

# ŚLADAMI NAUCZYCIELI I MISTRZÓW\*

z prof. Antonim Krzeskim rozmawiają: Elżbieta Chlebowska, Joanna Szczęśna

**Panie Profesorze, całkiem niedawno, bo od października 2022 roku, przeszedł Pan na emeryturę. Co to znaczy w Pana przypadku, że jest Pan emerytem?**

■ To bardzo ciekawe doświadczenie. Uświadomiłem to sobie, kiedy kupowałem ostatnio bilety do opery, do której uczęszczam regularnie od lat, zawsze w niedzielę. Okazało się, że na niedzielne spektakle emerytom nie przysługują bilety ulgowe. Zaraz, zaraz – pomyślałem – przecież teraz mogę sobie wybrać dowolny dzień tygodnia. Nie jestem już ograniczony sztywnym harmonogramem człowieka zniewolonego etatem!

A mówiąc bardziej serio, w naszej rozmowie przed dwudziestu laty wspominałem o swojej rodzinie. Dzisiaj jestem dziadkiem czwórki wspaniałych wnuków i staram się w stosunku do nich odrobić to, co straciłem z okresu dzieciństwa moich dzieci. Przez lata robienia „kariery” nie starczało czasu na uczestniczenie w ich życiu i rozwoju, aczkolwiek niczego im nie brakowało poza moją obecnością. Bardzo dzisiaj tego żałuję,



\* Wywiad z okazji jubileuszu RhinoForum, przeprowadzony w grudniu 2022 roku

choć wiem, że to jest cena za wszystko, co osiągnąłem. Zastanawiam się tylko, czy ta cena nie jest zbyt wysoka, ale to się nie wróci. Niewątpliwie przez cały okres życia zawodowego wspierała mnie i inspirowała moja żona Ewa. I za to jestem Jej niezmiernie wdzięczny. Bez Jej wsparcia nie osiągnąłbym tego wszystkiego, co było do osiągnięcia.

**Nie jest już Pan Profesor szefem Kliniki Otorynolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ale nie przestał Pan być praktykującym lekarzem...**

■ To prawda. Zakończyłem karierę akademicką, ale dalej praktykuję jako lekarz. Udzielam konsultacji pacjentom i wykonuję zabiegi operacyjne, tyle tylko, że poza systemem „państwowej opieki zdrowotnej” – to taka abstrakcyjna nazwa czegoś, co powinno funkcjonować na rzecz wszystkich osób potrzebujących pomocy lekarskiej.

**Czy po 45 latach pracy jako nauczyciel akademicki i lekarz czuje się Pan spełniony?**

■ To trudne pytanie, zważywszy, że należę do osób, których rzeczy dokonane już nie interesują. Przez te lata zawsze żyłem jutrem, nowymi wyzwaniem i nieustanną analizą swoich niepowodzeń.

Myślę, że w tym miejscu warto wspomnieć o samym początku mojej kariery zawodowej, którą zdeterminował mój szef, śp. prof. Grzegorz Janczewski, wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zatrudnił mnie z polecenia, nie znał mnie, zaufał i myślę, że go nie zawiodłem. Do końca byłem lojalnym asystentem i zawsze zachowywałem się wobec niego przyzwoicie – to takie zapomniane pojęcie, które dzisiaj nie zawsze jest normą.

Ale również niezwykle istotną rolę w mojej karierze zawodowej odegrały trzy niewiasty, niczym Trzy Damy z „Czarodziejskiego fletu” Mozarta, które ukierunkowały mój rozwój. Pierwsza, to moja mentorka, prof. Teresa Goździk-Żołnierkiewicz, która sama będąc perfekcjonistką, w sposób bezwzględny i bezlitosny wymagała ode mnie rzetelnej pracy lekarskiej. W soboty, wczesnym popołudniem, kiedy wszyscy koledzy byli już w domu, miała zwyczaj sprawdzać i analizować ze mną historie chorób

prowadzonych przeze mnie pacjentów. W zamian dzieliła się swoją nieprzeciętną wiedzą i za to jej jestem wdzięczny. Ona wykształciła u mnie rzetelność w codziennej pracy.

Kolejna, niezwykle mi życzliwa osoba, to prof. Barbara Maniecka-Aleksandrowicz, foniatra, która na samym początku naszej przyjaźni powiedziała mi: „Pamiętaj, że każdego roku musisz być trzy razy za granicą, aby wiedzieć, co dzieje się na świecie”. A było to w czasach, kiedy istniała jeszcze żelazna kurtyna. Do dziś stosuję się do jej zalecenia.

Wreszcie moja koleżanka i nauczycielka – śp. dr Hanna Osóbka-Morawska, która na okrągło udowadniała mi, że medycyna wymaga pokory oraz stale powtarzała, że w książkach jest wszystko napisane, tylko trzeba umieć je znaleźć i przeczytać.

Ale wracając do pytania. Myślę, że tak, niezależnie od tego, co się kryje w słowie „spełniony”. W życiu akademickim osiągnąłem tytuł profesora, byłem promotorem 16 przewodów doktorskich, wsparłem dwie rozprawy habilitacyjne, zredagowałem 10 podręczników z zakresu rynologii, wychowałem całe pokolenie rynchirurgów i można by tak jeszcze wyliczać. Wszak 45 lat to szmat czasu, a ja umiałem w życiu tylko pracować. Tak mnie wychowano.

Ponadto wciąż jestem redaktorem naczelnym „Magazynu Otorynolaryngologicznego” – kwartalnika, który stworzyłem przed ponad 20 laty. No i właśnie zakończyła się Międzynarodowa Konferencja Rynologiczna RhinoForum, którą zorganizowałem po raz dwudziesty przy wydatnym wsparciu moich znakomych kolegów, wieloletnich współpracowników: dr Elizy Brożek-Mądry i dr. Marcina Straburzyńskiego.

**Po raz pierwszy odbyła się w czerwcu 2003 roku i otworzyła nową erę w polskiej laryngologii: co roku przez 20 lat przyjeżdżali do Polski wybitni laryngolodzy, rynchirurdzy, ale też specjaliści z pokrewnych obszarów medycyny i przedstawiali najnowsze osiągnięcia w swoich dziedzinach.**

■ Pierwotnie ta konferencja miała być wydarzeniem jednorazowym. Przedziwny i szczęśliwy zbieg okoliczności sprawił, że właśnie w tym 2003 roku, tydzień wcześniej odbywały się w Europie dwie konferencje – jedna rynologiczna, a druga alergologiczna – i dla wielu znakomych wykładowców ze świata nie było problemem zostać kilka dni dłużej, aby przyjechać do Polski.

Warto wspomnieć, że zupełnie przypadkowo, wcześniej, wielką promocję zrobili nam koledzy z Mayo Clinic w Rochester (USA). A to dlatego, że na konferencji, którą zorganizowałem wraz

z nimi jeszcze w 1994 roku, wręcz przesadziliśmy z gościnnością. Były muzea, zwiedzanie Warszawy, wspólne kolacje w restauracjach. Przygotowany przez nas program towarzyszący okazał się znakomitą inwestycją. Amerykanie rozpowiadali potem wszędzie, jak to w Polsce jest fantastycznie, co otworzyło mi wiele drzwi. Więc kiedy się z kimś w tym 2003 roku kontaktowałem, nie byłem osobą nieznaną, ten ktoś o mnie słyszał i myślę, że dzięki temu wielu znakomych wykładowców przyjęło moje zaproszenie.

Tak więc w Warszawie, w nowo otwartym hotelu Sheraton, znalazła się znaczna liczba znakomych wykładowców, w tym ponad dwudziestu wybitnych rynologów i alergologów ze świata. Ich wystąpienia były na niezwykle wysokim poziomie. Potem był piękny wieczór w Teatrze Stanisławowskim z Grupą Mozarta, kolacja w Starej Pomarańczarni z wyjściem na przepiękny ogród różany; szkoda, że już go nie ma. Do dziś pamiętam tę scenę podświetlonych fontann i ten zapach róż w pięknej noc czerwcową. Rzec można, pełen sukces.

Konferencja ta kosztowała około 160 tysięcy dolarów, a ja przygotowałem ją bez żadnej księgowości, w pamięci; autentycznie. Nie miałem jeszcze organizacji – Stowarzyszenie Rynologia Polska powstało już po konferencji – która by mogła zapewnić obsługę finansową. Był to olbrzymi wysiłek organizacyjny i wielka frajda.

Dzisiaj po latach wspominam jedno szczególne zdarzenie. Otóż niecałe dwa miesiące przed konferencją bardzo ważny wykładowca, profesor od chirurgii nosa, nagle przysłał mi maila, że odwołuje przyjazd, bo on zawsze lata klasą biznes, a my zaoferowaliśmy mu bilet w klasie ekonomicznej. A tu w Warszawie wszyscy uczestnicy konferencji liczą na jego obecność. Dramat! I co ja mogę zrobić? Siadam ze współpracującą ze mną dr Iwoną Gromek, odpowiedzialną za kontakty z wykładowcami i dyktuję jej list. Zaczynam tak: *Panie Profesorze, dzisiaj jest Wielki Piątek, dzień, w którym wszyscy musimy sobie wybaczać...* Rezultat był piorunujący. Odpisał, że to było jakieś nieporozumienie i oczywiście przyjechał i przedstawił swoje wykłady. To dobrze ilustruje, jak wyglądają kulisy organizacyjne wielkiej imprezy. Ktoś zawała sprawę, ktoś się obraża, a ja muszę wszystko odkręcać.

Zainteresowanie konferencją ze strony uczestników było olbrzymie, ponad 450 osób. Pod wpływem ich oczekiwań postanowiliśmy ją powtórzyć w kolejnym roku i tak powtarzamy każdego grudnia od 20 lat. Zgodnie z naszym promocyjnym hasłem „Tu nie wypada nie być”, aktualnie dla wielu kolegów laryngologów jest to nie tylko coroczne spotkanie naukowe, ale i towarzyskie. To ważny element, zwłaszcza w dzisiejszych czasach.

**Jest Pan Profesor pionierem operacji zatok przynosowych metodą endoskopową w Polsce. Kiedy Pan zaczął od Zachodu dzieliła nas przepaść. Czy dziś ten dystans jest mniejszy?**

■ O tak, przekonany jestem, że sytuacja zmieniła się radykalnie. Operacje endoskopowe zatok przynosowych są aktualnie wykonywane w Polsce powszechnie. Przez te ponad 20 lat wyrosło kolejne pokolenie laryngologów – chirurgów, z których wielu jest znakomitymi rynchirurgami. Myślę, że umiejętności wielu z nich przerosły moje, a jedyne co nas różni, to moje doświadczenie i związana z tym rozważa przy podejmowaniu decyzji. A w medycynie jest to, oprócz wiedzy i umiejętności, niezwykle ważny element. Mam satysfakcję, że to, co rozpocząłem propagować i rozpowszechniać przed laty, osiągnęło dzisiaj taki poziom.

Tu przy okazji opowiem pewną historię o meandrach postępu w medycynie. Jesienią 2003 roku byłem uczestnikiem prestiżowej konferencji BACO w Wielkiej Brytanii. Podczas uroczystej kolacji zostałem zaproszony do stolika numer 2, przy którym siedzieli światowej sławy profesorowie rynologii: Valerie Lund, Heinz Stammberger i Marshall Strome, wielce szanowany emerytowany kierownik kliniki w Cleveland w USA. W trakcie kolacji prof. Strome opowiedział mi historię, jak w latach sześćdziesiątych przyszedł do niego przedstawiciel firmy Storz, pokazał mu endoskop i zapytał, czy taki przyrząd może być użyteczny w laryngologii. A on obejrzał ten instrument dokładnie ze wszystkich stron i stwierdził, że nie widzi dla niego zastosowania. W tym miejscu prof. Strome pokiwał głową i uśmiechnął się tak, jak może uśmiechać się tylko człowiek, który patrzy już na swoje życie z dystansu.

Ta historia zapadła mi głęboko w pamięć. Wybitny naukowiec, który jako pierwszy na świecie próbował dokonać przeszczepu krtani, nie wyczuł możliwości wykorzystania endoskopu w laryngologii, mimo że jako pierwszy dostał taką szansę. Wielką sztuką w życiu jest, aby nie zaprzepaszczać szans, jakie niespodziewanie podsuwa nam los.

**A co – poza oczywiście coraz doskonalszym sprzętem – zmieniło się przez ostatnie 20 lat w rynologii?**

■ Okres dwudziestu lat w medycynie to całe wieki. Można powiedzieć, że przez te lata w rynologii zmieniło się prawie wszystko. Początkowo wdrożenie nowych technik chirurgicznych dało wrażenie, że mamy nową, skuteczną metodę leczenia przewlekłych zapaleń zatok przynosowych. Operacja endoskopowa miała być panaceum na tę chorobę. Dzisiaj po latach wiemy, że leczenie chirurgiczne tej grupy chorób jest tylko jednym z etapów leczenia. Zresztą to logiczne,

albowiem zapalenia w rzeczy samej należy leczyć zachowawczo, a leczenie chirurgiczne może jedynie to leczenie wspomagać. Świadomie używam liczby mnogiej, albowiem współcześnie przewlekłe zapalenie zatok przynosowych traktujemy – mimo podobnych objawów – jako co najmniej kilka odmiennych jednostek chorobowych. Mówimy o różnych fenotypach zapaleń, których mechanizm rozwoju jest odmienny.

Tu warto zauważyć, że na rozwój przewlekłych zapaleń zatok składa się kilka elementów, między innymi predyspozycje osobnicze, czynnik anatomiczny i czas. Kompilacje tych elementów sprawiają, że niewinna infekcja może skutkować rozwinięciem się przewlekłej choroby w wieku dorosłym. I dlatego leczenie chirurgiczne powinno służyć przede wszystkim jako metoda korygująca nieprawidłowości budowy anatomicznej. Dzięki temu zatoki mogą samoistnie oczyszczać się, wentylować oraz co niezwykle istotne, aplikowane donosowo leki przeciwzapalne mogą łatwiej je penetrować.

**Kiedy przeglądałyśmy materiały z kolejnych konferencji, zwróciło naszą uwagę, że ostatnimi laty często pojawia się temat „mikrobiota”. Wiemy, że zasiedlające nasz przewód pokarmowy bakterie mają wpływ nie tylko na trawienie, ale też na psychikę oraz funkcjonowanie różnych części organizmu. Czy również na zatoki przynosowe?**

■ To wielki temat. Szczególnie interesująca jest wiedza o wpływie mikrobioty przewodu pokarmowego na nasz układ odpornościowy. Dzięki wiedzy o mikrobiocie zrozumiałem, jak wielki trzeba mieć respekt dla tego wszystkiego co żyje w jamach naszego nosa, że nie można tego w nieskończoność tłuc antybiotykami.

W przeszłości przewlekłe zapalenie zatok było traktowane jako zakażenie. Skąd to się wzięło? Ano stąd, że w latach osiemdziesiątych XX wieku większość publikacji o zapaleniach zatok przynosowych dotyczyło flory bakteryjnej. Pacjent miał zapalenie zatok, traktowaliśmy je jako zakażenie, więc podawaliśmy antybiotyk. I to działało, ale na krótko. Myśmy wtedy nie wiedzieli wielu rzeczy. Ja sam u początków mojej kariery rynologicznej powszechnie stosowałem antybiotykoterapię jako podstawową metodę leczenia zapaleń zatok.

W tym miejscu warto podkreślić, że należy odróżniać pojęcie: zakażenie i zapalenie. To nie są te same procesy i dlatego wymagają odmiennego postępowania.

Z mojego punktu widzenia zasadniczy przełom w badaniu mikrobioty, to odkrycie, że prawidłowa

flora bakteryjna przewodu pokarmowego stymuluje nasz układ odpornościowy. Jeśli zatem bierzemy antybiotyki, w przewodzie pokarmowym dochodzi do zmiany flory bakteryjnej, co może wpływać niekorzystnie na nasz układ immunologiczny. Ale też wcale nie jest powiedziane, że jeśli zaordynuję pacjentowi antybiotyki, to po leczeniu odtworzy się w jego nosie fizjologiczna flora bakteryjna. Bakterie może nawet będą podobne, ale w innych proporcjach, więc nie będzie tego zabezpieczenia, jakie daje naturalna flora bakteryjna.

Weźmy sprawę gronkowca: wiele osób boi się go, a przecież u osoby zdrowej nie jest to bakteria chorobotwórcza. Fizjologicznie występuje u około 40% populacji i określany jest jako kopatogen. Zwykle zasiedla skórę oraz przedśrodek i jamy nosa. Był taki czas, że jeśli w badaniu bakteriologicznym wymazu z nosa stwierdzano jego obecność, lekarz mówił: „O, tu jest całe zło”, rozpoznawał „chorobę gronkowcową” i wdrażał antybiotykoterapię. W miejscu tym należy zauważyć, że dopiero w określonych warunkach gronkowiec staje się bakterią chorobotwórczą.

### **Czy w związku z tymi odkryciami w leczeniu przewlekłych zapaleń zatok nie powinno się stosować antybiotyków?**

■ Nie, tak nie można powiedzieć, trzeba jednak działać w sposób rozważny. I tak dziś zachowuję większą rozwagę przy przepisaniu antybiotyków. W sensie terapeutycznym może ma to niewielkie znaczenie, ale trzeba pamiętać, że pochopne podanie antybiotyku zmienia w sposób istotny florę bakteryjną w jamach nosa i po uzyskaniu chwilowej poprawy w wyniku zastosowanego leczenia może nastąpić niekontrolowany nawrót choroby.

Trzymam się przy tym zasady, że pierwszy antybiotyk zlecam empirycznie, według opublikowanych zaleceń. Są opracowania, które mówią, jaki powinien być przepisany antybiotyk pierwszego rzutu. Jeśli po tym nie ma poprawy, antybiotyk drugiego rzutu powinien już być podany w sposób celowany. Najpierw posiew i oznaczanie wrażliwości wyhodowanych bakterii na antybiotyki, a dopiero potem zlecenie antybiotykoterapii. To ważne, by leczenie antybiotykami było prowadzone w sposób świadomy.

### **A co jeszcze uważa Pan Profesor za przełomowe w ryнологii?**

■ Chirurgię endoskopową nawigowaną obciążeniem komputerowym, zwaną powszechnie nawigacją. Ta technika operacyjna, wprowadzona na przełomie wieków, to kolejny przełom

w ryнологii i można powiedzieć, że był to przełom pokoleniowy. Dziś nawigacja podczas operacji endoskopowej zatok stała się standardem.

W moim pokoleniu wszyscy uczyliśmy się operacji endoskopowych zatok przynosowych na preparatach anatomicznych. Chodziliśmy do prosektorium i ćwiczyliśmy, jak to należy robić. Trzeba pamiętać, że endoskopowe operacje zatok dotyczą szczególnego rejonu anatomicznego. Zatoki graniczą bowiem z oczodołami i podstawą czaszki. Przekroczenie tych granic może mieć poważne konsekwencje dla pacjenta. Nawigacja pozwala identyfikować na bieżąco miejsce, w którym w danej chwili znajduje się narzędzie chirurgiczne. To wielkie ułatwienie dla chirurga i wielka korzyść dla pacjenta, zwłaszcza, że podczas operacji zatok może występować krwawienie, które w sposób istotny utrudnia ich przeprowadzenie. Szczególne znaczenie ma to dla kolegów o umiarkowanym doświadczeniu w wykonywaniu takich operacji.

Niestety, nawigacja to technika droga i wydłużająca czas trwania operacji, pozwala jednak na skrócenie czasu szkolenia, zmniejsza liczbę godzin, które trzeba poświęcić na ćwiczenia anatomiczne.

### **To znaczy, że młodsze pokolenie rynologów gorzej zna anatomię?**

■ Nie, tak nie można powiedzieć, ono zna tę anatomie inaczej. Wprowadzenie nawigacji do chirurgii endoskopowej wpłynęło na zmianę podejścia do znajomości anatomii pola operacyjnego. Dzięki sondzie nawigacyjnej możemy lokalizować w czasie realnym miejsce w polu operacyjnym, w którym znajduje się instrument chirurgiczny. A sama operacja może być przeprowadzana w sposób bezpieczniejszy. Myślę tutaj o kolegach o średnim doświadczeniu.

### **Proszę powiedzieć, czy większość z tych operacji to rutyna, czy często zdarzają się jakieś ciekawe przypadki?**

■ Żadna operacja nie może być rutyną, nie można zakładać, że będzie prosta. Każda ingerencja chirurgiczna stanowi dla mnie wyzwanie do którego muszę się przygotować. Operacja to dość intymny układ: pacjent poddaje się jej ufając lekarzowi, a lekarzowi nie wolno tego zaufania zawieść. Jest to pewne misterium, podczas którego muszę być skoncentrowany, wyciszony, odizolowany na ten czas od codziennych problemów.

Młodszy kolegom, którzy kształcili się pod moim nadzorem, zabraniałem używania słowa „szybko” w odniesieniu do planowanej operacji. Właściwym słowem w tej sytuacji jest

słowo „sprawnie”. Czas operacji można bowiem skrócić dobrym przygotowaniem i organizacją pracy, ale w żadnym przypadku nie pośpiechem. Mój nauczyciel, śp. prof. Janczewski, zawsze powtarzał, że znany jest czas rozpoczęcia operacji, a czasu zakończenia nigdy nie można planować. Jest to pewien żywioł, który musi pozostawać cały czas pod naszą kontrolą. W praktyce zdarza się, że nawet najprostsza ingerencja chirurgiczna może dostarczyć wielu niezaplanowanych i nieprzewidywanych emocji.

**Mikrobiota, nowoczesna antybiotykoterapia, nawigacja – jakie jeszcze kamienie milowe widzi Pan Profesor w rozwoju rynologii w ostatnich latach?**

■ Chirurgia endoskopowa zatok przynosowych zrodziła nową specjalność – chirurgię podstawy czaszki, czyli chirurgię regionu, który oddziela jamy nosa od wnętrza czaszki. W następstwie połączenia umiejętności rynchirurgów i neurochirurgów powstała odrębna dyscyplina. Dokonał się wielki przełom, zwłaszcza przy operacji guzów podstawy czaszki. W klasycznych dostęпах neurochirurgicznych guz zlokalizowany w tym regionie, niekoniecznie nawet złośliwy, wymagał wykonania bardzo traumatycznej operacji – kraniotomii, przemieszczenia, ucisku, czasem przecięcia tkanki mózgowej. W efekcie występował szereg niekorzystnych następstw, które były konsekwencją „planowego” uszkodzenia struktur anatomicznych w polu operacyjnym.

W istocie przełom ten polega na tym, że do wnętrza czaszki, a konkretnie do pewnych obszarów mózgowia, można dostać się bezpośrednio przez jamy nosa. A odbywa się to w sposób atraumatyczny, niezwykle precyzyjny, cały czas pod kontrolą wzroku. W podobny sposób zresztą w starożytnym Egipcie, może tylko nie tak precyzyjnie, usuwano tkankę mózgową podczas preparowania mumii: mózg był odsysany przez jamę nosa, poprzez wbitą tam rurkę. Można więc powiedzieć, że współczesne koncepcje operacyjne z pogranicza ryno- i neurochirurgii nawiązują do koncepcji znanych już w starożytności.

Prof. Paolo Castelnuovo, duże nazwisko w rynchirurgii, szef Kliniki Otolaryngologii na jednym z włoskich uniwersytetów, opowiadał mi, że miał wielkie szczęście, bo udało mu się zainteresować chirurgią endoskopową zatok neurochirurgów ze swojego szpitala. Zaczęli współpracować i jak był jakiś problem z „pogranicza”, to neurochirurg przychodził do profesora i wspólnie operowali. Dzięki tej współpracy powstał niezwykle opiniotwórczy w świecie ośrodek chirurgii podstawy czaszki. Ja niestety nie miałem takiego

szczęścia. Kiedy przed laty szukałem partnera do takiej aktywności chirurgicznej nie spotkałem się ze zrozumieniem ze strony neurochirurgów, którym proponowałem współpracę. Cóż, trudno.

**Przez ostatnie 20 lat Pan Profesor był nie tylko praktykującym chirurgiem, nie tylko organizował międzynarodowe konferencje, ale też nauczał Pan studentów, wydawał branżowy „Magazyn Otorynolaryngologiczny”, a także pisał oraz redagował podręczniki...**

■ To przy okazji wydania w 2004 roku mojej książki „Podstawy chirurgii nosa” i jej promocji zorganizowałem kolejną, drugą konferencję. Wykłady odbywały się tylko w jednej sali w Novotelu, program był dość podstawowy. Mimo to zainteresowanie w środowisku rynologicznym było tak duże, że powstał pomysł na kolejną konferencję. I tak to się toczy z roku na rok. Mam wielką satysfakcję i przyjemność, a kiedy ktoś pyta, po co to robię, lubię odpowiadać: jedni jeżdżą na polowania, a mnie sprawia przyjemność organizacja konferencji. A jest to zajęcie na cały rok.

**Ależ Pan Profesor też jeździł na polowania, tyle że polował Pan na tematy i na wykładowców...**

■ Przypuszczam, że mało kto zdaje sobie sprawę, ilu zabiegów wymaga opracowanie programu takiej konferencji jak RhinoForum. Nigdy nie uważałem się za lidera w zakresie rynologii w świecie. Sporadycznie też bywałem jako wykładowca na światowych salonach rynologicznych. Czasem, jak ktoś zaprosi mnie w charakterze wykładowcy, przyjmuję zaproszenie i jest mi miło, ale w zasadzie każda taka aktywność jest dla mnie stresująca, a przygotowanie samego wykładu zawsze zabiera mi dużo czasu. Nie wyobrażam sobie, że miałbym każdego miesiąca jeździć gdzieś z wykładami – nie, to nie mój świat.

Jednak zgodnie z naukami otrzymanymi na początku mojej kariery zawodowej, każdego roku starałem się być co najmniej trzy razy za granicą na liczących się konferencjach rynologicznych. Początkowo jeździłem na nie, aby nauczyć się czegoś samemu, potem – żeby być na bieżąco w mojej dziedzinie. Dzięki tym wyjazdom miałem okazję usłyszeć i poznać praktycznie wszystkich liczących się światowych ekspertów w zakresie rynologii. Z czasem moje wyjazdy zamieniły się w casting na wykładowców. Z wybranymi specjalistami nawiązywałem kontakt i zapraszałem ich do Warszawy. To nigdy nie był nabór przypadkowy, nie zapraszałem znajomych czy kolegów, tylko osoby, które miały coś interesującego do powiedzenia,

a poziomem swoich wykładów oraz ich jakością zasługiwały na prezentację na RhinoForum.

To była bardzo ciężka praca: na kolejnych konferencjach, każdego dnia od rana do wieczora siedziałem i słuchałem różnych wykładów. Potem dokonywałem wyboru, kogo warto zaprosić. Mogłem się ograniczać do wysłuchania paru interesujących mnie referatów, a potem iść i poznać życie poza salą wykładową, ale nigdy sobie na to nie pozwalałem. Stąd też przez 20 lat gościłem na kolejnych RhinoForach ponad dwustu wykładowców z zagranicy, z których wielu uczestniczyło w nich po kilka razy. I co ważne, nigdy żaden wykładowca nie oczekiwał wynagrodzenia za przyjazd i wygłoszenie wykładu, za co im dzisiaj jeszcze raz pięknie dziękuję.

### **A który z wykładów w dwudziestoletniej historii RhinoForum zrobił na Panu największe wrażenie?**

■ Jako organizator RhinoForum nie miałem szans wysłuchać wszystkich wystąpień. Proszę jednak pamiętać, że większość zagranicznych referatów słyszałem już wcześniej podczas wyjazdowych castingów. Gdybym jednak miał powiedzieć o tym jednym, jedynym wykładzie w całym dwudziestoleciu, który mi najbardziej utkwiał w pamięci, to na pierwszym miejscu wymieniałbym wykład prof. Benoîta Lengelého z Belgii, który dokonał pierwszego w świecie przeszczepu twarzy. To właściwie nie był wykład, to był powalający spektakl. Naprawdę niesamowity.

Przeszczep twarzy budził powszechne zainteresowanie, profesor był rozrywany, wszędzie jeździł, ale przyjechał i do mnie, do Polski. Tu także zaprezentował wykład, na którym pokazał historię chirurgii rekonstrukcyjnej, historię przeszczepów i mozolną pracę dziesiątek osób, bo taka operacja to nie tylko kwestia zebrania zespołu kilkudziesięciu specjalistów, ale to również praca komisji etycznych, modyfikacja przepisów prawnych itp.

**Z programu konferencji wynika, że zapraszając wykładowców, nie kierował się Pan Profesorem wąskim kryterium rynologii. I tak gościem jednej z konferencji była prof. Maria Siemionow, polska lekarka pracująca w Stanach, która w 2009 roku zrobiła tam czwarty na świecie, a pierwszy przeszczep twarzy w USA.**

■ To także była ważna wizyta i spektakularny wykład. Ale najbardziej w mojej pamięci pozostała myśl, którą prof. Siemionow przekazała mi po swoim wykładzie na RhinoForum: „Panie profesorze – powiedziała – niech pan pamięta, im większy osiągnie pan sukces, tym bardziej

będzie pan samotny”. To rzeczywiście wielka i prawdziwa myśl.

A rynologia wcale nie jest wąską dziedziną. Wedle nazwy, to nos i zatoki przynosowe, ale nos przynależy też do alergologa, bo jest przecież cała grupa schorzeń alergicznych błony śluzowej nosa. No i do pediatry. Dalej: nos zahacza o chirurgię plastyczną, estetyczną, bo chirurgia nosa, którą kiedyś robili rynolodzy, to dzisiaj jest chirurgia plastyczna twarzy. Albo weźmy obturacyjne bezdechy podczas snu. Przyjmując, że 40% ludzi chrapie, to znaczy, że prawdopodobnie 40% ludzi ma niedrożny nos. Ktoś, kto śpi z zamkniętymi ustami, nie będzie chrapał. Chrapać będzie osoba, która z powodu niedrożnego nosa oddycha podczas snu przez usta. To jest naturalna reakcja fizjologiczna – duży opór w jamach nosa, więc człowiek uchyla usta podczas snu, a jego podniebienie wibruje i stopniowo wiotczeje. Proces ten dokonuje się latami, ale jest taka zależność.

**Uderzające, jak wiele referatów dotyczyło nie ściśle rynologii, ale alergii, onkologii, astmy, a nawet – stomatologii.**

**Tytuł jednego z referatów:**

**„Pogranicze stomatologii i rynologii – terra incognita”.**

■ To wszystko zawiera się w regionie, który dotyczy rynologii. A jeśli chodzi o ostatnie pogranicze, to przypomina, że wcześniej skończyłem stomatologię i przez wiele lat pracowałem jako dentysta.

**A jakie jest powiązanie stomatologii i rynologii? Czy zapalenie okostnej może mieć jakiś wpływ na zapalenie zatok?**

■ Wiadomo jest, że mamy pewien wspólny obszar: chirurg szczękowy operuje nowotwory twarzoczaszki i my też operujemy nowotwory twarzoczaszki. Chirurg szczękowy operuje zmiany zapalne w zatokach, laryngolodzy też. Może nasze podejście do problemu nieco się różni, podobnie jak stosowane techniki operacyjne, ale liczy się efekt. Laryngolodzy nie znają się za bardzo na problemach zębowych, a nie raz muszą zajmować stanowisko w sprawie zębopochodnych zapaleń zatok szczękowych. Stomatolodzy mają również pewną przewagę, bo w wielu ich gabinetach jest do dyspozycji stożkowa tomografia komputerowa, co jest olbrzymim postępem i ułatwieniem dla doktora. Tak więc różnimy się, ale jesteśmy też podobni.

**J. S.: Skoro mowa o „pograniczach”, chciałam przypomnieć Panu Profesorowi, że zgłosiłam się do Pana na operację zatok z powodów**

okulistycznych. Pogarszał mi się dramatycznie wzrok i konsylium zaprzyjaźnionych lekarzy wymyśliło, że powinnam sobie radykalnie wyleczyć zatoki. Pomogło mi na kilka miesięcy. Myślę zresztą, że ta poprawa wiązała się z faktem, że operacja była robiona w osłonie sterydowej. Później z kolei przeszłam radykalną kurację pulsami sterydowymi i moje dolegliwości cofnęły się – odpukać – na zawsze.

**Tak że pomogły mi raczej sterydy...**

■ Ja bym to jednak zinterpretował inaczej. Nieprawidłowości budowy anatomicznej w jamach nosa sprawiają, że w zatokach, zwłaszcza sitowych, jest ciasno, co sprzyja zaleganiu śluzu w tym regionie i w następstwie rozwija się stan zapalny. Sama operacja nie wyleczy przewlekłego stanu zapalnego, ale może przyczynić się do usunięcia jego przyczyny. Jeśli więc podczas operacji przywróciłem warunki anatomiczne zbliżone do szeroko pojętej normy, stan zapalny miał szansę ustąpić. W innym przypadku najbardziej radykalna sterydoterapia nie dałaby trwałej poprawy. Czyli tą wartością dodaną była poprawa warunków anatomicznych w jamach nosa. Reasumując, myślę, że moja ingerencja chirurgiczna stworzyła lepsze warunki anatomiczne, co przyczyniło się do skuteczniejszego leczenia przeciwzapalnego i zdrowienia.

**J. S.: No tak, a przy okazji Pan Profesor skorygował mi ustawienie przegrody nosowej.**

■ Przegroda nosa jest integralną strukturą jam nosa, która między innymi podpira nos zewnątrz. Istnieje powiedzenie „jak biegnie przegroda, tak ustawiony jest nos”. To prawda. Jeśli przegroda nosa jest ustawiona nieprawidłowo, to z reguły nieprawidłowo rozwinięte są i inne struktury jam nosa. W codziennej praktyce szacujemy, że częstość występowania takich nieprawidłowości występuje u około 40% populacji. Dlatego też nie używamy terminu „anomalia anatomiczna”, tylko mówimy o „odmienności budowy anatomicznej”. Tak więc operację endoskopową zatok przynosowych często musimy rozpocząć od korekty ustawienia przegrody nosa.

**Czy Pana zdaniem konferencje RhinoForum miały realny, praktyczny wpływ na podnoszenie poziomu polskiej rynologii?**

■ Oczywiście, że tak. Przekonany jestem, że w istotny sposób przybliżyły do nas świat i jego osiągnięcia. Proszę pamiętać, że dwadzieścia lat temu świat ten wyglądał inaczej, a dostęp do najnowszej wiedzy był wtedy jeszcze dość ograniczony. Podczas kolejnych konferencji uczestnicy mogli konfrontować swoją wiedzę z doświadczeniem

wykładowców, którzy byli i są międzynarodowymi autorytetami. Ale myślę, że największą wartością RhinoForum było inspirowanie kolegów do rozwoju. Kreowane były marzenia, które przez wielu uczestników były później realizowane. W życiu jest tak, żeby marzyć o czymś, to trzeba to coś najpierw zobaczyć, poznać. Przekonany jestem, że moje konferencje były i są nadal inspirujące, zwłaszcza dla młodszych kolegów.

Zresztą bardzo interesujący jest rozkład zainteresowania uczestników. Na podstawie moich obserwacji jedna trzecia uczestników przyjeżdża towarzysko. Wysłuchają kilku wykładów, a przy okazji spotkają się innymi i widzą, jak przybywa im lat. Pójdą też do teatru, na koncert, odwiedzą rodzinę, czy też odbędą zaległe spotkania towarzyskie. Drugą grupę, najmniejszą, stanowią uczestnicy, którzy będą siedzieli 12 godzin na sali wykładowej i jeszcze będą mieli pretensję, że nie mogą być na innych salach równocześnie, w związku z czym tracą ciekawe wykłady czy dyskusje. Wreszcie trzecia grupa, pośrednia, zainteresowana jest tematycznie: jak jest blok chirurgii endoskopowej, to wysłuchają całego bloku wykładów na ten temat, a jak interesują ich bezdech, to spędzą cały dzień na sesjach dotyczących bezdechów.

**W „Magazynie Otorynolaryngologicznym”, który ukazuje się z Pańskiej inicjatywy, istnieje dział zatytułowany „Tworzyli polską laryngologię”, gdzie systematycznie publikowane są sylwetki, biogramy, portrety zasłużonych lekarzy.**

■ Żyjemy w czasach, gdzie przeszłość przestaje się liczyć. To przykre, zwłaszcza że dotyczy młodszego pokolenia. A mnie przyświeca taka idea, żeby tych najważniejszych, najwybitniejszych laryngologów sukcesywnie upamiętniać. Był na przykład prof. Iks, myślę tu o konkretnej osobie, był na wszystkich konferencjach, wszędzie zabierał głos, najgłośniej się śmiał, był dużym autorytetem, prowadził jedną z lepszych klinik, przeszedł na emeryturę, zestarzał się i umarł. I gdyby kogoś dzisiaj zapytać, co ten profesor zostawił po sobie – cisza. Zdarza się również, że umrze jakiś profesor i nie ukazuje się żaden nekrolog, żadne wspomnienie. Ja wychowałem się w czasach, gdy wspomnienia pośmiertne były normą. Dziś można co prawda opublikować coś w „Gazecie Lekarskiej”, ale to gazeta wydawana przez Izbę Lekarską, srodowiskowa. Tymczasem jak ostatnio zmarł znany profesor z Niemiec, to chociaż pogrzeb miał charakter rodzinny, na mszę w Jego intencji w katedrze w Kolonii, stawiała się profesura z całych Niemiec. A w Polsce odchodzi się po prostu w niepamięć.

### **Pan Profesor buntuje się przeciwko temu...**

■ Oczywiście, właśnie w ten sposób, że przypominam o naszych Nauczycielach i Mistrzach. Publikuję ich biogramy, sylwetki i osiągnięcia, zwłaszcza że mam wspaniałego kooperanta, pana prof. Andrzeja Kierzka z Wrocławia, który z wielką pasją zajmuje się historią laryngologii polskiej.

**J. S.:** *Przed blisko 20 laty dostałam od Pana Profesora kilka zeszytów „Magazynu”. Przeczytałam Panu, co napisałam o nim w „Gazecie Wyborczej”: ...Znalazłam tam pięknie pojętą zawodową solidarność: w kolejnych numerach publikowano listę strat polskiej otolaryngologii w Katyniu i Starobielsku oraz listę strat otolaryngologii w powstaniu warszawskim. Każde nazwisko opatrzone było biogramem świadczącym o solidnej kwerendzie...*

Wzruszająca to była lektura. Zapamiętałam z niej, że w sowieckich obozach zamordowano aż 21 polskich laryngologów, w tym siedmiu pochodzenia żydowskiego.

■ Tak, to były numery wydane w rocznicę mordu w Katyniu i w rocznicę wybuchu Powstania Warszawskiego...

**J. S.:** *Pan Profesor poprosił mnie wtedy, żebym spytała doktora Marka Edelmana, czy znał jakichś laryngologów w getcie. A on powiedział coś, co zapadło mi w pamięć na lata: „Laryngologia w getcie nie istniała, nikt przecież nie przejmował się katarem czy bolącym gardłem. Laryngolodzy w getcie pracowali jako chirurdzy, interniści, pulmonolodzy, kardiolodzy... Jeden z nich zresztą zginął w powstaniu warszawskim, w zbombardowanym przez Niemców szpitalu na Długiej”.*

■ Moje pytanie rzeczywiście było mało zręczne. Ja reprezentuję tę grupę zawodową i dlatego pytam się o nich, ale jest rzeczą absolutnie normalną, że w sytuacjach ekstremalnych, w getcie czy teraz na Ukrainie, jak jest doktor, to się zajmuje wszystkim, a nie tym, czego się nauczył i co w warunkach normalnych praktykował.

**Całą jedną konferencję poświęcił Pan Profesor „Gigantom rynologii”. „Spotkanie z mistrzami” – to tytuł Pańskiego referatu.**

■ Rzeczywiście, miało to miejsce w 2014 roku, kiedy naszą konferencję zaszczylicili swoją obecnością prof. Valerie Lund oraz profesorowie Heinz Stammberger, David Kennedy i James Zinreich. Uważani są oni za współtwórców chirurgii

endoskopowej zatok przynosowych i nowej koncepcji leczenia przewlekłych ich zapaleń.

Długo zastanawiałem się nad szczególną formą powitania naszych gości. I tu przyszedł mi na myśl ulubiony cytat prof. G. Janczewskiego autorstwa Bernarda z Chartres: „Jesteśmy karłami stojącymi na ramionach olbrzymów”. Ta myśl francuskiego duchownego z XIII wieku stanowiła znakomite motto do przygotowania mowy powitalnej. A temat ten na tyle mnie zafascynował, że blisko dekadę później przygotowałem specjalny wykład, który przedstawiłem na Zamku Królewskim w Warszawie podczas Rautu Jubileuszowego z okazji dwudziestej edycji RhinoForum.

**Czy laryngologia i rynologia, które nie ratują ludzkiego życia tylko raczej zajmują się jego komfortem – nie mówimy tu oczywiście o onkologii – to może mniej ważna część medycyny?**

■ To błędne pojmowanie laryngologii. Jest wiele sytuacji klinicznych z zakresu laryngologii, kiedy brak wdrożenia odpowiedniego leczenia może doprowadzić do zagrożenia życia pacjenta, chociażby przewlekłe zapalenie uszu lub zatok, które może przejść w powikłania kończące się zgonem, czy zagrażająca życiu duszność u dziecka w wyniku infekcji górnych dróg oddechowych. Na szczęście właściwa opieka medyczna sprawia, że współcześnie dramaty takie rzadko mają miejsce.

Natomiast postęp w medycynie sprawia, że jakość życia pacjenta staje się istotnym elementem naszego postępowania. To naprawdę ma znaczenie, czy mogę swobodnie oddychać przez nos, czy mogę się wyspać, czy przestała mnie stale boleć głowa, itd.

Warto również wspomnieć o działaniach prewencyjnych, np. u dziecka z zaburzoną drożnością nosa mogą rozwinąć się obturacyjne bezdechy podczas snu, podobnie u dorosłych, u których jest to choroba zagrażająca życiu. Problemy laryngologiczne stanowią około 30% porad lekarzy rodzinnych. Przekonany jestem, że przynajmniej połowa z nich może wymagać konsultacji laryngologicznych i ewentualnie ingerencji chirurgicznej. Proszę pamiętać, że współcześnie laryngolog to chirurg. Tak więc ten komfort życia nie jest jakąś fanaberią dla wybranych tylko rezultatem postępu, jaki się dokonał.

**W jakich sytuacjach operacje rynologiczne mogą ratować życie?**

■ Przy powikłaniach. Jeśli w przebiegu zapalenia zatok, zarówno ostrego, jak i przewlekłego, rozwija się powikłanie, to ingerencja chirurgiczna powinna być pierwszym krokiem. W przeszłości, ►



powiedzmy trzydzieści lat temu, to był znacznie częściej spotykany problem. Współcześnie zdarza się rzadko, ale ciągle stanowi zagrożenie dla życia, jeśli jest to powikłanie wewnątrzczaszkowe, bądź zagraża ślepotą, jeśli jest to powikłanie oczodołowe. Proszę zwrócić uwagę, że te groźne powikłania mogą być następstwem niewinnego przeziębienia.

### **Czy powiedziałby Pan, że dzięki chirurgii endoskopowej zmniejsza się ilość powikłań?**

■ Myślę, że w dużym stopniu tak, bo chirurgia endoskopowa w istotny sposób zmieniła nasze postępowanie w leczeniu zapalenia zatok. W przeszłości leczenie operacyjne ograniczało się do przypadków skrajnych. Przeprowadzano je u chorych bardzo cierpiących, a zasadniczo pacjent leczony był zachowawczo. Klasyczne operacje zatok wiązały się z cięciem skóry twarzy, kości itd. Natomiast chirurgia endoskopowa pozwala na wcześniejszą ingerencję i jest wykonywana przez jamy nosa, w związku z czym jest zdecydowanie mniej traumatyczna.

### **Czy to, o czym rozmawiamy, 20 lat temu było powszechną wiedzą?**

■ Ta wielka ewolucja w leczeniu zapaleń zatok przynosowych rozpoczęła się w ostatniej dekadzie ubiegłego wieku, a więc już za mojego życia zawodowego. Związane to było z wprowadzeniem technik endoskopowych do chirurgii zatok. Natomiast pierwszy europejski konsensus na temat zapalenia zatok przynosowych został opublikowany w 2007 roku. Był to dokument, który całkowicie zrewolucjonizował nasze podejście do problemu zapalenia zatok przynosowych, usystematyzował naszą wiedzę na ten temat i na podstawie publikacji spełniających kryteria EBM (Medycyna Oparta na Dowodach) wydał zalecenia dotyczące diagnostyki i leczenia. Wcześniej panowała absolutna dowolność w leczeniu. Ponieważ w tym okresie ewolucja poglądów na temat zapalenia zatok postępowała wyjątkowo szybko, w 2012 roku ukazał się kolejny konsensus. Ostatnie obowiązujące opracowanie ukazało się w 2020 roku.

### **Czy dobrze zauważyliśmy, że spora ilość sesji i referatów poświęcona była rynologii dziecięcej?**

■ Od kilku lat podczas RhinoForum regularnie organizujemy oddzielną sesję. Rynologia dziecięca odróżnia się ze względu na odmienną anatomię jamy nosa i morfologię błony śluzowej u dzieci. Dzieci nie rodzą się z zatokami, zatoki wykształcają się u nich, w miarę jak rośnie część

twarzowa czaszki; niektóre z zatok ostateczną wielkość osiągają dopiero w osiemnastym roku życia. Inne też są właściwościami obronne błony śluzowej u dzieci. Dzieci chorują inaczej, u dzieci częściej występują powikłania oczodołowe, można nawet powiedzieć, że te powikłania występują przede wszystkim u dzieci.

W ostatnich latach zwrócono uwagę na zależność między występowaniem obturacyjnych bezdechów podczas snu u dzieci a nieprawidłową budową twarzoczaszki. W mojej ocenie największa ewolucja to hipoteza, że problem obturacyjnych bezdechów podczas snu u dorosłych zaczyna się w wieku dziecięcym. Jeśli dziecko ma niedrożny nos i śpi z uchylonymi ustami, to cały układ twarzoczaszki, w tym mięśnie gardła i szyi, rozwija się inaczej i w miarę dorastania problemy się nasilają.

### **Napisał Pan Profesor wiele podręczników do rynologii.**

#### **Czy one dziś są całkiem nieaktualne?**

■ Niekoniecznie, niektóre z nich, na przykład podręcznik o klasycznych operacjach zatok przynosowych jest dokumentem zbierającym i porządkującym wiedzę na ten temat. Podobnie jak podręcznik o operacjach endoskopowych zatok przynosowych. Natomiast książka o zapaleniach zatok wydana w 2007 roku dziś jest użyteczna, powiedzmy, w połowie. Ale w swoim czasie spełniła ona ogromną rolę, zwłaszcza że ukazała się w roku publikacji Europejskich Wytycznych, których treści, rzutem na taśmę, udało się do niej włączyć. Ale tak to już jest. Wiedza medyczna dezaktualizuje się w ciągu dziesięciu lat w około 50 procentach.

Problem jest w czym innym. Przykro mi to mówić, ale dzisiaj książka, podręcznik powoli traci rację bytu, między innymi dlatego, że czas jego powstawania jest zbyt długi. Niejednokrotnie już w trakcie opracowywania podręcznika dezaktualizuje się zawarta w nim wiedza. Sam tego doświadczyłem.

Moim zdaniem istnieje pięć źródeł wiedzy, z których można się uczyć. Są to: książki/podręczniki, artykuły w fachowych pismach, wykłady, internet oraz testy. Każde z nich zwiera podobną wiedzę, ale poziom szczegółowości jest diametralnie różny. Niewątpliwie najbardziej dogłębną wiedzę znaleźć można w dobrych podręcznikach, ale to wymaga dużej pracy i jest czasochłonne. Z moich rozmów ze studentami wynika, że oni najczęściej korzystają z internetu i dostępnych testów. To zapewnia im uzyskanie zaliczenia egzaminu testowego na dobrym poziomie. Ale to jest nabywanie wiedzy, a nie to, co ja rozumiem

jako studiowanie. I chyba trzeba się z tym pogodzić, bo to jest znak czasu.

Tu pewna ciekawostka. Napisałem i opracowałem dziesięć oddzielnych podręczników z zakresu rynologii. Gigantyczna praca, która w ogóle nie jest brana w Polsce pod uwagę przy ocenie dorobku naukowego pracowników Uniwersytetu Medycznego. Natomiast w świecie, zwłaszcza w Stanach, jest tak, że jak prof. X przedstawiał mnie doktorowi Y i mówił, że jestem autorem, np. sześciu książek, tamten reagował z uznaniem: „Wow!”.

### **Czy Pański „Magazyn Otorynolaryngologiczny” próbuje dogonić postęp w rynologii, ścigając się z podręcznikami?**

■ „Magazyn” pełni funkcję pośrednią. Z racji moich zainteresowań jest w nim wiele tekstów z zakresu rynologii, ale nie tylko. Zamieszczam w nim artykuły z zakresu całej laryngologii. Kiedy ukazała się jedna z pierwszych moich książek, a był to mozolny, długotrwały proces, uznałem, że skoro książkę jest tak ciężko wydać, to może lepiej jest publikować ją w odcinkach. Stąd też pomysł na wydawanie kwartalnika, w którym będą artykuły spełniające kryteria rozdziałów książki. I tak w „Magazynie” drukowane są artykuły na tematy najbardziej aktualne. Innymi słowy, staram się, aby „Magazyn” był taką książką w odcinkach. Tylko wymaga to ode mnie, abym orientował się na bieżąco w tym, co się dzieje i reagował szybko na pojawiające się nowości.

Mniej więcej od roku z przyczyn finansowych „Magazyn” publikowany jest tylko wersji internetowej. Ale wiem, że wielu kolegów czyta go regularnie, z zainteresowaniem, znajdując w nim najbardziej współczesną wiedzę bądź też uczy się z niego do egzaminów.

### **Czy przyrost wiedzy w medycynie pomaga w diagnostyce?**

■ Nie wiem, czy słowo przyrost jest tu właściwe. To raczej ewolucja poglądów: rodzi się myśl, wdrażamy ją i albo ona rozwija się i egzystuje, albo zamiera. Były odkrycia bardzo medialne, a potem albo wchodziły do codziennego użytku i wczorajsza nowość stawała się dzisiejszym standardem, albo przechodziły w niepamięć.

Rynologia zrobiła wielki postęp dzięki alergologom. Bo rynolog jest przede wszystkim chirurgiem, przynajmniej w świecie. Żaden laryngolog w Wielkiej Brytanii, a jest ich poniżej tysiąca, nie będzie wypisywał kropli do nosa, bo od tego jest

lekarz rodzinny. W przeszłości u nas pewne specjalności rozwijano na potrzeby wojsk Układu Warszawskiego. I tak w Polsce jest około 4 tysiące laryngologów i tylko część z młodych kolegów stanie się chirurgami, bo nie ma zapotrzebowania na tylu chirurgów.

### **Czy epidemia Covidu jakoś wpłynęła na rynologię? Walka z wirusem toczy się wszak na jej terytorium...**

■ Musiała wpłynąć, bo nos jest drogą zakażenia. Covid niewątpliwie zwrócił naszą uwagę na zmysł węchu i jego dysfunkcje w następstwie infekcji. Wcześniej, w mojej ocenie, zaburzenia węchu były przez laryngologów traktowane po macoszemu.

### **Czy Pan Profesor ma poczucie, że dziś lepiej wie, jak ten cały mechanizm – w nosie, zatokach – funkcjonuje, czy po latach praktyki czuje się Pan bardziej kompetentnym lekarzem?**

■ Zanim odpowiem na pytanie, chciałbym powiedzieć, że moje szczęście w życiu zawodowym polegało na tym, że w początkowym jego okresie zetknąłem się z pewną niezwykle nowatorską koncepcją leczenia przewlekłych zapaleń zatok przynosowych. Był to absolutny przypadek. I przez te wszystkie lata uczestniczyłem w ewolucji tej koncepcji.

Przypadek, a może też szczęśliwy zbieg okoliczności sprawił, że w odpowiednim momencie otrzymałem do dyspozycji instrumentarium do chirurgii endoskopowej. I myślę, że nie zmarnowałem tej szansy, nie zawiodłem tych, którzy mi zaufali. Ale największą frajdą dla mnie była możliwość obserwowania przez prawie 30 lat ewolucji poglądów na temat leczenia przewlekłych zapaleń zatok przynosowych. Niesamowicie, w jaki sposób, małymi krokami, dokonuje się zmiana poglądów. Parafrazując piosenkę – „krok po kroku, jak co roku... coś nowego”.

A wracając do pytania. Jeśli chodzi o kompetencje, to jak najbardziej, zważywszy, że moja wiedza jest mocno skorelowana z doświadczeniem. To ta wartość dodana. Natomiast jeśli chodzi o wdrażanie najnowszych idei, to ja dzisiaj staję się już konsumentem dokonań innych. W życiu jest okres, kiedy człowiek jest dynamiczny, twórczy, prze do przodu, ale w którymś momencie dokonuje się zmiana pokoleniowa. Kolejne pokolenie kartów staje na ramionach olbrzymów i dzięki temu widzą oni więcej i dalej.