

Ar turpmākas attīstības iespējām

Šogad aprit 25 gadi, kopš uz jaunuzcelto moderno ēku Mežciemā, Hipokrāta ielā 4, pārnāca tā laika Latvijas republikāniskais onkoloģiskais dispansers.

Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centra paliatīvās aprūpes nodaļas vadītājs Vilnis Sosārs, kurš ārsta darba gaitas sāka tajā pašā gadā, kad Mežciemā atklāja jauno onkoloģisko stacionāru, tagad ir viens no ilgdējākajiem šīs slimnīcas darbiniekiem.

– Kāds bija pats sākums?

– Tolaik vēl nepietika profesionāli labi sagatavotu darbinieku, trūka medicīniskās aparātūras. 1985. gadā sāka celt poliklīniku, kuru drīz vien arī pabeidza. Tād kļuva iespējamas pacientu ambulatorā pieņemšana un izmeklēšana, kas aiztaupīja finansālos līdzekļus stacionāram. Drīz sāka būvēt arī modernu, specifisku radioloģijas bloku, un, kad tā celtniecība gāja uz beigām, mēs ar prieku rīkojām sestdienas talkas, lai šīs telpas ātrāk būtu lietošanas gatavībā. Nesām laukā ķieģeļus un lauskas, visu tīrījām, kopīgiem spēkiem vilcām iekšā aparāturu un citas lietas, kas bija tādas pasmagākas.

Astoņdesmito gadu beigās jau bija noformējušās visas svarīgākās diagnostikas un ārstniecības nodaļas. Tam laikam augstā līmenī mums bija gremošanas trakta endoskopijs – izmeklēšanas metode, lietojot speciālus optiskus instrumentus, kuros ievada kuņģa un zarnu trakta orgānos. Jau 1985. gadā mēs strādājām ar jaunākajiem un modernākajiem japāņu firmas endoskopiem, kas bija labākie Latvijā.

Sākumā ļoti trūka ķīmijpreparātu. Nevarēja nodrošināt slimnieku ārstēšanā tajā laikā pasaulē pieņemtās, zinātniski izstrādātās ķīmijterapijas shēmas un preparātu kombinācijas. Vēlāk parādījās aizvien jauni medikamenti. 1985. gadā grupa ārstu aizbrauca uz ļoti lielu starptautisku medicīnas izstādi Maskavā, kur guva informāciju par jaunākajiem preparātiem, kas paredzēti onkoloģiskajiem slimniekiem. Protams, tad sākās cīņa par to, lai šīs zāles būtu arī pie mums Latvijā. Līdz ar politiskajām pārmaiņām

pieejami kļuva medikamenti, kas jau bija pasaulē vispāratzīti, un Latvijā sāka ienākt arī jauni, pavisam nesenārvalstī radīti un klīniski izpētīti preparāti, piemēram, tā sauktā taksānu grupa. Deviņdesmito gadu beigās un šā gadu desmita sākumā pasaulē tika izstrādātas un praksē ieviestas ļoti daudzas principiāli jaunas ķīmijterapijas shēmas, audzēju medikamentozā terapijas jomā mainījās uzskati. Latvijas ārstiem bija pieejama informācija par visu, kas norisinājās pasaulē, un arī Latvijā tika reģistrēts lielums lielais vairums jauno preparātu.

Tāpat attīstījusies arī ļaundabīgo audzēju hormonterapija un imūnterapija, radīti jauni, ļoti efektīvi preparāti ķīmijterapijas blakusefektu novēršanai. Tie ļauj cīnīties, piemēram, ar leukocītu un trombocītu skaita samazināšanos vai sliktu dūšu un vemšanu, ko bieži novēro pacientiem, kas saņem ķīmijterapiju.

Šajos gados vairākkārt nomainījās arī apstarošanas tehnikas ģenerācijas jeb paaudzes. Aparatūra kļuvusi vieglāk apkalpojama, palielinājusies tās pacientu caurlaides spēja. Bet pats galvenais, ka apstarošana kļuvusi saudzīgāka, jo visu laiku pastāvējuši centieni staru aparatūru padarīt precīzāku, lai varētu virzīt staru kūli tā, ka tas maksimāli krīt uz audzēju vai ķermeņa rajonu, kur pirms operācijas atradies audzējs, un mazāk skar veselos audus. Tas ļauj novērst gan agrīnās, gan vēlīnās staru terapijas komplikācijas.

– Vai laika gaitā mainījusies arī attieksme pret slimniekiem?

– Astoņdesmito gadu vidū eksistēja tā sauktie baltie meli vai vēža slimības legenda. Tas nozīmēja, ka

pacients nekādā gadījumā nedrīkstēja uzzināt diagnozi. Līdz ar to viņam daudz ko par slimību nevarēja izskaidrot, un viņš nesaprata, kāpēc jādara viena vai otra lieta. Tagad mūsu slimnieki lielākoties zina, ka viņiem ir vēzis. Toreiz cilvēkam ar tālu progresējušu audzēju Onkoloģiskā dispansera durvis aizvērās. Slimnieku norakstīja tā sauktajai «simptomātiskajai terapijai pēc dzīvesvietas». Šī frāze reizēm figurē vēl tagad, bet tā uzskatāma par tipisku padomju laika izteicienu, kas nozīmēja, ka slimniekam ir jābrauc mājās un viņš var darīt, ko grib. Šāds pacients tika pamests likteņa varā un bieži vien nezināja, ko iesākt. Ja iecirkņa terapeits bija žēlsirdīgs, viņš pūlējās, kā nu mācēja, pacienta stāvokli atvieglināt ar medikamentiem. Pašlaik mēs lielākoties cenšamies zinātniski pamatoti pacientam palīdzēt līdz pēdējam brīdim. Astoņdesmito gadu vidū neviens nerunāja par psihosociālajām problēmām. Vieglāk bija izlikties, ka tādu nav, nekā tās risināt. Tagad mums slimnīcā ir tādi neatsverami speciālisti kā sociālais darbinieks, psihoterapeits, kapelāns, kas daudzās situācijās veic savu darbu tik augstā profesionālā līmenī, kā to nevarētu izdarīt neviens cits.

– Jūs esat viens no paliatīvās aprūpes pamatlicējiem Latvijā.

– Paliatīvā aprūpe ir visaptveroša palīdzības sistēma, kas ietver divus elementus – medicīnu un pašu aprūpi. Tās nolūks ir uzlabot pacienta un viņa tuvinieku kā vienas vienības dzīves kvalitāti, novēršot ciešanas, agrīni identificējot un ārstējot, piemēram, sāpes, un noņemot citas mokošas slimības izpausmes. kā arī

risinot psihosociālas un garīga rakstura problēmas.

Padomju laikā mēs par paliatīvo aprūpi neko nezinājām. Pirmā saskarsme ar laika gaitā pārbaudītu tradīcijām bagātu paliatīvās aprūsi tēmu man bija Austrālijā. Redzēju, ka var palīdzēt cilvēkiem ar fatāli noritošām gan onkoloģiskā, gan cita rakstura slimībām, ka iespējams šiem pacientiem mazināt ne tikai fiziskās, bet arī psiholoģiskās un emocionālās ciešanas.

Vēlāk mēs, Latvijas ārsti, sākām interesēties par to, kā tiek aprūpēti smagi slimie apkārtējās valstīs, piemēram, Lietuvā un Polijā. Par pagrieziena punktu var uzskatīt 1994. gadu, kad sākām domāt par paliatīvās aprūpes ieviešanu arī Latvijā. Trūka tam vajadzīgo zināšanu. Tāpēc trīs gadus ilga izglītības darbs – organizējām starptautiskas konferences, seminārus, lekcijas, studējām speciāloliteratūru. 1996. gadā nodibinājās Latvijas paliatīvās aprūpes ārstu asociācija. 1997. gadā Latvijas mediķi jau zināja, kāda paliatīvās aprūpes būtība, un varēja atvērt paliatīvās aprūpes nodaļu Latvijas Onkoloģijas centrā. Sākumā mēs sastapāmies ar lielu neticību – vai tiešām iespējams palīdzēt tik smagi slimiem pacientiem, vai tad tur vēl var kaut ko darīt? Daudzi par mums domāja – viņi pastrādās kādus 2–3 mēnešus un izklidīs. Taču tā nenotika. Tagad Latvijā darbojas sešas paliatīvās aprūpes nodaļas, slimnīcās palielinās paliatīvajai aprūpei paredzēto specializēto gultu skaits, veidojas ambulatorie kabineti. Ir daudzi jauni un ļoti prasmīgi speciālisti ar bagātīgām zināšanām paliatīvajā aprūpē.

– Vai tagad jūs varat palīdzēt tādiem slimniekiem, kam agrāk nevarējāt?

– Vai dievīp! To nevar pat salīdzināt. Atceros, tas bija 1987. gads. Mēs nezinājām, kā noņemt sāpes kādam pacientam. Izšpricējām viņam dienā 40 ampuļu promedola, šīs slimnieks

bija caurdurts kā siets, bet vienalga viņam sāpēja. Tas bija izmisums. Toreiz nezinājām, ka pastāv tāda algoloģija – zinātne par sāpēm, ka sāpju terapijai ir savi likumi, noteikti medikamenti, to ievades veidi un kombinācijas.

Paliatīvās aprūpes speciālistam ir nepārtraukti jāmacās un jāpilnveido savas zināšanas. Piemēram, onkoloģijā jāpārzina audzēja bioloģija un uzvedība, visa simptomatoloģija, jāzina onkoloģisko slimnieku speciālās ārstēšanas metodes, lai vajadzības gadījumā varētu pieaicināt konkrētus speciālistus – ķirurgu, staru terapiju, ķīmijterapiju un citus. Piemēram, ja sievietei krūts, olnīcu, resnās vai taisnās zarnas audzēja gadījumā bijis labs ķīmijterapijas efekts, tad parādījušās sāpes, paaugstināta temperatūra un citi veselības traucējumi, kad ķīmijterapija jāpārtrauc, paliatīvās aprūpes speciālists var noregulēt slimnieces stāvokli tā, ka iespējams atkal turpināt specifisko ķīmijterapeitisko ārstēšanu.

Paliatīvā aprūpe pēc būtības ir kompleksa palīdzība slimniekam, kur strādā multidisciplināra komanda: ārsts – paliatīvās aprūpes speciālists, psihologs vai psihoterapeits, kā arī sociālais darbinieks un kapelāns, bet, ja nepieciešams, tiek pieaicināti visdažādāko medicīnas specialitāšu pārstāvji, piemēram, anesteziologs, neirologs un citi.

Maz mēs šoreiz runājam par ķirurģiju, kas ir un paliek galvenā ārstēšanas metode onkoloģijā. Tās svarīgākās attīstības tendences ir tādas, ka operācijas kļūst saudzīgākas. Tiek pētīts, cik lielā mērā drīkst samazināt operācijas apjomu, lai neciestu onkoloģisko slimnieku ārstēšanas vēlīnie rezultāti. Piemēram, Onkoloģijas centrā ir ieviestas krūti saudzējošas operācijas krūts vēža pirmās un otrās stadijas gadījumā, kad izgriež tikai noteiktu krūts daļu, kurā atrodas audzējs. Tāpat notiek tā sauktā sargmezglu meklēšana un izvērtēšana, kas ir pirmais limfmezgls limfas atceses ceļā no audzēja. Ja tajā neatrod vēža metastāzes, tad var atstāt neizoperētu visu atbilstošo limfmezglu grupu. Tās, piemēram, aiztaupa sievietei limfas sastrēgumus rokā pēc krūts vēža operācijas, jo viņai nav jāizņem paduses limfmezgli.

Toreiz, pirms 25 gadiem, krūts vēža slimniecēm jebkuras stadijas gadījumā noņēma visu krūti. Daudzas no viņām to psiholoģiski smagi pārdzīvoja, jo tajā laikā nebija plašāk ieviestas arī tā sauktās krūts plastiskās operācijas, kādas veic tagad. ■

ŠODIENAS IESPĒJAS.

«Ja kāds tajā 1984. gadā, kad sākām šeit spert pirmos soļus, mums parādītu kaut vai Īsu filmiņu, kurā uzņemta tagadējā situācija onkoloģijā – visi panākumi, jaunievedumi un šodienas iespējas slimnieku aprūpē –, tad toreiz tā mums liktos kā sapnis, kam grūti noticēt un ko nevar pat iedomāties.»
saka dakteris Vilnis Sosārs

