie niższa. Samotność w kontekście chorowania na cukrzycę jest ważnym, narastającym problemem. Bardzo ciężko być samotnym w podeszłym wieku, z przewlekłą chorobą. W mojej praktyce widzę na co dzień takie problemy u pacjentów.

2. Trudności w realizacji technologicznych potrzeb leczenia.

Ostatnio miałem pacjentkę leczoną za pomocą nowej pompy insulinowej Veo Medtronic, z której zrezygnowała. Dlaczego? Otóż korzystanie z pompy wymaga dwóch wkłuć: jednego na ciągłą ocenę glikemii w płynie śródkomórkowym i drugiego – na pompę, którą stale trzeba kontrolować. Wkłucia do pompy należy zmieniać przynajmniej raz na trzy dni, a jeśli ktoś ma bardzo wrażliwą skórę, to nie wytrzymuje z tym samym wkłuciem nawet dwóch dni. Pacjentka, o której mówię, musiała zmieniać wkłucie codziennie. Do tego trzeba dodać wysoką, jak dla przeciętnego emeryta, cenę pompy. Kobieta chorowała ponadto na zespół parkinsoidalny, utrudniało to pracę z pompą. Reasumując, korzystanie z pompy insulinowej zamiast zapewnić komfort, okazało się dla tej pacjentki zbyt trudne. Mamy więc bardzo duży rozwój technologii, jeśli chodzi o podawanie insuliny i ciągłą kontrolę oznaczeń glikemii, ale bardzo byśmy chcieli, aby to wszystko mniej angażowało pacjenta.

3. Osiągnięcia życiowe mimo choroby.

Mimo wszystko optymistycznie można stwierdzić, że cukrzyca nie przeszkadza w osiąganiu sukcesów. Na cukrzycę chorowali m.in.: kompozytor Giacomo Puccini, malarz Paul Cézanne, śpiewaczka jazzowa Ella Fitzgerald. Wśród moich pacjentów są osoby, które mimo choroby robią rzeczy duże i ważne. Na przykład jedna z nich, urodzona ponad 50 lat temu na wsi pod Szydłowcem, w dzieciństwie była nieprawidłowo leczona i wcześnie straciła wzrok z powodu retinopatii. Mimo niepełnosprawności nauczyła się biegle języka angielskiego, obsługi komputera, alfabetu Braille'a, wyszła za mąż, urodziła i wychowała dzieci. Była osobą bardzo zaradną życiowo. Przykład tej kobiety pokazuje, jak wiele można osiągnąć dzięki wewnętrznej sile: psychicznej i emocjonalnej.

Inna pacjentka, z Częstochowy, zachorowała na ciężką cukrzycę, przeszła także zawał serca. Choroby nie przeszkadzają jej w tym, by od wielu lat po-

magać słabszym od siebie. Zajmuje się działalnością społeczną na rzecz osób chorych, samotnych, niepełnosprawnych. Wyznała kiedyś, że choroba była dla niej impulsem, by pomagać innym. A przy tym zawsze zachowywała siłę i pogodę ducha.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD) – jednoczymy się dla dobra nauki i pacjentów

Sekcja Diabetologiczna istniała w historii Towarzystwa Internistów Polskich od dawna. W pewnym momencie okazało się, że jest to za mało, jak na stale wzrastające i nasilające się potrzeby związane z problematyką cukrzycy.

Pomyśleliśmy w naszym środowisku, że trzeba wydzielić zagadnienie cukrzycy i stworzyć odrębną specjalność lekarską – diabetologię, ogólnokrajowy program specjalizacyjny, stanowisko konsultanta krajowego oraz osobne towarzystwo diabetologiczne.

Ideą stworzenia PTD było zintegrowanie osób zajmujących się diabetologią. Chodziło o łączenie we wspólnym działaniu środowiska lekarskiego, uniwersyteckiego i władz państwowych. Na te pomysły uzyskaliśmy przed wieloma latami aprobatę ówczesnego ministra zdrowia Mariana Śliwińskiego, chirurga i kardiologa.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne stworzyliśmy 30 lat temu. Przez trzy dekady bardzo się rozwinęło i działa prężnie pod względem merytorycznym. Każdy diabetolog powinien przyczyniać się do rozwoju PTD. Sądzę, że za tę działalność otrzymałem tytuł honorowego członka PTD.

Z historii diabetologii w Warszawie i w Polsce – moje inspiracje

Zainteresowanie cukrzycą i diabetologią jest ważną i chlubną częścią historii medycyny w Polsce. W Europie (i to właśnie w Polsce) najwcześniej uznano diabetologię za odrębną specjalność medyczną. W tym zakresie nasz kraj formalnie wyprzedził wiele innych. Dlatego w środowisku warszawskim stworzyliśmy pojęcie „medycyny diabetologicznej". Posługując się nim, lekarze wszystkich specjalności mogą we właściwy, patofizjologiczny sposób podchodzić do różnych rodzajów zaburzeń zdrowia, jakie występują u chorych na cukrzycę.

Warto przypomnieć nazwiska niektórych wybitnych lekarzy i naukowców – ojców diabetologii polskiej.

Prof. Jakub Węgierko (1889–1960) – mój pierwszy szef i mentor. Wybitny klinicysta, zwolennik liberalizacji żywienia chorych na cukrzycę, badacz odczynów hipoglikemicznych, autor wielu publikacji naukowych i książek o cukrzycy. Twórca pojęcia „cukrzycy skojarzonej", odpowiadającego aktualnej definicji zespołu metabolicznego. Prof. Węgierko rozpoczął działalność diabetologiczną w Akademii Medycznej w Szczecinie, później kontynuował ją jako kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie.

Prof. Józef Wacław Grott (1894–1973) – dokonał wielu obserwacji dotyczących cukrzycy. Był zwolennikiem kontrolowanego, intensywnego leczenia cukrzycy i prekursorem dążenia do „prawie normoglikemii". W pierwszym okresie rozwijał diabetologię w I Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego, a później (po 1945 r.) jako kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Łodzi.

Prof. Mieczysław Wierzuchowski (1895–1967) – pracował w Katedrze Fizjologii Akademii Medycznej w Łodzi. Odkrył niektóre fizjologiczne prawidłowości transportu glukozy do komórek. Badacz doświadczalnej cukrzycy (cukromoczu) wywoływanej przez florydzynę i transportu glukozy w cewkach nerkowych.

Prof. Franciszek Redlich (1896–1964) – stworzył podwaliny diabetologii pediatrycznej. Był kierownikiem Katedry i Kliniki Pediatrii Akademii Medycznej w Łodzi.

Prof. Eugeniusz Kodejszko (1909–1967) – wybitny internista diabetolog. Dokonał wielu twórczych obserwacji z pogranicza chorób wewnętrznych i diabetologii, Autor oryginalnych monografii o cukrzycy. Działał w szkole prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie.

Prof. Artur Czyżyk (1927–2012) – twórczo łączył znakomitą znajomość biochemii i patofizjologii z klinicznymi problemami cukrzycy. Wyniki jego pracy klinicznej i naukowej przyniosły mu duże uznanie międzynarodowe.

Prof. Stanisław Kozłowski (1927–1985) – wybitny fizjolog, z wielką energią organizował interdyscyplinarne badania fizjologiczno-diabetologiczne, zwłaszcza w zakresie fizjologii i patologii wysiłku fizycznego. Kierował Zakładem Fizjologii Stosowanej Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, jednocześnie pracował w Katedrze Fizjologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Prof. January Ławecki (1930–1995) – badał kliniczne aspekty regulacji metabolicznych, ze szczególnym uwzględnieniem radioimmunologii. Praco-

wał w Katedrze i Klinice Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii Akademii Medycznej w Warszawie.

Prof. Henryk Rogala (1930–1995) – wybitny internista diabetolog, autor wielu cenionych prac klinicznych, dotyczących immunologicznych aspektów insulinoterapii. Był pracownikiem III Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, a później kierownikiem Kliniki Chorób Wewnętrznych Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie.

To jest do zrobienia

Obecnie mamy w Polsce ponad trzydzieści wysokospecjalistycznych ośrodków i zespołów, zajmujących się naukowo i praktycznie problemami diabetologii. Są one związane z zakładami, katedrami i klinikami fizjologii i biochemii, diabetologii, chorób wewnętrznych, położnictwa, okulistyki, kardiologii i chorób naczyń we wszystkich uniwersytetach medycznych i poza nimi.

Narastająca skala potrzeb społecznych i medycznych potwierdza przekonanie, że polska diabetologia powinna nadal szybko się rozwijać, znajdując odpowiednie ku temu warunki – dla dobra chorych i całego społeczeństwa.

Współczesne standardy medycyny podkreślają, jak ważny dla zachowania zdrowia i zapobiegania cukrzycy jest specjalny „prozdrowotny" styl życia, a w ramach niego: odpowiedni sposób odżywiania, codzienna dawka aktywności fizycznej oraz unikanie sytuacji stresujących. Zdrowy styl życia stał się główną metodą prewencji cukrzycy.

Niepokoi mnie, kiedy widzę, jak dzisiaj wygląda styl życia dzieci: częste zwolnienia lekarskie z lekcji WF w szkole oraz zamiłowanie do fast foodów, coca-coli i popcornu. Postulowałbym, żeby powstał specjalny przedmiot nauczania w szkole „Zdrowy styl życia, czyli zapobieganie chorobom". Uczenie dzieci zdrowego stylu życia powinno się zaczynać od najmłodszych lat, bo jak wiadomo „czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci". W wielu krajach za granicą, w soboty i niedziele dostępne są boiska szkolne, żeby każdy, kto zechce, mógł bezpłatnie poćwiczyć. Może warto pójść tym tropem, by dać szansę większej liczbie osób i zachęcić ich do aktywności fizycznej?

Uważam, że władze samorządowe każdego szczebla powinny aktywnie działać w zakresie upowszechniania zdrowego stylu życia, jako prewencyjnego w odniesieniu do cukrzycy. Bo cukrzyca to choroba społeczna.

Innym działem, ważnym dla rozwoju diabetologii, jest zwiększenie działalności naukowej z umiejętnością szybkiego wdrażania wyników do praktyki. W zakresie organizacji opieki diabetologicznej palącym problemem jest brak systemowego planu prewencji leczenia cukrzycy.

Mój sukces – opieka skupiona na pacjencie

To, co uważam – między innymi – za istotne w praktyce diabetologicznej, to staranie się o przyjacielskie nastawienie do każdego pacjenta. Nie można być lekarzem jedynie wydającym choremu zalecenia. Staram się, żeby między nami był stosunek partnerski, oparty na aktywnej współpracy, w tym dobrej samokontroli cukrzycy. Za swój sukces uważam, gdy widzę, że pacjent jest wyedukowany i umie praktykować samoopiekę; kiedy jesteśmy partnerami w ustalania planu leczenia. Opieka skupiona na pacjencie jest działalnością, która dostarcza najlepszych przeżyć w pracy lekarza. Cieszę się, że udało mi się pójść w tym kierunku.

Mam także szczególną satysfakcję ze współpracy międzynarodowej, o której wspominałem wcześniej. Miałem szansę zobaczyć, jak wygląda opieka nad pacjentem z cukrzycą w Joslin Clinic, Harvard Medical School w Bostonie, w Düsseldorfie w Klinice prof. M. Bergera, w Szpitalu Uniwersyteckim w Genewie u D. Pometty, w Szwecji, Norwegii, Danii. Te obserwacje pogłębiły we mnie znaczenie zawodu diabetologa. Diabetolodzy odnoszą duże korzyści z międzynarodowej współpracy. Marzeniem diabetologa jest uzyskanie możliwości wyleczenia cukrzycy. Szanse na to otwierają molekularna genetyka i epigenetyka.

Co to znaczy dzisiaj być diabetologiem?

Diabetolog to lekarz, który powinien budować swój autorytet na trzech filarach. Nie tylko na wiedzy, ale również na mądrości. Nie tylko na stosowaniu się do rekomendacji medycznych, lecz także na charyzmie – być przewodnikiem dla pacjentów. I wreszcie nie tylko na aspektach technicznych, ale też na wartościach moralnych i humanistycznych.

Praca z chorymi na cukrzycę powoduje, że każdy lekarz głęboko wnika zarówno w biologiczną, jak i psychoemocjonalną problematykę ludzkiej egzystencji. Jego zadaniem jest uczynić egzystencję pacjenta lepszą i szczęśliwszą.

Lekarz nie jest „wypisywaczem" recept. Jest badaczem natury zdrowia i choroby, stosującym dla dobra ludzi najbardziej skuteczne metody nauko-

Monografia autorstwa prof. Jana Tatonia poświęcona otyłości (wydana w j. rosyjskim)

we, jest promotorem szybkiego wykorzystywania wyników badań w praktyce – w celu zapobiegania chorobom, leczenia chorób lub niekiedy tylko łagodzenia ich objawów. „*Omnia procedit ex amore*", czyli „wszystko wynika z miłości" – mówi mądra maksyma. Na pewno tak dzieje się w medycynie. Lekarz czerpie siły z miłości do ludzi zagrożonych, do chorych szukających

pomocy. Te uczucia kierują ręką operującą nowoczesnymi narzędziami technicznymi, a także coraz skuteczniejszymi metodami prewencji i leczenia. Zapewne z tych względów stałem się autorem lub współautorem książek ukazujących humanistyczne i filozoficzne podejście do medycyny, jak m.in. „Kultura zawodu lekarza w XXI wieku", „Filozofia w medycynie", „Wieki uczą. Historia badań i leczenia cukrzycy", a także „Medycyna w USA".

Prof. Jan Tatoń

rocznik 1930. Jeden z najwybitniejszych współczesnych diabetologów w Polsce. Praktyk, ale jednocześnie badacz, filozof i społecznik oraz organizator opieki dla chorych na cukrzycę. Pierwszy Konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii, inicjator powołania specjalizacji z diabetologii oraz utworzenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Był członkiem Rady Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą (European Association for the Study of Diabetes) oraz „etatowym" ekspertem Światowej Organizacji Zdrowia w dziedzinie cukrzycy na światową skalę. Pełnił także funkcję prorektora ds. nauki Warszawskiej Akademii Medycznej. Zorganizował pierwszą w Polsce, odrębną, pełnoprofilową Klinikę Diabetologii. Jest autorem lub współautorem ponad 360 publikacji naukowych w dziedzinie klinicznych problemów cukrzycy, 32 monografii zawodowo-naukowych dla lekarzy, w tym tłumaczonych na języki obce. Za osiągnięcia naukowe i dydaktyczne był uhonorowany 17 nagrodami Ministra Zdrowia pierwszego stopnia oraz nagrodami międzynarodowymi.

Pochodzę z Podkarpacia, z małego, ale urokliwego miasteczka Pilzna (nie mylić z czeskim Pilznem). Tam skończyłem szkołę średnią. Nad przyszłością rozmyślałem wspólnie z kuzynami: Andrzejem i Jerzym Szczeklikami – synami pochodzącego z Pilzna znanego krakowskiego i wrocławskiego profesora, internisty i kardiologa Edwarda Szczeklika – którzy także bywali w Pilźnie. Obserwując pasję i zawodowe zaangażowanie Edwarda Szczeklika, zdecydowałem się zdawać na Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Tak zaczęła się moja przygoda, a zarazem pasja życiowa i zawodowa.

Rozmowa z profesor
Renatą Wąsikową

Opieka nad dziećmi z cukrzycą na Dolnym Śląsku

Mój dom rodzinny

Mój ojciec Franciszek Waniek urodził się 1885 roku w zaborze pruskim. Był z wykształcenia inżynierem górnictwa. Marzył, żeby zostać lekarzem, jednak w spełnieniu tego marzenia przeszkodziła mu sytuacja – Polska była wtedy pod zaborami. Ojciec, jako patriota, nie chciał wstąpić do wojska pruskiego, wyjechał więc do Francji. Zamieszkał u znajomego profesora, który zadbał o jego dalszą edukację, zapisując go na politechnikę. I tak został inżynierem górnictwa. Francuski dyplom nostryfikował w Krakowie. Moja mama Charlotta (z domu Piwowarska) nie pracowała. Była piękną kobietą. Owdowiała w wieku 44 lat.

Urodziłam się przed wojną w Janowie pod Katowicami, dzisiaj jest to dzielnica Katowic, gdzie ojciec pracował jako zastępca dyrektora w zakładach amerykańskiej spółki „Giesche". Rodzice byli kochający i troskliwi, miałam w domu dobre warunki do nauki. I dobrze je wykorzystałam. Bardzo dbano o moją edukację, kładąc szczególny nacisk na naukę języków obcych. Tata, który świetnie znał francuski, rosyjski, niemiecki i angielski, mawiał do mnie od dziecka: „Pamiętaj, że jak wyjedziesz gdzieś za granicę, to nikt cię nie zrozumie, jak będziesz mówić po polsku. Musisz znać inne języki w takim stopniu, żeby swobodnie się porozumiewać".

Dzięki nauce oraz amerykańskiej przyjaciółce Collin Newman już w liceum mówiłam biegle po angielsku i niemiecku. Ta umiejętność przydała mi się później w karierze naukowej. Często wyjeżdżałam na stypendia i kongresy zagraniczne, gdzie dzięki znajomości języków zdobywałam nowoczesną wiedzę, którą wykorzystywałam w kraju. Lubiłam się uczyć. Maturę zdałam celująco, co opisano w lokalnej prasie – wówczas panował zwyczaj publikowania różnych informacji. Ojciec przechowywał ten wycinek z gazety, przekazał mi go pod koniec życia. Mam go do dziś. Wspominam o tym, bo sama się sobie dziwię, że tak dobrze udało mi się zdać egzamin dojrzałości. Często bowiem zmieniałam szkołę z powodu przeprowadzek związanych z pracą ojca i każdą klasę kończyłam gdzie indziej – pierwszą, zaraz po wojnie, w Zabrzu, drugą w Gliwicach, trzecią w Bolesławcu, a maturę zdałam w Wałbrzychu. Na studia przyjechałam do Wrocławia.

Uważam, że języki to najlepszy posag, jaki otrzymałam dzięki rodzicom, bo reszta majątku przepadła w czasie wojny i po wojnie. We wrześniu 1939 roku moja rodzina utraciła wszystko, co miało znaczenie przed wojną. Chociaż muszę oddać sprawiedliwość, że nie było tak źle. Po wojnie ojciec został zatrudniony w przemyśle, co wcale nie było takie oczywiste, bo nie zapisał się do partii, a to w przemyśle się wtedy liczyło. Jako bezpartyjnego zwalniali go z jednego miejsca, ale ponieważ miał wspaniałe doświadczenie zawodowe i znał języki, szybko zatrudniali go w innym zakładzie.

Ja, podobnie jak ojciec, też nie należałam nigdy do żadnych organizacji, poza harcerskim epizodem w czasach szkolnych. Być może harcerką byłabym dłużej, ale później nastąpiły zmiany polityczne i wymagano od harcerzy deklaracji i zobowiązań, których ani ja, ani moi koledzy z drużyny nie chcieliśmy składać. Oddaliśmy więc lilijki.

Matura i egzamin na studia medyczne

Podczas egzaminu na studia medyczne we Wrocławiu usłyszałam: „Świetnie zdała pani maturę, egzamin na studia również, ale wie pani, na wydział lekarski nie bardzo możemy panią w tej chwili przyjąć". Nie wyjaśniono mi dlaczego, ale zaproponowano stomatologię. Wolałam medycynę. Trochę było niepewności, ale ostatecznie przyjęto mnie na wydział lekarski.

Jak to się stało, że jednak znalazło się dla mnie miejsce na medycynie, dowiedziałam się później od kolegi z roku, który był w podobnej sytuacji:

„Przyszło pismo na uczelnię, że twój ojciec ma wyjątkowo lewicowe poglądy". Była to prawda – ojciec, przedwojenny przemysłowiec, w 1936 roku poparł strajk polskich górników. Ten sam fakt uratował go także w1945 roku od aresztowania za „nieodpowiednie" pochodzenie.

Lekarzem chciałam zostać już od dziecka. Medycyna miała swoje miejsce nie tylko w sercu ojca. Mieliśmy rodzinne tradycje – lekarzem był brat mojej matki Fryderyk Piwowarski, a także mój ojciec chrzestny dr Franciszek Jeż. Wiedziałam, że chcę leczyć dzieci. Jeszcze w liceum miałam zabawną wpadkę związaną z pediatrią. Kiedy mój młodszy brat Marian zachorował na gruźlicę stawu biodrowego (gruźlica była częstym zjawiskiem po wojnie), leczył się w klinice we Wrocławiu. Któregoś dnia odwiedziłam go w szpitalu. Akurat był przy nim przystojny dr Sokołowski. Rozmawialiśmy chwilę o moich planach medycznych. Powiedziałam dr. Sokołowskiemu, że chciałabym zostać specjalistą chorób dziecięcych. „Acha, pediatrą" – powiedział doktor. A ja na to: „Nie, nie. Specjalistą chorób dzieci". Pomyliło mi się słowo „pediatria" z „ortopedia". Zorientowałam się, że strzeliłam gafę i zawstydzona szybko stamtąd uciekłam. Potem, gdy ponownie odwiedzałam brata w szpitalu, omijałam dr. Sokołowskiego szerokim łukiem. Dzisiaj myślę, że ta pomyłka musiała być dla niego bardziej zabawna niż oburzająca. Sama się dzisiaj z tego śmieję. I zostałam pediatrą.

Pierwsza praca i spotkanie z profesor Hirszfeldową

Studiowałam w latach1949–1954 na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wrocławskiego. Powołanie osobnej uczelni – Akademii Medycznej – nastąpiło w 1950 roku, po decyzji ówczesnych władz państwowych o rozdziale wydziałów medycznych od uniwersytetów. W trakcie studiów wyszłam za mąż za kolegę z roku, Feliksa Wąsika, a na piątym roku urodziłam syna Mariusza.

Tuż po ukończeniu studiów złożyłam wniosek o przyjęcie mnie do Kliniki Pediatrii, w której w tym czasie otwarto Oddział Pediatryczny i utworzono 20 etatów. Zostałam przyjęta, jednak wiadomość ta do mnie nie dotarła od razu. Tego dnia, tj. 3 października 1954 roku, byłam akurat na spacerze z moim synkiem, aż tu spotykam kolegę z roku, późniejszego prof. Zenona Szewczyka, członka komisji kwalifikacyjnej, który mówi do mnie zdziwiony: „Co ty, nie jesteś w pracy?". „W jakiej pracy?" – pytam. A on na to: „Przecież masz etat na pediatrii od 1 października". Jezus Maria, szybko wróciłam do domu, dziecko zostawiłam u sąsiadki i popędziłam na uczelnię.

Prof. Hanna Hirszfeldowa przyjęła mnie lodowato. Wcale się jej nie dziwię, też bym tak zrobiła – dostać tak wspaniały etat i nie stawić się na czas. Warto przypomnieć, że prof. Hirszfeldowa, żona prof. Ludwika Hirszfelda, współuczestniczyła przy tworzeniu po wojnie w 1945 roku wrocławskiej Akademii Medycznej i pod jej kierownictwem powołano I Katedrę i Klinikę Pediatryczną tego wydziału w październiku 1945 roku. Katedra i Klinika Pediatrii mieściły się w uruchomionym już w lipcu tego samego roku szpitalu dziecięcym. To była pierwsza tego rodzaju placówka na Dolnym Śląsku po wojnie.

„Tej pani trzeba się będzie dobrze przyjrzeć, bo zdaje się, że jest to ktoś, kogo trzeba będzie szybko zwolnić" – zwróciła się prof. Hirszfeldowa, w mojej obecności, do prof. Wandy Kinowskiej.

W takich okolicznościach zaczęłam pracę. Byłam bardzo przejęta, starałam się najlepiej, jak potrafiłam. Nie było to trudne, bo robiłam to, co kochałam. Chyba dobrze się postarałam, bo kiedy dziesięć lat później (w 1964 r.) prof. Hirszfeldowa odchodziła na emeryturę, zadecydowała, że mam zostać na pediatrii ogólnej i tutaj zrobić habilitację pod kierunkiem prof. Tadeusza Nowakowskiego, który właśnie objął po niej kierownictwo.

Z tym także związana jest zabawna anegdota. Zanim dostałam tę propozycję, skorzystałam z wcześniejszego zaproszenia od prof. Janiny Czyżewskiej, która zachęciła mnie, abym „przeszła z nią do Kliniki Zakaźnej", czyli oficjalnie Kliniki Chorób Infekcyjnych dla Dzieci. Zgodziłam się. A tu prof. Hirszfeldowa wzywa mnie do siebie w związku z jej przejściem na emeryturę i mówi: „Tadeusz (prof. Nowakowski, jej następca jako kierownik kliniki) naplotkował mi, że chce pani przejść do Kliniki Zakaźnej razem z panią prof. Czyżewską. Proszę pani, proszę natychmiast pójść do prof. Nowakowskiego i oświadczyć, że pani zostaje w naszej Klinice. Ja przewiduję tutaj pani habilitację i dalszą karierę naukową. W tej Klinice są znaczenie większe możliwości rozwoju naukowego, a ranga naszej Kliniki jest wysoka".

Proszę sobie wyobrazić, jak musiałam się przez te lata starać, żeby usłyszeć takie słowa od prof. Hirszfeldowej.

Przywołam jeszcze jedną anegdotę związaną z panią profesor. Któregoś dnia, w pierwszym lub drugim roku mojej pracy w Klinice Pediatrii Ogólnej, przyjechał po mnie mąż razem z naszym trzyletnim synkiem. Pani profesor popatrzyła na Mariuszka i powiedziała: „Śliczny ten chłopiec, ale następne dziecko, proszę pani, to dopiero, jak przejdę na emeryturę". I tak się stało.

Słowa dotrzymałam, co miałam zrobić. Córka jest 14 lat młodsza od syna. Prof. Hirszfeldowa też miała wcześniej córkę, która niestety zmarła z powodu guza mózgu.

Profesor była wspaniałym człowiekiem, miałam szefową wielkiego formatu. To ogromne szczęście, że mogłam z nią pracować i od niej się uczyć. Była moim mistrzem i nauczycielem. Kiedy dzisiaj pomyślę, w jaki sposób udało mi się wtedy dzielić obowiązki studentki i matki, a wkrótce potem lekarza, to się zastanawiam, jak ja to robiłam. A przecież jednocześnie miałam inne obowiązki – domowe.

Pediatria, diabetologia, endokrynologia

Moja przygoda z diabetologią zaczęła się przez przypadek. Byłam już pediatrą ogólnym, kiedy zaczęłam przychodzić do Poradni Endokrynologicznej poszerzać swoją wiedzę u mojej starszej koleżanki dr Agnieszki Budzyńskiej. Któregoś dnia w 1960 roku dr Budzyńska powiedziała do mnie: „Słuchaj, ja mam tak dużo pacjentów, sama nie daję rady. Oddam ci pod opiekę dzieci z cukrzycą, będziesz miała materiał do prac naukowych". I tak zaczęłam zajmować się dodatkowo dziećmi chorymi na cukrzycę. Kiedy dr Budzyńska przeszła na emeryturę, przejęłam po niej Poradnię Endokrynologii Wieku Rozwojowego, zostałam jej kierownikiem. Byłam bardzo wdzięczna dr Budzyńskiej, że wciągnęła mnie w diabetologię. To na jej cześć dałam córce na imię Agnieszka.

W 1989 roku została otwarta Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego, jako druga tego typu klinika w Polsce. Zostałam jej kierownikiem, funkcję tę pełniłam do 2000 roku, a do roku 2002 pracowałam tam jako doradca naukowy. Klinika została wyłoniona z Oddziału Endokrynologii Wieku Rozwojowego, który istniał przy I Klinice Pediatrycznej, w której wcześniej pracowałam (tej samej, do której przyjęła mnie na etat w 1954 pani prof. Hirszfeldowa) oraz z Poradni Endokrynologicznej i Diabetologicznej w ramach podziału I Kliniki Pediatrycznej. Połączenia tych jednostek i otwarcia nowej Kliniki dokonał ówczesny rektor Akademii Medycznej prof. Bogdan Łazarkiewicz.

W Klinice Endokrynologii Wieku Rozwojowego był zatrudniony wspaniały zespół. Zorganizowaliśmy laboratorium oznaczeń hormonów. Klinika była jedyną taką placówką na Dolnym Śląsku. Ambulatoryjnie w obu przychodniach jest dzisiaj rocznie przyjmowanych ponad siedem tys. małych

pacjentów. W ramach kształcenia podyplomowego są tu prowadzone na zlecenie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego kursy doskonalące dla lekarzy z zakresu endokrynologii i diabetologii wieku rozwojowego.

Jako klinika współpracowaliśmy bardzo aktywnie z innymi placówkami naukowymi w kraju i za granicą. Na wyróżnienie zasługuje przede wszystkim długoletnia współpraca z prof. Hansem Äkerblomem z Helsinek oraz jego zespołem. Dzięki tej współpracy było możliwe wykonanie u nas niedostępnych lub bardzo drogich badań naukowych, m.in. do prac na stopień doktora nauk medycznych oraz pracy habilitacyjnej prof. Anny Noczyńskiej, obecnej kierownik kliniki. Prace te finalnie zostały wyróżnione przez Radę Wydziału.

Wspólnie z profesorem Äkerblomem i prof. Hanną Dziatkowiak kreowaliśmy Stowarzyszenie Lekarzy Krajów Nadbałtyckich. Spotkania odbywały się w Finlandii, na Litwie i Łotwie, w Estonii i w Polsce. Prof. Äkerbloma poznałam wiele lat temu w Lizbonie na zjeździe Europejskiego Towarzystwa Diabetologicznego (EASD) dzięki prof. Irinie Kalits, naczelnej endokrynolog Estonii. W tych międzynarodowych spotkaniach brali udział czołowi diabetolodzy z wymienionych wcześniej krajów, z Polski m.in.: prof. Artur Czyżyk, prof. Jacek Sieradzki, prof. Stanisław Czekalski, prof. January Ławecki i prof. Teresa Czyżykowa.

Najbardziej znamiennym działaniem na arenie międzynarodowej jest moja aktywność w roli koordynatora krajowego w Polsce (National Coordinator) w wieloośrodkowym międzynarodowym programie naukowym TRIGR (Trial to Reduce IDDM at Genetically at Risk") – badania molekularno-genetyczne u krewnych dzieci z cukrzycą typu1. Celem badania jest ocena możliwości zmniejszenia ryzyka wystąpienia cukrzycy u dzieci, które urodziły się w rodzinach obciążonych genetycznie takim ryzykiem. Funkcję koordynatora tego badania powierzył mi oraz kierowanemu przeze mnie ośrodkowi wrocławskiemu prof. Hans Äkerblom, główny animator i koordynator TRIGR. Badania trwają na świecie od 2000 roku, w Polsce od 2002, program ma się zakończyć na początku 2020 roku. Badania te są finansowane głównie przez amerykański National Institute of Health (NIH), Unię Europejską oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Corocznie odbywają się spotkania badaczy w poszczególnych krajach. W 2003 roku zorganizowałam takie spotkanie we Wrocławiu.

Badania w ramach TRIGR są prowadzone na trzech kontynentach – w Australii, Ameryce Północnej oraz w Europie, we wszystkich liczących się ośrodkach diabetologii pediatrycznej. W Polsce brali w nim udział lub nadal biorą: zespół krakowski, którego przewodniczącą była prof. Hanna Dziatkowiak, a obecnie jest prof. Jerzy Starzyk, dr Marta Ciechanowska; zespół katowicki (prof. Przemysława Jarosz-Chobot jako przewodnicząca oraz dr Grażyna Deja); zespół łódzki w Centrum Zdrowia Matki Polki (prof. Katarzyna Cypryk oraz dr Małgorzata Szałapska); Klinika Pediatryczna (prof. Agnieszka Szadkowska, prof. Wojciech Młynarski oraz prof. Jerzy Bodalski, który jest obecnie na emeryturze). Prof. Hans Äkerblom został członkiem honorowym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Dotychczas ukazało się ponad 50 publikacji dotyczących badania TRIGR.

Za szczególnie ważne doświadczenie naukowe uważam także ścisłą współpracę z jednym z najwybitniejszych w historii diabetologów – prof. Michaelem Bergerem z kliniki w Düsseldorfie. Przebywałam dwukrotnie na stypendium naukowym w tej renomowanej klinice. Po powrocie ze stypendium w 2002 roku, wzorem kliniki prof. Bergera, wprowadziliśmy w naszej klinice we Wrocławiu, i po raz pierwszy w Polsce, osobiste pompy insulinowe, które nosi się przy sobie. Uroczyste podłączenie pierwszej pompy pacjentowi odbyło się w obecności przedstawiciela rządu, przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Konsultanta krajowego oraz prof. Sawickiego z kliniki w Düsseldorfie (w zastępstwie prof. Bergera).

Doświadczenia zdobyte w klinice prof. Bergera były nieocenionym źródłem wiedzy, motorem postępu w rodzimej diabetologii. Przedwczesna śmierć prof. Bergera z powodu choroby nowotworowej była wielką stratą. Był wspaniałym, nowoczesnym diabetologiem. Nazwał mnie następczynią prof. Karola Stoltego – kierownika wrocławskiej Kliniki Pediatrii w latach 1913–1945 i pioniera nowoczesnej insulinoterapii w cukrzycy typu 1. Prof. Berger był fundatorem, a jednocześnie inicjatorem umieszczenia w 1994 roku w klinice we Wrocławiu tablicy pamiątkowej poświęconej pamięci tego wybitnego diabetologa dziecięcego, wyprzedzającego swoją epokę. Uroczystość opisywano zagranicznych czasopismach. Jeden z egzemplarzy przesłał mi lekarz, który wiele lat temu wyemigrował do Schwarzwaldu w Niemczech. Oto treść listu: „Szanowna Pani Profesor. Przyczyną napisania tego listu jest załączony artykuł lekarki z Francji, pani dr Katarzyny

Arnheim, o kąciku i tablicy pamiątkowej czczącej jednego z pionierów diabetologii – profesora wrocławskiego z lat międzywojennych Karola Stoltego. Już wiele razy tutejsza prasa lekarska wspominała o honorowaniu w Polsce różnych wybitnych uczonych światowej sławy (w tym również pochodzenia niemieckiego), jak np. dr. Roberta Kocha w Wolsztynie w miejscowościach wiążących się z ich działalnością. Wielki to postęp na drodze nauki polskiej do odrodzenia dawnych powiązań z kulturą ogólnoeuropejską. Bo przecież było to biegunowo odmienne jeszcze przed ćwierćwieczem, gdy opuszczałem Polskę. Łączę koleżeńskie pozdrowienia, Andreas Stephan Rzadkowski".

Prof. Stolte był pionierem podawania u dzieci z cukrzycą typu1 wielokrotnych dawek krótko działającej insuliny, odpowiednio dobranych – w zależności od zapotrzebowania. Zalecenie to, a także ideę intensywnego szkolenia pacjentów i ich rodziców oraz „wolnej diety", prof. Stolte rozwijał od 1929 roku, a więc już siedem lat po wynalezieniu insuliny. Wyprzedził w ten sposób o 50 lat sposób optymalnego leczenia cukrzycy typu 1.

Miało to miejsce w czasach, kiedy stan wyrównania cukrzycy oceniano na podstawie testu moczu, co nie było łatwe. Pacjenci lub ich rodzice musieli kilkakrotnie w ciągu doby wykonywać jedyne wówczas dostępne badania moczu na obecność cukru. Prof. Stolte był w związku z tym orędownikiem samokontroli cukrzycy, w której pacjent sam podejmuje decyzję o dawkowaniu insuliny, a lekarz pełni rolę doradcy i partnera. O istniejących obecnie możliwościach oznaczania cukru we krwi można było jedynie pomarzyć.

Prof. Stolte rozbudował klinikę, nadając jej ponadregionalny charakter.

Zasługi prof. Stoltego oraz prof. Oskara Minkowskiego – odkrywcy etiologii cukrzycy typu 1, a także innych wybitnych diabetologów działających w przedwojennym Wrocławiu opisałam wspólnie z dr. Aleksandrem Basiakiem w monografii „Rys historyczny diabetologii na Dolnym Śląsku". Monografię napisaliśmy również w języku angielskim. Została ona przedstawiona na międzynarodowym spotkaniu badaczy programu TRIGR. Za napisanie tej pracy do dzisiaj dostaję podziękowania od naukowców i lekarzy z zagranicy. To ważne, by pamiętać o tych, którzy działali przed nami i zasłużyli się dla diabetologii. Korzystamy z ich prac i doświadczenia, możemy je rozwijać, przyczyniając się tym samym do postępu w medycynie, a szczególnie w diabetologii – dziedzinie, którą ukochaliśmy. Prof. Minkowski ma we Wrocławiu swoją ulicę. Europejskie Towarzystwo Diabetologiczne (EASD) wręcza od 1966 roku Nagrodę Minkowskiego o wartości 20 tys. euro za nadzwy-

Uroczystość odsłonięcia tablicy ku pamięci prof. Karla Stoltego, pioniera stosowania intensywnej insulinoterapii u dzieci, tablica znajduje się przy wejściu do kliniki prowadzonej przez prof. Renatę Wąsikową (w środku, pierwszy od prawej – prof. Stanisław Czekalski, trzeci od lewej – dr Viktor Jörgens, dyrektor generalny EASD, czwarty od lewej – prof. Jan Tatoń)

czajne osiągnięcia w badaniach z zakresu diabetologii. Obecnie wybitnym naukowcom diabetologom jest również wręczana nagroda im. Stoltego.

Współpraca z zagranicą

Pamiętam moją wyprawę na stypendium DAAD (Deutscher Akademischer Austauschdienst, Niemiecka Centrala Wymiany Akademickiej) do Moguncji w Niemczech. Kiedy się tam zjawiłam, kierownik tamtejszej Kliniki Endokrynologicznej prof. Jürgen Beyer zawołał swoją sekretarkę i odezwał się do niej tymi słowami: „Proszę pani, przyjechała tu do nas pani doktor z Wrocławia, proszę się jej dobrze przyjrzeć". Znowu byłam pod czujnym okiem. Widocznie był przede mną w tej klinice może mniej solidny stypendysta. Potem, gdy już poznaliśmy się z prof. Beyerem lepiej, to zaprosił mnie nawet do siebie do domu, poznałam jego rodzinę, a on sam przyjeżdżał do Polski na nasze zjazdy diabetologiczne. Wystarczyło ciężko pracować, tzn. uczciwie wywiązywać się ze swoich obowiązków, by zyskać dobrą opinię.

Prof. Beyer zarekomendował mnie później jako stypendystkę do Kliniki Pediatrycznej we Frankfurcie nad Menem, w której poznałam równie wspaniałego diabetologa – prof. Kolmanna, od którego też wiele się nauczyłam.

Bardzo istotna była dla mnie również współpraca z wybitnym ekspertem w dziedzinie zespołu metabolicznego, prof. Markolfem Hanefeldem. W ciągu wielu lat organizował on w Dreźnie ważne i interesujące sympozja poświęcone zespołowi metabolicznemu, zatytułowane „The metabolic syndrome, a postprandial disease". Byłam członkiem komitetu naukowego, przewodniczącą sesji naukowych. Przedstawiłam także wyniki badań wieloośrodkowych, prowadzonych w wybranych ośrodkach w Polsce: Lublinie, Katowicach, Białymstoku, Łodzi i Krakowie, dotyczących zespołu metabolicznego u dzieci. W latach 2003–2007 byłam też członkiem Międzynarodowego Komitetu Federacji, tzw. Międzynarodowych Donau Sympozjum – obecnie „Diabetologów Europy Centralnej".

Moi pacjenci

Pamiętam wielu z nich. I cieszę się, kiedy spotykam ich w dobrym zdrowiu po latach, już jako osoby dorosłe. Tak jak Mirka, od którego kupiłam przed ostatnim Bożym Narodzeniem choinkę. Mirek zajmuje się zawodowo hodowlą roślin ozdobnych, głównie drzew, dobrze wiedzie mu się w tej dziedzinie. Jest już ojcem, ma dwóch synów, jeden pracuje razem z nim.

Ciekawa rzecz, jeśli chodzi o występowanie cukrzycy 1 typu w rodzinach, w których choruje któreś z rodziców. Jedna z moich koleżanek – dr Teresa Stasińska, zrobiła doktorat na ten temat. Okazuje się, że jeśli to ojciec choruje, to zagrożenie, że dziecko też będzie chore i choroba ujawni się we wcześniejszym wieku, jest większe niż wtedy, kiedy na cukrzycę typu 1 choruje matka. Przypadek Mirka potwierdza tę regułę. Jeden z jego synów zachorował na cukrzycę, gdy miał dwa i pół roku. Drugi syn również ma predyspozycję genetyczną do cukrzycy, ale na razie jest zdrowy.

Inna moja pacjentka, jedna z pierwszych, skończyła 40 lat. W ubiegłym roku zrobiła mi miłą niespodziankę. Odwiedziła mnie w szpitalu i zostawiła dla mnie list, w którym napisała, że czuje się dobrze, ze wzrokiem też u niej wszystko w porządku, cukrzyca jest u niej pod kontrolą, przyjmuje wielokrotne dawki insuliny. To miłe, że pacjenci pamiętają o mnie.

Mam też w pamięci małą Halinkę, która z powodu cukrzycy miała poważne zmiany w nerkach. Nie zakwalifikowano jej do przeszczepienia, bo

w tamtych czasach cukrzyca stanowiła przeciwwskazanie do transplantacji. Halinka zmarła. Dzisiaj cukrzyca jest pierwszym wskazaniem do przeszczepienia i Halinka zostałaby prawdopodobnie uratowana.

Niedawno odwiedziła mnie dorosła już pacjentka, która urodziła się bez tarczycy, a ja leczyłam ją od początku. Wyrosła na piękną kobietę, ma 173 cm wzrostu, a bez tarczycy i nieleczona byłaby dzisiaj karłem. Jest matką czwórki dzieci. Przyniosła mi zdjęcie swojej rodziny.

Leczyłam ją do 18. roku życia, a potem przeszła pod opiekę dr Szymczak w poradni dla dorosłych. Któregoś dnia zadzwoniła do mnie dr Szymczak z wiadomością, że ginekolodzy chcą tej dziewczynie (była już w ciąży) odstawić leczenie hormonalne na czas ciąży. Byłam zdania, że przeciwnie – trzeba jej dać większe dawki hormonów, bo płód się rozwija. Zadzwoniłyśmy z dr Szymczak, aby skonsultować się z prof. Idą Kilnalską z Białegostoku, która doskonale znała te problemy. „Oczywiście, że zwiększyć hormomony" – powiedziała prof. Kinalska.

Wspominam przypadek tej pacjentki, bo jest szczególny, to się przecież nie zdarza, żeby kobieta zaszła w ciążę, nie mając tarczycy. To był mój pierwszy i jedyny taki przypadek. „Pragnę Pani podziękować, że mogę żyć zdrowa u boku męża i otoczona dziećmi. To dzięki Pani. Do życzeń dołączają wdzięczni dziadkowie" – taką dostałam od niej kartkę z podziękowaniami.

Dolnośląski Oddział PTD

W 1999 roku ówczesny Konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii – prof. Jan Tatoń poprosił mnie o zorganizowanie dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. A wkrótce potem, jeszcze w tym samym roku, o zorganizowanie ogólnopolskiego zjazdu PTD. Zjazd odbył się we Wrocławiu, uczestniczyło w nim ponad dwa tys. lekarzy, a jego organizację oceniono bardzo dobrze.

Wspólnie z członkami Dolnośląskiego Oddziału PTD organizowaliśmy liczne konferencje, warsztaty dla lekarzy, wykłady dla studentów, szkolenia dla pielęgniarek, pacjentów i ich rodzin.

W 2004 roku zorganizowałam wspólnie ze współpracownikami kliniki bardzo ważne Międzynarodowe Sympozjum Diabetologów Europy Centralnej (wcześniej Donau Sympozjum), które prof. Hemlut Schatz z Uniwersytetu w Bochum (Niemcy), przewodniczący Towarzystwa Diabetologów Europy Centralnej, ocenił jako wzorowe i podawał jako przykład na następnych

sympozjach. Powierzenie organizacji tego sympozjum było wyrazem uznania dla diabetologów dolnośląskich. Wrocław bowiem nie leży nad Dunajem, a takie położenie było dotychczasowym warunkiem organizacji. Byłam głównym organizatorem tego sympozjum, a propozycję podjęcia się tego zadania złożył mi prof. Jacek Sieradzki z Krakowa.

Poza Wrocławiem ośrodkiem diabetologicznym na Dolnym Śląsku, z którym klinika ściśle współpracowała, jest Lubin. Kieruje nim dr Irena Szykowna. Byłam m.in. promotorem dwóch bardzo ciekawych doktoratów: dr Ireny Szykownej – na temat ryzyka zachorowania na cukrzycę u potomstwa pacjentów z cukrzycą typu 2" oraz dr Marii Dziury, który dotyczył ryzyka zachorowania na cukrzycę i występowania otyłości u potomstwa pacjentów z otyłością prostą. Wyniki tych doktoratów były przedstawione na szeregu międzynarodowych zjazdach diabetologicznych.

Oddział w Lubinie corocznie organizuje, z aktywnym udziałem pracowników Kliniki Endokrynologii i Diabetologii, konferencje naukowe, zawsze perfekcyjnie przygotowane, na wysokim poziomie, cieszące się dużą frekwencją. Ja zawsze wygłaszam referat plenarny.

Przez szereg lat współpracowałam z prof. Brunonem Weberem czołowym pediatrą i diabetologiem w Niemczech. Przy współudziale pana profesora wraz zespołem Kliniki Endokrynologii we Wrocławiu zorganizowałam na zlecenie i pod auspicjami Międzynarodowej Organizacji Diabetologów Dziecięcych (ISPAD) konferencję naukową w Karpaczu. Prof. Weber został członkiem honorowym PTD. Byłam osobą wprowadzającą. Wspomnieć należy także o współpracy naukowej z następcą prof. Webera – prof. Thomasem Dannem, kierownikiem kliniki w Hanowerze w Niemczech. We wrześniu 2000 roku zorganizowałam wspólną dla obu klinik konferencję naukową w Szklarskiej Porębie. W 2002 roku wraz z pracownikami kliniki zostałam zaproszona przez prof. Dannego do Hanoweru na sympozjum międzynarodowe poświęcone leczeniu pompami osobistymi u dzieci. Powierzony został mi wykład plenarny, ponieważ osobiste pompy insulinowe zostały wprowadzone w klinice wrocławskiej jako pierwsze w Polsce, nawet wcześniej niż w klinice prof. Dannego.

Prof. Danne uczestniczył w zorganizowanym w 1992 roku przez mnie i mój zespół Ogólnopolskim Sympozjum Endokrynologów Dziecięcych. W 2004 roku uczestniczył bardzo aktywnie w zorganizowanym również

przeze mnie Sympozjum Diabetologów Europy Centralnej, po którym otrzymałam od prof. Dannego pismo z podziękowaniem.

W 2003 roku zorganizowałam we Wrocławiu międzynarodowe spotkanie badaczy dotyczące pierwotnej prewencji cukrzycy typu 1 u najmłodszych dzieci. Badania te są prowadzone od 2002 roku na trzech kontynentach: w Ameryce Północnej, Europie i Australii.

Członkowie oddziału PTD od wielu lat prowadzą międzynarodowe programy badawcze, w których pełnią także ważne funkcje, np. koordynatora krajowego.

Uczestniczyłam również w opracowaniu oraz tłumaczeniu podręczników, m.in. „Cukrzyca typu 1" i „Co nowego w cukrzycy?" – z inicjatywy prof. Ewy Otto-Buczkowskiej.

Systematycznie odbywają się zebrania naukowe Dolnośląskiego Oddziału PTD, zawsze perfekcyjnie przygotowane i na wysokim poziomie, z udziałem wybitnych diabetologów z kraju oraz zagranicy.

Pod auspicjami Towarzystwa Endokrynologów Dziecięcych wydawane jest czasopismo „Pediatric Endocrynology, Diabetes and Metabolism". Byłam jego kreatorem i przez wiele lat, od momentu powstania, jego głównym redaktorem. Czasopismo otrzymuje także prace od autorów zagranicznych.

Diabetologia jest ciekawa i ma przyszłość

Wielu swoim współpracownikom niejednokrotnie mówiłam, że dziedzina, którą wybraliśmy jest bardzo interesująca, a poza tym jest taką dziedziną, która będzie się w przyszłości rozwijała. Bardzo wiele zrobiono, lecz jest jeszcze wiele do zrobienia. Diabetologia jest tak ciekawa, bo prawie każdy przypadek jest inny i wymaga bardzo wnikliwego, dogłębnego, analizowania, a czasami dłuższego zastanowienia się nad właściwym rozpoznaniem oraz leczeniem. Diabetologia jest, w moim przekonaniu, jedną z ciekawszych i bardzo wdzięcznych dziedzin medycyny.

Szczytem osiągnięć byłoby móc wyleczyć chorego z cukrzycy. Na razie jest to niemożliwe.

Jestem dumna z...

Dumna to może za dużo powiedziane. Uważam, że wybrałam właściwą drogę zawodową. Czuję satysfakcję, z tego, co zrobiłam. Moje prace naukowe

były cenione w kraju i za granicą. Publikowałam m.in. w światowych pismach naukowych. Wykształciłam szereg doktorantów, napisałam wiele recenzji prac doktorskich, habilitacyjnych, profesorskich – chyba dla niemal wszystkich polskich diabetologów dziecięcych.

Jestem autorem i współautorem 275 prac naukowych publikowanych także w czasopismach anglojęzycznych, niemieckich i francuskich, a także promotorem 21 doktoratów, autorem 48 recenzji na stopień doktora, a także prac habilitacyjnych, wniosków profesorskich, kandydatów na członków honorowych uczelni, grantów, skryptów. Jestem również autorem rozdziałów do podręczników. Byłam recenzentem bardzo licznych artykułów w czasopismach, członkiem Komisji Egzaminacyjnej z Pediatrii, przewodniczącą Komisji Rekrutacyjnych na studia medyczne.

W 2003 byłam nominowana przez American Biographical Institute do prestiżowego tytułu „Woman of the year 2003".

Wydaje mi się, że nie zmarnowałam swojego życia ani zawodowego, ani prywatnego – tak bym to ujęła. Starałam się pomagać mężowi, jeździłam z nim na kongresy jako „osobisty tłumacz", choć on biegle władał francuskim, to jednak język ten ma dzisiaj niewielkie zastosowanie w świecie naukowym.

Ciekawie scharakteryzowała mnie prof. Stefania Jabłońska, wybitny dermatolog o światowej sławie, w liście do mojego męża, również dermatologa i jej kolegi po fachu, z którym współpracowała:

„Kochany Felku, (...) muszę pochwalić zasadniczą wspaniałą rolę Reni. Jest dla mnie wzorem człowieka – jako żona usuwa się zawsze w cień, chociaż ma rolę pierwszoplanową. Mogę tylko porównać z Sissi Braun-Falco [żona wybitnego niemieckiego dermatologa Otto Braun-Falco – red.], również wspaniałą i niezwykle mądrą żonę, ale ona jest kaleką na wózku. Tilde Marchionini – niezwykła, cudowna, najmądrzejsza kobieta jaką znałam – była trochę wysunięta do przodu, przed mężem [Alfredem Marchioninim, innym wybitnym niemieckim dermatologiem]. Renia jest nie tylko żoną, ale ma własną karierę naukową". Takie to były czasy...

Wychowałam syna i córkę, co dzisiaj nie jest wcale takie proste. Jestem dumna z moich dzieci, z ich osiągnięć. Syn jest bardzo pracowity, uczciwy, rzetelny. Jest lekarzem, pracuje naukowo. Był wyróżniającym się studentem, proponowano mu pracę we Wrocławiu oraz możliwość dalszej kariery na-

ukowej w różnych klinikach, m.in. na ginekologii i chirurgii. Działał nawet przez jakiś czas w naukowym kole chirurgicznym. Jednak Mariusz bardziej był zainteresowany teorią. Myślę, że na wybór drogi naukowej miały wpływ jego przywiązanie i miłość do babci Piwowarskiej, mojej mamy, która zachorowała na raka piersi i przedwcześnie zmarła z tego powodu. Mariusz chciał poznać przyczyny choroby, którą spowodowała śmierć jego ukochanej babci i poszukiwać dróg terapeutycznych w onkologii. Dzisiaj jest pracownikiem naukowym, profesorem na Uniwersytecie Pensylwanii w Filadelfii. Jest zapraszany z wykładami do Europy – Cambridge, Wiednia, Monachium, Kopenhagi.

Moja córka Agnieszka wybrała inną drogę, jest dermatologiem estetycznym. Ma więcej pacjentów niż mogłaby sama przyjąć, wygląda na to, że jest cenionym lekarzem.

Gdy myślę o sobie...

Mam w sobie radość życia, co jest zasługą moich rodziców, którzy wychowali mnie bez kompleksów. Nie zabiegałam w życiu o funkcje administracyjne ani stanowiska. W pracy zawodowej skoncentrowałam się na tym, co mnie interesuje, czyli na swoich naukowych problemach. Tak jest do tej pory. Dzięki temu nie doświadczam rozczarowań, bo to, co robiłam, zależało ode mnie, a nie od widzimisię rozdających stanowiska.

Mój ojciec przekazał mi dwie rady, które wzięłam sobie do serca: „Nie słuchaj tego, co ludzie mówią, tylko patrz na to, co robią. A gazety czytaj między linijkami". To były bardzo cenne rady.

Z ludźmi mam na ogół dobre relacje. I w pracy, i prywatnie. Myślę, że cechą, która ułatwia mi kontakt z innymi, jest autoironia – to jest u nas rodzinne.

To w życiu jest ważne

Najważniejsze w życiu według mnie było i jest nadal wyznaczenie sobie celu i konsekwentne dążenie do niego. A poza tym? Postępować tak, żeby śmiało spoglądać w lustrze na swoje odbicie. Być uczciwym, po prostu. Zawsze wybierałam „być", a nie „mieć". To dawało mi poczucie sensu i satysfakcję.

Prof. Renata Wąsikowa
z domu Waniek, rocznik 1930. Pełniła wiele funkcji i stanowisk, m.in. wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Endokrynologów Dziecięcych, członka Międzynarodowego Komitetu Organizacyjnego Sympozjów Diabetologicznych, Konsultanta regionalnego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii pediatrycznej, członka towarzystw naukowych krajowych i międzynarodowych. Organizatorka zjazdów i sympozjów naukowych krajowych i międzynarodowych. Była redaktorem naczelnym czasopisma „Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieku Rozwojowego", które następnie zmieniło nazwę na „Pediatric Endocrynology, Diabetology and Metabolic Deseases", redagowanego przez panią profesor w języku polskim i angielskim.
Członek Komisji Endokrynologii i Chorób Metabolicznych PAN oraz Państwowej Komisji Specjalizacyjnej z zakresu Diabetologii, przewodnicząca Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, sekretarz Dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Członek Zarządu Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, dwukrotna stypendystka DAAD (Deutscher Akademischer Austauschdienst Deutschland).

Kalendarium
1958 – I stopień specjalizacji z pediatrii
1962 – II stopień specjalizacji z pediatrii
1964 – obrona pracy doktorskiej: „Badania elektroforetyczne i immunoelektroforetyczne u dzieci z gorączką reumatyczną leczonych enkortonem"
1973 – habilitacja: „Elektrolity krwinek czerwonych u dzieci z klinicznie wyrównaną cukrzycą typu 1 oraz w cukrzycy doświadczalnej"
1981 – specjalizacja z endokrynologii

Odznaczenia i nagrody
Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, Złota Odznaka „Zasłużonych dla Dolnego Śląska", Odznaka Przyjaciel Dziecka.
Nagroda Naukowa II stopnia przyznana przez Radę Naukową przy Ministrze Zdrowia, Nagrody Naukowe I i II stopnia przyznawane przez JM Rektora – w sumie osiem, za twórcze i ważne osiągnięcia w pracy naukowo-badawczej. Nagrody III stopnia za osiągnięcia dydaktyczne i organizacyjne – w sumie siedem.

Wybitny pediatra, endokrynolog i diabetolog. Lekarz i naukowiec ceniony w Polsce i na świecie. Autorka i współautorka ponad 275 prac naukowych z dziedziny pediatrii, diabetologii i endokrynologii, publikowanych także w czasopismach anglojęzycznych, niemieckich i francuskich. Twórczyni Dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Mąż Feliks Wąsik był wybitnym dermatologiem. Córka Agnieszka jest dermatologiem, a syn Mariusz profesorem, wybitnym naukowcem w dziedzinie onkologii na Uniwersytecie w Filadelfii.
Mieszka we Wrocławiu, w domku z ogródkiem i dwoma psami – Diego i Tobim.

Rozmowa z profesor
Bogną Wierusz-Wysocką

Mogłam zostać wyłącznie lekarzem

Ludzkie podejście do pacjenta

W 1967 roku, kiedy kończyłam studia, panował pogląd, że jeśli pacjent nie ma kwasicy lub śpiączki cukrzycowej, a stężenie glukozy we krwi na czczo mieści się w granicach 200–300 mg/dl, to nie ma co się martwić o przebieg choroby. Nie było też wtedy w Polsce mowy o jakiejkolwiek edukacji diabetologicznej, pomimo że już w latach 20. XX wieku prof. Elliot Proctor Joslin, twórca współczesnej diabetologii, sformułował twierdzenie: „chorzy wiedzący najwięcej, żyją najdłużej".

W okresie, do którego sięgam zawodową pamięcią, praktycznie wszystkie dziedziny z zakresu chorób wewnętrznych mieściły się w obrębie jednej, dwustopniowej specjalizacji. W Akademii Medycznej w Poznaniu istniały wówczas trzy kliniki chorób wewnętrznych: w Szpitalu im. Heliodora Święcickiego przy ul. Przybyszewskiego, w Szpitalu Klinicznym im. Pawłowa przy ul. Długiej oraz w Szpitalu im. Józefa Strusia przy ul. Szkolnej. Los skierował mnie do tej ostatniej. Kierował nią wówczas prof. Kazimierz Wysocki (zbieżność nazwisk), nazywany „małym Kaziem". To on nauczył nas wszystkiego, zwłaszcza tego, na co lekarzom nie zwracano uwagi na studiach i dzisiaj nadal jest to ograniczone w programach edukacyjnych uczelni medycznych, mianowicie – podejścia do pacjenta. Profesor nauczył nas nie tylko tego, jak być dobrym diagnostą, lecz także jak się zachowywać,

a nawet w jaki sposób ubierać, żeby okazywać szacunek i empatię chorym oraz ich bliskim. Szef miał talent do nawiązywania kontaktu z pacjentami, zawsze pytał ich o rodzinę. „Chory oczekuje pogłaskania po głowie" – mawiał. Wymagał od nas bardzo wiele, zarówno w obszarze pracy klinicznej, dydaktycznej, jak i naukowej. Profesor nigdy nie badał pacjentów sam, zawsze towarzyszył mu któryś z młodszych lekarzy. Po pierwsze dlatego, że była to okazja, abyśmy uczyli się rozmawiać i komunikować z chorymi, a po drugie, żeby uniknąć niezręcznej sytuacji, gdyby pacjent miał pomysł, by np. wręczyć lekarzowi łapówkę. To się nazywa etyka.

W tamtym okresie, na przełomie lat 60. i 70., ostry dyżur danego dnia pełnił tylko jeden z trzech szpitali, zabezpieczając wszystkich mieszkańców Poznania i okolic. Po takim dyżurze na długim szpitalnym korytarzu stało kilkanaście łóżek dostawnych z ciężko chorymi. Szef nigdy się nie denerwował z tego powodu. Cudowny człowiek, wspaniały nauczyciel.

Te dziesięć ostrych dyżurów w miesiącu, przypadających tylko na jeden szpital, powodowało, że leczyliśmy wszystkich wymagających hospitalizacji pacjentów internistycznych, niezależnie od rozpoznania. Często w czasie dyżuru przyjmowaliśmy po 120–150 osób, w tym wielu z ciężką hipoglikemią przypominającą napad padaczkowy.

Wilgotna skóra, czyli niedocukrzenie

Wstępną diagnozę zaburzeń gospodarki węglowodanowej stawiało się wówczas, biorąc pod uwagę stan wilgotności skóry. Skóra sucha i miękkie gałki oczne u osoby z cukrzycą wskazywały na wysokie wartości glikemii we krwi. Natomiast skóra wilgotna u osoby agresywnej i pobudzonej przemawiała za niedocukrzeniem. Na tej podstawie rozpoczynaliśmy terapię, zanim jeszcze otrzymaliśmy z laboratorium wyniki badania krwi.

Pacjent z cukrzycą, niezależnie od wieku i czasu trwania choroby, jeśli wymagał hospitalizacji, trafiał często na wieloosobową salę. Tam leżeli obok siebie różni chorzy – z zawałem lub niewydolnością serca, przewlekłą chorobą płuc, chorobą wrzodową żołądka lub dwunastnicy, przewlekłą chorobą nerek, nadczynnością tarczycy, białaczką czy toczniem układowym.

Nie zwracano uwagi na stan psychiczny młodego człowieka ze świeżo rozpoznaną cukrzycą, który dowiadywał się, że z chorobą przyjdzie mu się borykać do końca życia. Najczarniejsze myśli przychodziły mu do głowy, gdy leżał obok ciężko chorych, w podeszłym wieku. Na salach wielołóżko-

wych zdarzały się zgony. Sal jednoosobowych nie było. Nie było też sal intensywnego nadzoru – ani anestezjologicznego, ani internistycznego. W takich warunkach 20-latek ze świeżo rozpoznaną cukrzycą od razu nabierał przekonania o beznadziejności swojej przyszłości z chorobą. Łatwego życia nie mieli wtedy ani pacjenci, ani lekarze, którzy musieli być „omnibusami" i znać się na wszystkich internistycznych chorobach.

Utworzenie w 1968 roku 6-łóżkowej sali intensywnego nadzoru kardiologicznego w naszym szpitalu było ewenementem nie tylko na skalę wielkopolską.

Od interny ku diabetologii

W 1970 roku podzielono i przemianowano kliniki na jednostki specjalistyczne. Podział ten był w znacznym stopniu sztuczny i przypadkowy. I Klinika Chorób Wewnętrznych w Szpitalu przy ul. Długiej została przemianowana na Klinikę Kardiologii. III Klinika Chorób Wewnętrznych w Szpitalu im. Józefa Strusia (czyli ta, w której pracowałam) stała się Kliniką Hematologii, a II Klinikę Chorób Wewnętrznych przy ul. Przybyszewskiego podzielono na cztery jednostki. Powstała w niej 48-łóżkowa Klinika Endokrynologii z Pododdziałem Diabetologii oraz dwie mniejsze: Gastroenterologii i Nefrologii oraz niewielki Oddział Dializ. Leczeniem cukrzycy, zgodnie z planem, miała się zająć Klinika Endokrynologii. Zakładano, że prowadzona tu będzie jedynie terapia młodych osób z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej (w ówczesnej terminologii była to cukrzyca insulinozależna), natomiast leczeniem cukrzycy u dorosłych (nazywanej wówczas cukrzycą insulinoniezależną) mieli się zająć interniści. Nie było wtedy jeszcze klasyfikacji na cukrzycę typu 1 i 2.

W Klinice Endokrynologii nadzór merytoryczny nad pacjentami sprawowała dr Zofia Psuja, nowoczesny, jak na owe czasy, diabetolog. Z pasją i sercem podchodziła do tej specyficznej grupy przewlekle chorych. Cieszyła się wielkim uznaniem wśród pacjentów.

Niestety z chwilą jej odejścia z kliniki, pod koniec lat 70., problem nowoczesnego leczenia dorosłych z cukrzycą praktycznie przestał być w Wielkopolsce dostrzegany. Ponadto szpital przy ul. Przybyszewskiego, w którym pracowała dr Psuja, pełnił najmniejszą liczbę ostrych dyżurów w miesiącu. Chorzy z cukrzycą i jej powikłaniami byli zatem leczeni przede wszystkim na oddziałach internistycznych innych szpitali, w tym w moim rodzimym

szpitalu. Największą „zmorą" dyżurujących oddziałów były przypadki nefropatii cukrzycowej, a zwłaszcza zespołu Kimmelstiela i Wilsona. Środki moczopędne dopiero wchodziły do praktyki klinicznej, a z uwagi na niekorzystne rokowanie nie można było takiego pacjenta przekazać do ośrodka dializ. Nie byliśmy też odpowiednio przygotowani do wykonywania dializ otrzewnowych.

Poradnie dla osób z cukrzycą

W latach 70. działały w Poznaniu cztery poradnie dla dorosłych chorych na cukrzycę, których stale przybywało. Pracujący w nich lekarze tworzyli zalążki lecznictwa diabetologicznego w Wielkopolsce. Na szczególną uwagę zasługuje ówczesna działalność dr Marii Maciejewskiej, która była jednocześnie diagnostą laboratoryjnym, świetnie więc rozumiała niekorzystne działania przewlekłej hiperglikemii. Doktor wymagała od swoich pacjentów, by utrzymywali poziom glikemii na czczo poniżej 200 mg/l. W tamtym okresie nie oznaczano jeszcze hemoglobiny glikowanej, a wykonanie profilu glikemii w warunkach ambulatoryjnych było niemożliwe. Nie było także osobistych glukometrów.

Chorzy na cukrzycę, którzy zgłaszali się do dr Maciejewskiej, byli od początku informowani o konieczności dobrego wyrównania metabolicznego choroby. Zdaniem dr Maciejewskiej, utrzymywanie większych niż zalecane stężeń glukozy we krwi wskazywało na brak zaangażowania pacjenta w proces leczenia. „Proszę poszukać sobie innego, bardziej tolerancyjnego lekarza" – sugerowała. Taka była dr Maciejewska.

Pediatria i kobiety w ciąży

Na początku lat 70. nie tylko kliniki chorób wewnętrznych, lecz także kliniki pediatryczne przekształcono w jednostki specjalistyczne. I tak z II Kliniki Chorób Dzieci Instytutu Pediatrii Akademii Medycznej w Poznaniu wydzielono początkowo Samodzielną Pracownię Endokrynologii, która z czasem przekształciła się w Klinikę Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego prowadzoną przez prof. Mieczysława Walczaka. Szlify zdobywali w niej pierwsi diabetolodzy pediatryczni. Był wśród nich dr Marian Rewers, który pod koniec lat 90. wyemigrował do Stanów Zjednoczonych, a dziś uważany jest za jeden z największych autorytetów diabetologicznych na świecie.

Pod koniec lat 70. ówczesny Konsultant krajowy ds. diabetologii prof. Jan Tatoń powierzył prof. Walczakowi misję zorganizowania w Wielkopolsce ośrodków sprawujących opiekę nad dorosłymi chorymi na cukrzycę oraz nad kobietami z cukrzycą w okresie ciąży. W pierwszej kolejności został rozwiązany ten drugi problem. Zajęto się nim w Klinice Intensywnego Nadzoru Położniczego Instytutu Ginekologii i Położnictwa kierowanej przez prof. Romana Biczysko, przekształconą w latach 80. w Klinikę Położnictwa i Chorób Kobiecych. Tu odbył się w 1977 roku pierwszy poród kobiety z cukrzycą typu 1, z dokładnie monitorowanymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej w okresie ciąży.

Jednakże w pełni systemowa organizacja nadzoru położniczego nad ciężarną z cukrzycą została wdrożona dopiero w 1983 roku. Stało się to dzięki zaangażowaniu i zdolnościom organizacyjnym zatrudnionej tam młodej lekarki – dr Ewy Wender-Ożegowskiej.

Nierozwiązana natomiast pozostawała kwestia opieki nad dorosłymi pacjentami z cukrzycą. Wśród doświadczonych internistów w Wielkopolsce nie było chętnych do zajęcia się tym społecznym problemem. Prof. Tatoń określał wtedy Wielkopolskę jako „białą plamę na diabetologicznej mapie Polski". Zainteresowanie cukrzycą było małe, prawdopodobnie z uwagi na małą siłę przebicia w porównaniu z innymi specjalistami. Przez lata istniała bowiem tylko sekcja diabetologiczna w ramach Towarzystwa Internistów Polskich, podczas gdy kardiolodzy, endokrynolodzy, nefrolodzy, reumatolodzy czy hematolodzy umacniali swoją rangę specjalistów i już 15 lat wcześniej tworzyli własne towarzystwa naukowe.

Stery w dłoń

W tamtym okresie napisałam i obroniłam pracę habilitacyjną na temat roli zapalenia w patogenezie przewlekłych powikłań cukrzycy. Prof. Walczak zaproponował mi, abym podjęła się organizacji opieki diabetologicznej nad dorosłymi chorymi na cukrzycę w Wielkopolsce. Przyjęłam tę propozycję. Ogromną rolę w podjęciu decyzji odegrał mój bezpośredni przełożony – prof. Leszek Przybył, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych AM w Poznaniu. Nie wiem, jak potoczyłyby się moje losy, a tym samym jak wyglądałby rozwój opieki nad chorymi na cukrzycę, gdyby nie jego pomocna dłoń na zakręcie mojej kariery zawodowej – mój pierwszy szef prof. Kazimierz Wysocki właśnie odchodził na emeryturę.

Prof. Przybył cały czas wspierał mnie w codziennej pracy, a także w sprawach organizacyjnych dotyczących wielkopolskiej diabetologii osób dorosłych. Od razu wyznaczył dwóch swoich asystentów: dr Alicję Szymanowską i dr. Andrzeja Kościańskiego, do pomocy w organizacji struktur diabetologicznych w Poznaniu. Zarekomendował także do współpracy dr Barbarę Knast z Pleszewa, lekarkę, która świeżo ukończyła specjalizację z diabetologii w Krakowie.

Ogromnie zaangażowany na tym polu był nadal mój pierwszy szef prof. Wysocki, który do końca swojego życia nie tylko pilotował moje działania, lecz także doradzał w wielu ważnych kwestiach organizacyjnych i klinicznych.

1 stycznia 1988 roku objęłam kierownictwo Kliniki Chorób Przemiany Materii Instytutu Medycyny Uzdrowiskowej (IMU), a jednocześnie pozostawałam pracownikiem naukowo-dydaktycznym Kliniki Chorób Wewnętrznych AM w Poznaniu. W ciągu pięciu lat mojej pracy w klinice udało nam się wraz z zespołem stworzyć placówkę na poziomie wiodących ośrodków diabetologicznych w kraju. W jej tworzeniu pomagali mi pracujący tam wcześniej asystenci – dr Rafał Szwedek i dr Ewa Łukomska. Do zespołu dołączyli wkrótce rozpoczynający specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych: dr Katarzyna Sadurska (dzisiaj diabetolog w Stanach Zjednoczonych), dr Witold Draber (późniejszy diabetolog) oraz dr Dorota Zozulińska, nazywana przez nas Dorotką (dzisiaj profesor i moja następczyni w Szpitalu im. Raszei).

W 1989 roku nasza klinika została zaliczona do grupy siedmiu ośrodków w Polsce uprawnionych do prowadzenia specjalizacji lekarzy z zakresu diabetologii.

Team diabetologiczny i wydeptywanie ścieżek

Dla realizacji naszych celów było niezwykle ważne, aby w każdym wieloprofilowym szpitalu w województwie pracował zespół złożony z diabetologa i pielęgniarki edukacyjnej. Założyliśmy, że taki *team* diabetologiczny będzie sprawował opiekę nad wszystkimi leczonymi tam chorymi na cukrzycę, niezależnie od specyfiki oddziału, na którym byli hospitalizowani. Stworzyliśmy sporą i rozrastającą się grupę lekarzy, której zapał spowodował, że chętnych do leczenia dorosłych z cukrzycą przybywało. Coraz więcej lekarzy zdobywało specjalizację z diabetologii. Stopniowo w kształcenie diabe-

tologiczne włączali się także pediatrzy. Dzisiaj w Wielkopolsce pracuje ponad 70 diabetologów – jednocześnie internistów i pediatrów.

Diabetologia pięknie rozwijała się w naszym regionie. Moją działalność organizacyjną na polu diabetologicznym ułatwiło powierzenie mi funkcji specjalisty wojewódzkiego ds. diabetologii. Ogromną rolę w zakresie organizacji wielkopolskiej diabetologii osób dorosłych odegrała również pani Elżbieta Borowiak, która była wówczas przewodniczącą Oddziału Wielkopolskiego Stowarzyszenia Chorych na Cukrzycę i wydeptywała ze mną niejedną trudną ścieżkę.

W regionie wielkopolskim powstało stopniowo kilka poradni diabetologicznych, początkowo w Poznaniu, a następnie na terenie województwa. W 1992 roku, na bazie m.in. tych poradni, został zorganizowany ambulatoryjny ośrodek leczenia chorych na cukrzycę. W skład Poznańskiego Ośrodka Diabetologicznego wchodził zespół sześciu poradni, oddział dziennego pobytu, gdzie był dostęp do kuchenki dla chorych, którzy uczyli się przygotowywać posiłki pod okiem dietetyczki, szkoła zdrowia dla chorych na cukrzycę oraz ambulatoryjne zaplecze poradnicze z zakresu kardiologii, neurologii, okulistyki z pracownią fotokoagulacji laserowej, psychologii, psychiatrii i chirurgii. Każdy z diabetologów miał do dyspozycji „własną" pielęgniarkę, która we współpracy z dietetyczką edukowała chorych według nowoczesnych wzorców. W ośrodku działała również pracownia rehabilitacji, gdzie pod okiem doświadczonych fizjoterapeutów chorzy uczyli się praktycznych zasad kinezyterapii. Dyrektorem Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznego został diabetolog dr Witold Draber.

Wiedza z Düsseldorfu

W środowisku polskich diabetologów Poznański Ośrodek Diabetologiczny uważany był w tym okresie za wzorcowy. Opinię tę potwierdził podczas wizyty w 1996 roku prof. Michael Berger z Düsseldorfu, ówczesny najwybitniejszy europejski klinicysta diabetolog. Już przed jego wizytą w Poznaniu był on dla nas niedoścignionym wzorem w zakresie organizacji opieki zarówno diabetologicznej, jak i klinicznej. Uczyliśmy się z jego książek. Czerpaliśmy też pełnymi garściami bezpośrednio z wiedzy prof. Bergera oraz jego zespołu, którą hojnie nam przekazywano z Düsseldorfu. Pamiętam wielogodzinne nocne rozmowy, wymianę doświadczeń i konsultacje z asystentem prof. Bergera – dr. Piotrem Sawickim. W klinice w Düsseldorfie

Urodziny Prof. Bergera obchodzone wśród poznańskich diabetologów (2 czerwca 1996 r.)

pracowało kilku lekarzy i pielęgniarek polskiego pochodzenia, co znacznie ułatwiało kontakty. To była wspaniała współpraca na polu naukowym, jak również klinicznym. Niestety, z powodu przedwczesnej śmierci prof. Bergera nie wszystkie nasze marzenia udało się spełnić.

System zintegrowanej opieki diabetologicznej w Wielkopolsce dobrze funkcjonował do 1999 roku. Wraz z restrukturyzacją polskiej służby zdrowia i wprowadzeniem Kas Chorych sytuacja się pogorszyła. Zmiany systemowe związane z prywatyzacją placówek medycznych zniweczyły to, co do tej pory udało się zbudować. Zlikwidowano cały system leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, a hospitalizowani pacjenci zostali pozbawieni opieki *teamu* diabetologicznego, złożonego z diabetologa i pielęgniarki edukacyjnej. To była wielka strata, wielki krok wstecz.

Szpital im. Franciszka Raszei

Czas płynął, okoliczności się zmieniały, a ja jako lekarz robiłam swoje. W 1993 roku wygrałam konkurs i objęłam stanowisko ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala im. Franciszka Raszei w Poznaniu. Początki naszej działalności w Szpitalu Miejskim były trudne. Oddział liczył początkowo 42-łóżka i pełnił siedem ostrych dyżurów internistycznych w miesiącu. Budynek szpitalny wymagał gruntownego remontu. Brakowało niezbędnego sprzętu diagnostycznego. Ograniczenia lokalowe i konieczność wypełniania w pierwszej kolejności wyznaczonych szpitalowi obowiązków uniemożliwiały nam zorganizowanie tego, o czym marzyliśmy – pododdziału diabetologicznego.

Wyznaję zasadę, że „chcieć to móc", a więc nie czekać, tylko zakasać rękawy i działać. Zdobyliśmy fundusze od sponsorów, z których udało nam się sfinansować modernizację oddziału. Po remoncie w 1994 roku mieliśmy 38 łóżek, w tym cztery intensywnego nadzoru kardiologicznego i metabolicznego oraz osiem diabetologicznych, które stanowiły pododdział diabetologiczny.

Na początku naszej pracy kadra lekarzy o sprecyzowanych zainteresowaniach diabetologicznych była niewielka. Wspólnie uczyliśmy się zasad metody intensywnej czynnościowej insulinoterapii, według materiałów przekazanych nam z kliniki prof. Bergera. Dzięki dr. Jurkowi Giźle poznaliśmy zasady pięciodniowego szkolenia (według programu WHO) osób z cukrzycą. Ogromną rolę we wdrażaniu tego programu do codziennej praktyki klinicznej odegrała wspomniana już dr Zozulińska, która z wielkim zaangażowaniem szkoliła pacjentów na podstawie dostarczonych zza Odry materiałów. Zasady intensywnej czynnościowej insulinoterapii przyswajaliśmy i stosowaliśmy, zanim Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne ogłosiło swoje najnowsze wytyczne z 1993 roku, a w nich zalecenie, że „Intensywna terapia umożliwiająca osiągnięcie poziomu glukozy we krwi w granicach wartości notowanych u osób bez cukrzycy powinna być stosowana u większości pacjentów z cukrzycą insulinozależną (czyli typu 1)". My już to wiedzieliśmy!

Diabetologii uczyliśmy się wszyscy razem: lekarze, pielęgniarki i pacjenci. Byliśmy jak rodzina, dla której ważny jest ten sam cel. Dość szybko Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii naszego szpitala zaczął odgrywać rolę wiodącej placówki szkoleniowo-leczniczej w makroregionie

wielkopolskim. Z determinacją i uporem wprowadziliśmy system przyjmowania z terenu Wielkopolski wszystkich chorych powyżej 18. roku życia ze świeżo rozpoznaną cukrzycą typu 1. Naszym celem było dostarczanie pacjentom od początku, tj. od ustalenia rozpoznania, niezbędnej wiedzy na temat choroby i przekazywanie umiejętności radzenia sobie z cukrzycą na co dzień. Dbaliśmy o to, by każdy pacjent brał udział we wspomnianej pięciodniowej edukacji diabetologicznej prowadzonej według sprawdzonych wzorców zgodnych ze standardami WHO. Zespół pracowników oddziału rozrastał się, mieliśmy bowiem już w tym okresie możliwość prowadzenia studiów doktoranckich.

Od początku przy Oddziale Chorób Wewnętrznych i Diabetologii działała Poradnia Diabetologiczna, w której zajmowano się wyłącznie osobami z cukrzycą typu1, leczonymi wspomnianą nowatorską metodą intensywnej, czynnościowej insulinoterapii.

W 1997 roku udało się w ramach oddziału utworzyć pracownię nieinwazyjnej diagnostyki kardiologiczno-diabetologicznej, która została wyposażona w sprzęt umożliwiający wykonywanie u osób z cukrzycą elektrokardiograficznych prób wysiłkowych oraz 24-godzinnego monitorowania EKG metodą Holtera. Już wtedy wiedzieliśmy, że diagnostyka i interpretacja zdarzeń kardiologicznych u osób z cukrzycą muszą być bardziej rygorystyczne niż u pacjentów bez zaburzeń gospodarki węglowodanowej.

Dorośli pacjenci byli już w tym czasie dobrze zabezpieczeni w zakresie opieki ambulatoryjno-klinicznej. Pozostała kwestia stopy cukrzycowej jako nierozwiązany problemem w województwie wielkopolskim. Trudną decyzję ambulatoryjnego leczenia neuropatycznej stopy cukrzycowej podjęliśmy dopiero w 2004 roku – potrzebny był lokal. Jego zdobycie kosztowało nas wiele próśb i łez, ale osiągnęliśmy cel i dyrekcja zdecydowała się w końcu oddać jedno z pomieszczeń w nowo wybudowanej części szpitala. Ale kto miałby kierować poradnią stopy cukrzycowej? Za najlepszego kandydata na szefa uznaliśmy dr. Piotra Liszkowskiego. Miał spokojne usposobienie, był cierpliwy i sumienny. I tak, niedoszły kardiolog, po szkoleniach w wiodących na tym obszarze medycyny ośrodkach krajowych oraz w Klinice Diabetologicznej w Monachium rozpoczął organizację Pracowni Stopy Cukrzycowej działającej w ramach Poradni Diabetologicznej im. Franciszka Raszei. Wybór dr. Liszkowskiego okazał się strzałem w dziesiątkę. Potrafił on w krót-

kim czasie stworzyć jedną z czterech czołowych Poradni Stopy Cukrzycowej w Polsce. Dzisiaj leczy się w niej około 700 chorych z zespołem stopy cukrzycowej. Dzięki działalności poradni zmniejszyła się liczba wysokich amputacji kończyn dolnych u pacjentów w województwie wielkopolskim.

W 2006 roku nastąpił kolejny przełom w rozwoju wielkopolskiej diabetologii – rozpoczęcie leczenia chorych z cukrzycą typu 1 metodą intensywnej, czynnościowej insulinoterapii prowadzonej za pomocą osobistej pompy insulinowej. Metodę tę wprowadziła do praktyki klinicznej prof. Zozulińska, a od 2008 roku jej rozpowszechnianiem na szeroką skalę zajęli się dr Andrzej Gawrecki i dr Anna Duda-Sobczak. Dr Gawrecki, o którym mówimy „nasz Andrzejek", uważany jest dzisiaj w Polsce za jeden z dwóch największych autorytetów w terapii pompowej u dorosłych. Tego rodzaju terapię u kobiet z cukrzycą typu 1 planujących ciążę wprowadziła równocześnie dr Dorota Pisarczyk-Wiza w ramach programu Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy Jerzego Owsiaka. Co byśmy zrobili bez Jurka...?

W 2007 roku, dla podkreślenia faktycznej funkcji oddziału w leczeniu cukrzycy (przyjęcia planowe oraz edukacja diabetologiczna), nastąpiła zmiana nazwy na obecną: Oddział Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala im. Franciszka Raszei w Poznaniu. W 2010 roku oddział wzbogacił się o kolejne łóżka, dzięki włączeniu w jego strukturę oddziału internistycznego II Kliniki Kardiologii UM. Obecnie leczy się tutaj około 2500 pacjentów rocznie. Dzięki zwiększeniu liczby łóżek możliwe jest objęcie opieką również osób z cukrzycą typu 2 oraz powikłaniami tej choroby.

W roku 2007 Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii została włączona w struktury Wydziału Lekarskiego II, a rok później rozszerzono jej status do rangi Katedry. Tutejsi pracownicy prowadzą działalność naukowo-badawczą w dziedzinie patogenezy angiopatii cukrzycowej, a także zaburzeń gospodarki węglowodanowej w przebiegu chorób towarzyszących. Wraz z pracownikami Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej byliśmy inicjatorami pojawienia się w Polsce określenia „kardiodiabetologia".

To miejsce jest moim drugim domem. Pałeczkę kierowniczą przekazałam już kilka lat temu, jednak nadal jestem codziennie w szpitalu. „Urzęduję" w moim gabinecie na trzecim piętrze, służę młodszym kolegom swoją wiedzą, doświadczeniem i wsparciem. Dobro pacjentów i rozwijanie diabetologii to sens mojego życia.

Na drodze zawodowej szczęśliwie spotykałam osoby, od których czerpałam wiedzę, inspirację i które dawały mi wsparcie. Są one w mojej pamięci i pozostaną w niej na zawsze.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Wniosek o utworzenie Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego wpłynął podczas zorganizowanej przez prof. Stanisława Czekalskiego Konferencji Diabetologicznej w 1986 roku w Szczecinie. Brałam w niej udział na zaproszenie prof. Czekalskiego, pojechaliśmy do Szczecina razem z mężem. Rok później w Białymstoku odbył się pierwszy Zjazd PTD zorganizowany przez prof. Idę Kinalską. Tam wybrano władze – na czele stanął prof. Jacek Sieradzki, endokrynolog z Krakowa. Jego zastępcą został prof. Stanisław Czekalski – sercem związany z Poznaniem, choć w tym czasie pracował w Szczecinie. Oddział Wielkopolski PTD powstał w 1995 roku.

Utworzenie PTD miało na celu zintegrowanie środowiska diabetologów. „Swoje" towarzystwa mieli już endokrynolodzy, nefrolodzy, kardiolodzy. Mówili wspólnym głosem, który był ważny.

Chcieliśmy mieć większą siłę przebicia, móc razem więcej zrobić na rzecz naszych pacjentów, naszej specjalizacji. Ważna była, rzecz jasna, perspektywa dzielenia się wiedzą podczas zjazdów i konferencji.

W naszej pracy „u podstaw", jeśli chodzi o tworzenie i rozwój diabetologii, nie tylko wielkopolskiej, ważne były zapał i determinacja. Nie sposób jednak nie wspomnieć o bezcennej umiejętności „wydeptywania" ścieżek w Ministerstwie Zdrowia. Niewątpliwie talentem takim był obdarzony prof. Jan Tatoń, człowiek o szerokim spojrzeniu społecznym. Ważną postacią jest dla mnie prof. Czyżyk, nie tylko ze względu na biochemiczne podejście do cukrzycy i zainteresowanie patogenezą, które mnie również były bliskie. Prof. Czyżyk dał wyraz swojego szacunku, nam – środowisku regionalnemu, za to jak od zera organizowaliśmy diabetologię w Wielkopolsce.

Paski do diagnostyki – cud techniki

Paski do pomiaru glukozy we krwi zobaczyłam po raz pierwszy na początku lat 80. To był dla nas prawdziwy „cud" techniki. Przysyłano je do Polski z zagranicy w paczkach z „darami" po wybuchu stanu wojennego w 1981 roku. Na pasku umieszczało się kroplę krwi. Pasek zmieniał kolor, który porównywało się z barwną skalą. Na tej podstawie można było

stwierdzić, mniej więcej, co pacjentowi dolega. To była pierwsza ocena cukru we krwi.

Te paski to była wielka sprawa! Szokująca. Przysyłano także leki – diapral czy kwas α-liponowy, których w Polsce w ogóle wtedy nie było, oraz plastikowe strzykawki jednorazowe. Nieszczęście polegało na tym, że w Polsce mieliśmy insuliny w opakowaniach po 40–80 jednostek/ml, podczas gdy w Niemczech insulinę pakowano po 100 jednostek/ml. Trzeba było przeliczać dawki, aby pacjent wiedział, ile „kresek" insuliny nabrać do strzykawki. Zdarzały się pomyłki, gdy ktoś nie zauważył różnicy w oznaczeniu. W konsekwencji dochodziło u pacjentów do ciężkich hiper- lub hipoglikemii.

Pierwszy glukometr, który pojawił się w Polsce, widziałam w 1987 roku na zjeździe PTD w Białymstoku. Był wielkości stolika do kawy. Można było nim zmierzyć glukozę przed pracą/szkołą lub po pracy/szkole, ale o regularnej kontroli nie było mowy. Rok później zobaczyłam pierwszy pen, czyli automatyczną strzykawkę. Pokazano ją w klinice u prof. Czyżyka. Wydawał nam się cudem, który nie trafi do powszechnego użytku. A jednak udało się. To odmieniło życie pacjentów z cukrzycą. Skończyła się konieczność stosowania wymiennych strzykawek, igieł. Pen był urządzeniem „eleganckim", wyglądał jak pióro wieczne. Za jego pomocą można było podać insulinę dyskretnie, przez spodnie czy spódnicę.

Kiedy w latach 90. zaczęły się pojawiać małe glukometry, rodziny młodych pacjentów z cukrzycą (tych z „jedynką") zbierały pieniądze z okazji wszystkich uroczystości, np. urodzin czy komunii, żeby tylko móc je kupić. Były bardzo drogie, jak wszystkie nowości. Ale pozwalały prowadzić samokontrolę, a to odmieniało życie chorych. Pojawienie się tych wszystkich urządzeń stanowiło kroki milowe w diabetologii.

Dzisiaj mamy pompy, skanery glikemii, czujniki wszczepiane pod skórę. Postęp jest widoczny, jednak cóż, kiedy wszyscy chcieliby, żeby dokonywał się on szybciej...

Z tego jestem dumna

Moją ideą, którą zaszczepiałam wśród osób, z którymi pracowałam, było to, żeby zadbać o młodych pacjentów diabetologicznych. Chodziło o to, aby świeżo zdiagnozowani chorzy w wieku 18–22 lat trafiali do naszego szpitala. Były o to potworne awantury z kolegami z regionu, którzy burzyli się, pytając: „to my nie umiemy leczyć?". Tłumaczyliśmy, że „nie o leczenie

chodzi". Zależało nam na wsparciu psychologicznym dla tej młodzieży. Mieliśmy już w zespole psychologa i pielęgniarkę edukacyjną szkoloną w Düsseldorfie. Wyjaśnialiśmy kolegom, że jeśli młody człowiek leży na sali z osobą w podobnym wieku, z tą samą chorobą, to łatwiej zaakceptuje sytuację, w jakiej się znalazł, niż gdy będzie leżał wśród ciężko chorych, znacznie starszych od siebie, z chorobą Alzheimera czy obrzękiem płuc.

W psychice tkwi ogromna moc. Warto umiejętnie z niej korzystać. Dlatego skupiliśmy się na początku naszej działalności diabetologicznej na tej grupie młodych pacjentów – aby ich ochronić i wspierać, by mieli siłę żyć z chorobą. Jestem dumna, że to się udało.

To się udało

Wśród sukcesów rodzimej diabetologii nie zawaham się wymienić wprowadzenia w latach 90., z wielkimi bojami, metody czynnościowej, intensywnej insulinoterapii. Pozwala ona pacjentowi samodzielnie dobierać dawkę insuliny, w zależności od tego, co zje. Dzięki temu osoba z cukrzycą zyskuje wolność, staje się samodzielna, bierze udział w leczeniu. I może normalnie żyć. Początkowo wykorzystywano peny, dzisiaj stosuje się pompy insulinowe. W 1993 roku metoda ta została rekomendowana przez Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne jako optymalna do leczenia cukrzycy typu 1. Rekomendacja ta wywołała bunt wśród starszych lekarzy: „Jak to? Zostawić pacjentowi swobodę w dawkowaniu insuliny? Absolutnie nie!" – mówiono wówczas w pewnych kręgach. Ale my, uczniowie prof. Bergera, wiedzieliśmy już wcześniej, że jest to słuszny kierunek leczenia. Dzisiaj tę metodę stosują wszyscy.

Wiele dla chorych z cukrzycą typu 1 zrobił nasz pacjent, wioślarz Michał Jeliński. Jego załoga cztery razy zdobyła mistrzostwo świata i złoty medal olimpijski w Pekinie. Michał publicznie wyznał, że jest chory na cukrzycę. A jego koledzy, wiedząc o chorobie, nauczyli się, jak należy się zachować w sytuacjach, które mogą się zdarzyć człowiekowi choremu na cukrzycę. Michał – dzięki swojej odwadze – nie tylko przyczynił się do zwiększenia świadomości społecznej na temat cukrzycy, lecz także otworzył drzwi na studia wychowania fizycznego dobrze wyedukowanym osobom z cukrzycą. Wcześniej choroba była przeciwwskazaniem do studiowania na Akademii Wychowani Fizycznego. Dyskwalifikowała młodych na starcie. Michał zrobił wielką rzecz.

Marzenie diabetologa

Największym marzeniem lekarza jest to, by wyleczyć pacjenta. W cukrzycy nie jest to aktualnie możliwe. Problem być może rozwiąże zastosowanie tzw. sztucznej trzustki, urządzenia w którym aparatura, w zależności od poziomu cukru we krwi chorego, sama podaje odpowiednią dawkę insuliny. U kilku pacjentów w Polsce już stosuje się takie urządzenie. Nie jest to powszechne, badania nad sztuczną trzustką wciąż trwają.

Co jest w życiu ważne?

Praca i działanie na rzecz innych. Praca dla mnie poznanianki zawsze liczyła się w pierwszej kolejności. Na urlop jechałam wtedy, gdy załatwiłam wszystkie sprawy bieżące.

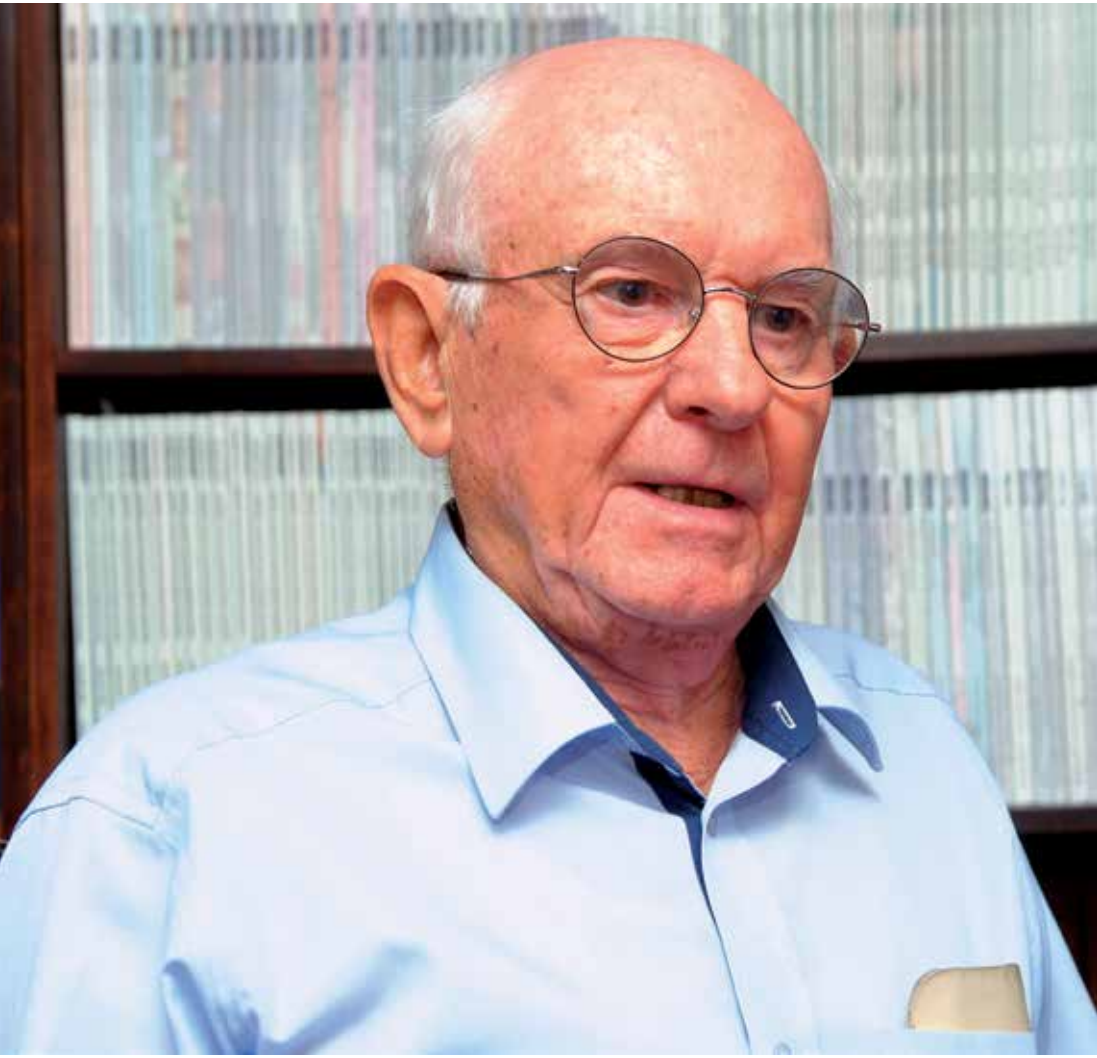
Każdy z nas musi odejść z tego świata, a miło byłoby zrobić to ze świadomością, że dało się coś od siebie innym i światu. Nawet jeśli byłyby to działania na małym polu. Ważne jest zatem, by dawać, ale nie oczekując w zamian wiele. Liczy się uśmiech, dobre słowo. Cokolwiek w życiu robimy, powinniśmy robić to jak najlepiej. Cenię współpracę, a moją dewizą zawodową było hasło: „Mój zespół świadczy o mnie". Patrząc dzisiaj na moich wychowanków, moich następców, czuję w sercu radość i spokój.

Prof. Bogna Wierusz-Wysocka
urodzona w 1944 roku, specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii. Autorka i współautorka książek z dziedziny interny i diabetologii oraz podręczników dla studentów medycyny. Współorganizatorka opieki diabetologicznej dla dorosłych w Wielkopolsce. Poznanianka, urodzona w starej, lekarskiej rodzinie. Dziadkowie byli lekarzami – jeden ortopedą, drugi internistą. Ortopedą był także ojciec, matka pediatrą. Z trójki rodzeństwa ojca tylko jedno nie zostało lekarzem. Brat i siostra matki też zostali lekarzami. Starsza siostra jest ortopedą. Lekarkami są również przyrodnie siostry z drugiego małżeństwa ojca – jedna wybrała dermatologię, druga jest laryngologiem w Niemczech. Mąż Henryk jest profesorem kardiologii, a starszy syn Piotr profesorem onkologii na Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum w Krakowie. Tylko młodszy syn Marcin jest „niemedyczny", skończył studia ekonomiczne, a zawodowo pełni dziś funkcję kanclerza Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu.

„Mój pierwszy szef Pan prof. Wysocki (zbieżność nazwiska) uczył nas nie tylko tego, jak być dobrym diagnostą, ale także jak się zachowywać, a nawet w jaki sposób ubierać, żeby okazywać szacunek i empatię chorym oraz ich bliskim. Szef miał talent do nawiązywania kontaktu z pacjentami, zawsze pytał ich o rodzinę."

„Z determinacją i uporem wprowadziliśmy system przyjmowania wszystkich chorych ze świeżo rozpoznaną cukrzycą typu 1 powyżej 18. roku życia z terenu Wielkopolski. Naszym celem było dostarczenie pacjentom, już na samym początku od rozpoznania, niezbędnej wiedzy na temat choroby i umiejętności radzenia sobie z cukrzycą na co dzień."

(Źródło: monografia prof. Bogny Wierusz-Wysockiej „Małe, wielkie historie, czyli historia wielkopolskiej »dorosłej« diabetologii")



Rozmowa z profesorem
Czesławem Wójcikowskim

Profesor, który miał zostać biskupem

Kręta droga do medycyny

Jestem typowym przedstawicielem pokolenia urodzonego w czasie II wojny światowej (rocznik 1941), pokolenia wyjątkowego. Po pierwsze, w przeciągu naszego życia doszło do przełomu technologicznego i naukowego, jakiego nie doświadczyła ludzkość w całej swojej historii. Kiedy się urodziłem, ludzie nie latali w kosmos, nie wysyłali satelitów, nie było telefonii komórkowej czy internetu, sztucznej inteligencji. Nie mieliśmy także pojęcia o genomie człowieka. Nie leczyliśmy niepłodności metodą zapłodnienia *in vitro*. To, jako pokolenie, wszystko poznawaliśmy i wdrażaliśmy do codziennego życia. Efektem tych przemian, może nie tylko pośrednim, były zmiany w kulturze, etyce, a także w zachowaniach, również odnośnie do rodziny i życia seksualnego. Ukształtowane i sprawdzone przez setki lat podstawowe zasady i wartości zdecydowanie się zmieniły.

Drugim istotnym czynnikiem naszego polskiego doświadczenia były zmiany polityczne w 1945 i 1989 roku oraz związane z tym represje czy wywłaszczenia, czego doświadczyli także moi rodzice. Ale byliśmy także pokoleniem racjonalnym, które przez blisko 75 lat nie wywołało żadnego powstania czy wojny, co Polakom nie przydarzyło się w okresie ostatnich 300 lat. Udaje nam się też długo żyć bez zawieruch wojennych w tej części Europy.

Urodziłem się w Kielcach, a imię dostałem po biskupie kieleckim Czesławie Kaczmarku. Do tej pory wiele osób mówi mi, że gdybym nie został lekarzem i profesorem, to byłbym biskupem – może i Gdańska.

Tata pochodził z Chęcin, miejscowości położonej koło Kielc. Z zawodu był rzemieślnikiem wykształconym przez zakon salezjanów. Rodzice zakładali, że moja przyszłość będzie związana w jakimś zakresie z kościołem. Od 1947 roku chodziłem do prywatnej szkoły prowadzonej przez siostry nazaretanki; to była dość elitarna szkoła w Kielcach. Po szkole podstawowej chciałem iść do niższego seminarium duchownego, pragnąłem zostać księdzem. Rodzice mi to odradzili; chcieli, żebym najpierw zdał maturę, a potem podjął decyzję. Po maturze sam zrezygnowałem z seminarium, zastanawiałem się nad studiami z chemii lub medycyny. Rodzice widzieli mnie raczej jako uznanego kieleckiego lekarza.

Drugim pragnieniem rodziców było, abyśmy z młodszym o półtora roku bratem Olkiem zostali wybitnymi muzykami i zapisali nas do szkoły muzycznej, mnie do klasy fortepianu i harmonii, a brata do klasy skrzypiec. Przez dwa lata prawie codziennie ćwiczyliśmy przypisane etiudy, graliśmy na różnych instrumentach. Dla mnie była to gehenna i byłem wręcz szczęśliwy, gdy po dwóch latach szkoła uznała, że nie mam talentu. Tak zakończyłem edukację muzyczną. Coś mi z tego pozostało, ale niewiele.

Po pewnych wahaniach zdecydowałam się zdawać na medycynę i w 1959 roku rozpocząłem studia na Akademii Medycznej w Gdańsku. Utrzymywałem się ze stypendium – nie otrzymałem – ze względu na wyższe dochody rodziców – stypendium państwowego i przyznano mi tzw. stypendium fundowane. Rady gminne, wojewódzkie fundowały stypendia, chcąc (z uwagi na niedobór lekarzy) związać ze sobą studentów medycyny czy stomatologii, aby po uzyskaniu dyplomu podejmowali pracę na ich terenie. Stypendium należało odpracować w danej gminie. Wybrałem Bartoszyce, bo stypendium z tej gminy było najwyższe. Jednak po studiach pojechałem tam tylko raz, prosić, by zwolniono mnie z obowiązku świadczenia pracy. Bezpośrednio po studiach zaproponowano mi pracę na uczelni i jako pracownik naukowo-dydaktyczny byłem zwolniony z obowiązku odpracowywania stypendium.

W 1965 roku rozpocząłem pracę w Zakładzie Biochemii Klinicznej Akademii Medycznej w Gdańsku. Dla mojej generacji biochemia była tym, czym obecnie jest genetyka czy biologia molekularna. Szlaki metaboliczne, enzymy – to był wtedy top nauki. Wydawało się, że biochemia rozwiąże problem

wielu chorób. Kierownikiem zakładu był prof. Stefan Angielski, mój wieloletni szef. Pracowałem, a jednocześnie odbywałem staż podyplomowy: przez dwa lata pracowało się po 6 miesięcy na czterech oddziałach: położniczym, internistycznym, chirurgicznym i pediatrycznym, po czym otrzymywało się prawo wykonywania zawodu lekarza. Ponieważ już byłem zatrudniony na etacie naukowo-dydaktycznym, staż odbywałem w wymiarze pół etatu, stąd był on wydłużony do czterech lat. Miałem spędzać po roku na każdym oddziale. Ten sposób przygotowania lekarza do pracy, jak pokazała praktyka, pozwalał na zapoznanie się z diagnostyką i leczeniem, czyniąc studenta już nieźle ukształtowanym przez starszych i bardziej doświadczonych kolegów lekarzem.

Oryginalny polski lek przeciwcukrzycowy

W Zakładzie Biochemii Klinicznej, po obronie w 1970 roku pracy doktorskiej, zainspirowany przez jednego z profesorów z Wydziału Farmacji Akademii Medycznej, prof. Zdzisława Brzozowskiego*, kierownika Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych, zacząłem w 1971 roku pracę nad aktywnością nowych związków, potencjalnych leków przeciwcukrzycowych. Rozpoczęcie współpracy z prof. Brzozowskim przemodelowało całą moją drogę naukową z teoretycznych badań metabolizmu mitochondrii, z czego się doktoryzowałem, na badania nad cukrzycą i możliwościami nowego sposobu leczenia, a w końcu do pracy klinicznej. Moje główne teoretyczne badania dotyczyły trzech tematów: doustnych leków przeciwcukrzycowych, aktywności biologicznej C-peptydu oraz transplantacji izolowanych wysp trzustki. Badania prowadziłam w Polsce, Niemczech i Stanach Zjednoczonych.

Prof. Brzozowski przez kilka lat pracował w Laboratorium Badawczym Starogradzkich Zakładów Farmaceutycznych „Polfa" i w 1962 roku rozpoczął pracę na naszej uczelni. Miał dużą wiedzę praktyczną o technologii produkcji i potrzebach przemysłu farmaceutycznego. Zdzisław, z którym w czasie kilkunastoletniej współpracy nawiązałem przyjacielskie stosunki, był niesamowicie pracowity i potrafił teoretyczne założenia budowy często skomplikowanego związku chemicznego przełożyć na cały proces chemiczny, prowadzący do wytworzenia czystych kryształów pożądanego związku.

* Prof. Zdzisław Brzozowski zmarł 21 grudnia 2018 roku, dokładnie dwa dni po udzieleniu tego wywiadu – red.

Znajomość procesów technologii produkcji powodowała, że już na etapie syntetyzowania nowego związku zwracał szczególną uwagę na praktyczną możliwość syntezy związku na skalę przemysłową. O finezji pracy tego zespołu może świadczyć fakt, że kiedy podczas badań przedklinicznych do określenia mechanizmu metabolizmu produktów rozkładu i wydalania z organizmu potrzebna była cząsteczka znakowana pierwiastkiem promieniotwórczym; to do cząsteczki późniejszego leku Glipolamid wbudowany został radioaktywny węgiel C14. Nie będę opisywał, jakie trudności należało pokonać przy pracy z radioaktywnym materiałem. Efektem naszych badań było zsyntetyzowanie setek związków o działaniu hipoglikemizującym i doprowadzenie do powstania oryginalnego polskiego leku przeciwcukrzycowego – Glipolamidu, a także uzyskanie kilkunastu światowych patentów.

Polskie patenty leków

Gdy zaczynałem pracę, w leczeniu cukrzycy stosowano tylko insulinę zwierzęcą (głównie wieprzową), a także leki doustne, pochodne sulfonylomocznika i biguanidu, różniące się mechanizmem działania oraz wskazaniami terapeutycznymi.

Pochodne sulfonylomocznika działają inaczej niż metformina – zwiększają wydzielanie insuliny. Zaczynając pracę z tą grupą leków, musiałem opracować odpowiedni model doświadczalny na zwierzętach, opanować technikę radioimmunologicznego oznaczania insuliny, a także i izolacji wysp Langerhansa, tj. zespołów komórek produkujących insulinę. Oznaczanie insuliny wymagało organizacji pracowni radiologicznej, opanowania techniki wbudowywania radioaktywnego jodu (J 125) do cząsteczki insuliny, wytworzenia specyficznych przeciwciał przeciwinsulinowych i oczywiście dalszych procedur laboratoryjnych. Były to w tamtym okresie szczytowe technologie i całą tę drogę mojemu kilkuosobowemu zespołowi udało się stosunkowo szybko pokonać. Nawet zakupiliśmy automatyczne liczniki do pomiarów promieniowania, produkcji amerykańskiej firmy Beckman.

Gdy dziś mówimy o czasach PRL, wydaje się, że wszystko było złe. Tymczasem wtedy w Polsce, jak na tamte czasy, istniał dość potężny i względnie nowoczesny przemysł farmaceutyczny. Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego „Polfa" dysponowało dużymi środkami. Miałem prawie nieograniczony dostęp do środków finansowych w ramach badań zlecanych przez „Polfę" Akademii Medycznej w Gdańsku. Badaliśmy aktywność biologiczną

leków, ich toksyczność, metabolizm, przeprowadzaliśmy badania na ochotnikach (dziś powiedzielibyśmy, że przeprowadzaliśmy badania kliniczne trzeciej fazy). W ciągu kilku lat doprowadziliśmy do syntezy nowego związku i wyprodukowania leku (Glipolamid), roboczo określonego jako związek SPC 703. W sumie w tym temacie współpracowało ze mną około 70 osób. Glipolamid pojawił się w aptekach w 1985 roku i był produkowany przez „Polfę".

Lek został opatentowany w Japonii, Francji, ZSRR, Wielkiej Brytanii, Niemczech i Stanach Zjednoczonych, a zatem na największych rynkach. Mieliśmy potencjał opatentowania tego leku na całym świecie. Miałem 33% udziału w tych patentach. Pozostałe udziały miał główny twórca patentu – prof. Zdzisław Brzozowski i mój szef, prof. Stefan Angielski. Lek nie odniósł jednak sukcesu finansowego, gdyż zbiegło się to z okresem zmian politycznych w Polsce. Zostało zlikwidowane Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego „Polfa", zabrakło promocji leku. Sprzedaż była niewielka, a my, jako twórcy patentu, nie uzyskaliśmy z tego tytułu nawet złotówki. Minister Zdrowia uhonorował jednak nasze badania przyznaniem zespołowej nagrody ministra I stopnia. W pewnym okresie były prowadzone pertraktacje sprzedaży praw do produkcji z dużą firmą amerykańską, jednak zmiany polityczne i związane z tym zaburzenia uniemożliwiły doprowadzenie tej transakcji do finału. Moim zdaniem, straciliśmy wówczas dużą szansę.

Zespół prof. Brzozowskiego syntetyzował wówczas jeszcze inną grupę pochodnych sulfonylomocznika, tzw. pochodne drugiej generacji, ponad 100 razy aktywniejsze od Glipolamidu. Badania jednego ze związków tej grupy określanej jako seria SPC 5000 doprowadziliśmy do etapu badań przedklinicznych. Jednocześnie prowadziliśmy badania z pochodnymi biguanidu oznakowanymi roboczo symbolem BPC. Była to bardzo obiecująca grupa związków, bo jeszcze obecnie w leczeniu cukrzycy używany jest tylko jeden lek z tej grupy – metformina. Jest to lek pierwszego wyboru w leczeniu cukrzycy typu 2 i przyjmowany jest przez dziesiątki milionów chorych na świecie. Gdyby nasze badania zostały doprowadzone do końca, to zaowocowałyby wprowadzeniem do leczenia kilku leków przeciwcukrzycowych, czyniąc Polskę światowym liderem w tej dziedzinie. Niestety, przyszedł rok 1989, Zakłady Farmaceutyczne „Polfa" zostały sprzedane praktycznie za bezcen, przestało istnieć Zjednoczenie Przemysłu Farmaceutycznego „Polfa". W moim przekonaniu była to wielka strata.

Zespół prof. Brzozowskiego pracował dalej, syntetyzował kolejne związki, jednak były one na etapie syntezy sprzedawane koncernom zachodnim. Nie było już w kraju potencjału przemysłu farmaceutycznego, by rozwijać nowe związki i wprowadzać je na rynek. Zakłady farmaceutyczne, takie jak Polfa w Poznaniu, Jelfa w Jeleniej Górze po przekształceniach zajmowały się głównie przepakowywaniem zachodnich produktów. Niestety, dorobek intelektualny polskich naukowców został bezpowrotnie utracony.

Dziś ciągle słyszę: polskie start-upy. Tysiące młodych ludzi ma innowacyjne pomysły, ale co dalej się z nimi dzieje? Technologia jest sprzedawana do innych krajów, w których dobrze funkcjonuje przemysł farmaceutyczny i na tym zarabia. W Polsce nie ma przemysłu farmaceutycznego, który mógłby kontynuować pracę młodych naukowców. Wystawiamy najlepsze mózgi na sprzedaż, a Polska, jako kraj, nic z tego nie ma. Niestety, elity polityczne zajmują się czymś innym. Brakuje strategii.

Czy pszczoły mają insulinę?

W latach 1976–1985 byłem stypendystą fundacji Aleksandra von Humbolta i przez dwa lata prowadziłem badania w Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu w Ulm, kierowanej przez wybitnego światowej klasy diabetologa prof. Ernsta Pfeiffera. W Niemczech zajmowałem się m.in. badaniami aktywności biologicznej C-peptydu, sztuczną trzustką, a także badaniem aktywności związku BAY G5421, którego skład w tym czasie był utajniony. Otrzymywałem sukcesywnie tylko po kilka miligramów tej substancji, z czego musiałem się dokładnie rozliczyć. Po kilku latach okazało się, że był to przygotowywany do badań klinicznych nowy lek hipoglikemiczny Acarboza.

W czasie pobytu w klinice w Ulm, w mniejszym czy większym zakresie, współuczestniczyłem w badaniach zlecanych przez przemysł. Niektóre z nich były bardzo ciekawe, np.: „Czy pszczoły mają insulinę?" lub „Co zrobić, aby hodowane karpie szybciej przyrastały na wadze?". Na te pytania staraliśmy się znaleźć odpowiedź, budując nowe modele doświadczalne, przeprowadzając nawet mocno rozbudowane badania. O tym mógłbym opowiadać wiele godzin, ale w skrócie chciałbym pokazać, jak ściśle w Niemczech współpracuje nauka z przemysłem.

Najwięcej jednak czasu poświęcałem badaniu aktywności C-peptydu. Jest to białko, część cząsteczki proinsuliny, łączące łańcuchy A i B insuliny. Jest

wydzielany podczas uwalniania insuliny z trzustki i razem z nią dostaje się do krwiobiegu. Przez wiele lat uważany był za całkowicie nieaktywny polipeptyd. Osoby niewytwarzające insuliny (np. chore na cukrzycę typu 1), nie produkują też C-peptydu. Obecnie oznaczanie C-peptydu wykorzystuje się do oceny zdolności trzustki do wytwarzania insuliny.

Po pierwszym doniesieniu badaczy japońskich, że C-peptyd może hamować wydzielanie insuliny, rozpocząłem badania nad jego wpływem na wydzielanie insuliny i glukagonu przez trzustkę szczura. Wykazanie aktywności C-peptydu dawało podstawę do marzeń, bo to napędza energię naukowca, że odkryłem coś nowego, może na miarę nagrody Nobla. Badania aktywności C-peptydu prowadziłem dalej w Polsce, a także w Stanach Zjednoczonych, gdzie w latach 1987–1988 byłem na stypendium w Klinice Endokrynologii Uniwersytetu Chicago, kierowanej przez prof. Kennetha Polonsky'ego. Uniwersytet Chicago uznawany jest za jeden z najlepszych amerykańskich uniwersytetów.

W Stanach Zjednoczonych prowadziłem badania na zdrowych ochotnikach, podając C-peptyd we wlewie dożylnym. Przebieg i organizacja badań wyglądały zupełnie inaczej niż w Polsce. W Gdańsku sami szukaliśmy ochotników, którzy zgodziliby się połknąć tabletkę badanego leku. Zwykle było to kilku kolegów. Pamiętam, jak siedzieliśmy wszyscy w Zakładzie Biochemii Klinicznej, łykając tabletkę Glipolamidu, a jeden z internistów był osobą „zabezpieczającą" badania i pilnował, żeby nic nam się nie stało. Oczywiście, jako współtwórca, musiałem być pierwszy, któremu zaaplikowano Glipolamid.

W Chicago, po uzyskaniu zgody odpowiedniego uniwersyteckiego komitetu, badania prowadziłem na oddziale Centrum Badań Klinicznych, które „załatwiało" całość spraw formalnych. Wystarczyło, że określiłem, ilu potrzebuję ochotników, jakiej płci, w jakim wieku, zdrowych czy chorych na określoną chorobę itp. Do każdego badanego miałem przydzieloną pielęgniarkę, a z budżetu projektu płacono ochotnikom po 120 dolarów za badanie.

Wkrótce w kilku innych ośrodkach ruszyły badania z udziałem chorych na cukrzycę typu 1. Wykazano, ze C-peptyd, zmieniając przepływ krwi w mikronaczyniach, spowalnia rozwój powikłań cukrzycy – neuropatię, mikroangiopatię i nefropatię.

Cukrzycę typu 1 cechuje nie tylko niedobór insuliny, lecz także C-peptydu. Jest zatem oczywiste, że peptyd ten powinien być podawany razem

z insuliną. Niestety, dyrektor jednej z największych światowych firm farmaceutycznych powiedział mi: „Tego nie da się opatentować i przemysł nie jest tym zainteresowany". Wybrano drogę modyfikacji cząsteczki insuliny, wprowadzając do leczenia cały szereg jej analogów.

Jeszcze kilka lat temu, przebywając już w Polsce, miałem propozycję powrotu do badań nad C-peptydem i doprowadzenie do zmian w terapii cukrzycy. Niestety, mój wiek i przejście na emeryturę nie pozwalały mi na podjęcie tego wyzwania. Nie znam leku, który zawierałby w składzie C-peptyd.

Podczas pobytu w Stanach Zjednoczonych, pracując również na oddziale szpitalnym, miałem możliwość poznania systemu i problemów amerykańskiej służby zdrowia. Mogłem porównać dwa różniące się w znacznym stopniu modele opieki medycznej: niemiecki i amerykański. Później, na początku lat 90. ubiegłego wieku, uczestnicząc w różnych spotkaniach i naradach, zdecydowanie optowałem za publiczną opieką medyczną. Prywatna powinna stanowić jedynie uzupełnienie tej publicznej.

Insulina made in Poland

Angażowałem się też w badania nad polską insuliną. Produkowała ją wówczas „Polfa" Tarchomin, a była to połowa lat 80. ubiegłego wieku. W tym czasie, nie tylko w Polsce, podstawowym źródłem insuliny była trzustka wieprzowa. W rzeźni zabijano jednak nie tylko świnie, lecz także krowy. Do zakładu przywożono bloki zamrożonych trzustek, wielkości stołu. Pojawiało się ryzyko, że może to być mieszanka trzustek wieprzowych i wołowych. Produkowana insulina byłaby zatem mieszanką insulin wołowej i wieprzowej. Zwrócono się do mnie, by opracować metodę rozróżnienia, jakiego gatunku są trzustki w danej partii. Było to ważne, zwłaszcza przy eksporcie. Różna gatunkowo insulina jest bardziej immunogenna i raczej nie chciano jej kupować. Mój zespół opracował sposób specyficznego odróżnienia C-peptydu wołowego od wieprzowego, co pozwalało producentowi dokładnie zidentyfikować partie trzustek zawierające domieszkę trzustek wołowych.

W latach 80. istniało ryzyko, że ze względu na wzrost liczby chorych na cukrzycę może zabraknąć na świecie insuliny. Na szczęście postęp w badaniach pozwolił na opracowanie techniki produkcji insuliny o ludzkiej sekwencji aminokwasów przez zmodyfikowane genetycznie szczepy bakterii. Z dr. Bruce'em Frankiem, twórcą tej technologii, wielokrotnie rozmawiałem podczas pobytów w Chicago i Indianopolis, gdzie mieściła się siedziba firmy

Eli Lilly oraz fabryka produkująca insulinę. Byłem chyba pierwszym Polakiem, któremu pokazano linię technologiczną produkującą ludzką insulinę. Robiło to wrażenie, zwłaszcza, że poprzednio widziałem też proces technologiczny wytwarzania insuliny ekstrahowanej z trzustki wieprzowej w „Polfie" Tarchomin i duńskiej firmie Novo Nordisk.

W Polsce w produkcję insuliny ludzkiej zaangażowała się firma Bioton, Gdy byłem prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, firma poprosiła, żebyśmy zaangażowali się w zaprezentowanie produkowanej przez nią insuliny ludzkiej, uwiarygodniając tym jakość leku. Na początku podchodziłem do tego sceptycznie. Uważałem, że lepiej opierać się na insulinie zwierzęcej, a jeśli wykorzystywać ludzką, biosyntetyczną, to sprowadzaną z zagranicy. Zaproszono mnie wtedy do zakładu Biotonu w Macierzyszu, obejrzałem linię produkcyjną, rozmawiałem z pracownikami. To wszystko przekonało mnie, że ta insulina będzie jakościowo dobra.

Miałem nadzieję, że cena polskiej insuliny będzie znacząco niższa od importowanej. Wtedy cała insulina ludzka w Polsce była kupowana od dwóch firm farmaceutycznych – Novo Nordisk i Eli Lilly. Płaciliśmy za nią znacznie więcej niż Węgrzy, a także Brytyjczycy i Francuzi. Sprawdzałem ceny poprzez polskie ambasady i źródła osobiste, rozmawiałem z ministrami i wiceministrami zdrowia. Rozkładali ręce, twierdzili, że nic nie można zrobić, by ceny były niższe.

Pojawienie się polskiego producenta dawało szansę na obniżenie ceny. Dlatego PTD włączyło się w promocję polskiej insuliny. Na zjeździe w Białymstoku w 2001 roku zrobiliśmy specjalną sesję poświęconą insulinie, podczas której Bioton prezentował swoje wyniki. Insulina polska rzeczywiście weszła na rynek, jednak potem okazało się, że jej cena była niewiele niższa. Jednak jakość była porównywalna z produkowaną za granicą.

Będąc już przewodniczącym Zarządu PTD prowadziłem dwa duże programy badań populacyjnych. Celem jednego z nich (1995 r.), obejmującego 1500 kobiet w ciąży z różnych regionów Polski, było określenie częstości występowania cukrzycy u ciężarnych. Badania były finansowane w ramach programu zamawianego Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej pt. „Prewencja pierwotna i wtórna oraz jej wpływ na wskaźniki epidemiologiczne i ekonomiczne w I i II typie cukrzycy w populacji polskiej". Koordynatorem całego programu był prof. Zbigniew Szybiński, kierownik Kliniki Endokrynologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Mnie przypadła część dotycząca cukrzycy u kobiet w ciąży.

Wykazaliśmy, że częstotliwość występowania cukrzycy ciążowej w Polsce wynosi 3,7%, co oznaczało, że przy 436 tys. porodów w 1995 roku ponad 16 tys. ciężarnych ma cukrzycę. Był to już poważny problem społeczny.

Drugim obszernym badaniem populacyjnym (1999 r.), obejmującym 27 065 pacjentów prowadzonych przez 285 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, było określenie częstotliwości nierozpoznanej cukrzycy w Polsce. U 2,5% badanych rozpoznano po raz pierwszy zaburzenia tolerancji glukozy. Program finansowany był przez firmę Servier. Są to największe badania z tego zakresu przeprowadzone w naszym kraju. Wyniki przedstawiane były również na zjazdach zagranicznych, a publikowane materiały musiały uzyskać akceptację firmy Servier. Nie było żadnych poprawek, ale takie są reguły współpracy z przemysłem farmaceutycznym.

Zaangażowanie w pracę kliniczną powodowało, że miałem mniej czasu na bezpośrednie wykonywanie badań i w coraz większym stopniu opierałem się na swoim kilkunastoosobowym gronie współpracowników, którymi najczęściej byli młodzi, ambitni, chcący poznać coś nowego i przeżyć przygodę z nauką lekarze i absolwenci innych uniwersyteckich kierunków.

W sumie wyniki badań opublikowałem w około 300 artykułach i doniesieniach naukowych. Część publikacji ukazała się w najlepszych międzynarodowych czasopismach, takich jak: „Diabetes", „Metabolism", „Diabetologia", „Hormone and Metabolic Research", „Journal of Clinical Microbiology", „Journal of Clinical Pathology", „International Journal of Ginecological Cancer, Experimental and Clinical Endorinology". Liczne prace opublikowane zostały także w kilkunastu polskich czasopismach.

„Ukochany Profesor i Ojciec naszych dzieci"

Prowadziłem badania naukowe, jednak ciągnęło mnie do leczenia. Po powrocie ze stypendium w Niemczech w 1977 roku dyrektor Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiecych prof. Stefan Metler zaproponował mi kierowanie Samodzielną Pracownią Endokrynologii i Diagnostyki Laboratoryjnej.

Zrobiłem specjalizację z ginekologii i położnictwa, uprzednio miałem specjalizację z diagnostyki laboratoryjnej, pracowałem jako lekarz, dyżurowałem, odbierałem setki porodów. Na oddziale widziałem wiele kobiet z cukrzycą, które nie były w stanie donosić ciąży. Najgorszy był poniedziałek rano; pierwszym odruchem było podejście do pacjentki w ciąży z cukrzycą i sprawdzenie, czy tętno płodu jest wyczuwalne. Często go nie było. To były

tragedie, która zmusiły mnie, by zająć się problemem cukrzycy u kobiet w ciąży. Pomyślałem, że przecież znam cukrzycę od podstaw.

Stworzyłem zespół składający się z lekarzy, położnych i pielęgniarek, którzy zajmowali się opieką nad kobietami z cukrzycą w ciąży. Prowadziliśmy około 200 ciąż rocznie. Praktycznie wszystkie kobiety z ciążą powikłaną cukrzycą z regionu Gdańska trafiały do nas. Gdy zaczynałem pracę, na oddziale było około 30% niepowodzeń – prawie u co trzeciej kobiety z cukrzycą ciąża kończyła się niepowodzeniem.

Uczyliśmy pacjentki samokontroli, intensywnej insulinoterapii. Byłem wtedy dostępny pod telefonem przez całą dobę. Wiele razy okazywało się, że pacjentka ma znacznego stopnia hipoglikemię albo stężenie glukozy gwałtownie się zwiększyło, ruchy płodu słabły. Wstawałem w nocy i jechałem do kliniki.

Zalecaliśmy internistom, by u chorych na cukrzycę kobiet w wieku rozrodczym wdrażali intensywną insulinoterapię albo kierowali je do nas. Zależało nam na tym, żeby kobieta najpierw wyrównała poziom cukru we krwi, a dopiero potem podejmowała decyzję o zajściu w ciążę. Niestety najczęściej, zwłaszcza początkowo, trafiały do nas kobiety pod koniec pierwszego lub na początku drugiego trymestru ciąży. Oczywiście, wdrażaliśmy u nich intensywną insulinoterapię, nie zawsze jednak było możliwe odwrócenie zmian, do których już wcześniej doszło. Dzisiaj ten sposób prowadzenia ciężarnych z cukrzycą jest standardem.

Od pani Krystyny Kiedrowicz, jednej z moich pacjentek, sympatycznej i zawsze uśmiechniętej, otrzymałem książkę z dedykacją: „Dla ukochanego Pana Profesora".* Podczas okazjonalnych spotkań dalej mnie tak nazywa.

* Fragment książki – Krystyna Kiedrowicz w rozmowie z red. Anną Jarosz:
„Kiedy po raz pierwszy znalazłam się w gabinecie Profesora, ten najpierw wyrysował mi całą moją zdrowotną historię, a potem wręczył mi podręcznik diabetologii dla studentów medycyny i powiedział, że to będzie moja lektura na najbliższe dni. (...) Dzięki profesorowi dostałam insulinę sprowadzaną w ramach tzw. importu docelowego. Patrząc na jego decyzję z perspektywy lat wiem, że od początku byłam leczona według standardów europejskich. To była forma intensywnej insulinoterapii". „Gdy zaszłam drugi raz w ciążę, trafiłam do lekarki, która okropnie mnie zbeształa. Roztoczyła przede mną wizję ślepoty, dializoterapii i wszystkich innych nieszczęść tego świata. To nieodpowiedzialne – grzmiała. Wróciłam do domu roztrzęsiona, przepłakałam całą noc. Rano poszłam do swojego Profesora. Zrobił mi badania i powiedział, że wszystko jest dobrze i nie ma się czego bać. Po 9 miesiącach przyszedł na świat mój drugi syn".

Wiele pacjentek po porodzie przyprowadzało swoje dzieci, z dumą pokazując, jak rosną i się rozwijają. Były oczywiście też trudne przypadki. Pamiętam pacjentkę, w drugiej ciąży, miała powikłania – niewydolność nerek z powodu cukrzycy. Standardowe pytanie ginekologa: „Czy chce pani utrzymać ciążę?" (cukrzyca z powikłaniami była wtedy jednym ze wskazań do przerwania ciąży). Odpowiedź: „Tak, chcę". Musiałem powiedzieć, że ryzyko jest duże. Zaczęła się walka o utrzymanie ciąży, wyniki były ciągle niedobre. W 32. tygodniu nie byłem już w stanie dłużej ciąży utrzymać, musiałem zdecydować się na cesarskie cięcie. W Gdańsku nie było wtedy możliwości utrzymania takiego noworodka przy życiu. Wysłałem pacjentkę do dr. Jana Wilczyńskiego (dziś profesora), do Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Załatwiłem dla niej transport specjalnym samolotem. Dziecko urodziło się w Łodzi, przeżyło. Dobrze się rozwija. Mama przychodziła do mnie, pokazywała, jak rośnie. U niej jednak pojawiła się niewydolność nerek, duże problemy ze wzrokiem. Pomogłem jej wyjechać do Stanów Zjednoczonych na transplantację. Dziś jest czynną działaczką stowarzyszenia diabetyków. Widzi, ale słabo. Takie przypadki pamięta się przez całe życie...

Efekty wprowadzenia opieki nad ciężarnymi z cukrzycą były bardzo dobre: na 200 przypadków rocznie zdarzały się może dwa, trzy niepowodzenia – czasami dlatego, że pacjentka przestawała przychodzić. Potem wraz z innymi ośrodkami wdrożyliśmy system opieki nad pacjentkami w ciąży w całej Polsce. Prowadziliśmy je według jednolitego schematu. Mieliśmy specjalny fundusz z Ministerstwa Zdrowia, dostępne insuliny ludzkie, pompy, wstrzykiwacze. Raz w roku organizowaliśmy konferencję oceniającą wyniki leczenia we wszystkich ośrodkach. Wprowadziliśmy rejestr, analizowaliśmy niepowodzenia. Przynosiło to znakomite wyniki.

Wdrażaliśmy też badania kobiet w ciąży w kierunku wczesnego wykrywania cukrzycy ciążowej. Był dylemat, jak ją rozpoznawać. Na świecie funkcjonowały dwa schematy rozpoznawania cukrzycy w ciąży. Pierwszy to test diagnostyczny – pacjentce podawało się 75 g (albo 100 g) glukozy, a potem przez 2–3 godziny oznaczało stężenie glukozy. Sprawdziłem na sobie wypicie roztworu ze 100 g glukozy. Czasem lekarz powinien wypróbować na sobie pewne zlecenia. Do roztworu glukozy dodawaliśmy cytrynę albo kwasek cytrynowy, jednak i tak wypicie było kłopotliwe dla pacjentki. Dlatego wdrożyłem w Polsce inny system badań, stosowany najczęściej w Stanach Zjednoczonych, tzw. skrining: podajemy 50 g glukozy (kobieta nie musi być

na czczo) i oznaczamy po godzinie stężenie glukozy we krwi. Jeśli jest zbyt duże, wykonujemy test diagnostyczny.

Efekty wprowadzenia systemu opieki nad kobietą w ciąży były znakomite. Na naszym oddziale mieliśmy zbliżone wyniki prowadzenia ciąży u kobiety z cukrzycą i bez cukrzycy.

Dzięki wprowadzeniu takiego systemu opieki urodziło się w Polsce tysiące zdrowych dzieci. Gdyby nie to, miałyby one zdecydowanie mniejsze szanse.

Ginekolog szefem diabetologów

Gdy wróciłem ze stypendium w Stanach Zjednoczonych w grudniu 1988 roku, koledzy stwierdzili, że skoro jestem osobą rozpoznawalną w międzynarodowym środowisku diabetologicznym, na szczycie możliwości naukowych, prowadzę ośrodek ciąży powikłanej cukrzycą, to potrafię zorganizować w Gdańsku zjazd diabetologiczny. Dziś zjazdy organizują wyspecjalizowane firmy, wtedy wszystko robiliśmy sami: rezerwowaliśmy sale wykładowe, hotele, zapraszaliśmy gości, układaliśmy program. Rok zajmowaliśmy się organizacją zjazdu. Chciałem, żeby był to zjazd na poziomie europejskim, zaprosiłem więc wielu gości z zagranicy. Ponieważ wtedy nie było w Gdańsku centrum konferencyjnego, zjazd odbył się w Gdyni. Był bardzo udany, nie tylko w mojej ocenie.

Po zjeździe odbyły się wybory władz Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, zgłoszono mnie na wiceprzewodniczącego (przewodniczącym był wtedy prof. Stanisław Czekalski). Był taki zwyczaj, że wiceprzewodniczący zostaje kolejnym przewodniczącym, dlatego w 1995 roku zostałem przewodniczącym Zarządu Głównego PTD. Po 4 latach część kolegów uważała, że powinienem zostać przewodniczącym PTD na drugą kadencję. Ze względu na zbyt duże obciążenie związane z prowadzeniem Towarzystwa i zaplanowanym objęciem stanowiska dyrektora do spraw naukowych Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiecych, zgodziłem się pozostać przewodniczącym, ale tylko na pół kadencji. W 2001 roku przekazałam dalsze prowadzenie Towarzystwa prof. Jackowi Sieradzkiemu.

Po wyborze na przewodniczącego okazało się, że w dokumentacji PTD istnieje dużo luk i sąd odmówił rejestracji Towarzystwa w Gdańsku. Doradzano nam nawet, że najbezpieczniej będzie zlikwidować poprzednią strukturę i zarejestrować nowe Towarzystwo. Nie chciałem tego robić, nawet jak wskazywano na zagrożenie sankcjami za prowadzenie nielegalnej w świetle

prawa organizacji. Na szczęście okazało się, że istniał statut zarejestrowany w 1983 roku przez Sekcję Diabetologiczną Polskiego Towarzystwa Internistów Polskich, bezpośredniego prekursora PTD. Przy pomocy wszystkich sprzyjających nam osób, na bazie tamtej dokumentacji, udało się przeprowadzić procedurę rejestracyjną tak, że 20 czerwca 1997 roku Sąd Wojewódzki w Gdańsku Wydział I Cywilny wydał postanowienie o zarejestrowaniu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w Gdańsku. A zatem po dwóch latach starań mogliśmy rozpocząć formalnie legalną działalność. Zrozumiałem, że poza aspektem naukowym Towarzystwo musi funkcjonować prawie jak firma, płacić podatki, pisać sprawozdania finansowe. Zleciłem biuru rachunkowemu prowadzenie księgowości, nawiązałem współpracę z prawnikami, pozakładałem konta bankowe, a nadwyżki finansowe umieszczaliśmy na specjalnych oprocentowanych rachunkach.

Czym jako PTD wtedy się zajmowaliśmy? Tak anegdotycznie: pamiętam, że wcześniej, w stanie wojennym, zabiegaliśmy m.in. o to, żeby chorzy na cukrzycę dostawali więcej kartek na mięso. Po 1989 roku kartek na mięso już nie było, nadal staraliśmy się, żeby leczenie chorych na cukrzycę w Polsce było na możliwie najwyższym poziomie. Pilnowaliśmy, aby pacjenci mieli dostęp do wysoko oczyszczonych insulin, a później i ludzkich, wstrzykiwaczy, glukometrów, pasków do oznaczania stężenia glukozy we krwi. Wchodziło nowe, a my zabiegaliśmy u decydentów o dodatkowe środki. Dużym wsparciem wykazywali się sami pacjenci – Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, skupiające chorych na cukrzycę, z charyzmatycznym, niezwykle zaangażowanym prezesem Andrzejem Baumanem.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne to towarzystwo naukowe; uważałem więc, że powinniśmy koncentrować się na nauce. Moim zadaniem było promowanie polskiej diabetologii w Europie i na świecie – żeby jak najwięcej młodych polskich lekarzy uczestniczyło w zagranicznych zjazdach diabetologicznych, publikowało w czasopismach naukowych, żeby zapraszać znanych na świecie diabetologów do Polski, stymulować badania naukowe. Drugim istotnym zadaniem Towarzystwa było zaangażowanie w szeroko pojętą edukację lekarzy i wszystkich innych osób związanych z problematyką cukrzycy. Ministerstwo Zdrowia nie zawsze priorytetowo traktowało edukację w zapobieganiu powikłaniom cukrzycy, więc praktycznie nie mieliśmy z tej strony żadnego wsparcia. W tym zakresie musieliśmy współpracować z firmami farmaceutycznymi, jako podstawowym donorem środków

finansowych. Edukacji dla tysięcy osób nie sposób prowadzić bez funduszy. Starałem się jednak, aby na naszych zjazdach czy sympozjach firmy nie zawłaszczały czasu przeznaczonego na dyskusje naukowe. To musiało być rozdzielone, chociaż wymagało sporo wysiłku.

W tamtym czasie w dużej części byliśmy idealistami: kochaliśmy naukę, nie mieliśmy wygórowanych marzeń finansowych. Wydatki na działalność Towarzystwa były niewielkie i np. w okresie 1995–1997 wyniosły ogółem około 4700 zł. W 2001 roku wydatki, chociaż w sumie niskie, wzrosły do ponad 19 tys. zł. Poza składkami członkowskimi PTD miało znaczne dochody z organizowanych zjazdów. Zysk z VIII Zjazdu PTD w Białymstoku–Mikołajkach wyniósł 101 tys. zł.

Posiedzenia zarządu PTD odbywały się w klinice prof. Artura Czyżyka, w Warszawie przy ul. Banacha. Nikt z nas nie pobierał za pracę w PTD żadnego wynagrodzenia. Spotkania organizowaliśmy przy okazji zjazdów, konferencji. Praca sekretarki, materiały, telefony – wszystko to było w ramach pracy naszych klinik, co wówczas było akceptowane. Po 1992 roku okazało się, że nasza wiedza jest towarem, który można sprzedać. Wszystko się zmieniło. Według mnie i osób z mojej generacji doszło do pewnej zapaści. Towarzystwo naukowe zaczęło się komercjalizować. Widać to choćby po zjazdach PTD. Na ostatni, który prowadziłem za swojej kadencji, w 2001 roku w Białymstoku zostało zgłoszonych ponad 200 prac naukowych, z czego ponad 120 w postaci wygłoszonych doniesień ustnych. Sesja naukowa trwała ponad dwa dni, natomiast sesje firm farmaceutycznych odbywały się przed zjazdem i po nim. Nie dopuściłem do tego, żeby firmy rozbijały program zjazdu i miały swoje sesje promocyjne w czasie obrad naukowych. Podobnie jest na zjazdach Europejskiego i Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Osobiście unikałem wygłaszania wykładów komercyjnych podczas zjazdów naukowych. Zdarzyło mi się to może dwa, trzy razy. Oczywiście nie wszyscy moi koledzy zgadzali się z takim stanowiskiem.

W 2016 roku uczestniczyłem w zjeździe PTD w Kielcach. Sesja naukowa zjazdu (naukowa w sensie ustnych doniesień naukowych) trwała 60 minut. Reszta to były sesje przeglądowe, edukacyjne oraz sesje promocyjne firm. Prezentacje naukowe trwały godzinę, w czterech salach równolegle, czyli jeśli ktoś był w sali pierwszej, to nie miał szans zapoznać się z doniesieniami zaprezentowanymi w sali drugiej itp. Zaledwie 60 minut, by zapoznać się z dorobkiem naukowym naszego diabetologicznego środowiska! Każdy

z prelegentów miał 10 minut na przedstawienie problemu, pytania i dyskusję. W moim przekonaniu nie jest to właściwe.

Starałem się, by PTD wydawało czasopisma naukowe. W 1992 roku powstała „Diabetologia Polska" – współtworzyłem ją razem z prof. Wiesławą Torzecką, kierownikiem Kliniki Diabetologicznej Akademii Medycznej w Łodzi. Profesor była wspaniałym diabetologiem i naukowcem. Niestety kilka miesięcy temu zmarła w wieku 92 lat.

„Diabetologia Polska" była czasopismem naukowym. W momencie powoływania czasopisma byłem przekonany, że jego właścicielem jest PTD. Po kilku latach okazało się, że tytuł formalnie przypisany jest do innego stowarzyszenia. Mimo wielomiesięcznych wysiłków nie udało nam się tego wyprostować i redaktorzy naczelni – prof. Wiesława Torzecka oraz ja – zrezygnowaliśmy z prowadzenia redakcji. Po raz pierwszy na własnej skórze odczułem, że po roku 1990 doszło do zasadniczych zmian również na linii nauka–pieniądze.

Z uwagi na to Zarząd PTD podjął decyzję stworzenia od podstaw dwóch nowych czasopism. „Diabetologia Praktyczna" była ukierunkowana na edukację, zawierała głównie artykuły przeglądowe i przedruki prac poglądowych z wiodących światowych czasopism. Redaktorem naczelnym został prof. Jacek Sieradzki, ja byłem przewodniczącym rady naukowej. Drugie czasopismo „Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna" prezentowało prace oryginalne, naukowe. Redaktorem naczelnym był prof. Władysław Grzeszczak, a ja jego zastępcą. W każdym numerze publikowaliśmy 6–9 doniesień naukowych. W krótkim czasie ranga czasopisma znacząco wzrosła, otrzymując wg Indexu Copernicus 5,99 pkt, co w decydującym stopniu było zasługą prof. Grzeszczaka. Również „Diabetologia Praktyczna" miała wysoką punktację (w Index Copernicus 3,0 pkt).

W 2015 roku doszło do zmian i PTD wydaje praktycznie jedno czasopismo (dwumiesięcznik) w dwóch wersjach językowych. W języku polskim jest to „Diabetologia Praktyczna", a w tłumaczeniu na język angielski „Clinical Diabetology". Osobiście wydaje mi się nietrafione tłumaczenie „Diabetologia Praktyczna" na „Clinical Diabetology", ale nie jestem już członkiem redakcji czy rady naukowej. Redaktorem naczelnym obu tych wersji jest prof. Janusz Gumprecht, bardzo doświadczony i prężny diabetolog z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

w Katowicach. Czasopismo ma jednak mniejszą objętość i publikowane są w nim zarówno prace oryginalne, jak i poglądowe. W niektórych numerach są tylko dwie, trzy prace oryginalne polskich naukowców. Na wynikający z tego powodu mój niepokój koledzy mówią: „Twoja era minęła".

Jako przewodniczący PTD sporo czasu poświęcałem na utrzymanie jedności środowiska diabetologicznego. Wewnątrz Towarzystwa istniały siły odśrodkowe. Najmocniej chęć odłączenia artykułowali pediatrzy, czemu udało się zapobiec. Także niektórzy inni koledzy tworzyli pokrewne towarzystwa, próbowali wydawać własne czasopisma. Cały czas przekonywałem, że podstawą naszej skuteczności jest jedność. W swoim działaniu chciałem doprowadzić do stworzenia jednego towarzystwa diabetologicznego z sekcjami dla profesjonalistów i pacjentów. Taką strukturę organizacyjną ma Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne. Podobnie jest w Finlandii, gdzie najczęściej na czele towarzystwa diabetologicznego stoi uznany polityk i dzięki temu stanowi ono znaczącą siłę. W Polsce ponad 3 mln chorych na cukrzycę jest potężną siłą. Wygrywalibyśmy wszystkie wybory!

Diabetologia wczoraj

Gdy zaczynałem pracę, pomiar stężenia glukozy we krwi można było wykonać tylko w profesjonalnym laboratorium. Sama analiza trwała 2–3 godziny, a wynik trafiał na oddział szpitalny za 2 dni.

Można też było sprawdzić poziom cukru w moczu – w tym celu do pojemnika z moczem wrzucało się specjalne tabletki z siarczanem miedzi (tzw. próba Benedicta). Gdy kolor moczu zmienił się na czerwony, oznaczało to, że cukru jest za dużo (oczywiście nie można było dokładnie określić, ile go jest). Zielony kolor moczu oznaczał, że wynik jest dobry. Nie była to jednak specyficzna i dokładna metoda. Tabletki pacjent mógł kupić w aptece.

Insulinę wstrzykiwało się za pomocą strzykawek z igłami wielokrotnego użycia, które uprzednio należało sterylizować. Oczywiście nie było wstrzykiwaczy. Pacjenci nosili ze sobą fiolki insuliny, trzeba było w odpowiedni sposób zmieszać insulinę krótko i długo działającą, a potem podać.

Najważniejszym celem leczenia było uchronienie chorego przed kwasicą ketonową. Mieliśmy dużo ostrych przypadków: kwasicy ketonowej, hipoglikemii z utratą przytomności, a także inne problemy: zawały serca, miażdżyca, choroby nerek, ślepota.

Polska diabetologia szła jednak krok w krok z diabetologią europejską i światową: gdy na świecie wdrażano insulinę ludzką, w Polsce wdrożyliśmy ją też, podobnie było z nowymi lekami doustnymi, z samokontrolą cukrzycy.

Do moich nauczycieli zaliczam prof. Artura Czyżyka, prof. Januarego Ławeckiego, prof. Stefanię Horoszek-Maziarz, prof. Wiesławę Torzecką, prof. Ernsta Peiffera z Niemiec, prof. Kennetha Polonsky'ego ze Stanów Zjednoczonych. Ci wybitni diabetolodzy wprowadzali mnie do swojego świata. Nasze pokolenie nie chciało być gorsze. Chcieliśmy mocno zaistnieć w diabetologii europejskiej i światowej.

Z paszportem przy szlabanie

Stan wojenny ograniczył możliwość wyjazdów, ale nie było to niemożliwe. Pamiętam, że w 1982 roku, na początku stanu wojennego, było sympozjum w Heringsdorfie (ówczesne NRD), niedaleko granicy. Granica była zamknięta, ja miałem wygłosić referat na tym sympozjum. Próbowałem otrzymać paszport, powiedziano mi, że to niemożliwe. Okazało się jednak, że jeden z moich znajomych znał oficera SB chorego na cukrzycę i... udało się wszystko tak załatwić, że następnego dnia odebrałem paszport. Pojechałem do Świnoujścia, nie pozwolono mi jednak przejść przez granicę. Pamiętam, że stałem z paszportem przy szlabanie, a 6 km dalej rozpoczynało się sympozjum. Powiedziałem żołnierzom, że przecież musi być jakaś władza, która zdecyduje, żeby podnieść ten szlaban. Po długich bojach przekonałem żołnierzy, żeby połączyli mnie z pułkownikiem. Był na weselu, lekko „zawiany". Tłumaczyłem mu, że muszę przejść przez granicę, bo uczestniczę w sympozjum naukowym, mam wykład o wydzielaniu insuliny, objaśniałem mechanizm działania insuliny itp. Słuchał mnie chyba jak niezbyt zrównoważonego osobnika, ale w końcu powiedział, żeby mnie przepuścili.

Szedłem 6 km pieszo. Niemcy nie wierzyli, że przyjadę. Referat wygłosiłem.

Diabetologia dziś

Dziś jest inna era. Diabetologia praktyczna w Polsce jest na wysokim poziomie. Diabetolodzy, który pracują z pacjentami, są bardzo dobrze wyszkoleni. Chorzy w Polsce mają generalnie dostęp do najnowszych leków, choć zawsze z pewnym opóźnieniem są wprowadzane do terapii i zawsze jest o to walka z Ministerstwem Zdrowia.

Jeśli chodzi o leczenie cukrzycy u kobiet w ciąży, to zawsze byłem nieco konserwatywny. Gdy wchodziły na rynek analogi insuliny, to wdrażałem je u kobiet w ciąży mniej więcej po dwóch latach. Chciałem mieć pewność, że są bezpieczne, choćby dlatego, że nie przeprowadzano pełnych badań klinicznych u kobiet w ciąży, a w pewnym okresie były zgłaszane obawy, czy analogi długo działające nie mają działania rakotwórczego. Wydaje się, że nie – na to wskazują wyniki ostatnich badań. Uważam, że w przypadku kobiet w ciąży trzeba być pewnym, że lek jest dobrze sprawdzony.

Czas przeżycia pacjenta, powikłania – dziś to już era kosmiczna w stosunku do tego, co było. Średni czas przeżycia chorego na cukrzycę prawie nie różni się od czasu przeżycia osoby bez cukrzycy. W tej chwili czekamy na nową epokę: jak wyleczyć cukrzycę typu 1? Nadal są prowadzone badania, zarówno nad przeszczepianiem wysp trzustkowych, jak i nad sztuczną trzustką. Obecnie jesteśmy chyba bliżej stworzenia sztucznej trzustki. Uważam jednak, że transplantacje muszą się udać. Być może stanie się to za pomocą komórek macierzystych?

Sukcesem są wszystkie zdrowo urodzone dzieci

Mój największy życiowy sukces to rodzina. Obchodziliśmy niedawno z żoną 50. rocznicę małżeństwa. Mam wspaniałe dzieci. Syn jest profesorem elektroniki na Politechnice Gdańskiej, córka ma swoją małą firmę. Mam czworo wnuków.

Cieszę się, że byłem na prywatnej audiencji u papieża Jana Pawła II, dostałem jego błogosławieństwo. Mam satysfakcję z osiągnięć klinicznych, zwłaszcza z leczenia cukrzycy u kobiet w ciąży, z badań naukowych. Uhonorowaniem moich prac są liczne dyplomy i odznaczenia, w tym Złoty Krzyż Zasługi, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski. Mam szereg odznaczeń honorowych, z których najbardziej cenię te nadane przez stowarzyszenia pacjentów: Złota Honorowa Odznaka Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, członkostwo honorowe czy statuetka Kryształowego Kolibra za udział w programie edukacyjnym tego stowarzyszenia.

Sukcesem są też wszystkie zdrowo urodzone dzieci, mimo że ich matki chorują na cukrzycę. To ogromna radość i satysfakcja. Muszę powiedzieć, że nie potrafiłem nigdy brać pieniędzy od pacjentek. Uważałem, że skoro jestem lekarzem w szpitalu i dostaję za to pensję, to nie powinienem przyjmować dodatkowych pieniędzy od pacjentów. Nigdy nie pracowałem prywatnie.

Często pacjentki chciały się w jakiś sposób odwdzięczyć, przyjmowałem tylko kwiaty.

Dwa razy miałem propozycję, by wyjechać na stałe z Polski: pierwszy raz po stypendium w Niemczech, drugi raz – podczas pobytu w Stanach Zjednoczonych. Wewnętrznie nigdy tego nie chciałem. Uważałem, że lepiej dla rodziny i dla mnie będzie żyć i pracować w Polsce, że w swoim kraju mam także możliwości dalszego rozwoju i efektywnej pracy. Nie zawsze jednak udawało się zrealizować swoje zamierzenia. Podczas pobytu w Bostonie zafascynowałem się Joslin Hospital Center, ośrodkiem badań naukowych z kilkunastoma przychodniami i kliniką zajmującymi się również dydaktyką i terapią chorych na cukrzycę. Na stosunkowo niewielkiej powierzchni najwyższej klasy zespół lekarzy i badaczy stworzył ośrodek wytyczający kierunki badań i leczenia cukrzycy. Chciałem na podobnych założeniach zorganizować taki ośrodek w Gdańsku. Pomysł znalazł uznanie rektora Akademii Medycznej, który mianował mnie swoim pełnomocnikiem ds. Regionalnego Centrum Diabetologicznego. Trzy lata poszukiwałem odpowiedniej lokalizacji dla ośrodka i wspólnie z prof. Stefanią Horoszek-Maziarz opracowaliśmy program oraz schemat organizacyjny. Przy wsparciu wielu ludzi rozumiejących ważność problemu cukrzycy władze uczelni przydzieliły niezamieszkały budynek przy ul. Dębinki, bezpośrednio przy wjeździe na teren Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 (budynek był własnością Akademii Medycznej w Gdańsku). Po zebraniu środków finansowych i wsparciu firmy budowlanej przeprowadziliśmy odpowiednią adaptację i 16 listopada 1998 roku prof. Zdzisław Wajda (ówczesny rektor AM w Gdańsku) uroczyście dokonał otwarcia. Niestety, później nie udało się stworzyć gdańskiego Joslin Hospital Center. Zajęty wieloma innymi pracami nie miałem czasu na prowadzenie centrum. W budynku pozostały przychodnie: diabetologiczna i nadciśnienia tętniczego. Obecnie mają być przeniesione do nowo wybudowanego Centrum Medycyny Nieinwazyjnej. Budynek wymarzonego Regionalnego Centrum Diabetologicznego uczelnia przeznacza na cele administracyjne.

Odszedłem w wieku 65 lat na emeryturę. Przejściowo związałem się z prywatną firmą, stałem się osobą finansowo niezależną. Mam jeszcze pojedyncze wykłady, jestem członkiem m.in.: Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Societas Humboldtiana Polonrum, European Association for Study of Diabetes, American Diabetes Association.

Nie chcę iść ani na Berlin, ani na Moskwę

Czuję się Europejczykiem, a Europa jest tworem wartym pielęgnacji. Trudny twór, jednak wart ochrony. Tej wartości Europy chcę bronić. Nie chcę być nacjonalistą, bo duża część mojej rodziny ucierpiała przez nacjonalizm II wojny światowej, rzezi ukraińskich. Nie chcę iść ani „na Berlin", ani „na Moskwę". Mamy obok siebie dwa potężne narody i nieszczęściem naszej historii jest sytuacja, kiedy te narody mają ze sobą lepszy kontakt niż my z nimi. Niestety, nie wyciągamy wniosków z historii.

Mam dość dużą posiadłość – 23 ha niedaleko Gdańska, na Kaszubach, dwa oczka wodne, ryby – tam z żoną spędzamy część wakacji. Sporo podróżuję po świecie, ostatnio: Dominikana, Turcja, Malediwy, Mauritius. Kilka godzin dziennie czytam – niedawno zakończyłem „Ogień i furię" Michaela Wolffa oraz „Inną Polskę? 1918–2018" Witolda Orłowskiego – alternatywna historia Polski. Na biurku leży rozpoczęta książka pt. „21 lekcji na XXI wiek" napisana przez Yuval Noah Harari, uznana za jedną z najgłośniejszych książek 2018 roku. Oczywiście cały czas interesuję się diabetologią, co najmniej dwie godziny dziennie czytam czasopisma diabetologiczne. Próbuję przekazywać wiedzę swoim dzieciom i wnukom. Jak każdy mam życiowe problemy, z którymi trzeba się zmagać. Wizyty na cmentarzach, gdy żegna się kolegów... Prowadzę zatem typowy żywot profesora emeryta.

Napisałem książkę, podsumowanie mojego życia. Wiem, że albo napiszę zgodnie z tym, co przeżyłem, ale książka zostanie wydana dopiero po mojej śmierci, albo napiszę w formie bardziej konwencjonalnej i wydam ją jeszcze za życia. Mam już prawie 500 stron. I nadal zastanawiam się, czy wydać lekko okrojoną już teraz, czy może lepiej poczekać, aby później wydały ją dzieci.

Czy uda się wyleczyć cukrzycę?

Tak. Jedną z nadziei jest transplantacja wysp trzustkowych. Też „maczałem w tym palce", wykonując w 1977 roku w Niemczech badania na zwierzętach, które kontynuowaliśmy w Polsce. Gdy szczurowi z cukrzycą przeszczepialiśmy od zdrowego szczura wyspy Langerhansa, poziom cukru obniżał się do wartości prawidłowych i cofały się powikłania, np. zaćma. Podczas pobytu w Niemczech snuliśmy plany, żeby być pierwszym ośrodkiem, w którym uda się przeszczepić wyspy Langerhansa człowiekowi. Eksperyment udał się na szczurach, później izolowaliśmy wyspy z trzustki cielęcej. Pamiętam, jak rano jeździłem do rzeźni po trzustki. Płaciłem pięć marek, by

w rzeźni się pospieszono, bo trzustka musiała jak najszybciej trafić do pojemnika z lodem. Przyjeżdżałem do kliniki, tam szybko izolowaliśmy wyspy Langerhansa. Wydawało się, że to się uda, jednak u człowieka okazało się, że to nie było tak proste. Jeśli chodzi o transplantację wysp trzustkowych, to nadal nie ma znaczącego postępu. Próbuje się z komórek macierzystych wytworzyć komórki produkujące insulinę.

Drugą nadzieją jest sztuczna trzustka. Również w czasie stypendium w Niemczech spędziłem wiele godzin przy pacjentach podłączonych do pierwszej generacji sztucznej trzustki. Udało się ją stworzyć, jednak była wielkości skrzynki. Pacjent był do niej podłączony, podawano mu insulinę i cały czas oznaczano stężenie glukozy. W zależności od niego komputer liczył, ile podawać insuliny. Sztuczna trzustka była dobra do krótkiego monitorowania glikemii, wyprowadzenia pacjenta ze śpiączki, nie był to jednak system do leczenia, bo pacjent musiałby leżeć w szpitalu. Gdy wróciłem z Niemiec do Polski w 1977 roku, jeden z dyrektorów departamentu ministerstwa zaprosił mnie do siebie, oświadczając, że kupił pięć takich systemów, będąc przekonany, że są przeznaczone do rutynowego leczenia chorych na cukrzycę. Jeden z nich trafił do Gdańska, inny był w Krakowie u prof. Sieradzkiego. Wytłumaczyłem temu dyrektorowi, że sztuczna trzustka jest przeznaczona do prowadzenia badań naukowych, stanów nagłych, jednak nie jest to jeszcze rozwiązaniem problemu choroby.

Cukrzyca typu 1 to proces immunologiczny: komórka beta trzustki jest rozpoznawana jako obce ciało, limfocyty ją niszczą. Dlaczego? Tak reagują limfocyty na zmieniony antygen, który rozpoznają jako obcy. W cukrzycy typu 1 atakują głównie komórki beta wysp trzustki, w związku z tym to na błonie tych komórek musiało dojść do ekspresji zmienionego antygenu, który limfocyty uznały za obcy. Gdy byłem w Stanach Zjednoczonych, izolowaliśmy komórki beta trzustki od zwierząt z cukrzycą, chcieliśmy znaleźć antygeny, które się pojawiły, żeby je neutralizować. Mimo że od prac, w których brałem udział, minęło już wiele czasu, do tej pory nie przerodziło się to w sukces terapeutyczny.

Uważam jednak, że to tylko kwestia czasu, kiedy cukrzyca stanie się chorobą uleczalną. Chociaż... jest też druga strona medalu. Opowiadano mi historię, że przed wojną producenci zapałek blokowali wytwarzanie zapalniczek, bo zabierały im rynek. Nie wiem, czy przemysł farmaceutyczny byłby

zainteresowany wyleczeniem cukrzycy... To musiałaby być inna grupa przemysłu, która widziałaby biznes w tym, żeby znaleźć inne podejście do leczenia. Musi być też nacisk społeczny.

Obawiam się, że na razie za duże pieniądze są ulokowane w terapii cukrzycy. Jednak to już sfera teorii spiskowych. Postępu nie da się zatrzymać. Tylko pytanie: kiedy to się stanie?

Prof. Czesław Wójcikowski

ur. 7 kwietnia 1941 roku w Kielcach, w 1965 roku uzyskał dyplom lekarza medycyny. W latach 1965–1977 asystent i adiunkt w Zakładzie Biochemii Klinicznej Akademii Medycznej w Gdańsku. W 1970 roku uzyskał tytuł doktora nauk medycznych. W latach 1976–1977, 1980–1981, 1984–1985 był stypendystą Fundacji Aleksandra von Humboldta w Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu w Ulm (Niemcy). Od 1977 roku kierownik Samodzielnej Pracowni Endokrynologii i Diagnostyki Laboratoryjnej Instytutu Położnictwa Chorób Kobiecych Akademii Medycznej w Gdańsku. W 1980 roku uzyskał tytuł doktora habilitowanego, w 1991 – profesora nadzwyczajnego.

W latach 1987–1988 stypendysta w Klinice Endokrynologii Uniwersytetu Chicago (Stany Zjednoczone). Od 2000 roku kierownik Zakładu Endokrynologii Ginekologicznej Instytutu Położnictwa Chorób Kobiecych Akademii Medycznej w Gdańsku, od 2001 zastępca dyrektora ds. naukowych Instytutu Położnictwa i Chorób kobiecych. W 2006 roku przeszedł na emeryturę.

Dorobek naukowy to około 300 publikacji i doniesień naukowych. Specjalizacje lekarskie: analityka lekarska; ginekologia i położnictwo.

Odznaczenia państwowe: Medal 40-lecia Polski Ludowej (1984), Złoty Krzyż Zasługi (1986), Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (2001).

Odznaczenia resortowe i honorowe: Brązowy Medal za Zasługi dla Obronności Kraju (1986), Złota Honorowa Odznaka Zasłużonego dla Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków (1994), Rycerski Medal Przyjaźni (2016). Jest członkiem honorowym Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Żonaty od 50 lat, ma dwoje dzieci i czworo wnuków.

Pasjonat chemii i biochemii, specjalista ginekologii i położnictwa oraz diagnostyki laboratoryjnej. Naukowiec, współtwórca patentów polskich leków przeciwcukrzycowych, a jednocześnie lekarz klinicysta, który tworzył kompleksową opiekę nad kobietami w ciąży chorymi na cukrzycę. Jedyny specjalista ginekologii i położnictwa, który był prezesem PTD.

Domek w spokojnej dzielnicy Gdańska, na wzgórzu. Z tarasu i okien rozpościera się widok na miasto. Przy dobrej widoczności można zobaczyć Bałtyk i statki płynące do portu w Gdyni. W gabinecie półki z książkami, monografiami i publikacjami na temat diabetologii i ginekologii.

W dolnej części domu jest też gabinet, w którym profesor miał przyjmować pacjentów. Nigdy nie zdecydował się jednak na prowadzenie prywatnej praktyki. Obok – pokój lektur z dużą biblioteką: książki współczesne, literatura zaangażowana – pasją profesora, oprócz medycyny, jest polityka. Na ścianach obrazy – morze, statki.

Posłowie

Nasze pół wieku diabetologii polskiej

Właśnie skończyli Państwo lekturę wyjątkowej publikacji. A może dopiero ją Państwo zaczną – zależy to od nawyków czytelniczych. Niektórzy sięgając po książkę, zaczynają od wstępu, inni – od posłowia. *Pół wieku diabetologii polskiej* zawiera 17 przeprowadzonych w większości w minionym roku rozmów z twórcami polskiej diabetologii, naszymi nauczycielami zawodu, nestorami medycyny, wybitnymi lekarzami. Ale dlaczego 17? Dlaczego z tymi, a nie innymi diabetologami? I w ogóle, w jakim celu prowadziliśmy te rozmowy?

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne powstało w 1987 roku na bazie Sekcji Diabetologicznej Towarzystwa Internistów Polskich. W 2017 roku PTD skończyło 30 lat i zrodził się pomysł upamiętnienia tej rocznicy. PTD z formalnego punktu widzenia jest stowarzyszeniem, a stowarzyszenie to organizacja, instytucja stanowiąca legalną emanację danej społeczności. A tak naprawdę to przede wszystkim ludzie, liderzy i pojedynczy członkowie. Ponadto w ostatnich 30 latach diabetologia (jak i cała medycyna) przeszła ogromne przeobrażenia. Kto może dać temu lepsze świadectwo niż ci, którzy rozpoczynali pracę lekarza w okresie rodzenia się nowoczesnej nauki o cukrzycy i jej leczeniu?

Postanowiliśmy zatem zwrócić się z prośbą o rozmowę i przywołanie wspomnień do wszystkich nestorów tej naszej ulubionej dziedziny – profesorów

diabetologii, twórców organizacji opieki diabetologicznej w swoich regionach, prezesów PTD minionych kadencji, naukowców, którzy odcisnęli swój ślad w światowej diabetologii, członków honorowych PTD – naszych Mistrzów. Spośród nich 16 przyjęło zaproszenie do współpracy i zechciało nam opowiedzieć o przeszłości. Publikację uzupełniliśmy o przeprowadzoną przed kilku laty rozmowę z dr Felicją Pietraszek, twórczynią opieki diabetologicznej na Śląsku.

Każdy z rozmówców zajmował się cukrzycą od początku swojej pracy zawodowej, poświęcił swoje życie kliniczne i naukowe chorym na cukrzycę, zmieniając ich życie na lepsze, poprawiając jego jakość i przyczyniając się do jego wydłużenia. Wspomnienia zawarte w niniejszej książce rozciągają się na wiele dekad, każde z nich jest oryginalne, inne od pozostałych, jedne są krótsze, inne dłuższe, mniej lub bardziej szczegółowe, ale wszystkie są szczere i obrazują, co można osiągnąć, pracując z pasją i oddaniem pacjentom.

Opowieści te są snute – jak przystoi wspomnieniom – z pewnego dystansu, stanowią swoiste podsumowanie. Dla niektórych z rozmówców stały się okazją do podsumowania osiągnięć życia. Naszym bohaterom nie brakowało ambicji, nie brakowało też gorzkich przeżyć i rozczarowań. Ta perspektywa spełnionego w każdym przypadku życia zawodowego i osobistego czyni lekturę każdej z rozmów fascynującym przeżyciem, o czym Państwo już się przekonali albo dopiero się przekonają – zależy to, jak już wspomniałem, od Państwa nawyków czytelniczych.

Nasi rozmówcy stworzyli wielowymiarowy obraz ostatniego półwiecza polskiej diabetologii. Kolejni prezesi PTD (prof. S. Czekalski, prof. J. Sieradzki, prof. C. Wójcikowski, prof. W. Grzeszczak) malują obraz własnego rozwoju zawodowego, splatającego się przez pewien czas z rozwojem Towarzystwa. Autorzy książek o cukrzycy, z których wszyscy się uczyliśmy, opowiadają o swoim bogatym doświadczeniu (prof. A. Czech, prof. J. Tatoń). Wychowawcy pokoleń diabetologów, w tym i kolejnych profesorów, wspominają swoje zaangażowanie w organizację ośrodków diabetologicznych (prof. I. Kinalska, prof. B. Krupa-Wojciechowska, prof. B. Wierusz-Wysocka). Naukowcy pracujący za granicą (prof. A. Kraszewski, prof. A. Królewski) wskazują na wkład Polaków w rozwój diabetologii światowej. Rozmowy z pediatrami (prof. H. Dziatkowiak, prof. E. Otto-Buczkowską, prof. R. Wąsikową, prof. J. Bodalskim) i jedyną w tym gronie okulistką (prof. B. Mirkiewicz-Sieradzką) są szczególnie zajmujące, jako że w diabetologii wieku rozwojo-

wego i leczeniu powikłań ocznych zaszły bodaj największe zmiany w minionych 50 latach.

Wierzymy, że udało nam się wspólnie udokumentować istotny okres polskiej medycyny. Szczególnie cieszymy się, że publikacja ukazuje się w 2020 roku, czyli tuż przed 100-leciem odkrycia insuliny, stanowiąc preludium do jego przyszłorocznych obchodów.

Za to skomplikowane w procesie tworzenia dzieło chcemy gorąco podziękować tym, dzięki którym ono powstało. A zatem przede wszystkim wyrazy ogromnej wdzięczności kierujemy do każdego z rozmówców. Niektórzy z nich to osoby już od lat nieaktywne zawodowo i – nie ma co ukrywać – w zaawansowanym wieku i nie najlepszego zdrowia. Tym bardziej fakt poświęcenia czasem wielu godzin na rozmowę zasługuje na naszą wdzięczność. Pamięć ludzka łatwo ulega zatarciu, ale słowo drukowane nie odchodzi nigdy. Uwiecznienie wspomnień uwiecznia ich autorów – i to było jedno z zadań przygotowanej przez nas publikacji.

Pół wieku diabetologii polskiej nie powstałoby bez pracy i entuzjazmu współautorek tej książki – Agnieszki Fedorczyk i Katarzyny Pinkosz. Przyjęły one nasze zaproszenie do przeprowadzenia rozmów, zaaranżowania fotografii i opracowania całości publikacji. Nie było to zadanie ani łatwe, ani szybkie w realizacji. Efekt sami Państwo już mogli ocenić albo dopiero to Państwo zrobią (tak, tak, to zależy od nawyków...). Bardzo im obu dziękujemy, bez ich doświadczenia dziennikarskiego i pisarskiego nie udałoby się nam przygotować tej ekscytującej i bardzo ważnej książki.

Dziękujemy też obecnej prezes PTD prof. Dorocie Zozulińskiej-Ziółkiewicz za nieustające wsparcie w pracy nad książką, wydawnictwu Medycyna Praktyczna i jej cierpliwym jak krakowskie anioły redaktorom za staranne opracowanie niniejszej publikacji opisującej historię polskiej diabetologii za pośrednictwem wspomnień jej twórców i koryfeuszy.

Liczymy, że za kolejne pół wieku Polskie Towarzystwo Diabetologiczne wyda dalszą część wspomnień nestorów i że będzie to lektura jeszcze bardziej fascynująca...

sierpień 2020

Spis treści

5 **Pamięć o przeszłości jest fundamentem przyszłości...**
Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz

7 **Bo ważni są ludzie oraz zadbanie o jakość i sens życia**
Agnieszka Fedorczyk

11 **Poprzeczka wysoko zawieszona**
Katarzyna Pinkosz

15 **Historia polskiej diabetologii – wspomnienia Mistrzów**
Agnieszka Fedorczyk, Katarzyna Pinkosz

17 **Człowiek z genem ciekawości i pasji**
Rozmowa z profesorem Jerzym Bodalskim

33 **Nauka i praktyka – dla dobra chorych**
Rozmowa z profesor Anną Czech

45 **Profesor z siedmioma specjalizacjami**
Rozmowa z profesorem Stanisławem Czekalskim

59 **Szlak pediatrią i diabetologią znaczony**
Rozmowa z profesor Hanną Dziatkowiak

83 **Profesor, który stworzył diabetonefrologię**
Rozmowa z profesorem Władysławem Grzeszczakiem

95 **Pierwsza dama polskiej diabetologii**
Rozmowa z profesor Idą Kinalską

109 **Chemik, który zsyntetyzował gen**
Rozmowa z profesorem Adamem Kraszewskim

123 **Polski diabetolog w Bostonie**
Rozmowa z profesorem Andrzejem Królewskim

131 **Hipertensjolog, która rozwinęła diabetologię**
Rozmowa z profesor Barbarą Krupą-Wojciechowską

143 **Najlepsza diabetolog wśród okulistów**
Rozmowa z profesor Barbarą Mirkiewicz-Sieradzką

149 **Organizatorka z pasją**
Rozmowa z profesor Ewą Otto-Buczkowską

167 **Dołożyłam swoją cegiełkę do rozwoju polskiej diabetologii**
Rozmowa profesora Krzysztofa Strojka
z doktor Felicją Pietraszek

181 **Organizator, naukowiec, społecznik**
Rozmowa z profesorem Jackiem Sieradzkim

197 **Myśli i czyny lekarza, naukowca i humanisty**
Rozmowa z profesorem Janem Tatoniem

211 **Opieka nad dziećmi z cukrzycą na Dolnym Śląsku**
Rozmowa z z profesor Renatą Wąsikową

229 **Mogłam zostać wyłącznie lekarzem**
Rozmowa z profesor Bogną Wierusz-Wysocką

247 **Profesor, który miał zostać biskupem**
Rozmowa z profesorem Czesławem Wójcikowskim

273 **Nasze pół wieku diabetologii polskiej**
Leszek Czupryniak

Agnieszka Fedorczyk przeprowadziła rozmowy z profesorami: A. Czech, H. Dziatkowiak, E. Otto-Buczkowską, R. Wąsikową, B. Wierusz-Wysocką, J. Bodalskim, S. Czekalskim, A. Kraszewskim i J. Tatoniem, a Katarzyna Pinkosz z profesorami: I. Kinalską, B. Krupą-Wojciechowską, B. Mirkiewicz-Sieradzką, W. Grzeszczakiem, A. Królewskim, J. Sieradzkim i C. Wójcikowskim.

Agnieszka Fedorczyk

dziennikarka, redaktorka prowadząca czasopismo „Medical Tribune", autorka tekstów z dziedziny zdrowia, medycyny, psychologii, a także artykułów popularnonaukowych i społecznych; publikowała m.in. w „Gazecie Wyborczej", „Wysokich Obcasach", „Newsweeku", „Wprost", „Świecie Mózgu", „NeuroPozytywnych" i „Hospiku"; laureatka licznych nagród i wyróżnień

Katarzyna Pinkosz

dziennikarka medyczna, zastępca redaktora naczelnego pisma „Świat Lekarza", pisze m.in. do „Do Rzeczy" i „Wprost"; autorka książek: *Wybudzenia. Powrót do życia. Polskie historie*, *Niebieska reżyseria – 15 lat Fundacji Akogo?*, *O dwóch takich. Teraz Andy*, *Zdrowe dziecko? Naturalnie!*; laureatka wielu nagród dziennikarskich

Leszek Czupryniak

lekarz, specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (2011–2015); autor (współautor) licznych publikacji oryginalnych, prac poglądowych, rozdziałów w monografiach o cukrzycy; redaktor naczelny pisma PTD „Clinical Diabetology"; laureat wielu nagród

9 788374 306355

ISBN 978-83-7430-635-5

PTD Polskie Towarzystwo Diabetologiczne