

VIEDOKLIS

“Zaļais koridors” onkoloģijā jāpaplašina

Rīgas Austrumu slimnīcas Onkoķirurģijas klīnikas Krūts ķirurģijas nodaļas vadītājs Jānis Eglītis

Lai gan 2015. gads Latvijā pasludināts par Onkoloģiskās modrības gadu un ieviests “zaļā koridora” princips, kas paredz, ka pacientiem, kuriem valsts organizētā skrīninga izmeklējumu rezultātā ir aizdomas ar onkoloģisko saslimšanu, papildu izmeklējumi tiek nodrošināti ārpus noteiktajām kvotām, realitātē šī sistēma tomēr nedarbojas. Kādēļ?

Pirmkārt, skrīninga programmu norises aktivitāte valstī ir neapmierinoši zemā līmenī, līdz ar to tās nesniedz to ieguvumu agrīnā vēža diagnostikā vai pat tā attīstības novēršanā, kam būtu jābūt ieviešot šīs programmas „adekvāti”. Otrkārt, nepieciešama šo skrīninga programmu izmeklējumu kvalitātes audits, jo praksē bieži redzam hiperdiagnostikas un hipodiagnostikas elementus, kā arī absolūti neinformatīvus izmeklējumu aprakstus.

Pēdējā desmitgadē Vēža reģistrā būtiski (gandrīz par 50%) pieaudzis onkoloģisko pacientu skaits, jo daudzi pilnībā izārstējas vai ilgstoši sadzīvo kā ar hronisku slimību. Šajā laikā periodā ievērojami izmainījušies gan ļaundabīgo audzēju diagnostikas un ķirurģiskās ārstēšanas standarti, gan attīstījušies staru terapija un ievērojami pieaugušas ķīmijterapijas iespējas, ko RAKUS LOC kā vadošā onkoloģiskās aprūpes sniedzēja valstī, iespēju robežās centusies ieviest ikdienas praksē, jo salīdzinājumā ar izmaksu pieaugumu, nozares finansējums nav praktiski mainījies. Šī neatbilstība un tās izraisītās sekas visuzskatāmāk redzamas ikdienas darbā ar pacientiem gan ambulatori, gan stacionārā.

Praktiski visiem pacientiem nepieciešama pēcārstēšanas izmeklēšana, lai pēc iespējas ātrāk atklātu iespējamo slimības progresēšanu, jo atkārtojoties tā, bieži vien, noris daudz straujāk, daudz agresīvākā formā. Taču uz izmeklējumiem, piemēram, kompjūtertomoģrafiju vai magnētisko rezonansi, šobrīd jāgaida rindā trīs četri mēneši. Veselai rindai biežāko ļaundabīgo saslimšanu ir izstrādātas diagnostikas, ārstēšanas un pēcārstēšanas novērošanas vadlīnijas, kurās norādīts, ka nepieciešama pēc iespējas pilnīgāka pacienta izmeklēšana pirms operācijas. Piemēram, taisnās zarnas vēža gadījumā nedrīkst veidoties situācija, ka vienīgais izmeklējums pirms operācijas ir digitāla zarnas palpācija, nevis kompjūtertomoģrafija un magnētiskā rezonanse. Tas, ka pacientam tiek veikta operācija, pirms tam viņu kārtīgi neizmeklējot, ir taktiska kļūda, kas ietekmē turpmāko ārstēšanu. Līdz ar to izmeklējumu skaits onkoloģijā tikai pieaugs. Acīmredzot ir jāparedz mehānismi, lai pacienti bez kavēšanās tos varētu veikt gan tad, ja ir aiz-

domas par ļaundabīgu saslimšanu, gan tad- ja ir aizdomas par tās progresēšanu.

Uzskatu, ka, pirmkārt, jāinformē un jāizglīto sabiedrība par to, ka vēzis, to diagnosticējot agrīni, ir ārstējams un bieži vien kļūst par hronisku slimību, kuras gaitai jāseko, veicot izmeklējumus. Otrkārt, vajadzīga iezīmēta kvota onkoloģijas pacientu pirmsārstēšanas un pēcārstēšanas izmeklējumiem, tāpat kā tas šobrīd jau ir, saņemot staru vai ķīmijterapiju. Pacientiem, kuriem nav sūdzību, tie būtu veicami reizi gadā, bet sūdzību gadījumā – dažu nedēļu laikā. Treškārt, nepieciešama arī ģimenes ārstu un citu speciālistu izglītošana par izmeklējumu kopumu, kas onkoloģiskajiem pacientiem veicams pēcārstēšanas periodā, lai tie netiktu veikti pārāk bieži vai reti. Daudzās ārzemju klīnikās izveidotas īpašas programmas hroniskiem onkoloģiskajiem pacientiem, lai viņi varētu saņemt psiholoģisko atbalstu, nejustos izstumti no sabiedrības un arī slimības laikā varētu strādāt kaut dažas stundas dienā.

Valsts varētu vairāk iesaistīties

Rīgas Austrumu slimnīcas Uroloģijas klīnikas vadītājs
Vilnis Lietuvietis

Arī pēc operācijas vai cita veida ārstēšanas cilvēks ir un paliek onkoloģiskais pacients. Protams, pirmais un galvenais mērķis ir izārstēt saslimšanu, lai viņš būtu pilnībā atbrīvots no ļaundabīgā audzēja (tumor free), taču tikpat svarīgi ir tas, kā pacients turpmāk dzīvos, kādas būs viņa funkcionēšanas spējas pēc ārstēšanas. Vai, piemēram, pēc priekšdziedzera vēža operācijas pacients spēs saturēt urīnu, vai nebūs jālieto pamperi, vai viņam būs erekcija, vai viņš spēs saglabāt ģimeni, būt par ģimenes galvu? Cik plašas zināšanas par to ir ģimenes ārstiem, speciālistiem, cik plaša informācija pieejama pacientiem? Diemžēl valsts šobrīd nerūpējas par to, lai onkoloģijas slimnieki pēc operācijas saglabātu savas funkcijas, būtu vitāli un dzīvespriecīgi, nekļūtu par invalīdiem, turpinātu dzīvot un strādāt. Kas būtu jānodrošina šī mērķa sasniegšanai? Pirmkārt, emocionālā puse, proti, iespējas apmeklēt valsts apmaksātu psihoterapeitu. Otrkārt, funkciju atjaunošanai lielai daļai pacientu būtu vajadzīga valsts apmaksāta fizioterapeita palīdzība. Piemēram, trenējot muskuļus pacients var atgūt spēju saturēt urīnu. Treškārt, pilnā apjomā kompensēt nepieciešamās medicīnās ierīces, piemēram, inkontinences līdzekļus.

Pērn viena no biežākajām saslimšanām vīriešiem bija prostatas vēzis, kas bija pirmajā vietā. Latvijas un visas Baltijas īpatnība ir tā, ka pieaug ne tikai saslimstība, bet arī mirstība no prostatas vēža. Turpretī citās ES valstīs mirstība pakāpeniski samazinās. Tas nozīmē, ka Latvijā joprojām ir problēmas arī ar laicīgu vēža diagnostiku un ārstēšanu. Lai to labotu, būtu nepieciešama nopietna valsts programma.

Publicēts: “Latvijas Avīze”, 2015. gads.