

## CHIRURGIA

# Innowacje w chirurgii szczękowo-twarzowej

Rozmawiała  
Agata Misiurewicz-Gabi

Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Iwoną Niedzielską – laureatką konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej i Chirurgii Stomatologicznej, ordynator Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach

**I** Głośno o pani sukcesach, całą Polskę napawają one dumą. Czytamy: „Jako pierwsza na świecie udowodniłam wpływ trzecich zębów trzonowych na stłoczenie siekaczy i opracowałam wskazania do profilaktycznego usuwania zawiązków tych zębów, jako pierwsza na świecie przeprowadziłam badania genetyczne guzów dziąsła, w tym raków, wyznaczając miejsce poszczególnym typom nadziślaków”. Czy jest jeszcze coś, co zrobiła pani pierwsza lub zamierza zrobić?

Cieszę się, że sukcesy, które służą choremu, nie pozostają bez echa. Jestem dumna z mojej naukowej przygody w sferze patomorfologii poprzez biologię molekularną do inżynierii biomedycznej. Medycyna staje się ciekawa i daje największe możliwości, gdy wpleciona jest w inne dyscypliny naukowe. Udało mi się zrobić wiele rzeczy po raz pierwszy tylko dzięki wspieranej współpracy z wieloma ośrodkami badawczymi. Najbardziej cenię wskazanie markera miażdżycy naczyń z przyczyn konkretnego czynnika zębopochodnego na podstawie badań molekularnych, uwiarygodnienie teorii predyspozycji zdrowej błony śluzowej u pacjentów z rakiem jamy ustnej do występowania nowych ognisk raka czy wznów, zastosowanie terapii podciśnieniowej w chirurgii szczękowej dzięki autorskiej metodzie wytwarzania podciś-

nienia w tak skomplikowanym obszarze przetok komunikujących się ze światem zewnętrznym, stworzenie pierwszej pracowni fizjo- i fizykoterapii zrzeszającej w tej chwili 41 wolontariuszy, w tym magistrów rehabilitacji, osteopatii, studentów, lekarzy, psychologów, logopedów itp. z bardzo obszernym zapleczem do rehabilitacji i wypracowanymi algorytmami działań

z pacjentem z każdym typem problemów nie tylko w zakresie głowy i szyi. Jako pierwsi zastosowaliśmy neuronawigację w operacji ortognatycznej czy usuwaniu ciał obcych z oczodołu. Zorganizowałam warsztat, dzięki któremu możemy operować pacjentów onkologicznych na najwyższym poziomie z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych i modeli stereolito-

graficznych. Pierwsi zastosowaliśmy na dużą skalę wolne przeszczepy skóry we wspomaganie gojenia ran u pacjentów po zabiegach resekcji szczęki. Pierwsza w Polsce wyleczyłam pacjentów z naciekającej postaci guza olbrzymiokomórkowego, który wymagałby resekcji z rekonstrukcją metodą inną niż chirurgiczna. Najbardziej spektakularne, a zarazem nowatorskie było



Fot. Grzegorz Celejewski/Agencja Gazeta

zaprojektowanie oraz wprowadzenie drukowanych i frezowanych indywidualnych implantów zastępujących każdą utraconą kość twarzy. Implanty są duże, złożone i niepowtarzalne. Pacjenci przyjeżdżają do nas z całej Polski i zadziwiają nas skalą kalectwa, z którym żyją nawet 30 lat. Mam ogromną satysfakcję, że mogę ludziom pomóc, idealnie odtwarzając to, co kiedyś utracili. Moim marzeniem jest stworzenie biodegradowalnych implantów, które w naturalny sposób zostałyby zastąpione przez własną kość pacjenta w procesie degradacji implantu.

**Ostatnie 4 lata to spektakularne operacje, które przyniosły pani sławę i uznanie. Pierwsza została przeprowadzona w 2016 r. u pacjentki, której wcześniej usunięto część żuchwy z powodu choroby nowotworowej. Model brakującej części kości wydrukowano na drukarce 3D na podstawie zdjęć z tomografii komputerowej. Opierając się na modelu, z materiału pobranego z kości strzałkowej chirurda „wyrzeźbili” potrzebną część żuchwy. Drugim operowanym pacjentem był 46-letni kierowca, który po upadku z wysokości miał kompletnie pogruchotane kości twarzy, w tym oczodołu, co spowodowało poważne zaburzenia widzenia. Pani zespół wszczepił mu polietylenowy implant wykonany na drukarce 3D, który zastąpił brakującą kość. Uzupełniano już mniejsze ubytki kostne, jednak pani sukcesem było wszczepienie tak złożonego modelu. Czy druk 3D jest przyszłością chirurgii szczękowo-twarzowej i czy modele polietylenowe są lepsze od fragmentów kości pobranych od pacjenta?**

Istotnie, techniki mikrochirurgiczne, które udało nam się wprowadzić w klinice, nie były chirurgom w Polsce obce, jednak w przypadku tej pacjentki kluczowa była precyzja wykonania zabiegu. Wykorzystaliśmy najnowocześniejsze zdobycze bioinżynierii, w tym modele stereolitograficzne, do uzyskania idealnego fragmentu kości ze strzałki, który był odwzorowaniem wyciętej chorej kości, oraz wprowadzenia do przeszczepu implantów zębowych. Wtedy nie była to powszechnie znana i stosowana procedura. To utorowało nam drogę do kolejnych zabiegów mikrochirurgicznych. Podczas drugiej operacji zastosowaliśmy złożony implant oczodołu. Pacjent odzyskał wiarę w życie i szansę na pracę, którą stracił po urazie. Nie ma lepszej zachęty. Ten przypadek był jednym z wielu. Wprowadziliśmy wcześniej endoprotezy stawu skroniowo-żuchwowego, implanty żuchwy, szczęki, oczodołu. Jesteśmy bardziej doświadczeni, lepsi niż na początku zarówno w planowaniu, jak i wykonaniu. I ciągle się doskonalimy. Materiałom dostępnym na rynku daleko do ideału. Potrzebujemy materiału, który ma wszystkie parametry wyciętej kości, a nie tylko zbliżone i kompatybilne. Wierzę, że będziemy go mieli.

**Implanty projektowane są na podstawie lustrzanego odbicia strony zdrowej. Co można zrobić, jeśli uszkodzenie jest tak rozległe, że drugiej strony nie ma? Ile czasu zajmuje wykonanie implantu?**

W przypadku żuchwy czy oczodołów rzadko zdarza się uszkodzenie po obu stronach. Mielibyśmy wtedy duży problem z wykonaniem idealnego implantu odtwarzającego to, czego nie możemy sobie nawet wyobrazić. Chyba że dysponowalibyśmy starą tomografią komputerową pacjenta – sprzed urazu lub choroby. Pewnie byłoby to ciekawe wyzwanie. Odwzorowywanie strony zdrowej nie jest zresztą idealnym pomysłem, gdyż z natury jesteśmy asymetryczni. Pierwszy implant stawu skroniowo-żuchwowego, który wprowadzaliśmy, nie uwzględniał tego faktu. Dopiero podczas zabiegu zorientowaliśmy się, że głowa wyrostka kłykciowego jest za duża, mimo że stanowi odwzorowanie zachowanej po drugiej stronie. Poradziliśmy sobie z tym tylko dlatego, że pacjentka nie miała zachowanych po tej stronie żadnych struktur anatomicznych i budowaliśmy staw na nowo, modelując panewkę stawową. W przeciwnym razie musielibyśmy odstąpić od montowania wydrukowanej formy stawu. Z tego wyciągnęliśmy wniosek, że implant głowy żuchwy musi być pomniejszony na całym obwodzie w każdym nowym przypadku, w którym opieramy się w projekcie na stronie przeciwnej.

Do implantu indywidualnego powinien dzisiaj kwalifikować lekarz, który ma doświadczenie w ich wprowadzaniu. Tomografia komputerowa pacjenta jest wysyłana do firm biotechnologicznych, gdzie powstaje konsultowany z lekarzem szkic projektu w przestrzeni. Zdarza się, że dyskutujemy nad jednym nawet dwa lata. Podajemy je analizom wytrzymałościowym, używając dostępnych programów. Jeśli na tej podstawie udowadniamy szansę dobrego zakotwienia implantu, przy jego wadze i parametrach kostnych pacjenta, rozpoczynamy proces drukowania i frezowania z tytanu w przypadku żuchwy i szczęki albo polietylenu w przypadku oczodołów i panewek stawu skroniowo-żuchwowego. Czas od procesu planowania do drukowania jest uzależniony od przypadku. Najkrótszy to miesiąc, najdłuższym pochylałam się wyżej, właśnie go sfinalizowaliśmy i będzie jedyny w swoim rodzaju.

**Czy takie zabiegi są refundowane i czy jest na nie duże zapotrzebowanie?**

Zabiegi wprowadzania implantów indywidualnych, mimo że pozwalają w najlepszy sposób zastąpić u pacjenta to, co utracił w czasie zabiegu lub urazu, nie są refundowane i mimo wielu pism do NFZ nie czujemy, żeby ktoś chciał nam i pacjentom w tym pomóc. Pragnę zresztą zwrócić uwagę, że wiele procedur jest przez NFZ niedoszacowanych lub całkowicie pominiętych, np. procedury na mikrozespoleniach naczyń. Chcąc jednak sprostać wyzwaniom i potrzebom pacjen-



Najbardziej spektakularne, a zarazem nowatorskie było zaprojektowanie oraz wprowadzenie drukowanych i frezowanych indywidualnych implantów zastępujących każdą utraconą kość twarzy. Implanty są duże, złożone i niepowtarzalne. Pacjenci przyjeżdżają do nas z całej Polski i zadziwiają nas skalą kalectwa, z którym żyją nawet 30 lat

tów, dzięki uprzejmości dyrekcji SPSKM w Katowicach, gdzie mam przyjemność być kierownikiem kliniki, implanty wprowadzamy w ramach procedury zabiegowej, np. resekcji żuchwy. W ostatecznym rozliczeniu dyrekcja nic na tym zabiegu nie zarabia, gdyż koszty wydrukowania implantu pochłaniają w całości finansowanie danej procedury, a nawet je przewyższają. Z tego powodu możemy wykonać tylko jeden taki zabieg w miesiącu. Mamy obecnie kolejkę pacjentów na 2 lata. Wielu osobom odmawiamy lub kwalifikujemy je do innych, mniej spektakularnych procedur.

**Czy choroby autoimmunologiczne albo wiek pacjenta mogą być przeszkodą do wprowadzenia implantu?**

Kwalifikacja do zabiegu jest zawsze indywidualna. Nie ryzykowałabym wprowadzania implantu tytanowego u pacjenta onkologicznego bezpośrednio po wycięciu nowotworu, gdyż nie ma stosownych badań analizujących zachowanie się tego materiału o dużej objętości w obszarze poddanym radioterapii. Dlatego w tej grupie chorych odkładamy zabieg rekonstrukcyjny na okres, kiedy mamy pewność, że pacjent jest wolny od nowotworu. Zarówno podeszły wiek, jak i schorzenia ogólnoustrojowe bardziej dyskwalifikują pacjenta jako kandydata do tradycyjnych zabiegów rekonstrukcyjnych niż do wprowadzenia implantu indywidualnego, gdyż jest to zabieg stosunkowo krótki, mniej obciążający, w którym wykorzystujemy przymiary i szablony pozwalające ciąć kość pacjenta pod takim kątem i w takim miejscu, aby implant pasował idealnie. Dzięki temu nie tracimy zbędnego czasu na jego wprowadzenie. Rozrusznik, stent, sztuczna zastawka są wprowadzane do organizmu niezależnie od obciążeń ogólnoustrojowych, gdyż ratują życie. Implant tytanowy ratuje ludzką psychikę i egzystencję, a schorzenia psychiczne też są dużym problemem. Brakuje dziś badań, które ostatecznie mówiłyby tak wszelkim implantom, w tym zębowym, u pacjentów wysokiego ryzyka infekcji ogólnoustrojowej, w tym ze schorzeniami z autoimmunologii. Aktywna postać choroby lub jej

zaostrenie na pewno powinny dyskwalifikować chorego w przypadku zabiegów planowych. A czy postać przewlekła również – to wyzwanie dla młodych naukowców.

**Zajmuje się pani wadami ortodontycznymi, rekonstrukcją twarzy, ale też leczeniem nowotworów głowy i szyi. Zastosowała pani alternatywną metodę leczenia agresywnych postaci wewnątrzkomórkowych polegającą na wstrzykiwaniu sterydów w masę guza w regularnych odstępach czasu przez wiele tygodni. Pacjentem był chłopiec z ogromnym guzem żuchwy. Udało się go wyleczyć bez konieczności wykonania operacji. Skąd wiara, że ta nowatorska metoda będzie skuteczna?**

Guzy olbrzymiokomórkowe to nowotwory miejscowo złośliwe, które w obszarze głowy i szyi pojawiają się stosunkowo rzadko, ale jeśli się pojawiają, to zgodnie z przyjętymi standardami powinny być radykalnie usunięte, szczególnie duże, naciekające formy. Ich etiopatogeneza nie jest do końca znana. Kiedy pojawił się w klinice młody pacjent – 13 lat – z taką postacią potwierdzonego histopatologicznie guza w rzucie wielu zębów, który naciekał struktury dna jamy ustnej, deformując twarz i niszcząc kość na dużym odcinku, widziałam nie tylko patologiczny proces rozrostowy, lecz przede wszystkim dziecko z depresją uwarunkowaną rozwojem rodziców, z wizją kalectwa, w tym utraty zębów i znacznej ilości kości w wieku rozwojowym, kiedy trudno oszacować proces przebudowy ewentualnego przeszczepu kości własnej. Poinformowałam ojca i sprawiającego dorosłe wrażenie syna o jedynej metodzie leczenia, czyli zabiegu chirurgicznym. Ponieważ nie są mi obojętne tragedie ludzkie, po powrocie do domu zaczęłam się zastanawiać, co mogę zrobić, żeby uchronić go od kalectwa zabiegowego, a zarazem uwolnić go od problemu. Z najnowocześniejszej literatury nie dowiedziałam się niczego. Dopuszczano leczenie sterydami w wielu przypadkach małych guzów olbrzymiokomórkowych, ale rzadko podejmowano się go w większych formach naciekowych. Postanowiłam podjąć próbę leczenia inną metodą niż chirurgiczna pod ściśle określonymi warunkami: wykonywania procedur osobiście, reżimu wizyt kontrolnych 2 razy w tygodniu i zgody na zabieg resekcyjny w przypadku braku postępu leczenia. Opracowałam własną technikę podaży leku w zbite struktury kostne wykazujące na pewnym etapie cechy osteolizy, a także kryteria kwalifikacji do takich zabiegów. W tym i innych przypadkach nastąpiła całkowita przebudowa kości, potwierdzona potem histopatologicznie, z zachowaniem żywotności wszystkich zębów i długim, już 6-letnim okresem obserwacji bez dolegliwości i wznowy. Skąd wiara, że ta metoda jest dobra? To przecucie poparte obszerną wiedzą. Guzami olbrzymiokomórkowymi zajmowałam się od wielu lat w aspekcie patomorfologicznym i molekularnym. Ta wiedza pozwoliła mi podjąć słuszną decyzję. ►

## CHIRURGIA

► | **Przywiązuje pani wielką wagę do rekonwalescencji, co nie jest powszechną praktyką. Czy pani pacjenci w związku z tym szybciej wracają do zdrowia?**

Dla mnie istotne jest nie tylko zdrowie fizyczne pacjenta, ale przede wszystkim psychiczne. Widzę, jak fantastycznie goją się rany u optymistów, a jakie problemy następczą przerażeni pesymiści. Przez lata bacznie obserwowałam pacjentów, słuchałam, co mówią, czego im brakuje. Chętnie korzystałam ze wzorców z innych oddziałów, niekoniecznie z mojej branży. W dniu, kiedy objęłam kierownictwo kliniki, za punkt honoru postawiłam sobie kilka rzeczy: algorytmy na piśmie opracowane dla każdego pracownika na każdym stanowisku pracy, utworzenie pracowni fizykoterapii – bo czymże się różnią nasi chorzy od pacjentów ortopedycznych, gdzie taka opieka jest standardem, stworzenie sali przed- i pooperacyjnej z muzykoterapią w okresie okołoperacyjnym, właśnie po to żeby wiele elementów budowało szybką rekonwalescencję i dobre samopoczucie chorego. Nie wierzyłam w sukces fizykoterapii, bo kto mógłby to zrobić w natłoku tak wielu spraw. Na początku załatwiłam sprzęt, w tym laser biostymulacyjny i lampę Bioptron. Uznałam, że muszę nauczyć się techniki *kinesiotaping*, by minimalizować obrzęki i dolegliwości u chorych po zabiegach. Skończyłam stosowne kursy. Na horyzoncie pojawił się student, który tak się rozwinął w realizacji mojej inicjatywy, że dziś zrzesza wokół siebie 41 wolontariuszy, którzy rehabilitują ludzi z czystej chęci pomocy. W tej grupie są psycholog, logopedzi, dietetycy, studenci, magistrzy fizjoterapii oraz lekarze. Pracują od kilku dobrych lat w każdą sobotę, przyjmując ok. 140 pacjentów dziennie. To, co mówią pacjenci, jak są szczęśliwi, jak przykurczeni po radioterapii czy zabiegach zaczynają dobrze wyglądać, jeść, mówić, ile łez płynnie po ich policzkach – jest wystarczającą oceną sukcesów tego zespołu. Jestem z nich dumna. Rehabilitacja chorych, w tym również wdrożenie terapii podciśnieniowej w trudno gojących się ranach, pozwoliła skrócić pobyt na oddziale do minimum. Dzięki umiejętnemu prowadzeniu oddziału pod względem ekonomicznym, co zależy, jak widać, od wielu osób, przynosimy dyrekcji szpitala zyski, które pozwalają na doposażanie naszego oddziału w wymarzony sprzęt, a w konsekwencji wykonywanie procedur zabiegowych, w tym implantów indywidualnych twarzy, w sposób bezpieczny i na najwyższym poziomie.

► | **Stosowała pani wióry kostne z piszczeli do wypełniania dużych ubytków kości twarzy. Na czym polega ta metoda?**

Małe ubytki kostne, do 2 cm<sup>3</sup>, czy to związane z ekstrakcją zęba, czy usunięciem torbieli, mogą zagoić się samoistnie na bazie skrzepu. Ale dzisiaj dążymy do perfekcji i wiemy, że nawet te ubytki powinny być wspomagane w gojeniu substytutami kostnymi, żeby ograniczyć do minimum zaniki

”

W ostatecznym rozliczeniu dyrekcja nic na zabiegu nie zarabia, gdyż koszty wydrukowania implantu pochłaniają w całości finansowanie danej procedury, a nawet je przewyższają. Z tego powodu możemy wykonać tylko jeden taki zabieg w miesiącu. Mamy obecnie kolejkę pacjentów na 2 lata

kostne samoistnie gojącego się ubytku. Dużym wyzwaniem do niedawna były duże ubytki kostne po wyluszczeniu torbieli – 6 cm<sup>3</sup> i większe. Nie ma szansy na ich samoistne gojenie. Wiele lat obserwowałam uciążliwości dla chorych związane z używaniem obturatorów akrylowych. Pacjent stosujący taki obturator wypełniający duży ubytek pozabiegowy w kości żuchwy był zmuszony odbywać częste wizyty kontrolne w poradni (raz w tygodniu przez rok) w celu zmniejszania jego objętości, co miało pobudzać własną kość do odbudowy w miejscu luzu stworzonego przez jego podcięcie. Pomysł zastosowania wiórów z piszczeli przyszedł z Anglii. Kolega, będąc tam na stażu, uczestniczył w procedurach zabiegowych, w których ambulatoryjnie pobierano wióry z piszczeli, by uzupełnić kość w trakcie wprowadzania implantów zębowych. Naukowcy i chirurdzy nie zajmowali się wtedy wypełnianiem dużych ubytków kostnych. Wiadomo, że jednorazowo można było z piszczeli pozyskać 16 cm<sup>3</sup> materiału kostnego. To właśnie tyle ile potrzebowałibyśmy w takich przypadkach. Okno kostne do pobrania wiórów ma zaledwie 1 cm średnicy. Po akceptacji naszego pomysłu przez komisję bioetyczną zaczęliśmy w trakcie zabiegu wyluszczenia torbieli wypełniać ubytek wiórami pobranymi z piszczeli, które pokrywaliśmy każdorazowo błonami z osocza bogatopłytkowego – PRF. Pacjenci po zabiegu w trzeciej dobie opuszczają szpital i odby-

wają tylko dwie wizyty kontrolne, pierwszą w celu usunięcia szwów, a po pół roku drugą w celu radiologicznej oceny gojenia. Tak niewiele, a tak dużo zmieniło w komforcie życia chorych.

► | **Na jakie bariery napotyka pani w swojej pracy?**

Najważniejsza jest bariera finansowa. Chciałabym mieć wypracowane pieniądze z NFZ w swoich rękach, aby móc gratyfikować ciężką pracę lekarzy chirurgów na bloku i ich zaangażowanie naukowe. W USA chirurg szczękowo-twarzowy jest na drugim miejscu wśród najlepiej zarabiających lekarzy. Dlaczego? Ponieważ musi skończyć dwa fakultety i zrobić najdłuższą specjalizację. Lekarz tej specjalności musi opanować wiedzę laryngologa, okulisty, neurochirurga, stomatologa, lekarza ogólnego, a nawet naczyniowca. To długa droga naukowa bez zarobku, a potem pensja niewspółmierna do wysiłku i odpowiedzialności. Jak mogą zachęcić młodych lekarzy do uzupełniania fakultetu, jeśli jedyna możliwa droga to opłacenie tego z własnych pieniędzy? Jak mogą ich skłonić do pozostania na oddziale zabiegowym, gdy każdy z nich ma lepszą ofertę pracy w swoim prywatnym gabinecie? Jak przekonać ich do rozwoju naukowego, kiedy kariera naukowa wciąż postrzegana jest w naszym kraju jako nieopłacalne hobby? Dlatego w Polsce chirurdzy szczękowo-twarzowi zostawiają swoją pasję i odcho-

dzą do sektora prywatnego – do zwykłych gabinetów stomatologicznych. Kolejna bariera jest wpisana w krętą drogę wdrażania innowacji. Przeszkodą jest też brak finansowania ciekawych rozwiązań zarówno ze strony komisji oceniającej granty, jak i NFZ. Przez komisję trudno przechodzą dziś wnioski, głównie w odniesieniu do uczelni medycznych, natomiast NFZ nie widzi potrzeby doszacowania takich procedur, mimo że pod każdym względem są to najlepsze i najbezpieczniejsze rozwiązania biotechnologiczne.

► | **Jest pani stomatologiem, ale też chirurgiem i po części chirurgiem plastycznym, bo wiele zabiegów, które pani wykonuje, nie tylko poprawia zdrowie pacjenta i ułatwia mu funkcjonowanie, lecz także przywraca mu pożądaną sylwetkę. Która z tych specjalizacji jest pani najbliższa?**

Jestem lekarzem medycyny i lekarzem stomatologii. Zawsze stałam na stanowisku, że te dwie dziedziny pięknie ze sobą współpracują. Przekonuję się, jak niezbędna w chirurgii szczękowo-twarzowej jest wiedza ogólnolekarska, i zawsze będę postulowała potrzebę uzupełnienia fakultetu przez lekarzy stomatologów, którzy wybierają tę specjalizację. W wielu krajach jest to wymóg. Chirurgia, a w szczególności chirurgia szczękowo-twarzowa, nie była w kręgu moich zainteresowań, nawet nie wiedziałam, czy się do tego nadaje. Wybrałam ją



Fot. PAP/Andrzej Grygiel

tylko dlatego, że zawsze chciałam być bliżej medycyny niż stomatologii, a że wszystkich specjalizacji stomatologicznych dawała to chirurgia szczękowo-twarzowa. Podczas konkursu na asystenta kliniki, w której do dziś pracuję, miałam przekonać urzędującego wówczas rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, że jako kobieta poradzę sobie w trudnej, męskiej dyscyplinie chirurgicznej. Jakich argumentów można użyć w tej sytuacji? Milczenie z mojej strony przerwała moja szefowa, która stwierdziła, że jeśli maluję obrazy i gram na fortepianie, to jest to wystarczająca rekomendacja do wykonywania artystycznej specjalizacji. Nie byłam tego taka pewna i nie wiem, dlaczego wygrałam. Byłam szczęśliwa, że mogłam pracować w klinice wśród ludzi i ciągle się doskonalić. Wiedziałam, że musi upłynąć wiele lat, bym mogła się do tego przekonać, a przede wszystkim uznać, że się nadaję. Zrobiłam po drodze trzy specjalizacje, doktorat, habilitację. W trakcie habilitacji rozpoczęłam drugi kierunek studiów, który kończyłam równoległe z pracą w klinice, gabinecie i z przewodem habilitacyjnym. Fascynacja nauką przesłoniła mi okres braku możliwości wykonywania wielkich operacji, które były w sferze moich marzeń. Nie zdawałam sobie sprawy, że przyda mi się też przygoda z medycyną estetyczną. Byłam i jestem nią również zafascynowana – prowadziłam dla całej Polski konferencje z medycyny estetycznej i byłam bliska założenia szkoły podyplomowej dla lekarzy. O tym, jak bardzo medycyna estetyczna pomaga akurat w grupie naszych chorych, świadczą oni sami. Przez wiele lat robiłam wszystko, niestety we własnym zakresie, w ramach urlopów, żeby przynajmniej widzieć dużo, bo nie miałam szansy na samodzielne wykonywanie ciekawych zabiegów. W takiej sytuacji trudno się przekonać, że chirurgia to moja pasja. Miłość do niej poczułam bardzo późno, kiedy zostałam kierownikiem kliniki i mogłam wykonywać to, na co przez lata tylko patrzyłam, szczególnie w zagranicznych ośrodkach. I okazało się, że to jest piękne. Móc rzeźbić twarz, korzystając z najnowocześniejszych zdobyczy technologicznych i wiedzy, którą zdobyłam ciężką pracą i samozaparciem. Ucząc się na swoich błędach, dzisiaj oddaję chirurgię i fascynację nią najmłodszym lekarzom, już na starcie. Boleję nad tym, że mało jest osób zafascynowanych nauką, bez których chirurgia może być pusta. Innowacje technologiczne w chirurgii dojrzejwią w mądrym, czytelnym umyśle ludzkim, a nie tylko w rękach. Być może brak zainteresowania nauką wynika z braku odpowiedniego finansowania naukowców w Polsce.

**| Skąd czerpie pani odwagę do przeprowadzania tak nowatorskich operacji? Czy nie boi się pani, że coś może pójść źle, że się nie uda?**

To trochę odwagi, trochę zmysłu, trochę intuicji, która na razie mnie nie opuszcza. Czytam bardzo dużo opracowań naukowych i wiem, jakie są oczekiwania pacjen-

tów i moje. Mam taki dzień, kiedy jestem na konferencji, spotkaniu naukowym i nagle czuję, że w danej sprawie można zrobić więcej. To staje się natchnieniem do rozmowy z mądrymi ludźmi i okazuje się, że wszystko jest na wyciągnięcie ręki. Zawsze jest niebezpieczeństwo, szczególnie w przedsięwzięciach innowacyjnych, że coś pójdzie nie tak, ale mnie to nie powstrzymuje. Z każdej sytuacji można wybrnąć, jeśli się ma duże doświadczenie i wyobraźnię. Ta adrenalina nakręca, a nie paraliżuje. Każda nowa procedura, którą chcemy po raz pierwszy wdrożyć u chorego, musi uzyskać zgodę komisji bioetycznej, a później przejść szereg analiz na najnowocześniejszym sprzęcie, zanim skorzysta z tego człowiek.

**| Często czyta się, że znani lekarze, naukowcy mieli w dzieciństwie nietypowe zainteresowania. Czym pani się interesowała jako dziecko i kiedy postanowiła pani zostać lekarzem?**

Lekarzem chciałam być chyba od urodzenia. Miałam wspaniałe dzieciństwo dzięki rodzicom, którzy pielęgnowali mój talent. Mój tato pięknie pisze pismem kaligraficznym – uczyłam się tego od niego. Moja mama uczyła mnie wszystkiego, co wiąże się z rozwijaniem artystycznej duszy, w tym szydełkowania, dziewiarstwa, produkcji gobelinów, malowania obrazów, odlewania form w gipsie itp. W tym czasie podjęłam naukę gry w klasie fortepianu, co uważam za istotny czynnik rozwoju wrażliwości, nie tylko na muzykę, lecz także na drugiego człowieka. Od dziecka kolekcjonowałam wycinki prasowe na temat istotnych osiągnięć w medycynie, nie było bowiem Internetu, a książki biograficzne czy naukowe były rzadkością. Czytałam o ciekawych osiągnięciach Ilizarowa, który wydłużał kończyny, o poczynaniach Fiodorowa, który zauważył wyostrenie wzroku u chłopca z uszkodzoną gałką oczną w wyniku wypadku. Dzięki tacie czytałam bardzo dużo książek, zamykałam się w tym świecie, żeby coś zrozumieć lub rozwiązać zagadkę przed zakończeniem kryminału. Potem biografie, książki historyczne, polityczne, trudne pozycje Lema, Solżenicyna. Nie bałam się żadnego tytułu. To była moja największa pasja – czytanie. W moim świecie chirurgów szczękowo-twarzowych zaistniałam głównie dzięki obrazom. To, że jestem w tym miejscu kariery naukowej, zawdzięczam tylko mojej ambicji, samozaparci, odczytaniu i wspaniałym ludziom, którzy stawali na mojej drodze z wyciągniętą pomocną dłońią. I tym wspaniałym ludziom dziękowałam, malując im obrazy. Tylko przez to byłam rozpoznawalna... mile rozpoznawalna. Obrazy były moją przepustką do świata chirurgii szczękowej.

**| Czy Polska jest gotowa na innowacje?**

Na całym świecie ceni się polskich naukowców. Można mieć świetne zaplecze biotechnologiczne, ale najważniejszy jest człowiek, który potrafi wykorzystać ten sprzęt. Gdybyśmy dysponowali takimi cen-



Fot. PAP/Andrzej Grygiel

”

Zawsze jest niebezpieczeństwo, szczególnie w przedsięwzięciach innowacyjnych, że coś pójdzie nie tak, ale mnie to nie powstrzymuje. Z każdej sytuacji można wybrnąć, jeśli się ma duże doświadczenie i wyobraźnię. Ta adrenalina nakręca, a nie paraliżuje

trami biotechnologicznymi jak w USA, nie mielibyśmy sobie równych. Byłam na wielu wykładach zagranicznych naukowców, chirurgów z mojej dziedziny, czytałam wiele opracowań naukowych i twierdzą, że mamy z czego być dumni. Biorąc pod uwagę nasze zaplecze i możliwości, jakość naszych referatów i przedsięwzięć innowacyjnych jest o wiele lepsza. Inni przewyższają nas jedynie poczuciem własnej wartości, które mają, bo tak są wychowywani. W swoich krajach są doceniani, co jest wyrażane na każdym kroku i na kontaktach w banku.

**| Czego jako chirurg zazdrości pani swoim kolegom i koleżankom z zagranicy? Jakie nowoczesne terapie chciałaby pani stosować u siebie na oddziale, jakie urządzenia mogłyby ułatwić pani pracę?**

Zagranicznym kolegom zazdroścę pieniędzy, nie tylko tych, które mają na kontaktach, ale tych, które łatwo otrzymują na badania naukowe, kiedy chcą wdrażać innowacje. Zazdroścę im braku problemów w publikowaniu nawet małych osiągnięć w czasopiśmie, które są poza zasięgiem Polaków. Zazdroścę im poczucia własnej wartości. Od zawsze są doceniani, dobrze motywowani i chwaleni. Nasz oddział jest wyposażony w najnowocześniejszy sprzęt diagnostyczno-leczniczy. Do pełni szczęścia brakuje noża harmonicznego, programów do wizualizacji tkanek miękkich pacjenta po zabiegach ortognatycznych itp., pracowni protetycznej z drukarkami 3D do drukowania implantów indywidual-

alnych twarzy i epitez oraz odpowiedniego zaplecza dla zespołu rehabilitantów, który przyjmuje wędrującą z całej Polski rzeszę pacjentów szukających pomocy.

**| Z czego jest pani najbardziej dumna? Co jest dla pani trudne, a co proste?**

Jestem dumna z moich rodziców, synów, synowych i wnuczek. Zawsze twierdzą, że to jest właśnie trampolina do sukcesów zawodowych. Jeśli człowiek czuje się potrzebny, kochany i kocha, może rozwijać skrzydła we wszystkich dziedzinach. To jak benzyna, bez której samochód nie ruszy. Taka mała Okinawa, na której ludzie żyją najdłużej, mają poczucie bezpieczeństwa i miłości. Staram się też dać moim lekarzom namiastkę Okinawy na naszym oddziale i ograniczać ich stres do minimum, bo i tak mamy go w nadmiarze na bloku operacyjnym. Istotne są dla mnie rozmowa, przyjaźń, spokój, wzajemny szacunek, także wobec pacjenta. W księdze, w której opiniują nas pacjenci, jest tyle ciepłych słów, że nie mam wątpliwości, że to najlepszy zespół lekarsko-pielęgniarski, a moje starania nie poszły na marne.

**| Czy są takie problemy, z którymi chirurgia szczękowo-twarzowa nie radzi sobie dzisiaj, a prawdopodobnie poradzi sobie za 10–20 lat?**

Niejednokrotnie próbowałam mówić o tym na konferencjach okrągłego stołu w Nałęczowie, na spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia, posiedzeniach NIL czy na kongresie Zdrowie Polaków. Niestety bez efektów. Na planowanym na czerwiec 2020 r. Kongresie Wyzwań Zdrowotnych wywalczyłam cały panel poświęcony problemom chirurgii szczękowo-twarzowej. Za 10–20 lat, jeśli dziś nikt nam nie pomoże, nie będzie w naszym kraju chirurgów szczękowo-twarzowych, którzy chcieliby pracować na oddziałach zabiegowych. Większość z nich już odchodzi do sektora prywatnego, bo mają tam dużo ciekawsze propozycje finansowe. W Polsce jest tak mało chirurgów szczękowych, że zwiększenia ich pensji nawet trzykrotnie nikt by nie odczuł, a mielibyśmy najwyższej klasy specjalistów z bardzo potrzebnej dziedziny zabiegowej. ■