

Z ogromną przyjemnością zamieszczamy fragment drugiej już części *Wspomnień onkologa*, napisanych przez prof. Marka Pawlickiego. Ten doskonały specjalista i bystry obserwator życia daje świadectwo temu, jak bardzo wzbogacają lekarza mądre i ciepłe relacje z pacjentami. W dobie coraz bardziej odhumanizowanej medycyny książka ta stanowi cenną refleksję nad kondycją współczesnej praktyki onkologicznej.



Ze wspomnień onkologa

Najczęściej nasza uboga wiedza o pacjencie wynika, niestety, z braku czasu i chęci poznania go bliżej. Nie mamy czasu na to, żeby dobrać do jego osobistych przeżyć, które, *de facto*, często są bardziej tragiczne, a odczucia chorego stwarzają większy dyskomfort życia niż ból, kalectwo czy utrata pozycji zawodowej. Jednak wszystko to składa się na jakieś fragmenty tego cierpienia, które chyba w większej mierze zależy od poczucia beznadziejności i nieuchronnego końca — czasami kresu, który w wyobrażeniu chorego jest połączony z bólem, męką i upokorzeniem. Końca, który, *de facto*, czeka każdego z nas, z tym że w przypadku choroby nowotworowej słowa-wyrok: „Nic więcej nie możemy zrobić” brzmią znacznie bardziej złowrogo dla takiego pacjenta niż w przypadku astmy, choroby serca czy choroby żołądka lub nawet schorzeń neurologicznych.

Groza tego powiedzenia wynika z tradycji, a czasami ze zwykłych obserwacji i wiedzy chorego. Jest to myślenie pacjenta o każdym zbliżającym się dniu — o tym, że prawdopodobnie będzie gorszy od poprzedniego, że trzeba go jakoś przeżyć — zachodzi ciągła rozbieżność między tym, czy chce żyć dłużej (jak najdłużej), a brakiem sił na życie w ciągłym oczekiwaniu na śmierć. Na pewno jest to uproszczenie; gdybyśmy potrafili indywidualnie dotrzeć do wszystkich kłopotów chorego, to zobaczylibyśmy, że ten skrót myślowy może się okazać stosunkowo prymitywny, a za lękiem czy depresją chorego kryje się mnóstwo innych spraw, wcale niezwiązanych z tym ogólnie przyjętym wzorcem.

Istnieją bowiem fakty czy wydarzenia w życiu pacjenta, które są dla niego bardziej przerażające i istotniej kształtują jego postawę psychiczną, niż byśmy to sobie wyobrazili (...).

Kontynuując ten wątek spraw, które gdzieś nam umykają, problemów życia osobistego, osobistych dramatów czy kwestii wpływających na przebieg leczenia, o których w ogóle nie wiemy, chciałem krótko przedstawić historię, o której myślałem, że na zawsze pozostanie tajemnicą między mną a pacjentem. W tej chwili sprawa się wyjaśniła, a ja uzyskałem imienną zgodę na przedstawienie tylko nieznacznie zmienionych

realiów tej historii. Dotyczy ona Andrzeja Aradyńskiego, który zgłosił się do lekarza pierwszego kontaktu w jednym z miast naszego regionu z powodu bólów brzucha o niewyjaśnionym charakterze, często mających charakter napadowy, sugerujących ewentualnie kamicę żółciową czy prawej nerki. Po wykonaniu badania USG lekarz stwierdził, że w jamie brzusznej znajduje się duży guz, prawdopodobnie wychodzący z którejś z nerek, i skierował chorego do lekarza onkologa w terenie, a ten — do miejscowego chirurga, który powiedział, że, owszem, widzi możliwość operacji, ale prawdopodobnie trzeba się liczyć z koniecznością usunięcia obu nerek, bo guz naciska pień naczyniowy jak gdyby obustronnie i że wówczas trzeba mieć zapewnioną możliwość stałej dializy, ewentualnie przeszczepienia nerki.

W normalnym dniu przyjęć zgłosił się pacjent, z zawodu architekt, który przedstawił się jako właściciel spółki deweloperskiej, budującej w całym regionie kilka ciekawych obiektów, obecnie zajmującej się przygotowaniem terenów pod przyszłą autostradę. Bardzo zajęty swoją pracą, mówił z ogromnym zaangażowaniem o tym, co ma się zdarzyć i jakie czekają go zadania. Widać było, że — w moim pojęciu — nie zdaje sobie sprawy z powagi sytuacji. Krótkie badania potwierdziły całkowicie rozpoznanie wstępne — mieliśmy do czynienia prawdopodobnie z rakiem nerki, z przejściem na lewą nerkę. Chory w pewnym momencie, gdy wyjawiałem w tej sytuacji całą konieczną prawdę, ze szczegółami i możliwościami, na moment się zawahał i powiedział: *No, Panie Doktorze, to znaczy, że nie żadnego innego wyjścia*. Odpowiedziałem mu, że są inne możliwości, na przykład podjęcie eksperymentalnego leczenia po weryfikacji informacji, że jest to rzeczywiście guz nerki, doświadczalnej terapii nowymi preparatami stosowanymi w leczeniu raka nerki; być może ktoś zastosowałby jakieś paliatywne napromienianie, ale nie wydawało mi się ono celowe. Mimo wszystko jednak uważałem, że konieczne jest otwarcie jamy brzusznej i zweryfikowanie dotychczasowej diagnozy, bo być może sytuacja wcale nie jest taka ciężka, na jaką wygląda. Po dłuższym namyśle pacjent się zgodził i w jednym



z ośrodków naszego rejonu przeprowadzono usunięcie prawej nerki, z nieradykalnym usunięciem węzłów chłonnych z okolic nerki lewej, której szanse na prawidłowe funkcjonowanie były małe, a radykalność zabiegu — wątpliwa. Zmiana nie miała charakteru rozsiewu, ale miejscowego naciekania przez ciągłość, co ewentualnie mogło rokować jakąś nadzieję na to, że usunięcie drugiej nerki byłoby zabiegiem leczącym. Przeszczepienia nerki u chorych z nowotworami na świecie są wykonywane dosyć niechętnie, tym bardziej że nie wiadomo, czy w późniejszym okresie nie dojdzie do rozsiewu i cała procedura nie okaże się tak naprawdę nadaremna.

Niespodziewanie zgłosił się mój pacjent, po mniej więcej niecałych trzech tygodniach od zabiegu, mówiąc: *Panie Doktorze, sytuacja jest taka, że czeka mnie ewentualny drugi zabieg i prawdopodobnie przeszczepienie nerki. Moja żona, która zrobiła już jakieś wstępne testy, chciałaby być dawczynią tejże nerki. Jest znacznie młodszą ode mnie, no i mam bardzo poważny dylemat, a przede wszystkim pytanie do Pana: jaka jest szansa powodzenia, że ten przeszczep się uda i nie będzie wznowy procesu nowotworowego?* Rzeczywiście, zmiana po operacji wskazywała jedynie na brak radykalności mikroskopowej, nie makroskopowej, jednak ten nowotwór naciekał wnękę nerki lewej i bez jej usunięcia praktycznie nie mogło być mowy o żadnym zabiegu.

Również radiolodzy nie kwapili się do napromieniania, a chemioterapia miałaby charakter wyłącznie eksperymentalny. Dlatego operacja z przeszczepieniem była, w moim pojęciu, najlepszym rozwiązaniem. Jaką szansę stwarzało to przeszczepienie? Trudno było to określić. W każdym razie, na tyle dużą, że uważałbym, iż należy je wykonać, zwłaszcza ze względu na histologiczny charakter utkania, który nie cechował się wysoką złośliwością i tendencją do dawania przerzutów odległych.

Chory w pewnym momencie popatrzył jeszcze na zegarek, jak gdyby się śpieszył. Później, spoglądając na zegarek, zatrzymał na nim wzrok znacznie dłużej niż należałoby, na moment zamarł bez ruchu, popatrzył na mnie i powiedział: *Panie Doktorze, no cóż, muszę to wszystko przemyśleć. Dziękuję za szczerą rozmowę, być może się już nie zobaczymy, jednak — niezależnie od wszystkiego — będę bardzo mile Pana wspominał.* I znowu jakiś taki mały dzwonek, że jeszcze coś innego jest grane poza tym, o czym my tutaj rozmawiamy. Nie omieszkałem więc spytać o to mojego rozmówcy. *Panie inżynierze, niech mi Pan powie, co jeszcze Pana gnębi. Jest jakiś moment, który na pewno Pana skłania do tego, że się Pan zastanawia.* On przez całą rozmowę — mimo mojej zachęty — siedział w fotelu, w półmarnarce, skórzanej półkurtce; nagle wstał, zdjął ją, rozpiął sobie kołnierzyk i powiedział: *To, co teraz Panu powiem, nie będzie łatwe, ale sprawa przedstawia się tak: ja po prostu nie wiem, czy mam prawo żądać takiej ofiary od innej osoby i unikać jakiegokolwiek cierpienia czy kary za to, co zrobiłem, mając 19 lat. Może nie po pijanemu, ale w każdym razie pod wpływem alkoholu potrafiłem rozerzysnąć na jednej z szos naszego województwa. Nie zatrzymałem się, ale pojechałem dalej. Jak się później dowiedziałem, rowerzysta zmarł. To jest taka moja tajemnica życiowa, nigdy się nikomu do tego nie przyznałem. Znalazłem rodzinę tego pana — był*

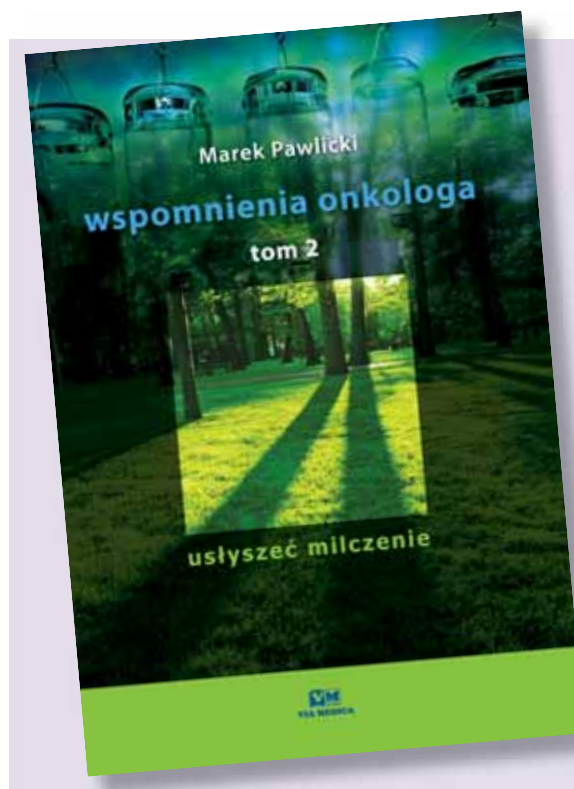
to emerytowany górnik i zostawił żonę emerytkę, której do czasu jej śmierci przysyłałem jakieś drobne sumy pieniędzy, żeby nie budzić też zbyt dużej sensacji. Teraz, gdy zachorowałem na raka, to wszystko wydało mi się jakąś karą, którą trzeba odcierpieć za śmierć tamtego niewinnego człowieka, za pijaństwo. To wszystko, co Panu teraz mówię, jest naszą tajemnicą, choć nie jestem pewien, czy kiedyś się do tego nie przyznam. Wiem, że nikogo innego nie posądzono o ten wypadek i o tę śmierć. Mimo 20 lat, jakie wtedy miałem, śledziłem dokładnie tę sprawę, zdecydowany się przyznać, w razie konieczności, żeby ktoś inny nie był niesłusznie podejrzany.

Nie jestem moralistą, ale człowiekiem, który reprezentuje interesy chorych, i w tym wypadku, tak jak adwokat powiedziałby do swojego klienta, ja muszę reprezentować interesy swojego pacjenta, cokolwiek by zrobił. Wielokrotnie zaistniała taka sytuacja, że — nawet wbrew interesom innych ludzi — wszystko to, co usłyszałem, wszystko, co robiłem, zawsze przekładałem na dobro chorego, chyba że chodziło o jakiś niejasny interes, kłamliwe machinacje polegające na wydziedziczeniu dzieci czy rodziny.

Wtedy się starałem, zresztą często z pozytywnym skutkiem, na to wpływać. W tym wypadku sprawa była dla mnie oczywista. Powiedziałem mu wtedy wiele rzeczy bardzo, bardzo osobistych — tej rozmowy nie przytoczę, bo była dla nas obu zbyt intymna. W każdym razie, przekonałem chorego, by zgodził się na ten zabieg. Operacja została wykonana, przeszczepienie się udało, obydwójce wyjechali gdzieś na jakąś podróz wokół Europy — taki mały triumf. Wiem, że ten porządny, pozornie turystyczny objazd był związany głównie z wizytą w Fatimie. Po powrocie sprawa wróciła do mnie o tyle, że pacjent zgłosił sprawę do swojego adwokata z prośbą o zbadanie, czy istnieją jeszcze inni poszkodowani, ewentualnie potrzebujący jakiejś pomocy członkowie rodziny, i rozpatrywał sprawę możliwego przyznania się do wypadku, choć ten czyn prawdopodobnie uległ przedawnieniu.

Kilka dni temu miałem od niego entuzjastyczny telefon; w czasie naszej rozmowy powiedział mi: *Panie Doktorze, jest Pan w tej chwili najbliższym mi człowiekiem. Chciałem Panu powiedzieć, że rzucam się z tą nową nerką do pracy, będziemy mieli w momencie przyznania nam organizacji Mistrzostw Europy w 2012 roku mnóstwo roboty, bo to przecież jest moja działka i moje przedsiębiorstwo. Będzie w tym brało udział mnóstwo ludzi, nie śmiem sobie nawet wyobrazić Polski za pięć lat, jak ten kraj się zmieni, a mi się może nawet uda w tym uczestniczyć.* Znowu taki jakiś moment namysłu chorego, na pozór błahy; zatrzymał wzrok na swoim zegarku i patrzył na tarczę; prawdopodobnie jego losy mogłyby się potoczyć inaczej, gdyby nie całkowity przypadek. Po prostu się śpieszyłem i chciałem się go jak najszybciej pozbyć, patrzyłem na jego ruchy z rosnącą niecierpliwością i nie chodziło o jakąś głęboką analizę psychologiczną, tylko po prostu przypadkowo spytałem się, czego chce, zastanawiając się, dlaczego tak uparcie wpatruje się w tę tarczę zegara. Z tego wyszedł później cały szereg spraw, które się potoczyły już swoim biegiem...

Inżynier miał dobrze udokumentowany pomysł zorganizowania poradni socjalnych dla osób, które przeżyły chorobę nowotworową, a z powodu przedłużającego się leczenia straciły pracę albo same z niej zrezygnowały po terapii. Teraz z różnych przyczyn chciałyby wrócić do pracy, ewentualnie w wersji zgodnej z ich aktualnymi możliwościami. Przyczyną takiej decyzji są również względy finansowe. Mój znajomy chciałby, aby przyuczać ich do nowego zawodu zarówno pod opieką psychologów, fizykoterapeutów, jak i również fachowych lekarzy. Częściowo, jak twierdzi, mógłby ich zatrudnić w swoich ciągle rozwijających się przedsiębiorstwach. Byli chorzy mogliby dostawać kredyt na ten cel i spłaciliby go po podjęciu pracy. Ewentualnie można by uzyskać pomoc państwa, ale na to nie liczy i sam chciałby się zaangażować w przedsięwzięcie. Jeżeli pomysł nie spełznie na etapie przygotowań, opiszę go w III tomie wspomnień. ■



Marek Pawlicki
Wspomnienia onkologa.
Tom 2 — Usłyszeć milczenie

Wydawca:



VIA MEDICA

„Via Medica sp. z o.o.” sp.k.
ul. Świętokrzyska 73, 80–180 Gdańsk
tel. (58) 320 94 94
faks (58) 320 94 60

www.viamedica.pl

Gdańsk 2010

Wydanie I

ISBN 978-83-7555-229-4

