

Sarunā
 piedalās:



Dr. INTS SILIŅŠ

• Torakālais ķirurgs, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionārā *Tuberkulozes un plaušu slimību centrs* Torakālās ķirurģijas un invazīvās pneimonoloģijas klīnikas vadītājs.



Dr. EVA VECVAGARE

• Onkoloģe ķīmijterapiete Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionārā *Latvijas Onkoloģijas centrs*.

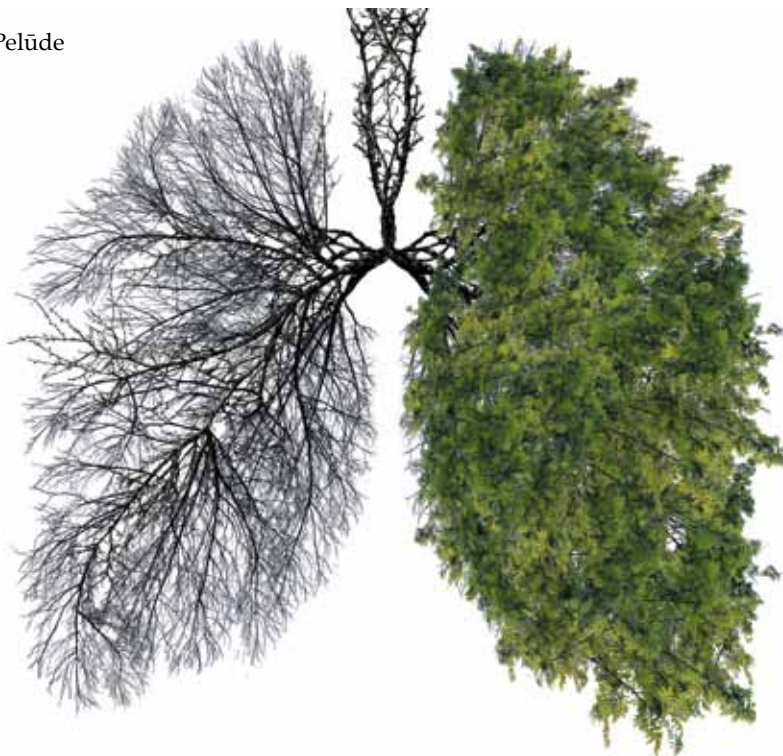


Dr. GINTA BALODE

• Pneimonoloģe, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionārā *Tuberkulozes un plaušu slimību centrs* 5. Tuberkulozes un plaušu slimību nodaļas vadītāja.

PLAUŠU VĒZIS MAINĀ DABU

♥ Anija Pelūde



«Ai, tā jau tāda vecu pīpmaņu liga...»
Lūk, šo savu pārliecību – augstprātību – noliec,
lūdzu, plauktiņā pie lietām, kas savu laiku
nokalpojušas. Dzīve mainās, laiks atvērt acis!

-Plaušu vēzis – tēma, par kuru mēs ikdienā speciāli neinteresējamies. Un tomēr, tomēr... Man personīgi zināmas divas sievietes, vienai ap 60 gadiem, otrai – 70, abas nesmēķē, visādi citādi veselīgas, foršas omītes, un abām ir plaušu vēzis. Viena ārstējusies nu jau pirms astoņiem gadiem, joprojām kopj savu skaisto dārzu. Otrai plaušu vēzis nejausi atrasts šajā pavasarī,

izoperēts, matiņi pēc ķīmijas jau atauguši, skaists ezītis, un nu viņa dosies ceļojumā uz Spāniju. Liekas – šokējoši. Plaušu vēzis taču attiecas tikai uz pīpmaņiem!

Eva Vecvagare: – Mēs neviens neesam pasargāti no šīs slimības.

Ints Siliņš: – Foršs piemērs, kā tas mainās – plaušu vēzis... Agrāk tiešām tā bija pīpmaņu, vīriešu slimība vecumā virs 60 gadiem, tagad liela daļa plaušu vēžu skar sievietes, nesmēķētājas un arvien jaunākas.

Manai jaunākajai pacientei ir 24 gadi. Atklāja plaušu audzēju nejausi, pēc dzemdībām veicot rentgenogrammu. Mainās dažādu plaušu vēžu apakštipu īpatsvars. Agrāk biežākais bija plakanšūnu vēzis, tagad pirmajā vietā izvirzījusies adenokarcinoma, un šīs ļaundabīgais audzējs vismazāk korelē ar smēķēšanu. Protams, liela daļa plaušu vēža pacientu vienlaig ir smēķētāji, bet apmēram trešdaļa ir tādi, kas nesmēķē vai nekad nav smēķējuši. Sievietēm adenokarcinoma ir pirmajā

vietā starp pārējiem plaušu vēža apakštipiem.

– Kas notiek? Kas ir citādāk nekā agrāk? Jums taču arī šīs sievietes vaicā: «Kāpēc dakter? Es taču nesmēķēju, nedzēru, un – ir...»

Ints Siliņš: – Nevieni uz šo jautājumu pilnīgi precīzi atbildēt nevar. Ārējā vide mainās... Ēdam kaut ko sliktāku... Elpojam kaut ko sliktāku...

Eva Vecvagare: – Stresojam vairāk.

Gīta Balode: – Visādas hormonterapijas sievietēm...

Ints Siliņš: – Notiek dažādas mutācijas, no kurām tikai daļu tagad sāk aptvert un saprast. Adenokarcinomām tiešām visbiežāk ir raksturīgas dažādas gēnu mutācijas. Joprojām mēs sakām, ka smēķēšana ir galvenais riska faktors, bet...

Eva Vecvagare: – Ja globāli skatās, tad smēķētāji ir visbiežākie plaušu vēža pacienti, un smēķēt nevajadzētu nekad! Nekad!

– Pilnīgi noteikti ir ļoti svarīgi plaušu vēzi atklāt sākmstadijā. Bet kā to izdarīt? Plaušu vēzis, kā noprotu, nesāp. Lielākoties to atklāj jau ielaistu, tā taču ir?

Ginta Balode: – Pirmā un otrā stadija, kuru varētu ārstēt ķirurģiski, nekādas sūdzības cilvēkam neizraisa, un viņš arī nevērsas pie ārsta, jo nav tāda iemesla. Tāpēc vienīgais veids, kā plaušu vēzi varētu atklāt šajās stadijās, ir – izmeklējamies profilaktiski. Tajā brīdī, kad jau parādās izteiktāks klepus, asins atkrēpošana, sāpes krūškurvī, jo šķidrums sakrāties plaušās, un varbūt pat izkaisījušās metastāzes citos orgānos, kaulos, tā jau ir 3. vai 4. stadija. Šādu pacientu noteikti ir vairākums, viņus es ikdienā redzu visbiežāk. Daļa pacientu ir tādi, kuriem kaut kādi ambulatorie izmeklējumi jau ir veikti, bet ir arī situācijas, kad cilvēks tik ātri līdz diagnozei nemaz nenonāk. Tāpēc es aicinātu ģimenes ārstus, lai biežāk veic vismaz krūškurvja rentgenogrammu. Protams, ne vienmēr mēs varam plaušu vēzi šādā veidā atklāt, bet vismaz kā pirmais izejas punkts tas varētu kalpot – it sevišķi, ja pacients ilgstoši smēķē un nav ilgstoši veikti nekādi izmeklējumi. Jā, tad tas varētu paātrināt tālāko diagnostiku.

Ints Siliņš: – Kādreiz pacients vai ārsts varbūt nenovērtē situāciju... Cilvēkam tiek nozīmēta kontrolizmeklēšana pēc īsāka vai ilgāka laika, un kaut kas šajā ķēdītē nobrūk... Pacients pats palaiž garām kontrolizmeklēšanu vai bieži vien

pirmajā kontrolē nekas sevišķs neparādās, un pēc tam, kad pacients nāk uz katru nākamo kontroli, arī ārsti skatās jau pielaidīgāk: «Nekas plaušās nemainās, turpinām vērot. Kaut kāds labdabīgs veidojums...» Nevienam vien ir šāds gadījums, kad vērošana novedusi pie ielaista vēža.

– Ko jūs ieteiktu tiem apziņīgajiem, kas nevēlas šādu sliktu pārsteigumu? Iet pie ģimenes ārsta un sacīt, ka gribu pārbaudīties?

Eva Vecvagare: – Jā, to vienmēr vajag darīt. Reizi gadā uztaisīt asinsanalīzes un plaušu rentģenu. Ja bīdes uzņemtas no divām projekcijām, tad izredzes ko aizdomīgu pamanīt ir. Apmēram 50 pret 50.

«Tagad liela daļa plaušu vēžu skar sievietes, nesmēķētājas un arvien jaunākas.»

Ints Siliņš: – Droši vien vēl svarīgi ir izvērtēt riska faktorus, un, kam tie ir, vajadzētu veikt datortomogrāfijas izmeklējumu plaušām. Riska faktori ir smēķēšana, pasīvā smēķēšana. Tiem, kam ģimenes locekļi smēķē vai kolēģi darbavietā.

– Ja vīrs tiek izdzīts laukā, lai smēķē tur, desmit metrus no mājas vai uz lodžijas – tā laikam vairs neskaitās pasīvā smēķēšana?

Ints Siliņš: – Nē, tad sieva nav pasīvā smēķētāja. Bet vai vienmēr vīrs pipē tikai ārā?

Vēl jāpardonā par savu stresaino dzīvesveidu. Svarīga ir iedzimtība, vai ģimenē kādam bijis plaušu vēzis. Ja ir, tas uzreiz skaitās nopietns brīdinājuma signāls. Ja cilvēks strādā vietā, kur varēt būt plaušu vēža riska faktori: ķīmija, starojumi, radona gāze. Asfalta lēģu darbs tādā ziņā ir bīstams, it sevišķi karstā laikā un nelietojot respiratoru. Tāpat, ja painītes autoservisos, cik no automašīnu krāsotājiem lieto respiratoru un lieto pareizi,

man gribas sacīt, ka droši vien tā ir mazākā daļa. Rūpniecībā notiek saskarsme ar freonu. Dažādi riska faktori ikdienā var būt. Ne vienmēr mēs rezultātā sagaidīsim plaušu vēzi, bet – jo vairāk riska faktoru, jo izredzes lielākas.

– Sacijāt par analīzēm, ka tās vajadzētu reizi gadā uztaisīt... Bet kādas?

Ints Siliņš: – Sākumā pilno asinsainu, biokīmiskās analīzes. Ja kaut kas nav lāga, droši vien var rakt dziļāk. Bet īstenībā tas ir viens no faktoriem, kāpēc plaušu vēzi atklāj vēl – agrīnī tam nav nekādu specifisku simptomu un nekādu izmaiņu analīzēs. Diemžēl plaušu vēzim nav arī konkrēta onkomarkiera, kādi ir pie citām vēža lokalizā-

cijām, kas norāda uz iespējamo audzēju... Ir marķieri, kurus mēs varam skatīties, bet tie var būt pilnīgi normāli, un vienalga izrādās, ka ir plaušu audzējs.

– Onkoloģija attīstās... Kāda ir situācija ar plaušu vēža ārstēšanu? Ir taču gaisāks skats uz nākotni?

Ints Siliņš: – Plaušu vēzis joprojām ir viens no trim izplatītākajiem vēžiem lokalizācijas ziņā. Bet, tā kā to bieži atrod vēlīnā stadijā, ja runājam par mirstību no plaušu vēža, taspārliecinoši ieņem pirmo vietu. Lielākais slepkava no onkoloģiskajām slimībām ir tieši plaušu vēzis! Tāds ir fons, kurš nemainās.

Eva Vecvagare: – Ja par agrīnu mēs uzskatām plaušu vēzi no 1. līdz 3.a stadijai, tad

pēdējos divdesmit gadus ārstēšana bija vispirms operācija un tad adjuvantā ķīmijterapija. Bet ieguvums no šīs adjuvantās terapijas bija niecīgs.

Ints Siliņš: – Proti, ja mēs tikai operētu un pēc tam nedotu nekādas zāles, tad, salīdzinot ar tiem, kurus operē un dod šo adjuvantu ķīmijterapiju, ieguvums ir apmēram pieci procenti. Ļoti maz. Pieciem procentiem ir potenciāli ilgāka dzīvildze par pieciem gadiem.

Eva Vecvagare: – Tā bija visus šos pēdējos divdesmit gadus. Vairāk nekādu ārstēšanas iespēju pacientiem ar agrīnu plaušu vēzi pēc operācijas nebija. Bet nu ir noticis pavērsiens. Šobrīd valsts kompensējamo zāļu sarakstā iekļauta profilaktiskā imūnterapija pacientiem ar plaušu vēzi agrīnā stadijā pēc operācijas un ķīmijterapijas – lai pagarinātu laiku bez slimības progresijas, lai iegūtu šos piecus dzīves gadus un daudz vairāk. Pētījumi šobrīd ir parādījuši ļoti labus rezultātus. Ja pacientam pēc operācijas audzēja šūnās konstatē receptoru PD-L1 virs 50 procentiem, tad ķīmijterapijas 3-4 kursiem seko gadu ilgs imūnterapijas kurss. Ja atrodam tā dēvēto EGFR mutāciju, tad pēc ķīmijterapijas un operācijas pacients ar agrīnu plaušu vēzi arī var saņemt profilaktisko trīs gadus ilgo mērķterapiju un dzīvot daudz ilgāk, taču šī terapija Latvijā vēl nav valsts apmaksāta.

– Plaušu vēzis atgriežas?

Eva Vecvagare: – Recidīvu biežums ir samērā augsts.

Ints Siliņš: – Protams, ir atšķirība, vai runājam par pirmo, otro vai trešo stadiju. Ja tiešām atrod audzēju pirmajā stadijā un ja to radikāli izoperē, pēc būtības nekāda adjuvantā

Plaušu vēža APAKŠTIPI

- Nesīkšūnu plaušu vēzis – aptuveni 85 % gadījumu:
 - adenokarcinoma;
 - plakanšūnu vēzis.
- Sīkšūnu plaušu vēzis. Agresīvs, ātri augošs, raksturīgs centrāls novietojums, dod metastāzes.

terapija nav nepieciešama, ārstēšana ar operāciju ir paveikta. Savukārt otrajā stadijā audzējs jau ir lielāks vai ir skarti limfmezgli plaušas saknē, tad vienmēr vajadzīga adjuvantā ķīmijterapija. Bet arī te parādās arvien vairāk jaunu medikamentu un droši vien nākotnē parādīsies vēl. Ne visās valstīs šīs zāles kompensē vienādi, bet katrā ziņā plaušu vēža ārstēšanā notiek progress.

Eva Vecvagare: – Tāpat, ja mēs runājam par vēlīnajām stadijām, kas agrāk bija faktiski nāves spriedums – neko tur īsti nevarēja prognozēt un palīdzēt –, tad tagad, ja pacientam ir audzējs ar noteikta veida mutāciju un atrod paaugstinātos receptorus, tad ir jauni mērķterapijas medikamenti, ar kuriem ārstēšanas rezultāti ir nesalīdzināmi labāki. Cilvēks dzīvos vēl piecus gadus un ilgāk, kaut gan teorētiski viņam piecu gadu dzīvildzes iespēja tuvojās nullei.

Protams, katrs gadījums ir ļoti individuāls, un diemžēl mūsu rīcībā esošais valsts atmaksāto mērķterapijas medikamentu klāsts nav pietiekams.

Par trešās stadijas plaušu vēzi... Ja tas nav operējams, un ir ārstēts ar ķīmijterapijai sekojošu staru terapiju un imūnterapiju, tad arī dzīves gadi nāk klāt. Dažkārt efekts ir tik labs, ka mēs, ķīmijterapeiti, drīz sāksim konkurēt ar ķirurģisko ārstēšanu! (*Smaida.*)

– Viena no ārstēšanas metodēm ir ķirurģija... Cilvēks tā arī dzīvo tālāk ar vienu plaušu?

Ints Siliņš: – Kaut ko zaudēt no plaušām nav okei, bet, no otras puses, cilvēkam funkcionālo spēju rezerves ir daudz lielākas, nekā var šķist. Daudz kas atkarīgs no tā, kāda iepriekš bijusi plaušu kvalitāte. Ja pacients nosmēķējis abas plaušas, tad daļu izgriežot, protams, būs grūtāk elpot, jo nekādu rezervju nav. Arī tāpēc nav forši smēķēt. Labā ziņa: mēs daudz biežāk

KAS ir KAS?

- **MĒRĶTERAPIJA** – strādā molekulārā līmenī. Bloķējot receptoru vai audzēja augšanas faktoru, tiek pārtraukta vēža šūnu augšana.
- **ADJUVAANTA ĶĪMIJTERAPIJA** – ķīmijterapija, kas tiek lietota pēc radikālas operācijas.
- **NEOADJUVAANTA ĶĪMIJTERAPIJA** – to nozīmē pacientiem, kam ir plaši izplatīts lokāls audzējs, bet nav metastāžu citos orgānos. Ķīmijterapijas iedarbībā samazinās audzēja izmēri, un pēc neoadjuvantas terapijas ķirurģam ir iespējams veikt operāciju. Ar šo terapiju vienlaikus tiek samazināts primārā audzēja metastazēšanās risks.
- **IMŪNTERAPIJA** – ar zālēm tiek aktivizētas organisma imūnšūnas, lai tās sākt apkarot vēža šūnas.

vairs netaisām lielus griezienus, daļai pacientu audzēju iespējams izoperēt ar mazināvu pieeju – to darām caur vienu atveri, grieziens ir 4–5, maksimums 6 centimetrus garš. Līdz ar to pacients daudz labāk pānes šo operāciju. Otrā tendence: ja vien iespējams, veikt orgānus saudzējošas operācijas, censties samazināt plaušu apjomu, ko izgriežam. To var panākt, veicot dažādas bronhoplastiskas operācijas vai asinsvadu plastiskās operācijas. Respektīvi, kaut ko no izņemtās plaušas tās

sistēmiskā terapija varētu dot kādu efektu. Dažreiz sākam ar sistēmisko terapiju, un tad seko lokāla terapija, kas ir ķirurģija vai starošana.

Bet kopumā ar plaušu vēzi ir traki. Ja ir šī diagnoze, iespēja, ka tu nodzīvosi piecus gadus, ir apmēram 20 procentu. Pēdējo divdesmit gadu laikā dzīvildzes rādītājs par dažiem procentiem ir uzlabojies, jo arvien vairāk parādās jaunas iespējas, un ir, jā ir, pacienti, kas izlaužas no šī vispārējā likuma. Tas ir pozitīvais stāsts.

«Plaušu vēzis var maskēties ar bronhītu, plaušu karsoni, klepu...»

pašas operācijas laikā piešūjam atpakaļ. Līdz ar to plaušu zudums ir daudz mazāks.

Ja pacientam ir ar operāciju nesavienojamas blakusslimības vai citi iemesli atteikties no ķirurģiskas iejaukšanās, tad vēža pirmās stadijas gadījumā var izmantot tādu neinvazīvu iejaukšanos kā stereotaktiskā ķermeņa staru terapiju. Tai, protams, ir savi mīnusiņi – mēs nevaram iegūt precīzu informāciju par limfmezgliem un būt absolūti pārliecināti, ka audzējs tiek pilnībā iznīcināts ar staru terapiju. Bet katrā ziņā tā ir alternatīva tādiem pacientiem, kurus nevar operēt. Savukārt, ja vēža izplatība ir tā lieta, kuras dēļ nevar operēt, tad komandā lemjam, vai

Eva Vecvagare: – Un tādu piemēru ir daudz.

Ints Siliņš: – Vēl pozitīvs stāsts, ka ir daudz lielākas iespējas atrast pareizo stadiju plaušu audzējam. Mūsu rīcībā ir precīzākas invazīvas diagnostikas iespējas: bronhoskopiju tagad veicam navigācijas kontrolē, biopsiju – ultraskaņas kontrolē. Abas šīs metodes var kombinēt. Tie ir tādi tehniskie rīki. Radioloģiskās izmeklēšanas metode pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) arī ir atšķirusi jaunu lappusi, mēs daudz precīzāk un vairāk redzam visu stāstu kopumā, varam izķert potenciāli augstākas stadijas audzējus un līdz ar to piemērot pareizāku un mērķtiecīgāku terapiju.

Kas vēl sakārtojies? Lai izvērtētu plaušu vēža slimnieku ārstēšanas taktiku, tagad notiek konsiliji. Multidisciplinārā pieeja ārstēšanai, kā mēs to smalki saucam. Kādreiz lēmuma pieņemšana balstījās uz vienu cilvēku, tagad tas notiek daudz organizētāk, kas radījis arī labāku izpratni speciālistiem, kam kādā brīdī nav bijis īsti skaidrs, kā ar plaušu vēzi jārikojas. Beidzot sakārtota arī morfoloģija, notiek gēnu sekvenēšana.

– Vārdus sakot, ja ir atklāts plaušu vēzis, tad cilvēkam ir jums jāuzticas – jūs zināt, ko un kā darīt. Lielā problēma joprojām paliek agrīna diagnostika.

Ints Siliņš. – Jā.

Eva Vecvagare: – Droši vien ģimenes ārstam vairāk jāieklaušas savā pacientā. Diemžēl nav pārāk reti stāsti, kad dakteris klepošanu ir uztvēris par kā dabisku parādību: «Klepo, klepo... Bet tu klepo arī no smēķēšanas, jo esi smēķētājs...» Man liekas, ka nevajag baidīties nosūtīt cilvēku uz datortomogrāfiju ātrāk, nevis gaidīt, kad parādīsies jau citi simptomi un viņš būs nonācis līdz plaušu vēža ceturtajai stadijai.

– Un ko darīt sievietēm nesmēķētājām, lai viņas varētu būt mierīgas, ka plaušu vēža vismaz pagaidām nav?

Ints Siliņš: – Datortomogrāfija droši vien daudz ko parāda. Mēs to redzējam pēc pandēmijas, kad ļoti daudziem tika veikta datortomogrāfija plaušām, jo – kovids, plaušu bojājums, jāpaskatās, kas tur notiek... Šādā veidā tika atrasts arī diemžēl daudz onkoloģisku pacientu. Bet šis diemžēl bieži pārvērtās par laimi, jo plaušu audzējs bija sākotnējā stadijā.

– Ar ko vēl plaušu vēzis var maskēties?

Ints Siliņš: – Bronhītu, plaušu karsoni, klepu. Pavirši nedrīkst izturēties ne pret ko! Vēl viens svarīgs moments... Cilvēkam ir plaušu karsonis, ārstēts, bet vai vienmēr tiek

veikta rentgena kontrole, lai apskatītos, ka plaušās iekaisums tik tiešām ir uzsūcies un pazudis? Bieži vien tas tiek apārstēts, bet audzējs turpina augt.

– Datortomogrāfijas aparāti arī ir dažādi. Kā saprast, kurā iestādē šo izmeklējumu veikt un kurā diezīn vai?

Ginta Balode: – Parasti uz sver, ka ir svarīgs šķēles biežums, tas tāds tehnisks parametrs. Bet šobrīd labā ziņa ir šāda: ja datortomogrāfijas izmeklējums ir veikts iestādē, kura iegūtos attēlus liek DataMed serverī, tad principā šo izmeklējumu var apskatīties jebkurš speciālists. Ir dažas medicīnas iestādes, kuras neievieto serverī šos izmeklējumus, tad mums, speciālistiem, ir grūtāk tikt pie skaidrības. Tā kā šis varētu būt viens no kritērijiem, ja pacientam jāizlemj, kurā iestādē veikt datortomogrāfijas izmeklējumu.

– Kad es varu prasīt ģimenes ārstam, lai viņš mani tomēr nosūta pie plaušu daktera?

Ginta Balode: – Mums ir Austrumu slimnīcas Tuberkulozes un plaušu slimību centra Ambulatorā daļa, uz kuru ģimenes ārsts var nosūtīt uz konsultāciju jebkuru pacientu, kurš ilgstoši klepo un kuram ir elpas trūkums, nespēks, svāra zudums, svīšana. It sevišķi, ja jau ir veikta rentgenogramma un tajā kaut kas aizdomīgs redzams. Principā plaušu slimībām raksturīgi, ka lielai daļai simptomi sakrīt. Uzreiz nevari pateikt, vai cilvēkam ir plaušu vēzis, tikpat iespējams, ka ir tuberkuloze vai kāda cita slimība. Tāpēc es aicinātu šos pacientus nosūtīt pie plaušu speciālistiem un izmeklēt.

Ints Siliņš: – Jānosūta pie speciālista arī tie, par kuriem jau runājām, – kam ir plaušu vēža riska faktori. Katrs var pāvērtēt savus riska faktorus, un, ja tie ir, tad – atkal iemesls aiziet pie speciālista.

Eva Vecvagare: – Ģimenes ārsti to arī dara. Piemēram, mana ģimenes ārste mani ļoti

pieskata. Bet katram pašam par sevi arī jāpiedomā, jāparūpējas par savu veselību.

Ginta Balode: – Mēs nodaļā bieži vien saskaramies ar to, ka pacientu ģimenes ārsts vai radiologs pa tiešo sūta pie onkologa, cilvēks piesakās rindā, pāris mēnešus gaida šo konsultāciju, biopsija nav veikta, laiks iet... Izrādās, ka ģimenes ārsts nemaz nezina kārtību, kā pacients vispār var tikt līdz diagnozei! Nezina, ka vajag vispirms sūtīt pie plaušu daktera (pneimonologa) vai pie plaušu jeb torakālā ķirurga. Mums

«Pneimonologs un plaušu ķirurgs – tie ir divi speciālisti, kas sākotnēji tiek skaidrībā ar diagnozi.»

vispirms jānoskaidro, vai tas ir plaušu vēzis, kāds paveids, un tad, ja vajadzēs, konsultēsimies arī ar onkologu.

Ints Siliņš: – Pneimonologs un plaušu ķirurgs – tie ir divi speciālisti, kas sākotnēji tiek skaidrībā ar diagnozi.

Ginta Balode: – Laba ziņa ir tāda: ja pacients nonācis līdz mums, mēs cenšamies viņu aizvadīt līdz tālākai terapijai – vai tā ir ķirurģija vai ķīmija.

Eva Vecvagare: – Kā saka, pie jums viņš nepazūd!

– Plaušu ķirurgi ir tikai Stradiņa slimnīcā un Austrumu slimnīcas Tuberkulozes un plaušu slimību centrā, pneimonologi pieejami arī citur, strādā gan ambulatori, gan reģionu slimnīcās...

Ginta Balode: – Jā, cilvēks var doties uz konsultāciju arī pie viņiem, un pēc tam, ja vajag, ambulatorie pneimonologi pacientu nosūta pie mums uz stacionāru izmeklēt papildus.

Ints Siliņš: – Protams, ka izmeklēšanas iespējas Rīgā un citur atšķiras. Kaut vai bronhoskopiju nekur vai gandrīz nekur reģionos neveic. Un kāpēc? Jo iekārtas ir pietiekami dārgas, un arī pieredzes nav.

Ir daži speciālisti reģionos, kas tīri tehniski bronhoskopiju var veikt, taču viņu pieredze ir nesalīdzināma ar to, kas notiek specializētās klīnikās, un arī iespējas ir nesalīdzināmas.

– Tātad nav aizliegts ģimenes ārstam savu aizdomīgo pacientu sūtīt tieši pie jums uz Tuberkulozes un plaušu slimību centru?

Ginta Balode: – Aizliegts nav, bet es aicinātu kolēģus piezvanīt mums, pakonsultēties, kā labāk darīt. Citreiz gadās, ka ģimenes ārsts nezina specifiskas nianšes, tāpēc cilvēks ir

pieteicies pie pneimonologa, un konsultācija jāgaida pāris mēnešus. Bet varbūt var nezaudēt šo laiku, sazināties ar mums un nosūtīt šo pacientu pa tiešo pie mums, ja ir pamatotas aizdomas, ka viņam varētu būt plaušu vēzis? Mēs nekad neesam atteikuši kolēģim padomu vai palīdzību, katrā ziņā allaž tiek meklēts risinājums.

– Tomēr visnēdzīgākā ir situācija, kad cilvēks saka: «Gāju pie ārstiem, izmeklējos... Kāpēc neviens vēzi neredzēja?» Kāpēc ir šie gadījumi?

Ints Siliņš: – Kaut vai tāpēc, ka plaušu vēzis ir viltīgs. Sākumā tam nav simptomu, tas ir grūti atklājams. Rentgenogrammā plaušu vēzis var aizdaudz kā aizslēpties – sirds, ribas, diafragma, krūškauls... Datortomogrāfijā, protams, ir labāk viss redzams, bet atkal ne vienmēr viss ir pilnīgi skaidrs.

Ginta Balode: – Sīkšūnu vēzis aug strauji, un tad tiešām var būt tā, ka cilvēks pirms neilga laika veicis rentgenogrammu

vai pat datortomogrāfiju un nekā sliktā nav bijis, un pāiet daži mēneši, atbilde: plaša izplatība.

– Plaušu vēži aug ātri?

Ints Siliņš: – Dažādi. Ade-nokarcinomām ir arī apakštipi, kas galīgi nav agresīvi – tā dēvētās neinvazīvās adenokarcinomas var augt gadiem, nekas daudz var nemainīties, pat pēc gadiem joprojām ir pirmās stadijas audzējs. Ir tādi centrālie audzēji, kas skar kādus galvenos elpceļus... Tie arī bieži vien ne datorā, ne rentgenā nav īsti redzami. Tikai tad, kad audzējs ir nosprostojis elpceļus, pamanām saplakušu plaušu, neelpojošu plaušu. Tā var būt.

Eva Vecvagare: – Tomēr daļa pacientu arī paši novelk līdz pēdējam, tāda bezatbildība par sevi...

– Nobeigumā: kas plaušām patīk?

Ints Siliņš: – Svaigs gaiss.

Ginta Balode: – Fiziskas aktivitātes. Tās ne tikai plaušām patīk, bet visam organismam.

Eva Vecvagare: – Zemapziņā neiedēsīt sliktas lietas un bailes.

Reāls gadījums: vīrs aiziet ar plaušu vēzi, un sieva pēc tam izmeklējas tik ilgi, gandrīz katru mēnesi, kamēr arī viņa sagaidīja savu plaušu vēzi. Visādi notiek.

Ints Siliņš: – Slikto nevar gaidīt, tas atnāks pats. Gaidīšana reizēm palīdz sliktajam atnākt.

Eva Vecvagare: – Tāpēc – labāk par katru dienu sakām pal-dies un dzīvojam, cik nu laimīgi vien varam būt! ♥

