

# Elizabeth Kadakovska: jāizmanto citu valstu piemērs

TOMS ZVIRBULIS

Plaušu vēža agrīna un korekta diagnostika ir globāla problēma. Tāpēc tiek meklēti instrumenti, kas ļautu to izdarīt pēc iespējas ātrāk un efektīvāk. Viens no tādiem ir plaušu vēža skrīnings riska grupu pacientiem. Latvijā pagaidām par šo skrīningu tikai runā un nav zināms, kad to varētu ieviest.

Par to, ko tāds izmeklējums varētu dot, cik sarežģīta ir tā ieviešana ikdienas praksē, runājam ar radiologu **Elizabeth Kadakovsku**.

– **Latvijā pašlaik darbojas četras vēža skrīninga programmas. Cik reāli un cik ātri būtu iespējams ieviest arī plaušu vēža skrīninga programmu?**

– Es domāju, ja dara, tad viss ir reāli. Lai sāktu šo programmu un saprastu, kā to paveikt, ir nepieciešams pilotprojekts. Tad varēs saprast, kā tas darbojas. Esmu pārliecināta, ka skrīnings savlaicīgai plaušu vēža diagnostikai ir nepieciešams, jo ikdienā pēc *Covid-19* pandēmijas redzu daudz ielaistu vēža gadījumu. Šobrīd tas ir acīmredzami. Ņemot vērā iepriekšējo darba pieredzi, ko esmu uzkrājusi vairāk nekā 20 gadus Tuberkulozes un plaušu slimību centrā, – pārsvarā cilvēki nonāk pie ārsta novēloti, un tas bija aktuāli arī pirms pandēmijas. Postpadomju valstīs liela daļa cilvēku uzskata, ka plaušu rentgenogrāfijā ir skrīninga izmeklējums. Plaušu rentgenogramma pārsvarā ir paredzēta tuberkulozes radīto izmaiņu diagnostiskēšanai. Neskatoties uz to, mums ir daudz tuberkulozes gadījumu. Es īpaši vēlos uzsvērt, ka šāda diagnostika plaušu vēzim neder, jo šis vēzis var atrasties plaušu saknes rajonā, to var piesegt ribas, diafragmas kupoli, un mēs pat ar vislabāko augstākās kvalitātes aparāturu varam veidojumus neatklāt. Ja veidojums ir centrāli novietots, tad, pat sasniedzot ievērojamu apjomu, to ar rentgenogrammas palīdzību var neatklāt.

Ieviest skrīningu ir ļoti reāli, tikai jābūt gribai to izdarīt. Protams, ir nepieciešami arī līdzekļi, bet mums nevajag iegādāties specifisku aparāturu, jo datortomogrāfijas iekārtu Latvijā ir pietiekami daudz. Lielākā problēma ir radiologu skaits, jo lielais izmeklējumu daudzums pēc *Covid-19* – gan audzēji, gan sirds, gan plaušu slimības – rada lielu spiedienu uz personālu. Ilgstošais naudas trūkums veselības aprūpē radījis situāciju, kad pacienti kroniskas veselības problēmas risina neatliekamās palīdzības nodaļā, kas bieži noved pie datortomogrāfijas kabineta un tā personāla pārslodzes. Cik ātri skrīningu varētu ieviest? Daudz ir atkarīgs no politiskās gribas, bet tāda situācija ir visā pasaulē. Arī bagātājās valstīs ir problēma – kurš maksās? No vienas puses, Eiropas Savienība ir uzsvērusi, ka šāds skrīnings ir nepieciešams, bet, kur ņemt naudu un kurš par to maksās, ir jāizdomā katram pašam. Amerikas Savienotajās Valstīs ir štati, kas lieto paši savu budžetu skrīninga izmaksu segšanai, bet ir pavalstis, kas līdzekļus šim nolūkam pieprasa no federālā budžeta. Skrīninga izmeklējumu veikšanā iesaistīti samērā daudz cilvēku – ģimenes ārsts vai speciālists izraksta norīkojumu, radiogrāfs šo izmeklējumu veic, bet radiologs izpēta attēlus un sniedz to izskaidrojumu (aprakstu).

Vai skrīninga veicējiem ir vajadzīga specifiska izglītība? Faktiski nē, jo šos izmeklējumus var veikt jebkurš radiogrāfers. Programma, kas ir nepieciešama pazeminātas jonizējošā starojuma devas datortomogrāfijas izmeklējuma veikšanai, ir



Foto: No Elizabeth Kadakovska personīgā arhīva

**Elizabeth Kadakovska: «Smēķēšana ir slimība, kura nogalina visvairāk cilvēku. Tāpēc ir jāatrod un jāizmeklē cilvēki, kuri smēķē lielāko dzīves daļu un izsmēķē paciņu cigarešu dienā.»**

pieejama praktiski visās iekārtās. Tikai ir jābūt gribai to izmantot vai izveidot, nav nepieciešams ieguldīt lielu naudu kaut kā dārga un specifiska iegādei. Tātad iekārtas mums ir, programmatūra arī, tāpat ir speciālisti, kuri var veikt izmeklējumus un kuri var interpretēt rezultātus (lai gan šo speciālistu ir par maz). Ir pieejams *zālais koridors*, mums ir plaušu klīnikas Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā un Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā (turklāt Austrumu slimnīcā – gan *Galjēzerā*, gan Tuberkulozes un plaušu slimību centrā), kuras nodarbojas ar plaušu vēža diagnostiku un ārstēšanu. Tāpēc problēmām ar papildu izmeklēšanu nevajadzētu rasties. Cik ātri mēs varētu nonākt līdz šādas programmas ieviešanai, es precīzi pateikt nevarēju. Tas ir organizatorisks un finansiāls jautājums.

– **Kāds varētu būt īstermiņa un ilgtermiņa ieguvums, ja šāda skrīninga programma tiktu ieviesta?**

– Jūs, šķiet, gribat saprast, cik daudz valsts iegūtu, šos pacientus izmeklējot laikus. Diemžēl pie mums nav pieņemts domāt par to, cik daudz cilvēks samaksās nodokļos, ja viņš nenomirs 30, 40 vai 50 gadu vecumā no audzēja. Mēs tā nemākam rēķināt. Šobrīd mēs rēķinām, cik mums izmaksā cilvēka ārstēšana. Katrā ziņā ieguvums būtu ļoti liels, jo plaušu vēzis viriešiem kopā ar prostatas vēzi ir divas visvairāk izplatītās ļaundabīgo audzēju lokalizācijas. Sievietēm pirmajā vietā ir krūts vēzis, savukārt plaušu vēzis ir pirmajā piecīnīkā, un šie rādītāji gadu no gada atšķiras. Ja mēs plaušu vēzi cilvēkiem savlaicīgi diagnosticēsim, tad pirmajā stadijā varbūt pietiks tikai ar operāciju, iespējams, nebus nepieciešama papildu terapija. Sīku veidojumu iespējams izoperēt torakoskopiski (pazīstamāks ir vārds «laparoskopiski», bet to lieto, runājot par vēdera dobuma operācijām). Un, lai gan tas varbūt skan nedaudz utopiski, cilvēks apmēram divas nedēļas pēc operācijas jau atkal var strādāt, pelnīt iztikai savai ģimenei un maksāt nodokļus valstij. Valstij nevajag šai

personai maksāt invaliditātes pabalstu, jo viņam nav vienas plaušas vai kādas citas ar vēzi saistītas paliekošas veselības problēmas. Par to būtu jārunā skaidrāk. Es uzskatu, ka tabakas un cigarešu paciņu aplīmēšana ar draudīgiem tekstiem nestrādā. Jāsaprot, ka elektroniskās cigaretes nav nekaitīgas, iespējams, tās ir pat bīstamākas, jo mēs vēl neapzināties visus riskus, kas ar tām saistīti. Diemžēl jauniešiem ir samērā stabils pieņēmums, ka tas ir stilīgi un nekaitīgi un turklāt brīvi pieejami.

– **Ja skrīninga programmu tuvākajā laikā nebūs iespējams ieviest, vai ir kādas citas metodes, kuras varētu to aizvietot?**

– Ģimenes ārstiem, runājot ar smēķējošu pacientu, vajadzētu ņemt vērā, ka plaušu vēzis nav tikai viriešu slimība. Tas var būt arī sievietei. Arī starptautiskās vadlīnijas vairs nerunā par viriešiem, bet gan par cilvēkiem, un tas nav tikai politkorektuma jautājums. Riska grupā tiek iekļauti cilvēki vecumā no 50 līdz 80 gadiem ar 20 «paku gadu» dzīves pieredzi. Termins «paku gadi» (par ne pārāk veiksmīgu šī termina tulkojumu no angļu valodas mani studenti mēdz pasmieties) nozīmē, cik daudz cilvēks smēķē. Ja viņš dienā izsmēķē paciņu cigarešu un to dara gadu no vietas, tad tas ir viens paku gads. Ja cilvēks dienā izsmēķē divas paciņas un to dara gadu, tad tie ir divi paku gadi viena kalendārā gada laikā. Līdzīgi jāsaprot arī trīs un četru paciņu izsmēķēšana dienā, jo ir cilvēki, kuri dienas laikā tiešām spēji izpipēt četras paciņas cigarešu. Ja cilvēks ir sakrājis vairāk par 20 paku gadiem un viņš ir vecuma grupā no 50 līdz 80 gadiem, tad to var uzskatīt par ļoti nopietnu riska faktoru.

Lai gan es vēlētos pieminēt vienu diezgan traģisku lietu. Jaunākais smēķētājs, kuru esmu izmeklējis Tuberkulozes un plaušu slimību centrā, bija septiņgu gadus vecs bērns, kurš smēķēja no četrus gadu vecuma. Kā tas vispār ir iespējams? Kur ir skatījušies apkārtējie? Mēs katrs esam atbildīgi par šādām situācijām, ja ar tādām saskaramies. Skrīninga primārais uzdevums ir laikus atklāt plaušu vēzi. Paralēli iespējams konstatēt arī nu

hronisku obstruktīvu plaušu slimību, vai citas plaušu slimības, kuras ir nepieciešams ārstēt un kuras mēs sastopam smagās un ielaistās formās. Pašlaik izskatās, ka mēs varam tikai mēģināt skriet pakāj vilcienam, censties tam piekerties un cerēt, ka spēsim to nedaudz piebremzēt.

– **Kurām sabiedrības grupām šādas programmas ieviešana būtu nepieciešama visvairāk?**

– Man šis jautājums nešķiet godīgs, jo mums ir tendence stigmatizēt dažādas lietas. Piemēram, tuberkuloze ir tikai nabadzīgo slimība. Dzer un smēķē tikai cilvēki, kuriem ir smaga dzīve. Patiesībā nevar teikt, ka cilvēkam, kurš ir mazāk pārticis, ir lielāks risks saslimt ar vēzi nekā tam, kurš dzīvo pārtikušu dzīvi. Ir vairāk jārunā par to, ka smēķēšana var nodarīt lielu postu ikviena veselībai. Ir vesela rinda slimību, kuras var attīstīties smēķēšanas rezultātā. Profesors Andrejs Erglis bieži atzīmē, ka smēķēšana ir slimība, kura nogalina visvairāk cilvēku. Tāpēc ir jāatrod un jāizmeklē cilvēki, kuri smēķē lielāko dzīves daļu un izsmēķē paciņu cigarešu dienā. Tas, cik viņš ir pārticis vai nabadzīgs, nespēlē tik nozīmīgu lomu.

– **Cik bieži būtu nepieciešams atkārtot izmeklējumus?**

– Pēc pašreizējiem standartiem zemas devas datortomogrāfijas izmeklējums būtu jāveic reizi gadā. Starojums, kuru cilvēks saņem izmeklējuma laikā, ir līdzvērtīgs trīs projekciju rentgenogrāfiskai izmeklēšanai (tas gan, protams, ir, ļoti aptuveni runājot, jo saņemto starojuma līmeni nosaka daudzi faktori). Dažkārt no cilvēkiem dzirdo, ka viņi jūtas kā pabijuši Čornobilā, bet tas neatbilst patiesībai. Lidojot no Eiropas uz Ameriku, cilvēks lidojuma laikā var saņemt lielāku starojuma devu nekā zemas devas datortomogrāfijas laikā.

– **Kā varētu izskatīties pati skrīninga procedūra?**

– Uz jebkuru izmeklējumu, kur tiek pielietoti rentgenstari, ir jābūt ģimenes ārsta vai speciālista norīkojumam. Pēc tam patients piezvana uz iestādi, kas sniedz šādu pakalpojumu, un norunā laiku, kad viņš var ierasties. Esmu jau dzirdējis dažādas spekulācijas par krūts vēža skrīningu, kad sievietēm

tiek veikta mamogrāfija – mēs gribot «nostarot» tautu un izraisīt audzēju skaita pieaugumu, jo mamogrāfija pati par sevi varot izraisīt audzēju. Risks, ka cilvēkam attīstīsies audzējs mamogrāfijas vai plaušu datortomogrāfijas dēļ, ir stipri niecīgs, mēs negribam piekrist, ka tie ir riska faktori, kas tiešām paaugstina audzēju attīstīšanās risku. Tātad pacients ar ģimenes ārsta vai speciālista norīkojumu dodas uz iestādi, kur pieejama datortomogrāfija, piesaka vizīti, veic izmeklējumu, un piecu darba dienu laikā viņam ir jāsaņem atbilde. Izmeklējumu var veikt jebkurš Eiropas Savienībā sertificēts radiologs.

Ir lieli pētījumi, kuros savus rezultātus ir salīdzinājušas nevis atsevišķas slimnīcas, bet valstis, lai noteiktu, vai skrīninga programma sniedz ilgtermiņa ieguvumu. Praktiski visi ir nonākuši pie secinājuma, ka finansiāls ieguvums ir. Jo savlaicīgāk mēs kādu veidojumu atklājam un izoperējam, jo lielāka iespēja, ka šim cilvēkam būs vajadzīga relatīvi vienkāršā ārstēšana un nebūs nepieciešama ilgstoša, smaga terapija ar plašām operācijām, ķīmijterapiju, apstarošanu un tamidzīgi. Jo ielaistāks ir plaušu vēzis, jo lielāka iespēja, ka cilvēks kļūs par invalīdu (gadījumos, kad jāizoperē visa plauša, operācija ir ļoti traumatizējoša, ja vispār iespējama). Tādos gadījumos cilvēks nespēj strādāt un līdz ar to maksāt nodokļus, bet saņem pabalstu no valsts, kas savukārt šos līdzekļus nevar ieguldīt citur. Cilvēkiem jāsaprot, ka, agrīni atklājot un izoperējot veidojumu, turpmākā dzīves kvalitāte būs ievērojami labāka, atšķirībā no situācijām, kad audzējs jau paguvis plaši izplatīties. Ir gana daudz gadījumu, kad cilvēks jūtas vesels, atsaķās no ārstēšanas, vēlas nogaidīt, attālināt operāciju, bet, kad ir par vēlu, dumsojas un pārdzīvo, ka viņu vairs negrib operēt. Bet – nevis negrib, bet tas vairs nav iespējams!

– **Kas ir zemas devas datortomogrāfija, un ar ko tā atšķiras no parastās datortomogrāfijas?**

– Zemas devas datortomogrāfija ir izmeklējums, kurā līdz minimumam tiek samazināts izmeklējuma brīdi izmantotais starojums. Galvenā tehniskā prasība ir, lai attēls būtu izvērtējams. Kā jau minēju, nav nepieciešama specifiska aparatūra, ir vajadzīgs tehnisku parametru kopums, kuru ir iespējams uzstādīt gandrīz jebkurā datortomogrāfijas iekārtā.

– **Ja ar aparāturu problēmu nav, – vai Latvijā pietiek speciālistu, lai varētu veiksmīgi izvērst plaušu vēža skrīningu?**

– Protams, gribētos, lai mums ir vairāk radiologu, bet Latvijā var apgūt šo specialitāti. Pēc sešiem gadiem augstskolā un pieciem gadiem rezidentūrā ārsts kļūst par pilntiesīgu radiologu un var strādāt ar plaušu vēža skrīninga izmeklējumiem.

– **Kas veic izmeklējumus, kurš to interpretē, un pēc cik ilga laika ir pieejami rezultāti?**

– Izmeklējumu veic radiogrāfers. Rentgenoloģiskos izmeklējumus (rentgenogrāfijas, mamogrāfijas) veic radiologa asistenti, kuriem ir koledžas izglītība, bet radiologa asistenti ar augstāko izglītību ir radiogrāferi, kas strādā datortomogrāfijas un magnētiskās rezonanses kabinetos. Radiogrāfers veic datortomogrāfijas un magnētiskās rezonanses izmeklējumus, taču viņš tos neinterpretē. Modernajā radioloģijā izmeklējumam ir nepieciešams relatīvi neliels laiks, bet daudz ilgāks, lai veiktu tā interpretāciju.

Rezultātus interpretē ārsts radiologs, tomēr nevar viennozīmīgi pateikt, cik ilgu laiku aizņems izmeklējuma aprakstīšana (tas atkarīgs no ļoti daudzdiem faktoriem). Parasti rezultāti ir pieejami piecu darbdienu laikā, bet darbs var tikt organizēts arī tā, ka interpretācija notiek uzreiz pēc paša izmeklējuma (ja vien tas ir iespējams, ja ārsts ir pieejams šāda

darba veikšanai). Ja pacientam nav sūdzību, tūlītējas interpretācijas priekšrocība ir tāda, ka cilvēks var mierīgi sīdīt doties savās gaitās un pēc gada nākt uz atkārtotu izmeklējumu (tam atkal būs nepieciešams norīkojums). Pašlaik šāda prakse, kad interpretācija notiek uzreiz, tiek izmantota akūtos gadījumos. Ja izmeklējums nav akūts, tad parasti darbs tiek organizēts tā, lai būtu laiks apdomāties vai konsultēties ar kolēģiem, ja gadījums ir sarežģītāks. Saistībā ar pilotprojektu – pašlaik notiek darbs pie tā un, ja tas tiks realizēts, mēs labāk sapratīsim, cik daudz laika šāds process aizņem.

– **Vai Latvijā vispār plaušu vēža skrīningu varētu ieviest, ņemot vērā finansiālos ierobežojumus?**

– Vislielākā problēma ir kvalificēta darbaspēka trūkums. Tomēr, ja skatītos tikai no rakursa, pie mums pietiek darbaspēka, tad nebūtu arī pārējo skrīninga programmu. Pacientu kļūst arvien vairāk, gadījumi ir sarežģītāki un smagāki. To varu teikt pēc savas 25 gadu darba pieredzes. Ja salīdzina, cik daudz laika radiologam paiet, lai aprakstītu sarežģītu gadījumu, un cik laika prasa izvērtēt skrīninga izmeklējumu, tad tie ir divi nesalīdzināmi lielumi. Viena izmeklējuma interpretēšanai mums paredzētas 30–40 minūtes. Modernās datortomogrāfijas iekārtas viena izmeklējuma laikā veic aptuveni 1000 uzņēmumu, kuri visi ir jāizskata. Jebkurā gadījumā vienkāršs skrīninga izmeklējums, pēc kura mēs pacientam varam teikt, ka viņam viss ir labi, aizņem daudz mazāk laika, nekā 4. stadijas pacientam izvērtēt iespējamo metastāžu esamību un tās aprakstīt. Komplicētu izmeklējumu aprakstīšana var aizņemt līdz divām trim stundām, pat vairāk, ja nepieciešams konsilijis, citu ārstu viedoklis. Parēķiniet, cik daudz pacientu mēs darbdienu laikā spējam izmeklēt, ja viņi ir ieradusies savlaicīgi, un cik pacientu, ja viņi pie mums atnāk ar ielaistu vēzi. Tāpēc ir nepieciešama skrīninga programma, kuras rezultātā mums būs daudz mazāk smagu pacientu.

– **Cigarešu paciņu «biedējošais» noformējums neesot pārāk efektīvs. Kādu alternatīvu varētu izmantot, lai runātu par smēķēšanas kaitīgo ietekmi, ņemot vērā faktu, ka lielākā daļa plaušu vēža slimnieku ir smēķētāji?**

– Es nesaku, ka tas būtu labākais variants, tomēr cigarešu iegādei ir jābūt apgrūtinātai. Ja tabakas izstrādājums pārdotu specializētos veikalos, uz kuriem būtu jābrauc tālāk, šādam braucienam jānoskaņojas, tas varētu dot savu efektu. Šobrīd es varu ieiet jebkurā veikalā, benzīntankā un visu diennakti nopirkt cigaretes, kaut arī tās nav izlīkts vitrinās. Vai tas kaut kā ietekmēs smēķēšanas izplatību? Es gribētu teikt, ka nē. Vairāk būtu jāizglīto sabiedrība. Veselības mācībai jāšas jau pirmskolas iestādē, kur bērniem stāsta, ka smēķēt nav veselīgi. Nevajag uzsvērt, ka smēķētāji mirst jauni, bet gan akcentēt, ka šāds ieradums rada veselības problēmas. Otra lieta – cilvēki ir jāsoda par apkārtnes piegružošanu ar izsmēķiem. Ja sodi būtu ap 50 eiro (vai kā Singapūrā, kur tās prieks var maksāt 1000 dolāru), ja nomests izsmēķis vai cilvēks smēķējis neatļautā vietā, viņam diezgan jāgribētos to darīt atkārtoti. Tāpat smēķēšana būtu jāpadara pēc iespējas nepopulārāka arī sociālajā vidē un izklaidē, jo tas, pēc manām domām, strādā daudz labāk nekā cigarešu paciņu aprūde.

– **Vai Latvijā būtu nepieciešams aizliegt tabakas izstrādājumu tirgošanu pārtikas veikalos, kā tas ir daudzviet Gropā?**

– Jā, tas būtu variants. Lai gan visās valstīs tabakas izstrādājumu iegādei pārtikas veikalos ir savi ierobežojumi. Kā jau minēju, cigarešu iegādei pārtikas veikalos, kā arī benzīntankos būtu jābūt apgrūtinātai.

## Plaušu vēža attīstības risku noteicošie faktori

| Pacientu grupas | Riska faktori                                                                                                                                                                     | Skrīnings            |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Augsts risks    | 55-77 gadi, smēķēšanas stažs 30 vai vairāk paku gadi un atmeta smēķēšanu pēdējo 14 gadu laikā, turpina smēķēt                                                                     | Ikgadējais skrīnings |
| Augsts risks    | > 50 gadi, smēķēšanas stažs vairāk par 20 paku gadiem. Citi riska faktori, izņemot pasīvo smēķēšanu (piem. plaušu vēzis ģimenes anamnēzē, kontakts ar azbestu vai radonu un citi) | Ikgadējais skrīnings |
| Vidējs risks    | > 50 gadi, smēķēšanas stažs vairāk par 20 paku gadiem. Nav citu riska faktoru                                                                                                     | Nerekomendē          |
| Zems risks      | < 49 gadi, smēķēšanas stažs mazāk par 19 gadiem                                                                                                                                   | Nerekomendē          |

ESMO/NCCN vadlīnijas

– **Vai sabiedrības un likumdevēju pārliecīnāšanai par šādas programmas lietderību būtu labi izmantot citu valstu piemēru, kur plaušu vēža skrīninga programmas darbojas ilgstoši?**

– Tas jau notiek. Valstis, kur plaušu vēža skrīninga programmas iepriekš nav bijis, piemēram, Igaunijā, tieši pilotprojekts ar citu valstu piemēriem palīdzēja pārliecināt politiķus par šādas programmas lietderību. Ir valstis, piemēram, Austrija, kur daudz enerģijas un laika tiek veltīts, lai runātu par smēķēšanas negatīvo ietekmi. Tās valstis, kuras sāk skrīninga programmas vai to pilotprojekts, izmanto citu valstu piemēru kā atspēriena punktu savām programmām. Ja vienā valstī tas strādā un viņiem ir skaidrs aprēķins, cik maksā

skrīninga programma un kādas ir 3. vai 4. stadijas vēža pacienta aprūpes izmaksas, un cik daudz darba gadu šāds cilvēks pazaudē, kāpēc šo piemēru neizmanto?

Satrauc tas, ka plaušu audzēji kļūst jaunāki. Pirms gadiem 15, redzot veidojumu plaušās, pirmā doma bija par tuberkulozi. Tagad arī jaunam cilvēkam, redzot veidojumu plaušās, viena no pirmajām domām ir par ļaundabīgu audzēju, un apmēram pusē gadījumu tas tā arī ir. Mums nav precīzu datu par elektronisko cigarešu un ūdenspipju kaitīgo ietekmi, bet mūsu jaunieši smēķē tiešām daudz. Mēs ierobežojam cigarešu tirzniecību, bet tajā pašā laikā gandrīz katrā lielveikalā ir elektronisko cigarešu veikals. Pēc manām domām, tas ir pilnīgi nepareizi.

## Citu valstu (ASV) plaušu vēža skrīninga piemērs

50-80  
gadus veciem

ESOŠIEM  
smēķētājiem

vai

ATMETUŠIEM  
smēķēšanu pēdējo  
15 GADU LAIKĀ

Ar vismaz  
**20 PAKU GADĀ**  
smēķēšanas stažu

x = **20**  
paku gadā

1 paciņa dienā  
vai ½ paciņa dienā

20 gadus  
40 gadus

Avots: <https://www.silvercross.org/care-treatment/lung-care/lung-cancer-screening/>

## Plaušu vēža skrīninga pieredze Baltijas valstīs

Igaunijā 2022. gadā tika apkopoti plaušu vēža skrīninga veikspējas pētījuma rezultāti. Pētījumā tika iekļauti 395 iedzīvotāji, no kuriem atsaucās un skrīninga izmeklējumam veica ap 200 cilvēkiem. Plaušu vēža skrīninga kandidātus atlasīja pēc riska kritērijiem – vecums 55 – 74 gadi, smēķēšanas statuss, plaušu vēža risks pēc *PLCOM20i2noRace* kalkulatora aprēķiniem. Kandidātiem tika veikts zemas devas datortomogrāfijas (ZDDT) izmeklējums, un attēlus novērtēja divi neatkarīgi radiologi pēc specifiski izstrādāta algoritma, klasificējot atradi pakāpēs no pārliecināši labdabīgas līdz pārliecināši ļaundabīgai (*Lung-RADS*). Kopā izdevās veikt ap 200 ZDDT izmeklējumus un atklāt vienu plaušu vēža gadījumu. Vienīgajam pacientam, kuram atklāja plaušu vēzi, audzējs tika atklāts agrīni un veiksmīgi tika veikta operācija. Papildus šajā projektā tika identificēti 27 indivīdi ar neskaidrām izmaiņām plaušās. Šiem iedzīvotājiem tika nozīmēts atkārtots ZDDT izmeklējums pēc trim vai sešiem mēnešiem. Pētījumā tika secināts, ka plaušu vēža skrīnings ir īstenojams.\*

\* Tanelis Lainsārs u.c. Pētījums par plaušu vēža skrīninga veikspēju. Tallina, 2022. <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/PMfcgzGcrPGCXxzkJNcxtXwvVbPCdGcIprjector=1&messagePartId=0.1>

Avots: žurnāls *Latvijas ārsti*

Tauta.Veselība

Tauta.Veselība