

prof. dr hab. Jan Maciej Zaucha

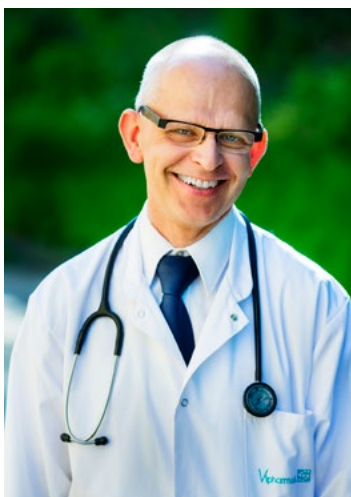
Wywiad przeprowadził prof. Wiesław Makarewicz

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

Wkroczyłem na nią w rodzinnym domu. W drugiej klasie szkoły podstawowej miałem napisać wypracowanie kim chciałbym być w przyszłości. Odpowiedź była krótka – naukowcem. Gorzej było z uzasadnieniem. Najważniejszym chyba było to, że naukowcem był mój ojciec – profesor w Morskim Instytucie Rybackim w Gdyni, prowadzący wówczas badania nad technikami połowu. Odwiedzałem jego laboratorium, w którym testował wytrzymałość materiałów używanych do produkcji sieci. W domu opowiadał jak jego wynalazki sprawdzały się w spotkaniu z żywymi rybami. Medycyna jako wybór życiowy przyszła później, trochę nagle, w połowie ostatniej klasy liceum, której profil (matematyczno- fizyczny) nie sprzyjał temu wyborowi. Nie mając żadnych tradycji rodzinnych nie do końca wiedziałem czym jest medycyna. Pociągała mnie w niej ta tajemna wiedza wyjaśniająca sekrety życia, ciekawość, żeby ją poznać i ambicja, żeby czegoś samemu dokonać. Myślałem także o biocybernetyce. Z perspektywy lat mogę powiedzieć, że wybór ścieżki życiowej był trafny. Wprawdzie młodzieńcze fascynacje ustąpiły twardym realiom studiów i codziennej pracy, ale odkryłem coś, co stało się najważniejszym motorem pracy – możliwość podejmowania działań zmieniających bieg życia ludzi. Uczucie to przed laty pięknie opisał w książce Hanny Krall dr Marek Edelman – *działać tak, żeby próbować zdążyć przed Panem Bogiem, żeby choć na jakiś czas zasłonić świeczkę i nie dać zgasić płomienia*. Klinika, do której udało się mi dostać, stanowiła doskonałe miejsce do podejmowania tego typu działań. Żeby to robić dobrze, inteligentnie i nowoczesnie medycyna musi iść w parze z nauką. I tak się znalazłem na ścieżce prowadzącej do uzyskanej profesorskiej nominacji.

Kto w pierwszym rządzie był Pana mistrzem inspirującym i wprowadzającym w arkana zawodu i działalności naukowej?

Na drodze każdego człowieka niezwykle ważni są mistrzowie. Dzięki nim się kształtujemy. Czasem spotyka się ich przypadkiem. Ja miałem to szczęście. Jako student medycyny i harcerz spotkałem prof. Marka Hebanowskiego, którego syn należał do naszej drużyny. Profesor zarażał swoją pasją po-



znania. Jego rozległa wiedza i niekończące się opowieści o trudnych przypadkach rozbudziły moją miłość do królowej medycyny – interny. I tak trafiłem, też trochę przypadkiem, na etat libijski do Kliniki Gastroenterologii, którą wówczas kierował prof. Andrzej Kryszewski. To była solidna szkoła zawodu, w której najważniejszym nauczycielem okazała się zmarła niedawno dr Krystyna Szulczyńska. To ona podpowiadała jak badać chorego, jak zbierać inteligentnie wywiad, jak dobrze przygotować wypis. Dzięki temu na jednym z moich pierwszych dyżurów na podstawie wywiadu udało mi się rozpoznać

przetokę tchawiczo-oskrzelową, potwierdzoną następnie dzięki prof. Jungowskiej – znakomitej radiolog, którą moja relacja przekonała do wykonania bronchografii, wbrew sceptycyzmowi starszych kolegów (których *nota bene* teraz doskonale rozumiem). Jako najmłodszy pracownik objąłem zaszczytną funkcję wykonującego biopsję jelita cienkiego przy podejrzeniu choroby trzewnej, która była przedmiotem zainteresowań badawczych kierownika Kliniki. I to właśnie dzięki opowieściom prof. Kryszewskiego o podstępnym obrazie klinicznym tej wówczas bardzo rzadko rozpoznawanej choroby (pamiętam chodziło o reprezentantkę Polski w koszykówce), udało mi się postawić moją pierwszą trafną diagnozę tej choroby niemalże w pełni zgodnie z konwencją *strassen diagnose* i to do tego u bliskiej osoby. Byłbym niesprawiedliwy, gdybym nie wspomniał o innych pracownikach Kliniki, którym zawdzięczam pomoc w prowadzeniu na zawodowej ścieżce. Byli to: ordynator oddziału dr Maria Górską-Dubowik, która doglądała mnie na co dzień, dr Halina Kwitek-Socha, którą poznałem już wcześniej jako student V roku i której interesujące zajęcia kliniczne wspominam do dziś, dr Witold Szyferz, uczący mnie rektoskopii oraz dr Wojciech Suchanek, wprowadzający mnie w endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Wreszcie w Klinice Gastroenterologii spotykałem największego swojego Mistrza. Też przypadkiem. Trafiła pod moją opiekę z powodu pancytopenii chora ze szpiczakiem mnogim. Hematologia była wówczas dla mnie wielką tajemnicą. Uszczkną jej rąbka mógł wówczas tylko młody docent Andrzej Hellmann. Do niego chodziło się na konsultacje z chorymi hematologicznymi, kiedy przyjeżdżał dwa razy w tygodniu z Kliniki na ul. Łąkowej do Poradni. Po pierwszej konsultacji byłem oczarowany jego wiedzą, elokwencją i spokojem – za-

wodowa miłość od pierwszego wejrzenia! Kiedy się dowiedziałem, że ówczesny rektor prof. Angielski powołał do życia Klinikę Hematologii powiedziałem sobie, że teraz albo nigdy! Zebrałem się na odwagę i przy kolejnej konsultacji zapytałem docenta Hellmanna, czy nie przyjąłby mnie do pracy. I tak w 1991 r. znalazłem się w Klinice Hematologii. Po latach, kiedy spytałem Szefa dlaczego mnie przyjął, to wyjawiał, że tylko dlatego, bo nikt w mojej sprawie nie dzwonił... Nowy kierownik był bardzo wymagający. Klinikę prowadził w innowacyjny na tamte czasy sposób. Obchód poprzedzało omówienie chorych, na którym asystent musiał bez zająknięcia, wiedząc o chorym niemal wszystko, przedstawić go i zaproponować postępowanie. Była to szkoła logicznego myślenia, szybkiego zdobywania praktycznej wiedzy hematologicznej, po prostu hematologiczna szkoła życia. Wprawdzie przez pierwsze miesiące pracy schudłem kilka kilogramów, ale opłacało się. Równolegle otrzymałem pierwsze zadania naukowe – walidowania nowo opublikowanego modelu prognostycznego u naszych chorych z przewlekłą białaczką szpikową, która była głównym zainteresowaniem kierownika Kliniki. Szybko również otrzymałem propozycję realizacji pracy doktorskiej, dotyczącej niezwykle wówczas gorącego tematu jakim było białko p53. No i wreszcie najważniejsze – propozycja przygotowania i poprowadzenia chorego po przeszczepieniu allogenicznym szpiku. Zaufanie, jakim mnie obdarzył Szef po zaledwie 3 latach pracy było przeogromne, wówczas nie zdawałem sobie z tego sprawy. Za to również do dziś jestem niezwykle wdzięczny prof. Hellmannowi. Klinika wówczas nie wykonywała żadnych transplantacji i rozpoczęcie programu transplantacji od przeszczepienia od dawcy nawet dziś uważam za bardzo śmiałą decyzję. Wprawdzie Profesor wszystko sprawdzał przed tym pierwszym zabiegiem, to jednak szliśmy na zupełnie nieznanym nam front. Ale się udało! Chory nawet nie zagorączkował. Nie było nigdy później takiego chorego. Może dlatego, że był to pierwszy zabieg na sterylnej sali, a może dlatego, że mieliśmy wszyscy szczęście. Nie byliśmy nawet pewni, czy doszło do zmiany szpiku. Badania chimeryzmu hematopoetycznego, na ten czas pionierskie, wykonane dzięki pomocy prof. Ryszarda Pawłowskiego wykazały czasowy mieszany chimeryzm hematopoetyczny. Te niezwykle ciekawe wyniki były później inspiracją do dalszych badań w tym kierunku prowadzonych przez zespół Kliniki.

W późniejszym czasie z przeszczepami nie zawsze szło tak dobrze. Dlatego zdecydowałem się poszerzyć swoje doświadczenie kliniczne w zakresie transplantologii szpiku i w ten sposób trafiłem na moich ostatnich Mistrzów – prof. Rainera Storby i prof. Beverly Torok-Storb, kierujących Zakładem Biologii Transplantacji Szpiku Kostnego w Fred Hutchinson Cancer Research Center w Seattle (USA). Była to mekka transplantologów szpiku z całego świata, miejsce, w którym przeprowadzono jedne z pierwszych udanych przeszczepień szpiku u człowieka, przy ogromnym udziale mojego amerykańskiego Mentora profesora Storba, obchodzącego niedawno swoje 80 urodziny i nadal pracującego *full-time*. Dzięki stypendium



Uroczystość w Belwederze 21 stycznia 2015 r.

Fundacji Nauki Polskiej mogłem w ciągu pół roku brać udział w tyłu zabiegach przeszczepienia szpiku ile sami zrobiliśmy przez 3 lata. Na oddziale transplantacyjnym poznałem prof. Storbę, opowiadającego jak udało mu się wypracować algorytm, obecnie powszechnie stosowanego postępowania immunosupresyjnego u chorych po przeszczepieniu. Do grupy badawczej prof. Storby trafiłem dzięki własnym skromnym doświadczeniom, dotyczącym mieszanego chimeryzmu hematopoetycznego. To właśnie mieszany chimeryzm był wiodącym tematem badań prowadzonych u psów po przeszczepieniach szpiku po tzw. niemieloablacyjnym postępowaniu przygotowawczym. Prof. Storb nauczył mnie poruszania się w skomplikowanym świecie biologii transplantacji szpiku. Jego interpretacje tego, co dzieje się z komórkami układu krwiotwórczego, jego wielkie marzenie o wykonaniu transplantacji bez udziału toksycznej radio- lub chemioterapii ciągle stymulowały do działania. Prof. Torok-Storb umożliwiła mi prowadzenie przez kolejne dwa lata po zakończeniu stypendium badań podstawowych, będąc niezwykle rzeczową i wy- ▶▶



Zespół Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdyńskiego Centrum Onkologii, od lewej: lek. Monika Kulma-Kreft, kierownik Kliniki prof. Jan Maciej Zaucha, ordynator dr Krzysztof Leśniowski-Kmak, asystentka dr Iwona Danielewicz, koordynator chemii jednego dnia dr Małgorzata Piotrowska, zastępca ordynatora lek. Magdalena Wróblewska, rezydentka lek. Małgorzata Marczevska-Skrodzka



Spływ na rzece Cetina w Chorwacji – z synami Janem Mateuszem (z przodu) i Janem Maciejem (z tyłu)

- ▶ magającą mentorką prowadzonych doświadczeń. Opublikowane wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły mi na przygotowanie rozprawy habilitacyjnej, którą udało się szczęśliwie zakończyć kolokwium w 2005 r.

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

Obecne moje zainteresowania naukowe i zawodowe skupiają się na chłoniaku Hodgkina – niezwykle ciekawej chorobie opisanej już w 1832 r. przez dr. Thomasa Hodgkina, który przedstawił wyniki sekcji 7 chorych z sadowatym powiększeniem węzłów chłonnych i splenomegalią. Mimo że znamy tę chorobę od tylu lat i wiemy, że jest chłoniakiem oraz podejrzewamy udział wirusa Epsteina-Barr (EBV) w jego etiologii, to do dziś nie wiemy dlaczego, mimo powszechności zakażenia wirusem EBV, tylko nieliczni zakażeni rozwijają tę chorobę. Udział układu immunologicznego wydaje się bezdyskusyjny. Sam guz składa się z nielicznych komórek nowotworowych otoczonych naciekiem prawidłowych komórek układu odpornościowego. Wykorzystuje się to w immunoterapii tej choroby, choć etiologia nowotworzenia nie jest nadal poznana. Prawdopodobnie nie jest jednakowa u wszystkich chorych. Część pacjentów jest wyleczonych po standardowym leczeniu, pewna część wymaga intensyfikacji leczenia, a niektórych chorych za pomocą klasycznej chemioterapii wyleczyć się nie da. Przedmiotem moich badań jest wczesna, wręcz bardzo wczesna identyfikacja tych chorych, którzy na standardowe leczenie nie odpowiadają. Ma to dla procesu leczenia kapitalne znaczenie. Oszczędza im bowiem stosowania chemioterapii, która jest nieefektywna. Pozwala to na ograniczenie toksyczności leczenia i szybko skłania do poszukiwań niestandardowych sposobów terapii w tym wspomnianej immunoterapii za pomocą przeciwciał anti-PD1. Narzędziem pozwalającym na wczesną identyfikację chorych opornych na standardowe leczenie, choć nie do końca doskonałym, jest pozytonowa tomografia emisyjna skojarzona z tomografią komputerową. Trzeba jednak wiedzieć kiedy ją zastosować i jak zinterpretować wynik. Tak powstała skala z Deauville,

którą obecnie stosuje się nie tylko do oceny badań PET w trakcie, ale również na zakończenie leczenia i to nie tylko w chłoniaku Hodgkina. Owocem prowadzonych badań jest kilka publikacji naukowych, dwa obronione doktoraty, a przede wszystkim przeprowadzenie ogólnopolskiego badania obserwacyjnego dotyczącego zastosowania wczesnego badania PET w ocenie odpowiedzi na leczenie u chorych na chłoniaka Hodgkina. W badaniu tym uczestniczyło 11 ośrodków klinicznych stowarzyszonych w sekcji chłoniaka Hodgkina Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków oraz 7 ośrodków PET, w tym najbliższymi z nami współpracującymi ośrodki bydgoski i gdański. Badanie było prowadzone przy bardzo ścisłej współpracy i przyjacielskim wsparciu prof. Andrea Gallamini, który jest pionierem w zastosowaniu wczesnego badania PET w ocenie odpowiedzi na leczenie u chorych na chłoniaka Hodgkina. Zdołane przez klinistów i specjalistów medycyny nuklearnej doświadczenie w trakcie trwania badania obserwacyjnego pozwala na bardzo nowoczesne, niemalże spersonalizowane, prowadzenie chorych. To daje dużą satysfakcję i zachęca do dalszych badań.

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

Zawsze lubiłem nauczać, a w szczególności hematologię. Swoją pierwszą konspekt poświęcony szkonom krwotocznym przechowuję do dziś. Kiedy jednak w 2007 r. przeszedłem do Wydziału Nauk o Zdrowiu, dziekan Wydziału prof. Lass, przyjmując mnie niezwykle ciepło i serdecznie, zaproponował mi prowadzenie zupełnie innego przedmiotu – metodologii badań naukowych. Nie miałem żadnego doświadczenia w nauczaniu tego przedmiotu i nie bardzo było skąd czerpać wzorce, bo na Wydziale Lekarskim takiego przedmiotu studenci nie mają. Wprawdzie sam napisałem już trochę prac naukowych to jednak uczenie o tym jak należy uprawiać naukę i jak pisać prace naukowe było zupełnie nowym wyzwaniem, ale też ciekawym doświadczeniem. Przypomnienie sobie zasady falsyfikowalności Karla Poppera oraz teorii paradygmatu Kuhna nie tylko pomaga w zrozumieniu jak powstała medycyna oparta na faktach, ale pozwala na wyłumaczenie, że nauka jest integralną częścią zawodów medycznych, bez której trudno jest o codzienny profesjonalizm. Jest dla mnie dużą satysfakcją, że każda praca magisterska na Wydziale Nauk o Zdrowiu obecnie zawiera hipotezę badawczą, a statystyka nie sprowadza się tylko do statystyki opisowej. Przedmiot pozwala też przemycić trochę filozofii w dyskusji po co statystykowi potrzebny jest czarny łabędź. Chcąc podwyższyć swoje kwalifikacje jako wykładowcy ukończyłem studia podyplomowe na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi o skomplikowanej nazwie *Elementy metodologii badań empirycznych w medycynie i zastosowanie statystyki w badaniach biomedycznych*.

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

Moją działalność naukową można w największym skrócie podsumować jako tzw. *clinical research*. Wymusiła to trochę praca, w której działalność usługowa była priorytetem, ale w której translacja wyników badań podstawowych do opieki przy łóżku chorego jest niezwykle szybka. Potrzebni są nie tylko ci, którzy coś wymyślą, ale również ci, którzy potrafią to mądrze wdrożyć. Pierwsze doświadczenia naukowe dotyczyły zastosowania 2-chlorodeoksyadenozyny w leczeniu chorych na chłoniaki. W latach dziewięćdziesiątych polscy hematolodzy otrzymali dzięki unikalnej pracy dwóch polskich chemików prof. Pawła Griebla i prof. Kazimierza Kazimierczaka oryginalnie zsyntetyzowaną 2-chlorodeoksy-adenozynę i uruchomiono produkcję leku, który nazwano kladrybiną. Mnie, niespokojnej duszy, udało się jako pierwszemu w naszej Klinice zastosować, pod pełnym nadzorem kierownika Kliniki, lek u chorego z makroglobulinemią Waldenströma i współistniejącą agranulocytozą autoimmunologiczną, z doskonałym efektem.

Równolegle otrzymałem od kierownika Kliniki szansę przygotowania w 1994 r. protokołu do przeprowadzenia pierwszej transplantacji szpiku kostnego w ośrodku gdańskim. To oczywiście było dla całego zespołu wielkim wydarzeniem – w tamtych latach (31.05.1994 r.) byliśmy czwartym ośrodkiem rozpoczynającym tego rodzaju procedurę. Fakt, że się udało i chory żyje do dziś jest ogromną radością. Z punktu widzenia jednak samej procedury był to zabieg, który obecnie można nazwać rutynowym. Dlatego chyba największą satysfakcją i osiągnięciem w życiu zawodowym było udane przeszczepienie 12 lutego 2005 r. krwi pępowinowej po niemieloablacyjnym postępowaniu przygotowawczym u pacjentki z ostrą białaczką szpikową, ze wznową po autologicznej transplantacji, bez pełnej odpowiedzi na leczenie ratunkowe i bez dorosłego dawcy. Sam zabieg przeszczepienia nie był trudny. Wyzwaniem był dobór materiału przeszczepowego i wybór postępowania przygotowawczego. Docenił to prof. Pablo Rubinstein z Nowego Jorku, ekspert w zakresie transplantacji z krwi pępowinowej, który doradzał mi w podjęciu decyzji pisząc po udanym zabiegu w kwietniu 2005 r. – *Engraftment is not a given: it reflects skillful and very sophisticated handling of the whole clinical situation of the patient**. Kilka dni temu wspólnie z byłą pacjentką obchodziliśmy 11 rocznicę zabiegu. Tak, to ogromna satysfakcja, udało się załamać świeczkę i nie zgasić płomienia! To taki mały cud, opisany zresztą w książce Anny Matei *Cud w medycynie. Na granicy życia i śmierci*. Nie zawsze jednak jest tak dobrze i w miarę upływu lat uważam, że największą satysfakcją w codziennej pracy, choć czasem nie do końca sobie uzmysławianą, daje sama troska, aby płomień nie zgasł. I nie jest to takie ważne, czy dotyczy to chorego po transplantacji, czy po rutynowej chemioterapii.

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

Tak, mam jedno wielkie marzenie o pracy w miejscu, w którym nasi hematologiczni chorzy mogliby godnie chorować. Wiemy, że nie wyleczymy wszystkich, choć postęp w leczeniu



Z żoną Renatą na nartach biegowych na Gochach

chorób układu krwiotwórczego jest przeogromny. Nasz pierwszy transplantowany chory dziś już nie miałby transplantacji szpiku tylko otrzymywałby leczenie doustne. Ale powinniśmy naszym chorym umożliwić leczenie i opiekę w miejscu, w którym się nie tłoczą, w którym nie przyjmują krwi na korytarzu, w którym nie leżą na dostawkach. W miejscu, w którym przyjmując kroplówkę lub krew mogą słuchać muzyki i przeczytać książkę. W takim miejscu, w którym stosuje się najnowocześniejsze dostępne sposoby leczenia. To marzenie pewnie jest bardzo trudne do zrealizowania. Ale marzyć można...

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

To pytanie niestety przywołuje pewne wyrzuty sumienia. Rodzina zawsze trochę cierpiała z powodu mojej nieustannej pracy. Niestety, tego się nie da odwrócić, a pracy w miarę upływu lat jest jeszcze więcej niż było. Szczęśliwie największy przyjaciel – Żona, onkolog w Klinice Radioterapii i Onkologii Klinicznej, wszystko rozumiała, zawsze słuchała, przeżywała wspólnie wszystkie wydarzenia i dzieliła po równo troski, zdejmując często z barków nadmierny ciężar. Dzięki jej ogromnej pracy nasi synowie studiują. Starszy po licencjacie z fizyki komputerowej na uniwersytecie w Edynburgu, kończy doktorat na wydziale Complexity in Science Uniwersytetu w Bristolu, a młodszy rozpoczął studia medyczne na naszej Uczelni. Na zainteresowania pozazawodowe brakuje czasu, ale też z tego powodu bardzo nie cierpię. W czasie wolnym staram się ruszać, biegam lub chodzę z kijami w towarzystwie żony i labradorki Frani, która teraz jest największym moim odkryciem życiowym, a której miłość jest najlepszym balsamem na wszystkie troski i trudy codziennego życia. Szczególnie lubię odpoczywać w naszej odskoczni w Jaśkowie na Gochach koło Bytowa. Ale wyjazd gdzieś dalej, na inny kontynent też pociąga i doskonale resetuje przed kolejnym cyklem pracy.

■ **Raz jeszcze gratuluję Panu tytułu naukowego. Życzę dalszych sukcesów oraz spełnienia marzeń.**

*Sukces przeszczepu nie spada z nieba – odzwierciedla umiejętną i całościową ocenę skomplikowanej sytuacji klinicznej pacjenta.