

Šiandienos pulmonologija – labai smarkiai besikeičianti disciplina



Lietuvoje pulmonologija užima vis stipresnes pozicijas tarp kitų nuolat modernėjančių, pasaulinę pažangą sėkmingai savo kasdienėje praktikoje taikančių medicinos sričių. Anot Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Pulmonologijos ir imunologijos klinikos vadovo profesoriaus Raimundo Sakalausko, išplėsdama savo veiklos kryptis, ši disciplina smarkiai keičiasi. Dabar gydytojai pulmonologai pagal savo kompetenciją bei atsakomybės pojūtį dirba petys petin su kardiologais, onkologais, kitų sričių specialistais. Kaip jiems sekasi? Kokie iššūkiai laukia gydytojų pulmonologų, kuriems svarbi ne tik klinikinė praktika, bet ir nuolatinis tobulėjimas, šiandienos naujienos, mokslinė bei pedagoginė veikla? Galiausiai – kokie uždaviniai jų laukia ateityje? Apie tai kalbamės su LSMU MA Pulmonologijos ir imunologijos klinikos vadovu profesoriumi Raimundu Sakalausku.

Esate minėjęs, jog kiekvienais metais sveikatos priežiūros specialistams tampa vis sudėtingesni, daugėja profesinių, mokslinių iššūkių. Kaip LSMU Kauno klinikų pulmonologams sekasi realizuoti 2014 metams išsikeltus uždavinius ir kokie planai ateinantiesiems?

Europinių bei pasaulinių pulmonologijos standartų atitiktumą siekianti LSMU Pulmonologijos ir alergologijos klinika stengiasi savo klinikinę veiklą plėtoti kitų šalių universitetiniuose centruose pavyzdinėmis laikomomis kryptimis. Šiandienos pulmonologija yra labai smarkiai besikeičianti disciplina. Per trumpą laikotarpį pulmonologija įsitvirtino tarp kitų medicinos sričių kaip daug platesnė, nei buvo įsivaizduojama, disciplina, be kvėpavimo sistemos ligų, apimanti ir pulmoonkologiją. Kita vertus, pulmonologijos akiratyje ne vien plaučių, kaip kvėpavimo sistemos organo, bet ir visos kvėpavimo sistemos ligos. Todėl daugelyje šalių, pirmiausia – Jungtinėje Amerikos Valstijose, pulmonologija yra tiesiogiai susijusi su intensyviaja terapija. Nors mūsų šalyje ši specialybė atskira nuo pulmonologijos, tačiau respiracinės pagalbos, taip pat ir ventiliacijos klausimai, ypač sergant lėtinėmis ligomis, priklauso pulmonologų kompetencijai, o klinika intensyviai vysto šią sritį.

Miego apnėjos sukelti kvėpavimo sutrikimai – didžiulė šiandienos sveikatos problema, kurią pabrėžia ir Europos Sąjungos taryba (į miego apnėją atsižvelgti privaloma tikrinant vairuotojų sveikatą). Malonu pripa-

žinti, jog šioje srityje mūsų klinikos pasiekimai vertinami kaip atitinkantys aukštos kvalifikacijos standartus. Mūsų klinikos gydytoja pulmonologė Guoda Pilkauskaitė visai neseniai apsigynė disertaciją apie miego sutrikimų diagnostiką ir gydymą.

Šiandien nuo intervencinės medicinos negalima atskirti pulmoonkologijos – tai yra sinerginė veiklos kryptis. Galime tikėtis, kad kompetencijos šiais klausimais tikrai nestokoja mūsų klinikoje dirbanti stipri medikų komanda. Neseniai disertaciją pulmoonkologijos tematika apsigynė Neringa Vagulienė. Vadovaujama doc. Mariaus Žemaičio, mokslinės karjeros keliu žengia doktorantė Jurgita Jackutė. Aišku, spręsti onkologines problemas padeda bei kompleksinę pagalbą pacientams teikia ir daugiau mūsų klinikos darbuotojų.

Reiktų paminėti, jog mūsų klinikoje išplėtos plaučių kraujagyslių ir kitų plaučių ligų diagnostikos bei gydymo galimybės. Nemažą įdirbį šioje srityje sukaupto prof. Skaidriaus Miliausko, kaip eksperto, kompetenciją šiandien akivaizdžiai atspindi jo vadovaujamos Plautinės hipertenzijos centro veiklos, leidžiamų leidinių, gana populiarių tarp medikų, kokybė.

Labai svarbi pulmoonkologijos dalis – diagnostika. Tai itin aktualu, kai kalbame apie kvėpavimo funkcijos diagnostiką, obstrukcines plaučių ligas ir jų diferencinę diagnostiką. Jautrūs tebėra gydymo kompensavimo, skirtingų įkainių klausimai. Be abejo, diagnozuojant šias ligas labai svarbi gydytojo pulmonologo kompetencija ir patirtis. Džiaugiuosi, kad klinikoje dirbančiai

labai kvalifikuotų specialistų komandai vadovauja prof. Kęstutis Malakauskas. Ši komanda atitinka aukščiausius diagnostikos ir gydymo standartus.

Mūsų klinikos gydytojai dalyvauja ir tarptautinėse ekspertų grupėse ruošiant diagnostikos ir gydymo gaires. Ką tik prestižiniame mokslo žurnale buvo išspausdintos kosulio padidėjusio jautrumo sindromo ekspertų grupės rekomendacijos, kurias rengiant dalyvavau kartu su doc. Kristina Biekšiene.

Kiekviename sektoriuje pakanka veiklos. Kasdien tenka domėtis medicinos naujienomis (pavyzdžiui, naujomis diagnostikos ir gydymo metodikomis, naujais vaistais), galiausiai – ligų pažinimo galimybėmis, kompetencijos pritaikymu.

Šiandien iš tiesų daug kalbama apie integruotą ir profesinę pulmonologo kompetenciją, atitinkančią Europos pulmonologo specialybės sampratą. Kokias kompetencijas, lyginant su senosios Europos šalimis, įgyja Lietuvoje pulmonologijos ir alergologijos rezidentūrą baigęs specialistas? Kiek šiais metais jų parengta ir koks yra šalies poreikis?

Pirmiausia reikėtų pabrėžti, jog Europa šiuo požiūriu stengiasi būti vieninga. Bent jau pulmonologai žino, kad yra toks europinis egzaminas, kuris gali būti laikomas per kiekvieną konferenciją ar tarp jų. Mūsų universiteto pulmonologijos specialistų rengimo programa visiškai atitinka europinius reikalavimus, todėl galime džiaugtis, kad mūsų specialybės absolventai niekuo nenusileidžia europiečiams, o kai kuriais atvejais klinikoje dirbančių pulmonologų veikla yra daug platesnė, nei ją apibrėžia Europos standartai. Žinoma, yra gana siaurų sričių, kurios pulmonologui kasdienėje praktikoje nelabai reikalingos, pavyzdžiui, ultragarsinė endoskopinė diagnostika (ji tikrai nėra atliekama kiekvienoje ligoninėje), stentavimas ir t. t. Užsienio šalyse tokios procedūros dažniausiai atliekamos didesniuose centruose. Mūsų rezidentai su jomis supažindinami, bet netampa kasdienės praktikos ar kompetencijos dalimi.

Džiugu pripažinti, kad mūsų rezidentai vertina šią specialybę. Šiomet pulmonologiją pasirinko 4 nauji rezidentai. Visų jų studijų rodikliai yra aukšti, profesinis kryptingumas – stiprus. Manau, kad jie taps gerais specialistais.

Tenka apgailestauti, jog Lietuvoje vis dar yra medicinos įstaigų, kuriose specializuotas, juridiniais aktais apibrėžtas pulmonologo funkcijas atlieka, pavyzdžiui, alergologas, nes ligoninės vyriausiasis gydytojas mano, jog specialisto įdarbinti neverta. Mano nuomone, tokiems vadovams derėtų pagalvoti, kas bus tuo atveju, jei gydytojas pridarys žalos, už kurią teks atsakyti. Juk visada tokiais atvejais bus vertinama gydytojo kompetencija.

Gydytojų pulmonologų poreikis nemažėja. Nors šiuo metu dirba nemažai šios srities specialistų, reikia turėti galvoje, jog didžiulės grupės gydytojų amžius artimas pensiniam ar net jau perkopęs šią ribą. Todėl netolimoje ateityje juos turės pakeisti kompetentingi specialistai, o kompetencija ne taip lengvai ir greitai įgyjama. Todėl visą laiką būtina rengti rezervą. Juolab, kad vyksta natūralus specialistų „nubyrėjimas“ į užsienį. Aišku, smagu girdėti, kai kolegės sėkmingai darbuojasi Vokietijoje, Anglijoje ar kitose šalyse, tačiau mes juos praradome, ir tas tuščias darbo vietas turi užpildyti kiti.

Natūralu, jog pulmonologija tampa vis labiau invazinė, keičiančia iki šiol buvusio konservatyvaus gydymo specialybės sampratą. Kokią matote jos raidą ateityje? Ar bendrosios praktikos gydytoji šiandien pakanka kompetencijos tęsti tinkamą lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrą?

Iš esmės samprata keičiasi. Invazinė medicina yra esminis skiriamasis ženklas lyginant gydytojo specialisto ir šeimos gydytojo ar internisto kompetencijas. Gydytojo specialisto kompetencija neabejotinai yra aukštesnė, gilesnė. Biopsijos, sudėtingi diagnostiniai tyrimai, manipuliacinės procedūros ir kita bronchologinė pagalba yra per sudėtinga, kad tai galėtų atlikti šeimos gydytojas. Ir sudėtinga širdies echoskopija šiandien yra mūsų klinikos specialistų pulmonologų rankose. Jie, galima sakyti, dirba petys petin kartu su kardiologais, spręsdami pacientų, sergančių plautine hipertenzija, plaučių embolija, diagnostikos ir gydymo klausimus. Jeigu pulmonologas nori būti šiuolaikinis gydytojas, turi įgyti daug žinių.

Dažnai girdime kalbant, kad šeimos gydytojas turėtų spręsti ne tik asmens sveikatos priežiūros, bet ir šeimos sveikatingumo klausimus, aktyviai dalyvauti profilaktikos programose, neturėtų nusišalinti sprendžiant ir psichologines, socialines savo pacientų problemas. Deja, tenka pripažinti, kad pulmonologija nėra bendrosios praktikos gydytojo kompetencijos sritis. Todėl vargu ar labai siauros atskirų ligų sritys jam turėtų tapti prioritetinėmis. Pavyzdžiui, man sunku įsivaizduoti šeimos gydytoją, kuris vienodai gerai išmanytų pediatriją, akušeriją, mažąją chirurgiją, visas terapijos sritis ir t. t. Todėl iš jo neturėtų būti reikalaujama daugiau, nei priklauso pagal kompetenciją. Visiškai normalu, kad šeimos gydytojas išmano daugelį sričių, bet subtilūs specifiniai klausimai turi būti pateikti specialistams. Pavyzdžiui, tikrai specialistai pulmonologai gali atlikti diferencinę tokių ligų kaip LOPL, astma, diagnostiką, nustatyti gydymo prioritetus, numatyti prognozes, jau nekalbant apie ligos dinamikos įvertinimą ar sudėtingo gydymo keitimą ir kt. Manychiau, kad net ir labai gerai medicinos sritis išmanantis šeimos gydytojas neturėtų būti labai ryžtingas ir savimi pasitikintis.

Kaip pagal teikiamas sudėtingas paslaugas, pvz., recipientų paruošimą kompleksinei plaučių transplantacijai ir jų priežiūrą, Lietuvos pulmonologai vertinami, lyginant su aplinkinėmis šalimis?

Iš tiesų mes galime lygintis tikrai su Baltijos šalimis, Baltarusija. Prieš ketverius metus pradėję plaučių transplantacijas ilgai buvome vieninteliai Baltijos regione ir tik visai neseniai teko išgirsti, jog plaučių persodinimo operacijų atlikta ir Estijoje. Didžiausia problema ta, kad dažnas į recipientų sąrašą įrašytas pacientas tinkamo donoro sulaukia tada, kai šis jau nebegali išgelbėti gyvybės. Taip yra dėl to, kad plaučių transplantacija (pavyzdžiui, lyginant su širdies ar inkstų) labai sudėtinga dėl būtino ypatingo recipiento ir donoro suderinamumo. Būtent dėl šios priežasties labai dažnai recipientas nesulaukia donoro.

Esame atlikę keturias sėkmingas plaučių transplantacijas. Žinoma, šis skaičius galėtų būti didesnis, tačiau bėda ta, kad pacientai į transplantuojamųjų sąrašą patenka tik esant tam tikroms indikacijoms, t. y. pasiekę tokią sveikatos būklę, kai alternatyvos nelieta. Deja, laukiant donoro, šių ligonių būklė smarkiai pablogėja ir neretai pasiekia tokią stadiją, kai nebelieka vidinių išteklių išgyventi po-transplantaciniu laikotarpiu. Ir žmonės miršta nepaisant, kad plaučiai buvo persodinti sėkmingai. Tokiais atvejais nuviliami mūsų kolegos chirurgai, nors situacijos mes, pulmonologai, pakeisti negalime. Dėl to ieškome galimybių, kad pacientui plaučiai būtų persodinti kuo anksčiau, kol jis dar turi vidinių sveikatos išteklių priimti naują organą. Tai rimtas uždavinys.

Plaučių vėžys, lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL), iš dalies ir astma vis dar didžiausią mirštamumą ir mirtingumą lemiančios patologijos. Kodėl taikomos profilaktikos priemonės nekoordinuojamos ir turbūt ne visada efektyvios? Pavyzdžiui, kada draudimas rūkyti ligoninių teritorijose bus įgyvendintas realiai?

Nerūkymas ligoninėje nėra profilaktikos priemonė, nes į ligoninę lengvomis ligomis sergantys pacientai praktiškai nepatenka. Paprastai ligoniai jau būna patyrę tokią rūkymo žalą, kad kelio atgal beveik nebėra. Vis dėlto noriu pabrėžti, jog didžiausia ligoninėje rūkančio paciento blogybė – netinkamas pavyzdys kitiems rūkaliams ir nerūkantiems ligoniams. Jau vien dėl to tai netoleruotina. Savo pacientus kontroliuojame, jie supažindinami su ligoninės tvarka, žino, kad nesilaikantys reikalavimų bus išrašyti. Kita vertus, turbūt nebūtų teisinga atimti iš ligonių galimybę gydytis. Taigi draudimas rūkyti – ne profilaktikos priemonė, o labiau pilietinė pozicija.

Naujuosius mokslo metus LSMU MA Pulmonologijos ir imunologijos klinika pradėjo dviem sėkmingai apgintomis daktaro disertacijomis. Kokie pastarojo meto moksliniai pasiekimai labiausiai džiugina? Kur jaučiamos spragos?

Visų pirma nėra viena pasaulio klinika negali plėtoti mokslo visomis savo veiklos kryptimis. Kiekviena klinika yra pasirinkusi prioritėtines viena dvi sritis, labai retai daugiau. Tai priklauso nuo finansavimo, nuo personalo, nuo įdirbio. Bent viena gerai išvystyta sritis, tarptautinės publikacijos yra normalus pulmonologijos ar kurios kitos klinikos pasiekimas. Mūsų klinikoje tokių prioritėtinių mokslinių kryptių yra keletas.

Mūsų moksliniai projektai vykdomi daugiausia remiantis klinikos įdirbiu. Tokį modelį naudojame svarbiausiose mokslo srityse, skirtose lėtinėms uždegimo ligoms: astmai, LOPL ir kt. Ir jis sėkmingai įgyvendinamas apgintomis disertacijomis (LOPL, miego apnėjos, plaučių vėžio temomis). Šiuo metu darbai yra plečiami LOPL ir onkologijos kryptimis, kurioms mūsų klinika skiria daugiausia dėmesio. Džiugina darbo rezultatai – publikacijos, disertacijos.

Kokią matote Lietuvos pulmonologų ateities veiklos viziją? Į kokios patologijos valdymą turėtų būti sutelktas visos pulmonologų bendruomenės dėmesys?

Manau, kad pagrindinis mūsų uždavinys – toliau stiprinti specialybės kompetenciją. Būtent diegti šios specialybės ateities standartus. Labai norėtusi, kad pulmonologų kompetencija išliktų tokia, kokia yra dabar. Jie yra aktyvūs, smalsūs, dalyvauja ne tik Lietuvos konferencijose, bet ir tarptautiniuose renginiuose, aktyviai dirba sekcijose, skaito pranešimus, domisi naujausia literatūra. Bet kokia pasklidusi naujiena tuoj pat tampa žinoma ir mūsų specialistams. Man belieka džiaugtis pulmonologų aktyvumu. Žinoma, negalima sakyti, jog absoliuti dauguma pulmonologų yra būtent tokie, tačiau didžioji dalis kolegų – tikrai domisi naujienomis ir yra kvalifikuoti.

Tačiau mums reikia galvoti apie ateities pulmonologijos kryptis. Jei nieko nedarysime, nebūsime aktyvūs – visada seksime kolegoms iš paskos. Ir nors kartais kai kurie specialistai, šeimos gydytojai, internistai kritiškai ir jautriai reaguoja į gretimų, susijusių specialybių kompetencijų ribas, jos visada išliks arba persipins. Mes tų ribų niekad neperžengsim. Yra daugybė darbo, kurį reikia nudirbti laiku, gerai ir kokybiškai. Ir tai bus naudinga visiems.

Kalbėjosi R. Pečeliūnienė