

Janusz Meder

Krzakowski

Zatoński

Meder

Towpik

Nowacki

Jassem

Jędrzejczak

Kułakowski

Pieńkowski



Początki mojej drogi do onkologii były trochę przypadkowe. Kiedy kończyłem studia w Akademii Medycznej w Warszawie, panował jeszcze system nakazowo-rozdzielczy, mimo że to był już rok 1972. Po otrzymaniu dyplomu należało zgłosić się do pełnomocnika pracy przy uczelni, który po prostu miał dla każdego absolwenta jedną, dwie propozycje pracy. Otrzymałem do wyboru: szpital w Skierniewicach lub Żyrardowie. Zadałem urzędnikowi naiwne pytanie, czy to jest absolutnie nie do zmiany, ale było to oczywiście pytanie retoryczne. Nie pozostało nic innego, jak tylko odbyć podróż do tych dwóch szpitali. Wróciłem wstrząśnięty tym, co zobaczyłem, tym, w jakich warunkach pracują lekarze, w jakich warunkach leżą pacjenci, jak bardzo zaniedbane są te szpitale. No i perspektywa parogodzinnych codziennych dojazdów pociągiem z Warszawy! Nie za bardzo mi się to uśmiechało.

Postanowiłem na własną rękę zrobić rozeznanie, czy gdzieś ktoś nie poszukuje lekarza świeżo po studiach, którego by zatrudnił i dał mu prawo do odbycia rocznego stażu podyplomowego. I tak trafiłem za namową moich przyjaciół do Instytutu Onkologii przy ulicy Wawelskiej. W umówionym dniu z wielką treścią stanąłem przed biurkiem pana profesora Tadeusza Koszarowskiego. To był czas, kiedy dopiero co został dyrektorem tej znanej w Warszawie placówki. Zobaczyłem za biurkiem, w białym, nienagannie uprasowanym mundurku lekarskim, postawnego, wysokiego mężczyznę, który przyjaźnie się do mnie uśmiechał. W miarę trwania naszej rozmowy trochę już ośmielony, wiedząc, że profesor jest znakomitym chirurgiem-onkologiem, wypaliłem, że moim marzeniem jest zostać chirurgiem – co było zgodne z prawdą, bo rzeczywiście byłem zainteresowany chirurgią, asystowałem już przy wielu zabiegach operacyjnych podczas zajęć praktycznych na studiach w klinikach chirurgicznych oraz w czasie praktyk wakacyjnych w kilku szpitalach powiatowych.

Niestety, jedynym etatem, którym dysponował pan profesor, był etat w zakładzie radioterapii, choć i to było jeszcze wątpliwe, bo miał się praktycznie zwolnić dopiero za kilka miesięcy. Na moją prośbę profesor Koszarowski zgodził się jednak, żebym od zaraz rozpoczął pracę w ramach wolontariatu. Otrzymałem od niego list potwierdzający nasze ustalenia, a ponieważ profesor Koszarowski cieszył się wielkim szacunkiem i był znaną postacią nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie, nie było mowy, żeby po takim liście ktoś stwarzał trudności; spotkałem się z postawą: droga wolna, to już moja sprawa, jak zorganizuję sobie pracę. I tak rozpocząłem





(fot. J. Sielski)

Janusz Meder

*Spokój wewnętrzny daje świadomość,
że niejednego lekarza nauczyłem
patrzeć na pacjenta w sposób
holistyczny, z empatią.*



wolontariat w Klinice Chirurgii Onkologicznej, prowadzonej przez pana profesora i w Klinice Ginekologii Onkologicznej, gdzie pojawiła się szansa na ewentualne wcześniejsze otrzymanie etatu. Tej klinice szefowała pani profesor Ludwika Tarłowska, człowiek niezwykle prawości, oddana bezgranicznie chorym, przyjazna jednakowo wszystkim pracownikom, niezależnie od tego, kto jakie zajmował stanowisko; czy to był młody lekarz, czy starszy, czy mniej doświadczony, czy bardziej – do każdego miała wielki szacunek. Podobnie jak profesor Koszarowski, cieszyła się wielką estymą i poważaniem.

Tak pracowałem mniej więcej od wakacji 1972 do lutego 1973 roku, kiedy się okazało, że nie ma etatu ani na chirurgii, ani na ginekologii onkologicznej, tylko na radioterapii. Z problematyką radioterapii byłem w pewnym stopniu już zaznajomiony, bo profesor Koszarowski był orędownikiem i inicjatorem leczenia w sposób całościowy, holistyczny; każdy onkolog musiał otrzymać podstawy w zakresie wszystkich dziedzin onkologicznych, niezależnie od tego, czy był później chirurgiem, radioterapeutą, czy chemioterapeutą. Zresztą wtedy jeszcze nie istniały w ogóle odrębne oddziały chemioterapii, funkcjonowała klinika onkologii ogólnej, gdzie pacjenci byli leczeni zachowawczo, generalnie w oparciu o metodę radioterapii. Były to przecież dopiero początki prostych programów chemioterapeutycznych, z użyciem dostępnych wówczas: nitrogranulogenu (pierwszego cytostatyku, który został zastosowany w onkologii), cyklofosfamidu, natulanu i winkrystyny; natomiast nieznanne były inne cytostatyki, które dopiero później stopniowo wchodziły do użycia.

Wszyscy młodzi lekarze pracujący wtedy w Instytucie przeszliśmy bardzo dobrą, intensywną szkołę w zakresie podstawowej onkologii ogólnej. Poza profesorem Koszarowskim pracowało tam wielu innych znakomitych, doświadczonych profesorów i doktorów, a wymagania w stosunku do nas były bardzo wysokie. Doceniłem to wszechstronne wykształcenie w zakresie podstaw onkologii, kiedy wiele lat później, już po doktoracie, wyjechałem na stypendium National Cancer Institute do szpitali i laboratoriów w Harvard Medical School w Bostonie. Wiedza, którą zyskałem w Polsce, pozwoliła mi w miarę gładko przystosować się do medycyny amerykańskiej, która bardzo różniła się od medycyny polskiej, i – szczerze mówiąc – można było mieć kompleksy. Podczas pracy za granicą bardzo przydatna była także wiedza, jaką zdobyłem dzięki panu profesorowi





Adamowi Michałowskiemu, który w Instytucie Onkologii w Warszawie był patologiem i immunologiem. Po normalnej pracy w klinice w godzinach późnopołudniowych i wieczornych, nierzadko także w soboty, niedziele i święta, jako młody lekarz prowadziłem z profesorem Michałowskim prace naukowo-badawcze, wykonując na myszach doświadczalnych między innymi badania laboratoryjne, eksperymentalne i następnie kliniczne w zakresie radiobiologii i radiochemioterapii, pod kątem możliwości ich zastosowania w praktyce klinicznej. Dopiero właśnie w Stanach, po tych wielu latach łączenia pracy w klinice i w laboratorium, zobaczyłem jak bardzo to jest przydatne, ponieważ tam w programie edukacyjnym młodych lekarzy klinicystów wręcz obowiązkowy jest staż pracy w laboratorium, co tworzy tak potrzebny pomost wymiany doświadczeń pomiędzy kliniką a badaniami podstawowymi.

Wracając do osoby profesora Adama Michałowskiego, muszę powiedzieć, że był on w moim życiu zawodowym, obok profesora Koszarowskiego, jednym z głównych mentorów, mistrzów. Toczyliśmy wiele rozmów w przerwach między kolejnymi eksperymentami w laboratorium. Profesor objawiał wielką mądrość życiową, którą potrafił przekazywać swoim partnerom. Dyskusje prowadzone z profesorem nie tylko pozwalały mi doskonalić warsztat lekarski i naukowy, lecz także wyposażyły mnie w ogólną wiedzę życiową. Wiele mądrych słów i spostrzeżeń, które usłyszałem od profesora, ukształtowało moje spojrzenie na onkologię i – przede wszystkim – na kwestię radzenia sobie z wielkim obciążeniem, jakim jest codzienny kontakt z ciężko chorymi pacjentami. W początkowych latach mojej pracy w Instytucie Onkologii, w niektórych postaciach nowotworów głowy i szyi wykonywano rozległe operacje okaleczające w zakresie twarzoczaszki. Wielu chorych dodatkowo poddawano radioterapii w celu zwiększenia efektywności leczenia. Ze względu na to, że była to zupełnie inna era w radioterapii, u pacjentów występowały duże reakcje popromienne, zarówno wczesne, jak i późne; powodowały one trudne gojenie się ran pooperacyjnych. Bardzo trudne dla młodego lekarza było pogodzenie się z tymi obrazami. Miałem chwile wątplenia, czy jestem w stanie psychicznie znieść tego typu pracę na co dzień. Jednak w miarę zdobywanego doświadczenia zawodowego, kiedy widziałem inne sukcesy onkologii, nauczyłem się godzić z tymi stresującymi sytuacjami, tym bardziej, że wraz z szybkim postępem w zakresie metod leczenia skojarzonego zrezygnowano z tak daleko posuniętej radykalności zabiegów chirurgicznych.

