

## Saruna ar

# Rīgas Austrumu Klīniskās universitātes slimnīcas Krūts ķirurģijas nodaļas vadītāju asoc.prof.

## Jāni Eglīti

**2015.gads tika pasludināts par Onkoloģiskās modrības gadu, kad pēc būtības būtu vajadzējis, ja ne atrisināt, tad pievērst uzmanību jautājumiem, kas skar vēža agrīnu un kvalitatīvu diagnostiku, kā arī pēc iespējas kvalitatīvu ārstēšanu.**

**Diemžēl saslimstība ar onkoloģiskām slimībām pieaug. Mūsu uzdevums- atklāt ļaundabīgo audzēju pēc iespējas agrīni, lai to varētu ārstēt.**

**Tāpēc viens no svarīgākajiem jautājumiem, kurš kļuvis aktuāls- tā dēvētais “zaļais koridors”, kuram vajadzētu ļaut bez kavēšanās veikt visus nepieciešamos izmeklējumus, ja ir kaut mazākās aizdomas par onkoloģisku slimību.**

### **Kā un vai darbojas “zaļais koridors”?**

Tas, kas šogad darīts, ir mēģināts sakārtot pieejamību jeb “zaļo koridoru” tiem cilvēkiem, kuri piedalās valsts organizētajās agrīnās vēža diagnostikas programmās (skrīningā)- krūts vēža un dzemdes kakla vēža, kā arī resnās un taisnās zarnas vēža skrīninga programmās. Ja mēs skatāmies krūts patoloģijas celiņū, tad sievietes, kuras ir saņēmušas mammogrāfisko atbildi R3, R4, R5, kurām nepieciešama tālākā diagnostika, var saņemt ultraskaņu vai biopsiju ārpus kvotu finansējuma. Ja mēs zinām, ka krūts skrīninga atsaucība ir ap 40%, no skrīninga gadā mums ir aptuveni 200 krūts vēža gadījumi, tad “zaļo koridoru” varētu izmantot droši vien kādas 2000 vai 3000 sievietes, kurām ir atbildes, ka nepieciešams veikt precizējošus izmeklējumus. Taču gadā ar krūts vēzi saslimst 1100-1200 sievietes, kā šis “koridors” darbojas pārējām potenciālajām pacientēm nav īsti skaidrs. Protams, ka jautājums, cik tas ir efektīvs resnās un taisnās zarnas vēža gadījumā, kur arī darbojas skrīninga programma, kurā piedalās 10% iedzīvotāju, respektīvi, ja slēpto asiņu tests ir pozitīvs, tas skaits, kam tiek veikta ārpuskvotu endoskopiskā izmeklēšana ir pavisam neliels, ja ņemam vērā, ka katru gadu resnās un taisnās zarnas vēzi valstī saslimst ap 1200 pacientu, līdz ar to “zaļais koridors” šīs lokalizācijas pacientiem praktiski nedarbojas. Lai “zaļo koridoru” vispār varētu atrisināt, tad ir jādomā par tiem izmeklējumiem, kurus valsts var nodrošināt. Tomēr gribu teikt, ka “zaļo koridoru” vajadzētu paplašināt un attiecināt uz ikvienu pacientu, kuram ir aizdomas par onkoloģisku patoloģiju, lai viņš tiktu bez kavēšanās izmeklēts, apstiprinot vai noraidot diagnozi.

### **Šogad ļoti agri aktualizējies kvotu jautājums. Tas ir- beigusies nauda, kas atvēlēta izmeklējumiem?**

Austrumu slimnīcai tajā skaitā Onkoloģijas centra ambulatorajā daļā kvotas šim gadam ambulatorajai palīdzībai praktiski ir iztērētas. Tas nozīmē, ka novembrī un decembrī mēs varēsim pieņemt ļoti ierobežotu skaitu pirmreizēju pacientu, kuriem ir aizdomas par onkoloģiju. Tur pat nav runa par izmeklējumiem. Mēs varēsim pieņemt katrs četrus ik dienas un savukārt tie, kas atmaks par maksu, kuriem būs pamatotas aizdomas, tad viņi ir vai nu mākslīgi jāpāraksta uz valsts pieņemšanu pēc kāda laika vai nu viņi iet visu izmeklēšanu par maksu, kas arī nav normāli. Krūts dziedzeru patoloģijas jomā “zaļais koridors” mums beidzās līdz ar oktobra beigām, jo beidzās arī valsts kvotas. Vēl ir arī jautājums par to, cik kvalitatīvi tiek veikti izmeklējumi, jo tajā pašā mammogrāfijas skrīningā mums

samērā bieža ir atbilde R3, R4, kur, manuprāt, arī daļa ārstu piesedz sevi, lai viņi nekļūdītos, lai viņi nebūtu kaut ko palaiduši garām. Varbūt, ka atbilde tur būtu R1 vai R2, kas ir absolūti normāli un kur nevajag papildus izmeklējumus, bet, lai sevi nodrošinātu, ka nekas nav palaists garām tiek ielikts R3 un tas nozīmē, ka vajag papildus izmeklējumu. Šis procents mums arī ir ļoti augsts un varbūt tiešām koncentrējot to pašu mammogrāfijas skrīningu mazāk iestāžu lokā nekā tas ir pašreiz, kas ir tuvu 30 iestādēm, tad līdz ar to varētu arī vairāk kontrolēt to, cik kvalitatīvi tas tiek veikts.

Ja mēs skatāmies uz krūts vēža pacientiem Latvijā, tad 80% atnāk pašas sataustījušas krūtī veidojumu. Varbūt tikai daļa ir bijusi uz skrīningu. Līdz šim mēs varējām viņas prioritārā kārtā vismaz Onkoloģijas centrā pierakstīt pie ķirurgiem, kas nodarbojas ar krūts patoloģiju un katrs pieņēma pa sešām-astoņām pirmreizējām pacientēm dienā. Tomēr ambulatorās kvotas pārstrādes dēļ kvotas apjoms tiek samazināts un tas jau būs apgrūtinājums tām pacientēm, kas ir kaut ko sataustījušas, bet uz viņām neattiecas “zaļais koridors.”

### **Ja sieviete satausta bumbuli krūtī, viņai no sākuma jāiet pie ģimenes ārsta...**

Lai viņa būtu valsts aprūpē, būtu vajadzīgs ģimenes ārsta nosūtījums. Atsevišķos gadījumos var nosūtīt arī onkologs, var nosūtīt arī ginekologs, ja ginekologs ir sataustījis veidojumu. Tomēr, lai būtu tālākajā aprītē, tad viņai ir vajadzīgs ģimenes ārsta nosūtījums. Ja paciente jau ir bijusi pie onkologa ārpus mūsu centra vai pie ginekologa un ja ir pamatotas aizdomas, tad ģimenes ārsti parasti nekad neiebilst, viņi dod operatīvi nosūtījumu un tad viņa var nākt uz tālāko izmeklēšanu. Vēl viena skrīninga programma ir dzemdes kakla vēzim. Ja mums gadā ir 300 saslimšanas gadījumi, tad no skrīninga programmas mums nāk kādi 20 vai 30, ne vairāk. Dzemdes kakla vēža gadījumā bieži vien ir priekšvēža situācijas, tad šīm sievietēm skrīnings patiešām palīdz, jo viņas var veikt profilaktiskas manipulācijas, lai šī slimība vispār neattīstītos. Tur “zaļais koridors” iespējams, ka darbojas, bet tas skaits, kas to izmanto, reālā situācijā droši vien ir ļoti mazs.

### **Ko darīt cilvēkam, kuram ir aizdomas par onkoloģisku slimību, kam nav skrīninga?**

Tur droši vien ir sūdzību komplekss, plus ir jābūt kādam no izmeklējumiem. Piemēram, plaušu vēža gadījumā visvienkāršākais būtu plaušu rentgens, uz kuru nav problēmas ar nokļūšanu. Protams tur ir vajadzīga precīzāka diagnostika, ir vajadzīga kompjūtertomoģrafija, kas varētu būt problēma gan šeit, gan arī citur laukos. *Viņiem nav skrīninga programma, viņiem nav “zaļais koridors,” līdz ar to viņi gaida rindā vai maksā par medicīnas pakalpojumiem.*

### **Kāpēc veidojas rindas uz izmeklējumiem?**

Es domāju, pirmkārt, tas ir nepietiekamais izmeklējumu skaits, jo viņi ir kopējā katlā, viņi nav izdalīti atsevišķām nozarēm vai problēmām. Ja tā ir liela slimnīca, kur ir daudz akūtie pacienti, kuriem tas ir vajadzīgs uzreiz ievēdot ar ātro palīdzību, tad šīs kvotas nav būtiski palielinājušās gadu gaitā. Līdz ar to gada beigās rodas situācija, ka viņas pietrūkst. *Bet, lai runātu par “zaļo koridoru” acīmredzot tad jābūt atsevišķi iezīmētam finansu plūsmas rādītājam, kas ir domāts onkoloģiskajiem pacientiem.*

### **Kā darbojas 10 dienu princips?**

Ja pacientam ir pirmreizējās aizdomas par onkoloģisku lietu, viņam piezvanot uz mūsu reģistratūru vajadzētu nodrošināt 10 dienu laikā pieņemšanu pie speciālista. Krūts vēža gadījumā es domāju, ka tas bija izdarāms absolūti normāli līdz oktobra beigām, novembrī domāju, ka nē. Šobrīd Onkoloģiskajā centrā speciālisti pieņem divus-trīs pirmreizējos pacientus dienā. Respektīvi, tā ir tikai vizīte, bet vizītē jau ļoti daudz ko nevar izmeklēt. Diagnozi var noteikt tā dēvētajām vizuālām lokalizācijām, kā mutes dobums, āda vai

krūts vēzis. Bet vienalga ir nepieciešama papildus izmeklēšana, lai to pierādītu. Tur arī īsti koridors nedarbojas, līdz ar to pacientiem jāskatās, kā viņi tiek uz tālākiem izmeklējumiem jau iekšējo rindu kārtībā, kādas tās ir slimnīcā.

### **Ko darīt tiem cilvēkiem, kuriem šobrīd rodas aizdomas par vēzi un ja kvotas ir beigušās?**

**Katram ārstam ir divas līdz četras vietas pirmreizējiem pacientiem no novembra vidus.** Nu, tad ir jāgaida rindā. Tas droši vien visticamāk būs nākamais gads vai arī jāsamaksā maksas pieņemšana, kas arī negarantē tālāko izmeklēšanu, jo līdz ko pacients ir parādījies kā maksas pacients ambulatorajā aprūpē, arī tālākie izmeklējumi notiek par maksu. Ja plaušu rentgenam un mammogrāfijai tas ir samaksājams, kas ir ap 30 eiro, tad kompjūtertommogrāfijas ar kontrastvielām jau ir virs 100 eiro. To daudzi nevarēs atļauties.

Bieži gadās, ka ģimenes ārsts vai cits speciālists nosūta pacientu uz izmeklējumiem, kas būtībā ir pārāk sarežģīti un nevajadzīgi, lai apstiprinātu pirmās aizdomas par vēzi. Loģiski domājot, no sākuma ir vienkāršākie izmeklējumi, kas būtu jāveic, tas pats plaušu rentgens, sonoskopija vēdera dobumam. Savukārt, ja šajos izmeklējumos parādās reālas aizdomas, manuprāt, šie pacienti būtu sūtāmi uz lielajiem centriem valstī, kas ir 4: Onkoloģijas Centrs, RAKUS sastāvā, Stradiņi, Daugavpils un Liepāja, kur veic tālāko diagnostiku, vai nu pierādot, vai noņemot diagnozi nost. Iespējams, ka kompjūtertommogrāfiju var veikt kaut kur pēc dzīvesvietas un viņa ir pietiekami informatīva un noderīga tālāk. Ja pacientus koncentrē šajās 4 vietās, tas, protams, prasīs papildu kvotu un finansējumu šīm 4 slimnīcām. Tomēr līdzšinējo kvotu ietvaros, bez papildus līdzekļiem nav iespējams nodrošināt izmeklējumus visiem, kam tie nepieciešami.

### **Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas vadītājs Pauls Princis teicis, ka kvotu sistēma ir pretrunā ar agrīnās diagnostikas ideju, kur galvenais pēc iespējas agrīno noteikt audzēju, bet tajā pašā laikā, ka nav ieteicams sūtīt uz dažādiem izmeklējumiem?**

Te ir pretrunas. Ģimenes ārstiem tika solītas prēmijas par agrīni diagnosticētiem vēžiem. Protams, ka uzklauset sevišķi gados vecu cilvēku sūdzības, kuras itin bieži ir saistībā ar svara zudumu, ar apēfites trūkumu un visu pārējo, pirmais ģimenes ārstam prātā būs izslēgt onkoloģiju. Lai to izslēgtu, ir jātaisa gastrokopija, kolonoskopija, varbūt arī ultraskaņa un iespējams, ka daudzos gadījumos tas tiek izdarīts nelietderīgi. Te ir apburtais lokš. Nav vienas universālas receptes par to, kā rīkoties. Bieži vien laika trūkuma dēļ nav pietiekami ilgas sarunas starp ārstu un pacientu, lai uzzinātu visas niansas.

### **Viena no problēmām, ar kurām saskaras cilvēki, kas slimojuši ar onkoloģiju- bailes, ka slimība var atgriezties?**

Jebkura onkoloģiskā slimība var atkārtoties un var progresēt. *Te ir jautājums, par ko vispār nav runāts, ka arī šiem pacientiem vajadzētu prioritāru piekļuvi, lai apstiprinātu slimības progresiju, jo diezgan daudzos gadījumos mēs varam palīdzēt.* Piemēram, atkārtotas operācijas gadījumā vai staru terapijas, ķīmijterapijas gadījumā vai kādas citas medikamentozas ārstēšanas gadījumā, bet te ir būtiski, cik ātri to var izdarīt. Reālā situācija diemžēl ir tāda, ka pacienti, kas parādās kā otrreizējie pacienti, viņi nav pirmreizējie pacienti, līdz ar to viņi ir otrreizējo pacientu rindā un tur jau citi standarti šiem izmeklējumiem. Otrreizējam pacientam, lai veiktu kompjūtertommogrāfiju, piemēram, manuprāt, jau no gada sākuma ir tie trīs mēneši jāgaida rindā. *Te arī vajadzētu "zaļo koridoru," ja tiešām ir izmainīti audzēja marķieri, pašsajūta pasliktinājusies vai ir kaut kas redzams, lai varētu izlemt vai var palīdzēt un kā labāk palīdzēt.*

### **Ko pats cilvēks var darīt, lai izvairītos no slimības, vai maksimāli agrīni to atklātu?**

Dzīvot veselīgu dzīvesveidu un nenaslimt, bet tā arī nav garanti-

ja. Es domāju, ka pašam ... vajadzētu sevī skrupulozi ieklausīties, bet arī nenonākt otrā galējībā, kad pie jebkuras sāpes vai izmaiņām uzreiz tiek meklēta vēža diagnoze. Ja pašsajūta ir laba un nav nekādas sūdzības un ģimenē nav bijuši agrīni saslimšanas gadījumi, tad tiek piedāvāti valsts skrīningprogrammu izmeklējumi. Tāpat jebkurai indivīdam var rekomendēt reizi gadā veikt vispārēju veselības pārbaudi, kā piemēram, ultraskaņa vēdera dobumam reizi gadā, sievietēm ultraskaņa mazajam iegurnim, vīriešiem prostatas specifiskais antigēns, tāpat plaušu rentgens, ja ir smēķētājs. Jebkurai mums ir jāapzinās, ka veselība - tā ir pamatvērtība un pārējais viss ir sekundāri.

### **Kādas ir jaunākās tendences vēža ārstēšanā Latvijā?**

Pamata ārstēšana ir ķirurģiskā ārstēšana, kur tiek veiktas arvien plašākas un sarežģītākas operācijas. Audzēju gadījumos, kas tiek atklāti agrīni, operācijas ir ļoti saudzējošas - minimāli invazīvas. Ja krūts vēzi atklāj agrīnā stadijā, tad krūts nav jānoņem, var veikt krūts dziedzera saglabājošu operāciju. Tas varētu būt viens no stimuliem, lai sievietes nebaidītos un ietu vairāk pārbaudīties, un diagnosticētu slimību savlaicīgi. Iespēju robežās parādās arī medikamenti, bet dinamika ir ļoti lēna. Mēs atpaukam no kaimiņvalstīm, par Eiropas attīstītājām valstīm vispār nerunājot. Ir daudzi audzēji, kuriem var konstatēt specifiskus parametrus un lietot specifiskas zāles, kas dod labus rezultātus, bet jautājums, cik tas maksā un vai valsts to var atļauties. To, ko redz pasaulē, arvien lielāks uzsvars tiek likts organisma imūnai sistēmai, kā to aktivēt un kā tai palīdzēt darboties tajā brīdī, kad saņem ķīmijterapiju. Kad šie sasniegumi tiks līdz mums, to grūti spriest. Ir parādījušies virkne jaunu medikamentu pat bezcerīgu audzēju ārstēšanai, bet arī šeit izmaksas ir tās, kas ierobežo pielietojumu ne tikai pie mums, bet es domāju, ka arī bagātājās rietumu valstīs.

### **Vai vienmēr sataustīts veidojums krūtī nozīmē vēzi?**

*Lai iedrošinātu, tad sievietēm līdz 40 gadu vecumam, ja ir veidojums krūtī, 90-95% gadījumos tas ir labdabīgs.* Savukārt, vecuma grupā 40-50 tur iespējamība, ka varētu būt kaut kas cits pastāv. Tādēļ nevajadzētu ielikt galvu smiltīs un neliekties ne zinīs. Ja sievietes nāk uz pirmo pieņemšanu pie onkologa, būtu vēlams, lai būtu vismaz viens izmeklējums - sonoskopija vai mammogrāfija, jo bez jebkāda izmeklējuma, kad atnāk kā balta lapa, tad tas ir sarežģītāk. Tas prasa abus izmeklējumus un tas ir laiks. Ir atsevišķi gadījumi, kad diagnoze ir ar aci redzama, viņu vajag tikai pierādīt un turpināt ārstēšanu. Savukārt kundzēm, kas ir pēc 70 un ja ir veidojums krūtī, tad tas lielākoties būs tas, par ko viņas visvairāk baidās, jo diemžēl labdabīgi audzēji šajā vecuma grupā praktiski vispār nemēdz būt, tie visticamāk ir ļaundabīgie krūts audzēji. Jāsaka, ka šajā vecumā audzēji nav tik agresīvi, kā jaunām sievietēm. Šajā vecuma grupā viņi aug ļoti lēnām un ārstēt var bez īpaši agresīvām terapijām.

### **Kāda ir nepieciešamo izmeklējumu matemātika?**

Acīmredzot, ja mēs skatāmies vēža reģistra datu bāzē, tad mums vēža pacientu ir pie 80 000. Tā ir labā ziņa, ka daudzi no viņiem ir veseli un veseli jau ilgu laiku. Bet arī viņiem ir vajadzīgi izmeklējumi, viņi varbūt nav tik bieži, kā tūlīt pēc ārstēšanas, bet reizi gadā izmeklējums ir jāveic. Ja mēs rēķinām, ka ik gadu saslimst 11 000, arī tiem ir vajadzīgs viss izmeklējumu spektrs. Ja mēs rēķinām, ka droši vien tos, kurus aizsūta ar aizdomām uz onkoloģisko iestādi ir vēl vairāk, tad šādi izmeklējumi gadā ir nepieciešami 20 000 - 25 000 iedzīvotāju, kuri ir atsūti ar aizdomām par ļaundabīgu audzēju. Runājot par kvotām - ja gada sākumā vai līdz vidum saslimušie ir optimālā situācijā, tad otrā pusgadā ir situācija ir sliktāka, jo kvotas tiek iztērētas.