

Neatkarīgā:

Kāda ir situācija Latvijā - onkoloģisko saslimšanu un mirstības ziņā mūsu rādītāji būtiski atšķiras no Eiropas?

Jānis Eglītis: Salīdzinot ar laiku, kad sāka darboties vēža reģistrs, ap 1979.,1980. gadu, krūts vēža gadījumu skaits ir dubultojies, lai gan 80-jos gados bija vairāk iedzīvotāju nekā pašreiz. Līdzīgi ir ar prostatas vēzi. Toreiz bija ne vairāk kā 200 saslimušo gadā, tagad - 1000 - 1100. Bet ir samazinājusies saslimstība ar kuņģa vēzi, plaušu vēzi, jo īpaši vīriešu vidū. To grūti izskaidrot, jo, domāju, pretsmēķēšanas kampaņu vēl nav īsti devusi rezultātus. Visticamāk, vīrieši tik ilgi, līdz tam savu plaušu vēzim nenodzīvo, kas biežāk parādās pēc 70 gadiem. Savukārt sievietes vidū saslimstība ar plaušu vēzi ir ar stabilu pieaugumu, lai arī tie nav tik daudz - 250 - 260 gadījumi ik gadu. Te varbūt tiešām jārunā par smēķēšanas ietekmi.

Piecas vadošās lokalizācijas - plaušu vēzis, krūts, resnās un taisnās zarnas, ādas un prostatas vēzis veido gandrīz 60% no visiem ļaundabīgajiem audzējiem, katrā no tām ik gadu ir vairāk kā 1000 saslimšanas gadījumu. Senāk pacientu bija mazāk, iespējams, viens no iemesliem ir sabiedrības novecošanās, isāka dzīvildze, kas tagad sievietēm ir krietni vairs 70 gadiem, kad visbiežāk onkoloģiskas kaites parādās. Otrkārt, mēs ēdam savādāk. Treškārt, ir cita informācijas plūsma, dzīves temps, stress un viss no tā izrietošais, kas lielā mērā ietekmē imunitāti un citus procesus, kas var veicināt agrāku audzēju attīstīšanos. Ir multifaktoriāla ietekme. Esam arī palikuši mazkustīgāki, ir vairāk liekā svara problēmu, nepareiza ēšana, kas var veicināt tipiskos Rietumu audzējus - resnās un taisnās zarnas vēzi, krūts un prostatas vēzi. Bet pēdējos gados, tomēr saslimstība ir stabilizējusies un krasi nepieaug, tie ir ap 11 - 11,5 tūkstoši un domāju, ka tuvākajos gados rādītāji būs diezgan līdzīgi.

Ja runājam par skrīninga pasākumiem unzaļiem koridoriem, vienmēr, uzsākot jaunas aktivitātes vai programmas, pirmajos gados novēro vairāk pacientu, jo var agrīni konstatēt saslimšanu, bieži vien pacientiem, kuriem nav sūdzību.

Mirstības rādītājos salīdzinot ar Eiropas valstīm, īpaši neizceļamies?

- Mirstības rādītāji ir diezgan slikti vīriešiem, bet tie ir slikti

visās trijās Baltijas valstīs - esam antitopā starp Eiropas valstīm. Ar sieviešu mirstības rādītājiem esam kaut kur pa vidu, kopējie mirstības rādītāji ir nedaudz vairāk kā 5,7 - 5,9 tūkstoši ik gadu, bet tur arī vērojama stabilizācija, ko, droši vien var saistīt ar agrīnāku diagnostiku, labākām ārstēšanas iespējām un to, ka šie pacienti ar šīm hroniskajām kaitēm dzīvo ilgstoši. Saslimstības rādītājos pasaulē esam ap trešo desmitu. Galvgalī ir Dānija, Skandināvijas valstis, arī ASV, Kanāda, Austrālija, kurās ir ļoti garš mūža ilgums, līdz ar to ir lielākas iespējas audzēju attīstībai. Mēs izskatāmies līdzīgi kā mūsu kaimiņi, varbūt nedaudz labāk kā Krievija un pārējās padomju republikas. Salīdzinot ar Skandināviju, saslimstības rādītāji mums ir zemāki, bet mirstības rādītāji - augstāki, pirmkārt, vairāk ir ielaisto gadījumu, kad ir novēlota griešanās pēc palīdzības. Atšķiras arī ārstēšanas iespējas.

Kā vērtējat no 1. oktobra ieviestā zaļā koridora darbību, kad pēc ģimenes ārsta aizdomām par onkoloģiju speciālistu konsultācija, izmeklējumi jānodrošina desmit dienu laikā, ārpus kvotām. Veselības inspekcija, pārbaudot tā darbību, secināja, ka vairāk pacienti no slimnīcām un ārstu praksēm nosūtīti uz pārbaudēm, kas no vienas puses ir labi, no otras - nosūtīti arī daudz pacienti, kam onkoloģija neapstiprinās.

-Pozitīvi, ka zaļais koridors beidzot sācis darboties, jo iepriekš tas bija vairāk runu līmenī, lai gan par šāda koridora nepieciešamību mēs, onkologi, esam runājuši jau kopš 2009. gada. Tas nav nekas jauns. Vismaz 11 biežākajām lokalizācijām ģimenes ārsti vai citi speciālisti, konstatējot pamatotas aizdomas, visbiežāk jau pēc veikta kāda izmeklējuma, pacienti prioritāri tiek nosūtīti uz specializētām onkoloģijas iestādēm. Beidzot arī ir iezīmētas piecas pamatvietas: Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) Onkoloģijas centrs un citas struktūrvienības, Rīgas P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Daugavpils reģionālā slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca un Piejūras slimnīca Liepājā.

Ir lokalizācijas, kur šajā koridorā nokļūst pacienti pēc mērķtiecīgi veiktas izmeklēšana, biežāk aizdomās par gremošanas trakta audzējiem, kur audzējs jau praktiski ir pierādīts. Tad pacienti tiek nosūtīti uz specializētajiem centriem, kur notiek tālākā izmeklēšana, gatavošana ārstēšanai. Ar šiem pacientiem nav problēmas. Problēmas varētu būt ar tām lokalizācijām, kur nav morfoloģiskā apstiprinājuma līdz stacionāram, kā tas ir ar aizdomām par krūts dziedera audzējiem un ginekoloģiskiem audzējiem - te būs krietni lielāka disproporcija starp nosūtīto un slimo pacientu skaitu.

Izveidojot zaļo koridoru, valsts paredzēja, ka pacientu plūsma būs uz pusi lielāka. Ja mums gadā paredzams bija, ka izmeklējam un ārstējam 11 000 cilvēku, tad koridorā paredzēti līdzekļi 22 000. Domāju, ka atsevišķās lokalizācijās proporcija būs 1:4 vai 1:5, kas rada bažas, vai ar diagnostikai atvēlētajiem līdzekļiem pietiks, vai nebūs tā, ka gada beigās, kā vienmēr, līdzekļi beidzas. Pašreiz šis finansējums it kā ir ārpus kvotas. Bet, nenoliedzami, zaļie koridori ir pozitīvs sākums.

No jaunā gada ir sācies otrais etaps, kur pacienti, kas ir ar aizdomām, nosūtīti, nokļuvuši pie speciālista, lielajās slimnīcās vai citās medicīnas iestādēs, var veikt sarežģītus izmeklējumus, lai varētu jau pieņemt lēmumu par konkrētu ārstēšanas plānu.

Aizdomas par onkoloģiskām saslimšām zaļajā koridorā neapstiprinoties vidēji 35-40% nosūtīto pacientu. Kā vērtējat šo rādītāju?

-Tāpat kā citur, jābūt kaut kādai kvalitātes kontrolei, jāanalizē tie ārsti, kuri varbūt nosūtījuši, kāda ir šī attiecība konkrētās ārstu praksēs vai iestādēs. Par kvalitātes analīzi mēs īsti nevaram runāt medicīnā Latvijā, varbūt kaut kas darīts ir kardioloģijas jomā, bet citās jomās kvalitātes analīze, manuprāt, vispār nenotiek. Tiek sniegti pakalpojumi, vai tie diagnostiskie, vai ārstnieciskie, un tas ir arī viss. Kāda kopēja datu bāze, kurā mēs varētu paskatīties, cik, kāds medikaments, kuram pacientam, kādas staru terapijas devas vai staru terapijas tehnoloģijas izmantotas, kāda operācija vai izmeklējums veikts, kur tas viss kopīgi parādītos - mēs to neredzam. Ir jāiet slimnīcas datu bāzē vai citreiz vēža reģistra datu bāzē, lai visu mozaīku saliktu kopā. Tas, manuprāt, ir viens no stūrakmeņiem, ja tiešām gribam nonākt pie reālas kvalitātes analīzes, tad ir jābūt kaut kādai unificētai uzskaitēi. 30- 40% izskatās diezgan optimistiski, bija bažas, ka neapstiprināto aizdomu varētu būt vairāk, vairāk kā puse.

Vienlaikus izskanējusi arī kritika, ka nav jēgas no agrīnas diagnostikas, "zaļā koridora", ja pēc tam nevar piedāvāt mūsdienīgu ārstēšanu? Ar cik jauniem un iedarbīgiem līdzekļiem tiek ārstēti mūsu pacienti? Vai viņi kaut kādā mērā ir mūsu veselības aprūpes problēmu ķīlnieki?

-Te ir dalītas jūtas. Arī onkoloģijā, tāpat kā visā medicīnā, kur ir hronisks līdzekļu trūkums, modernie, inovatīvie medikamenti nav parādījušies ne līdzīgi, kā tas ir pie mūsu kaimiņiem Lietuvā vai Igaunijā. Tagad jau gan medicīnas saietos mēs izskatāmies vissliktāk, pat Rumānijā, Bulgārijā ir labāka situācija attiecībā uz jaunajiem medikamentiem, kas sevi pierādījuši daudzu pētījumu ietvaros. Protams, vienmēr ir pamatjautājums, cik valsts var atļauties par to izdot, vai arī valsts var godīgi atbildēt, ka mēs spējam nodrošināt tikai elementārāko bāzes līmeni - ķirurģiju, pavisam vienkāršu ķīmijterapiju un staru terapiju, bet pārējam jāmeklē līdzekļi ārpus valsts budžeta. Mērķterapijas līdzekļi faktiski ir parādījušies tikai atsevišķās lokalizācijās, un ir lokalizācijas, kur to pielietojums būtu nepieciešams jau šodien, nevis atlikt to kaut kādā perspektīvā, izvērtēšanā.

Cik būtiski dārgāki tie ir? Varbūt, ja izmantotu šos efektīvākos medikamentus, mēs ietaupītu uz tā, ka viss pārējais ārstēšanas process nav tik ilgstošs un ar tik smagām blaknēm?

-Pārējais ārstēšanas process pie mums ir ļoti lēts - ar dempinga cenām tas nemaksā neko. Modernā ķīmijterapija noteikti ir vairāki desmiti tūkstoši uz vienu pacientu

gada laikā. Tas nav lēti, un arī bagātajās valstīs ir aktuāls jautājums, cik daudz tās var atļauties un ko ne. Bet, jāteic, to pacientu jau nav tik daudz un šie te medikamenti parasti tiek lietoti slimības progresijas gadījumā un tie nedos garantiju, ka pacients tiks izārstēts, bet tie var būtiski palielināt pacienta dzīves ilgumu, kvalitāti, dot iespējas atrasties sabiedrībā, varbūt arī darbaspēka aprītē. Tie ir ļoti sarežģīti jautājumi, bet, manuprāt, valstij vajadzētu būt kaut kādam plānam, vai tā ir ekspertu komisija ar Veselības ministrijas, Nacionālā veselības dienesta (NVD), nozares pārstāvjiem, kuri ieskicē plānu, kādā veidā, kurām lokalizācijām un kādā laika periodā spēsim šos medikamentus pielikt klāt. Bet pašreiz nekā tāda nav. Vai tiešām mēs nevaram to atļauties. Jā, mēs neesam no tām pārtikušākajām valstīm. Negribētos palikt Āfrikas līmenī, kurā faktiski pietiek ar ķirurģisko ārstēšanu un staru terapiju, un medikamentozā terapija ir ļoti minimāla. Gribētos tomēr iet vairāk Rietumu civilizācijas virzienā.

Pārējā ārstēšana notiek par absolūtām dempinga izmaksām, jo sarežģītās mūsdienu vēdera dobuma operācijas gremošanas trakta, ginekoloģisko, urīnceļu audzēju gadījumos, nemaz nerunājot par rekonstruktīvajām operācijām, maksā ievērojami dārgāk nekā nosedz NVD. Operācijā nepieciešamās tehnoloģijas, plus operācijas ilgums ir absolūti nenosegts. Valsts samaksā noteiktu summu, kas neatspoguļo šī procesa patiesās izmaksas. Un tā jau gadu gadiem. Un tā arī krājas parādi attiecībā uz lielajām slimnīcām - tās izdara vairāk, nereti daudz sarežģītāk, un izmaksas pieaug. Lielās slimnīcas, manuprāt, nevar pastāvēt kā reāli pelnošs uzņēmums - jābūt kaut kādām valsts dotācijām attiecībā gan tehnoloģijām, gan sarežģītām operācijām un citām lietām. Pašlaik modernākās diagnostiskās iekārtas ir privātajā sektorā un nevienā no universitātes slimnīcām pat tuvumā nav nekas tamlīdzīgs. Te arī jābūt valsts politikai un kādiem centralizētajiem iepirkumu procesiem. Pašlaik Stradiņa slimnīca ir labākā situācijā, jo tomēr jaunie korpusi būs jābūvē un jāatver, tiks atvēlēts valsts finansējums tehnoloģiju iegādei, bet ir jautājums arī par pārējām slimnīcām.

Vai šis tehnoloģiju un adekvātas apmaksas jautājums kaut daļēji tiks risināts ar šogad onkoloģijai papildus atvēlēto 12,3 miljons eiro finansējumu?

-No tehnoloģijām tas maz ko spēš nosegt. Tas spēš nosegt speciālistu konsultācijas zaļā koridora ietvaros un papildus izmeklējumus, kas, visticamāk, radīsies. Iespējams, drusciņ būs pieaugums kompensējamo medikamentu apmaksai, jo pacientu, kuri lieto šos sistēmiskās ārstēšanas līdzekļus - hormonterapiju vai ķīmijterapiju - skaits pieaug. Nereti slimība atgriežas vai progresē, un gadu no gada šādu gadījumu kļūst vairāk, un šiem pacientiem ir jāsaņem kaut kāda ārstēšana. Tas nozīmē, ka pacienti ar šo diagnozi dzīvo ilgi un ārstēšana viņiem ir jāsaņem. Būtībā finansiālais pieaugums nenosedz visas augošās vajadzības, tā ir tikai caurumu lāpīšana.

Investīcijām tehnoloģijās, mediķu atalgojuma palielināšanai tur nekas neatliks?

-Nē. Tur varbūt ir lielākam skaitam speciālista konsultāciju apmaksai zaļā koridora ietvaros, bet, pašreiz, manuprāt, kādām algu izmaiņām vai tehnoloģiju iegādei nekas nav paredzēts. Turpmāko gadu programmā (2017.-2020.) paredzēts krietni lielākas summas atvēlēt tehnoloģisko procesu uzlabošanai - kā radioloģisko izmeklēšanu aprītes sistēmas radīšanai valstī, lai varētu izmeklējumu attēlus centralizēti skatīties jebkurā medicīnas iestādē jebkur Latvijā, tā arī centralizētas ķīmijpreparātu jaukšanas un pagatavošanas sistēmas ieviešanu. Vai ar šīm aktivitātēm nebūs līdzīgi kā ar e-veselību, kas ilgi ir dzimusi, piedzimuši, bet cik tā ir dzīvotspējīga un kāda tā būs, un cik vēl līdzekļus tā prasīs, ir liels jautājums. Varbūt šīs lietas ir daudz vienkāršāk „nokopēt” un pārnest no Igaunijas veselības aprūpes sistēmas.

Onkoloģijas jomu kā vienu no sava darba prioritātēm ir izvirzījusi arī veselības ministre Anda Čakša. Jūtat, ka tāda tā ir?

-Domāju, ka tā ir, jo tas ir aktuāli, un spiediens no pacientu organizācijām, parlamenta deputātiem un profesionāļiem ir, tā ir ilgstoši samilzusi problēma. 2015. gadā pirmo reizi onkoloģiskās saslimšanas bija pirmajā vietā, runājot par invaliditātes cēloņiem valstī un sirds asinsvadu saslimšanas tikai otrajā.

Bet ne mirstības, kur sirds - asinsvadu slimības joprojām ir līderes?

-Nē, mirstības ziņā ne. Bet, skatoties tendences pasaulē un Eiropā, tad eksperti uzskata, ka mirstībai no sirds - asinsvadu slimībām būs tendence samazināties, bet no onkoloģijas būs tendence pieaugt. Šīs tendences ir diezgan stabilas gan Eiropā, gan Ziemeļamerikā. Par to jādodomā arī plānojot līdzekļus un stratēģijas. Bet, domāju, ka, jā, ministrei onkoloģijas sakārtošana varētu būt viens no galvenajiem dienaskārtības jautājumiem, bet šī joma jau vienmēr bijusi postulēta par valsts veselības aprūpes prioritāti.

Otra lielā problēma, ko zaļie koridori neatrisina - mums ir daudz pacientu, kas skaitās klīniski veseli, bet viņiem ir nepieciešami pēcārstēšanas perioda izmeklējumi, kam jābūt valsts finansētiem - ultraskaņas, datortomogrāfijas, magnētiskās rezonanses. Tur gan ir problēma - šiem pacientiem uz šiem izmeklējumiem jāgaida ļoti ilgi, mēdz būt situācijas, ka slimība progresē, ir atgriezies, rada komplikācijas. Jautājums ir, kā šie pacienti varētu tikt prioritāri izmeklēti, jo tur arī, ja laikus var atklāt, pastāv iespēja saņemt sekmīgu ārstēšanu. Uz šiem pacientiem neattiecas zaļie koridori. Reālā situācijā lielākā daļa pacientu pēc onkoloģiskās ārstēšanas ultraskaņas izmeklējumu veic jau maksājot par to, kā maksas pakalpojumu, jo valsts kvotas ir niecīgas. Ja tā ir datortomogrāfija vai magnētiskā rezonanse, tad rindas ir trīs, četri mēneši. Ja ir pacienti, kur nepieciešama aktīva rīcība, tad nav normāli likt viņiem gaidīt. Manuprāt, šiem pacientiem arī vajadzētu zaļo koridoru.

Onkologi (Latvijas Onkologu ķīmijterapeitu asociācija)

pauduši kritiku par VM izstrādāto Veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plāna projektu onkoloģijā 2017.-2020. gadam kā sacerējumu - netiek risinātas ķirurģiskās ārstēšanas, sistemātisko vēža terapijas problēmas, staru terapijas jauna aparatūra, kas nepieciešama jau tagad, tiek plānota tikai 2020. gadā. Kā jūs to vērtējat?

-Bija arī programma 2009.-2015. gadam, kas bija diezgan labi uzrakstīta, bet toreiz krīzes dēļ tika ļoti, ļoti reducēta, varbūt puse tika izpildīta. Pašreiz šī jaunā programma uz papīra izskatās diezgan ambiciozi. Ir vietas un lietas, pie kā var piekasināties, ko uzlabot, bet pozitīvi, ka iezīmēti pieci pamatcentri, kur valstī norisinās onkoloģiskā ārstēšana un izmeklēšana. Ir arī ambiciozi mērķi attiecībā uz skrīninga programmām, kuru realizēšanās gadījumā tiešām varam cerēt uz atsevišķu vēža forma attīstības novēršanu vai agrīnu to diagnostiku. Bet, ja skatāmies, ka šīs trīs skrīninga programmas ir jau no 2009. gada, sasniegumi absolūti nav tādi, ar kuriem varētu būtu apmierināti. Vairākkārtīgi ārzemju kolēģi mums norādījuši - dariet to atbilstoši visiem normatīvajiem aktiem un kvalitātes analīzēm un rekomendācijām, kādas ir Eiropā un pasaulē, it īpaši attiecībā uz korektorā vēža skrīningu.

Kur ir problēmas, kāpēc tas nestrādā?

-Pirmkārt, nav atbildīgās iestādes. Valstīs, kur šī programma noritējusi ļoti veiksmīgi, piemēram, Slovēnijā, Čehijā, Skandināvijā, par programmu projektiem ir atbildīga noteikta iestāde, kas gan uzaicina, gan veic izmeklējumus un arī atskaitās par rezultātiem. Manuprāt, tai iestādei jābūt saistītai ar to vietu, kur arī tālāk notiek gan diagnostika, gan ārstēšana. Pie mums, vismaz mamogrāfiskajā skrīningā, pakalpojumus sniedz vairāk nekā 30 iestādes. Kvalitātes analīze praktiski nenotiek, no tām 30 iestādēm tālāko diagnostiku, kur nepieciešama varbūt ultraskaņa ar biopsiju, spēj veikt 8 - 9 iestādes. Tas neliecina par šī procesa pārdomātību. Jaunajā programmā ir ieskicēts, ka tiks uzlabotas šīs skrīninga programmas un arī vajadzētu sasniegt 70% iedzīvotāju aktivitāti tajās. Bet tur nepieciešami gan līdzekļi, gan arī kaut kāda institucionāla hierarhija. Manuprāt, vienīgais, kas tur ir iezīmēts, ka būs atbildīgie cilvēki Slimību profilakses un prevencijas centrā, bet vajadzētu vairāk balstīties uz tām vietām, kur notiek izmeklējumi un ārstēšana.

Īpaši aprunāta homeopātiskās un antroposofās* medicīnas ārstēšanas iespēju izvērtēšana. Jūsprāt, tai nav vietas valsts līmeņa atbalstītajā onkoloģijā? (*mūsdienu sasniegumi tiek apvienoti ar zināšanām, kas ietver kopsakarības un izmaiņas pacienta fiziskajā ķermenī, dvēseliskajā vai astrālajā un garīgajā vai psihe - personības līmenī)

-Ja mēs dzīvojam 21. gadsimtā, kur pamatā izmantojam uz pierādījumiem balstītu medicīnu, tad es neredzu šai jomai vietu onkoloģijas programmā. Manuprāt, arī Krievijas zinātņu akadēmija nesēn pieņēmusi lēmumu, ka homeopātija nav ārstniecības metode un nav izmantojama pacientu ārstēšanā.

Tieši onkoloģijā vai arī citās saslimšanās?

-Vispār! Ja šajā jomā būtu pētījumi, kur tiešām ir uz pierādījumiem balstīti kaut kādi dati, tad to jautājumu var pārskatīt, bet baidos, ka nē. Mēs arī no Onkologu asociācijas iebildām pret šo punktu. Skatījāmies arī Austrālijas pieredzi, kur arī homeopātija noraidīta, jo nav bijuši uz pierādījumiem balstīti analītiski pētījumi, kur pierādās, ka tas palīdz. Lai gan pasaulē ir dažādas pieejas, Francijā, homeopātijā pat ir kompensētie medikamenti, kurus var izrakstīt kopā ar antibiotiķiem. Te nav tik viennozīmīgi balts vai melns, bet pašreizējā situācijā, redzot arī visu onkoloģijas attīstību, ir ļoti pārāgri runāt par kaut ko tamlīdzīgu.

Plānā aprakstīti daudz un dažādi aspekti, diagnostiku, profilaksi, rehabilitāciju ārstēšanu, pat jaunas struktūrvienības radītas kontrolei uc. Vai to var saukt par onkoloģijas reformu?

-Domāju, ka nē. Reforma faktiski ir uzsākta ar Ministru kabineta noteikumu grozījumiem, kuros tiek atvērti šie te zaļie koridori 11 lokalizācijām un iezīmējot šo pacientu koncentrēšanu un ārstēšanu piecos centros, kas arī nenoliedzami ir būtiski un varētu būt viens no stūrakmeņiem kvalitātes nodrošināšanai šo sarežģīto slimību ārstēšanas procesā.

Vai pēc šā koridora ieviešanas, papildus finansējuma, plāniem, paliek kādas neatrisinātas problēmas, kādi robi?

-Viens no sasāpējušākajiem ir atalgojuma jautājums - ne tikai onkoloģijā strādājošo ārstu un aprūpes personālam, bet vispār medicīnā. Reālā situācija ir tāda, ka nav operāciju māšas, narkozes māšas, jo redzot to lielo darbu apjomu un neprognozējamo darba laiku, viņas nav gatavas par to darba algu strādāt, no kā cieš pacienti, jo viņiem jāgaida ilgāk uz operācijām. Ir dienas, kad tās nākas atlikt, jo fiziski mēs nespējam izoperēt. Tas jārisina steidzami.

Otra lielā sāpe ir medikamenti, jo bez šaubām, arī lielajās lokalizācijās, kur mums ir ļoti daudz pacientu, šie medikamenti būtu jāiekļauj kompensācijā un jāizmanto pacientu ārstēšanā. Nav normāli, ka cilvēks, kas ir strādājis, maksājis nodokļus, bet dzīves laikā saskāries ar problēmu, kur viņš cer, ka būs arī kāda sociāla, valsts garantēta palīdzība, atdeve, viņam jāprasa ziedojumi, lai varētu nopirkt medikamentus, ar kuriem, teiksim, varētu sekmīgi, kādu laiku cīnīties ar slimību.

Jūs runājat par modernajiem, dārgajiem medikamentiem?

-Jā, par dārgā gala preparātiem, bet viņi ir efektīvi, gan krūts vēža ārstēšanā, kur, par laimi, viens preparāts ir, bet tur jau ir vēl jaunāki preparāti atklāti. Tas pats ir sakāms par resnās un taisnās zarnas vēzi, kur ir šie medikamenti, kurus pārāk paši pacienti un mēs redzam, kā tie darbojas! Bet tad valstij ir jāpasaka, kas ir tās finansiālo iespēju griesti,

lai nebūtu ilūzijas, vai varbūt tiešām manis jau pieminētajā plānā jānosaka, kā un kad šie medikamenti parādās kompensācijas sarakstā.

Vēl viens no sasāpējušajiem jautājumiem ir rekonstruktīvās operācijas pēc nosacīti kropļojošajām operācijām krūts vēža, sejas un žokļu audzēju gadījumā. Pagaidām tiek runāts tikai par iespēju izpētī, bet, manuprāt, to gadījumu nav tik daudz un izmaksas nav tik lielas, lai to nerisinātu jau tuvākajā laikā. Ja gadā krūts dziedzerus noņem 300 - 350 sievietēm, daļa no viņām gribēs krūtis atjaunot un tās izmaksas nav nekāds kosmoss, salīdzinot kaut vai ar medikamentiem, ko valstij vajadzētu nodrošināt. Tas uzlabo pacientes psiholoģisko un emocionālo stāvokli, un daudzās valstīs tas jau ietilpst kompleksā ārstēšanas plānā. Līdzīgi sejas mikroķirurģijas operācijām vajadzīgs finansējums.

VM plāno, ka visu uzlabojumu rezultātā samazināsies mirstība no ļaundabīgiem audzējiem – par teju 68%. Iespējams?

-Tas lielā mērā atkarīgs no agrīnās diagnostikas - ir audzēji, kurus ar skrīninga programmu palīdzību mēs varam panākt, lai tie vispār neattīstītos, arī, ja spēsim agrīni diagnosticēt citus audzējus, ļoti liela daļa pacientu varēs būt arī pilnīgi veseli. Pašreiz trešdaļa pacientu nāk jau trešajā, ceturtajā stadijā, kad slimība jau ir būtiski izplatījusies visā organismā vai lokāli, kas prasa jau ilgtermiņa ārstēšanu un papildu izdevumus. Agrīni diagnosticējot, bieži pietiek ar ķirurģisko ārstēšanu, nemaz nav vajadzīga ķīmija vai staru terapija.

Cik būtiski ir ieguldīt cilvēku izglītošanā par dzīvesveida ietekmi uz vēža riskiem, cik tas tiešām ietekmē, cik onkoloģija ir ar veselīgiem ieradumiem novēršama?

-Tas ir ļoti sarežģīts jautājums, jo vēzis var skart jebkuru, pat visveselīgāko, kurš ievērojis visus veselīga dzīvesveida priekšnosacījumus. Bet, iedzimtie audzēji no paaudzes paaudzē nav vairāk par 5-10% no visiem audzējiem - tie ir ģenētiski determinēti, vari darīt, ko gribi, tas audzējs būs, bet, veicot ģenētisko izmeklēšanu šos indivīdus var atpazīt un veikt profilaktiskas operācijas, lai audzējs neattīstītos vispār. Tomēr investēšana sabiedrības, jaunās paaudzes izglītošanā atmaksātos ar uzviju, bet šos rezultātus mēs redzēsim pēc gadiem 20 - 30. Jautājums, kā mēs varam palīdzēt tiem pacientiem, kas ir slimi tagad vai saslims tuvāko gadu laikā, kuri vairs nevar tik strauji nomainīt savus ieradumus - kāda ārstēšanu, diagnostiku viņiem spējam nodrošināt. Bet, protams, uzsvaram vajadzētu būt uz jaunās paaudzes izglītošanu, veselības mācību, kuru varētu beidzot ieviest. Nenoliedzami būtiska ir riska faktoru novēršana, kā smēķēšanas izskausana, liekā svara samazināšana, pārmērīgas, nepareizas ēšanas izskausana.

Publicēts: "Neatkarīgā Rīta Avīze"

www.nra.lv

2017. gads.