

Kamienie milowe łódzkiej hematologii

O historii i rozwoju hematologii rozmawiamy z prof. dr hab. n. med. Tadeuszem Robakiem, kierownikiem Oddziału Hematologii Ogólnej w Szpitalu im. M. Kopernika w Łodzi.

Rozmawiała Patrycja Proc

Podczas ostatniego Okręgowego Zjazdu Lekarskiego w Nieborowie został pan profesor uhonorowany przez swoich uczniów tytułem: „Zasłużony Nauczyciel Lekarzy”. Czy nadal według pana profesora istnieje potrzeba podtrzymywania relacji nauczyciel-uczeń w medycynie?

Mam długie doświadczenie w tym zakresie. Po pierwsze sam byłem uczniem, kiedy studiowałem, czy kiedy zaczynałem pracę – to moi nauczyciele mnie kształtowali. Myślę, że w dużym stopniu dzisiaj jestem taki, jak mnie wtedy nauczili. Oczywiście ważne jest też dziedzictwo wyniesione z domu, ale przykład naszych nauczycieli jest niezwykle ważny dla całego naszego życia zawodowego. Potem przechodziłem kolejne szczeble pracy zawodowej, lecz uważam, że właśnie ten początkowy czas był niezwykle ważny dla mnie. Stawiałem swoje pierwsze kroki zawodowe pod okiem prof. Aleksandry Mazurowej w szpitalu Kopernika w czasie, kiedy szpital dopiero powstał. Trafiłem do zespołu II Kliniki Chorób Wewnętrznych, która się tam właśnie przeniosła ze szpitala im. Sterlinga. Obserwowałem zatem tworzenie się zespołu w nowym miejscu. Na trzecim roku studiów wspólnie z Waldemarem Grabowskim zorganizowaliśmy kółko naukowe pod kierownictwem prof. A. Mazurowej. Wtedy też nawiązaliśmy bliższą relację z adiunktem, a później profesorem Andrzejem Żebrowskim. Otrzymana odznaka jest dla mnie bardzo ważnym wyróżnieniem również dlatego, że w całym swoim późniejszym życiu starałem się pomagać swoim studentom i kolegom.



Wydaje się jednak, że aktualnie większy nacisk kładzie się na stronę instrumentalną medycyny. Czy uważa pan profesor, że takie relacje uczeń-nauczyciel nadal funkcjonują we współczesnym świecie?

W naszej klinice nadal takie relacje są obecne. Sztuczna inteligencja zaczyna być wykorzystywana we współczesnej medycynie, ale człowiek jest nadal człowiekiem, a pacjent jest pacjentem. Jeżeli ciężko chory człowiek docenia serdeczne relacje w naszej klinice, bo pacjenci o tym nam mówią, to widać, że jest to bardzo ważne. Budowanie relacji z pacjentem to połowa pracy lekarskiej, a dobre relacje między lekarzami przenoszą się też na ich dobre relacje z pacjentami.

Jest pan profesor pasjonatem swojej specjalności. Czym zatem zajmuje się hematologia?

Hematologia to nauka zajmująca się chorobami wynikającymi z zaburzeń układu krwiotwórczego w najszerszym tego słowa znaczeniu. Zajmujemy się zatem zaburzeniami hematopoezy w szpiku kostnym oraz limfopoezy rozproszonej w całym organizmie, ale najczęściej odbywającą się oczywiście w węzłach chłonnych. W skład hematologii wchodzi także hematoonkologia zajmująca się chorobami nowotworowymi pochodzącymi z komórek, o których wspomniałem. Jest też część nieonkologiczna z dużą liczbą pacjentów, choć najczęściej objętych opieką ambulatoryjną, m.in. pacjentów z niedokrwistościami, skazami krwotocznymi czy leukopeniami.

Często pan profesor wspomina o „kamieniach milowych” w hematologii, o czym możemy tu mówić?

Możemy mówić o dwóch nurtach rozwoju hematologii. Pierwszy to kamienie milowe w hematologii w ogóle oraz drugi – rozwój hematologii w naszym łódzkim ośrodku. Kamienie milowe w łódzkiej hematologii to jest nasz rozwój w ostatnich pięćdziesięciu latach, począwszy od powstania profilu hematologicznego w II Klinice Chorób Wewnętrznych, o której już wspominałem. I tutaj trzeba pokreślić, że łódzka hematologia w dużym stopniu została zapoczątkowana przez prof. Euzebiusza Krykowskiego, który jako młody lekarz pojechał do Bostonu do jednego z ważniejszych wówczas ośrodków hematologii, prowadzonego przez prof. Williama Damesheka. To właśnie działalność prof. E. Krykowskiego, po powrocie do Łodzi, zapoczątkowana jeszcze w szpitalu im. Sterlinga, można uznać za kamień węgielny łódzkiej hematologii. Kierowanie kliniką po nim przejąłem w 1997 roku. Pięć lat temu podzieliliśmy naszą szpitalną Klinikę Hematologii na 3 oddziały: hematoonkologii – kierowanym przez prof. Joannę Góra-Tybor, hematologii transplantacyjnej – kierowanym przez prof. Agnieszkę Wierzbowską i hematologii ogólnej kierowanym przeze mnie. Prof., A. Wierzbowska jest również kierownikiem Katedry i Kliniki Hematologii w strukturach Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Trzeba dodać, że hematologia również zajmuje się zaburzeniami krzepnięcia krwi. W naszym ośrodku funkcjonuje zatem Zakład Zaburzeń Hemostazy, którym kieruje prof. Jacek Treliński, a wcześniej był to prof. Krzysztof Chojnowski. Łódzka hematologia rozwijała się przez ponad pół wieku również dzięki wsparciu dwóch wspaniałych dyrektorów szpitala im. Kopernika – Wojciecha Szrajbera i Andrzeja Kasprzyka, a także władz Akademii Medycznej, a aktualnie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Dzięki dobrej współpracy władz obu instytucji powstał w Łodzi duży ośrodek hematologii, jedyny taki w woj. łódzkim, rozpoznawalny zarówno w Polsce, jak i poza jej granicami.

Jak diagnozuje się choroby hematologiczne?

Oczywiście, żeby móc skutecznie leczyć, należy mieć sprawną diagnostykę. W czasie tych pięćdziesięciu lat zbudowaliśmy kilka pracowni, na których opiera się diagnostyka chorób krwi. Są oczywiście podstawowe metody, które są stosowane od lat, jak cytologia, czyli badanie krwi pod mikroskopem. Drugą metodą jest cytometria przepływowa, która umożliwia ocenę antygenów na powierzchni komórek i dzięki temu rozpoznanie różnych jednostek chorobowych. Twórcą tej pracowni był nieżyjący już prof. Piotr Smolewski. Stworzyliśmy również w naszym ośrodku pracownie genetyczne, zarówno klasycznej genetyki, jak i genetyki molekularnej, dzięki której możemy badać mutacje w genach, co ma znaczenie prognostyczne oraz terapeutyczne. Często rozpoznanie mutacji umożliwia precyzyjne rozpoznanie choroby krwi.

"Ponad dwadzieścia lat temu wprowadzono lek imatinib do leczenia przewlekłej białaczki szpikowej, nazywany 'magiczną kulą do leczenia raka'. Dzięki stosowaniu imatynibu i inhibitorów kinaz kolejnych generacji przedłużono czas życia chorych na tę białaczkę do średniej życia populacji".

Jak zatem zmieniło to leczenie?

Oczywiście w metodach leczniczych też nastąpił ogromny postęp. Jako student badałem cytostatyki, czyli chemioterapię, która nie działa przecież wybiórczo na komórki nowotworowe. Pierwszym kamieniem milowym – w mojej ocenie – było zastosowanie przeciwciał monoklonalnych do terapii, kiedy w latach dziewięćdziesiątych wprowadzono do terapii chorób układu krwiotwórczego rytuksymab, rozpoznający antygen CD 20 na limfocytach B.

Równocześnie rozwijały się metody lecznicze oparte na transplantacji komórek krwiotwórczych. W latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku byłem na stypendium w Szpitalu Hammersmith w Londynie, gdzie na moich oczach rodziła się właśnie ta dziedzina medycyny, w potocznym języku nazywana przeszczepianiem szpiku kostnego. Ta metoda pozwala niekiedy wyleczyć nieuleczalne choroby innymi metodami.

Podsumowując, należy podkreślić, że w metodach leczenia nowotworów układu krwiotwórczego mamy chemioterapię, immunoterapię humoralną, czyli przeciwciała monoklonalne oraz terapie komórkowe, czyli przeszczepianie komórek szpiku kostnego, a aktualnie również modyfikowane genetycznie limfocyty typu T. Ta ostatnia metoda jest naprawdę niezwykła! Pobieramy choremu limfocyty, które następnie są molekularnie modyfikowane, czyli wszczepia się gen, który wytwarza receptor dla jakiegoś antygenu, np. CD 19 lub CD 20. W kolejnym etapie zmodyfikowane limfocyty CAR-T są namnażane w warunkach laboratoryjnych, a następnie podaje się je pacjentowi w formie infuzji. Komórki te namnażają się i niszczą komórki nowotworu – jest to tzw. terapia CAR-T (*chimeric antigen receptor therapy*). Równolegle wytwarzają się B-specyficzne przeciwciała, które również przyłączają limfocyty T do komórki nowotworowej. Postęp dotyczy również przeszczepów komórek krwiotwórczych, zwłaszcza w doborze dawców – od przeszczepów od rodzinnego dawcy do niespokrewnionego. Na świecie są miliony dawców, wybieramy tego, który ma najbardziej zgodne geny z biorcą.

Jednocześnie docieramy tu do terapii celowanej (*TT- targeted therapy*), której rozwój zaczął się ponad dwadzieścia lat temu. Terapia TT polega na tym, że jeżeli znamy specyficzną mutację i znamy specyficzne białka kodowane przez ten gen, to możemy stworzyć taką cząsteczkę, która specyficznie te białka blokuje. Ponad dwadzieścia lat temu wprowadzono lek imatinib do leczenia przewlekłej białaczki szpikowej, nazywany „magiczną kulą do leczenia raka”. Dzięki stosowaniu imatynibu i inhibitorów kinaz

kolejnych generacji przedłużono czas życia chorych na tę białaczkę do średniej życia populacji. Aktualnie w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej oraz przewlekłej białaczki limfocytowej właściwie stosuje się tylko terapie celowane, co dramatycznie poprawiło rokowanie chorych.

Na koniec chciałabym spytać - kiedy lekarz ogólny powinien kierować pacjenta do hematologa?

To jest bardzo dobre pytanie. Wielu pacjentów, np. z niedoborem żelaza, jest w nadmiarze kierowanych do hematologów, podczas gdy taki niedobór stosunkowo łatwo jest zdiagnozować i leczyć w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast druga strona medalu jest wtedy, gdy trzeba pacjenta z agresywnym nowotworem krwi szybko skierować do ośrodka hematologicznego, aby zdiagnozować chorobę i szybko rozpocząć leczenie. Wtedy potrzebny jest pilny kontakt z hematologiem, by nie opóźniać terapii poprzez oczekiwanie na przyjęcie przez specjalistę w kolejce poradnianej. Potrzebna jest współpraca personalna. Dlatego apeluję: „jeżeli podejrzewasz u swojego pacjenta poważną chorobę hematologiczną, powiadom o tym hematologa”.

Dziękuję za rozmowę.

Panaceum 5/2025