

Sveikatos apsaugos viceministrė Laimutė Vaidelienė: „Pulmonologija yra viena sparčiausiai progresuojančių medicinos sričių.“



Artimiausiuose Sveikatos apsaugos ministerijos veiklos planuose numatyta įgyvendinti ne vieną priemonę, kuri padės užtikrinti greitesnę pulmonologinių ligų diagnostiką, efektyvesnį jų varginamų pacientų gydymą, geresnę sunkiausių ligonių slaugą ir priežiūrą. Gerų žinių yra ir retomis kvėpavimo sistemos ligomis sergantiems vaikams bei suaugusiesiems, kuriems sudarytos galimybės gydytis naujaisiais, neseniai į kompensuojamųjų vaistų sąrašą įtrauktais vaistais. Deja, šalies pulmonologams tenka susidurti ir su problemomis. Apie šių dienų pulmonologijos aktualijas kalbamės su sveikatos apsaugos **viceministre Laimute Vaideliene**.

Esate vaikų pulmonologijos ekspertė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Vaikų ligų klinikos docentė. Kaip vertinate šalies pulmonologijos ir alergologijos pasiekimus, esamą padėtį, lyginant su kitomis terapinėmis sritimis?

Visų medicinos sričių pasiekimai tiek šalies, tiek tarptautiniu mastu didėja, ne išimtis – ir pulmonologija bei alergologija. Šiandien yra didelės galimybės specialistams bendradarbiauti, todėl pulmonologijos medicinos srities veikla, kartu ir pasiekimai išties gan ženklūs ir reikšmingi. Šiai sričiai atstovaujantys specialistai – tiek suaugusiųjų, tiek vaikų pulmonologai – dirba naujoviškai, efektyviai, intensyviai bendradarbiauja su kolegomis iš kitų Europos šalių, todėl juntami ir rezultatai. Turiu galvoje ne tik Kauno ir Vilniaus universitetų klinikų specialistus.

Ar, Jūsų vertinimu, vaikų pulmonologijai, adekvačiam vaikų lėtinių pulmonologinių ligų gydymui ir profilaktikai šiandien skiriama pakankamai dėmesio?

Mano įsitikinimu, vaikų lėtinėms pulmonologinėms ligoms, jų diagnostikai, gydymui ir profilaktikai dėmesio tikrai nestokojama, ypač pastaraisiais metais jo nuolat daugėja. Laimei, vaikai palyginti retai serga lėtinėmis

ligomis. O dažniausios vaikų pulmonologinės ligos – astmos – diagnostika bei gydymas šiandien labai pažangūs bei efektyvūs. Specialistai nuolat atnaukina diagnostikos ir gydymo metodikas, kurios atitinka Europos bei pasaulio rekomendacijas. Gydyti vartojami patys naujausi vaistai. Pastaruoju metu itin daug dėmesio sulaukia ir reta, bet labai sudėtinga lėtinė liga – cistinė fibrozė. Ji taip pat diagnozuojama bei gydoma pagal naujausias rekomendacijas.

Deja, vaikų kvėpavimo organų lėtinių ligų profilaktikos srityje dar daug neišspręstų klausimų. Visų pirma todėl, kad kol kas sudėtinga kontroliuoti dažniausią pirminę jų priežastį – alergiją. Alergijos profilaktikos programos kol kas neduoda patenkinamų rezultatų niekur pasaulyje, o alerginių kvėpavimo takų ligų nuolat daugėja. Taigi astmos pirminė profilaktika – tebėra didelis iššūkis, bet gretutinių alerginių ligų (pvz., alerginio rinito) gydymas bei apsauga nuo astmos paūmėjimų daugumai vaikų ligą leidžia gerai kontroliuoti.

Kokie šiandienos iššūkiai svarbiausi pulmonologijai?

Vienas svarbiausių šiandienės vaikų pulmonologijos iššūkių neabejotinai yra retos ligos, ir pirmiausia – vaikams diagnozuojama cistinė fibrozė. Na, o kalbant apie suaugusiųjų gydymo iššūkius, pirmiausia norėtusi

išskirti onkologines ligas, jų ankstyvą diagnostiką ir gydymą. Kitas labai svarbus klausimas – pagalbos lėtiniam ligoniams organizavimas namuose. Daugėja ventiliuojamų ligonių, daugėja ligonių, kuriems taikoma deguonies terapija namuose, todėl tokios sudėtingos būklės pacientų priežiūra, jų nuolatinė slauga namuose pulmonologijos specialistams išties yra didelis iššūkis. Kartu tenka pripažinti, jog šitie dalykai (t. y. tokių ligonių priežiūra namuose – aut. pastaba) Sveikatos apsaugos ministerijoje kol kas nėra tiksliai reglamentuoti, nors yra pacientų (tiek vaikų, tiek suaugusiųjų), kuriems slaugyti namuose taikoma tiek invazinė, tiek neinvazinė ventiliacija. Ekonomiškai stipriose pasaulio šalyse yra suburtos specialistų komandos, kurios ligonius namuose prižiūri, slaugo, moko kitus šeimos narius, kaip su jais elgtis, kaip juos prižiūrėti. Mes tokios tarnybos kol kas neturime, bet pirmieji žingsniai jau žengti. Šeimos gydytojai ir bendruomenės slaugytojos lanko pacientus namuose, tačiau jiems suteiktų kompetencijų dažnai nepakanka. Sveikatos apsaugos ministerijoje sudarytos dvi darbo grupės. Viena jų rengia ligonių su tracheostoma priežiūros namuose aprašą, kita – ventiliuojamų ligonių priežiūros namuose aprašą. Kitaip sakant, nuolatinė tokių ligonių priežiūra namuose yra sudėtinga, transportavimas iki gydymo įstaigos komplikotas, o specialistų (vaikų ir suaugusiųjų pulmonologų, intensyviosios pagalbos gydytojų) pagalbos prireikia dažnai. Šiuo metu specialistai savo iniciatyva kartais vyksta į namus. Todėl norima tokią paslaugą įteisinti – įdiegti ir aprašyti specialistų konsultacijų pacientų namuose apimtį.

Kokias vaikų ir suaugusiųjų pulmonologijos ateities strategines veiklos kryptis išskirtumėte? Kas laukia universitetinių pulmonologijos centrų?

Kaip minėjau, pulmonologija neabejotinai yra viena sparčiausiai progresuojančių medicinos sričių ir, kalbant apie suaugusius pacientus, pirmasis, svarbiausias, uždavinys – kuo efektyvesnė kova su plaučių vėžiu ir lėtine obstrukcine plaučių liga (LOPL). Vis dar aktuali tuberkuliozė – nors šia liga sergančių pacientų ir mažėja, bet vaistams atsparios tuberkuliozės atvejų yra dar labai daug. Na, o vaikų amžiaus grupėje – svarbiausios retos ligos. Nors šių ligų gydymas yra reglamentuotas, komandinis darbas su tokiais pacientais ir apskritai su lėtinėmis plaučių ligomis sergančiais šalies gyventojais vis dėlto galėtų būti plėtojamas labiau. Europos Komisija yra akcentavusi būtent retų ligų ankstyvosios diagnostikos ir gydymo svarbą, tačiau jos vis dar vadinamos „našlaitėmis“. Universitetiniai pulmonologijos centrai būtent ir yra tos vietos, kur retomis ligomis sergantys pacientai yra gydomi, konsultuojami. Europos Komisija skatina retų ligų kompetencijos centrų steigimą. Universitetinių retų ligų gydymo centrų, skirtų vaikams gydyti, sukūrimui jau skirta ES struktūrinių fondų lėšų, taigi procesas išibėgėja.

Kaip manote, ar pulmonologų prieinamumas, šiuolaikinių gydymo priemonių pasirinkimas šalyje yra tolygus?

Vaikų pulmonologo konsultacijos prieinamos kiekviename rajone, jau nekalbant apie suaugusiųjų pulmonologus. Taigi pulmonologų prieinamumas šalyje, mano įsitikinimu, yra adekvatus. Esant reikalui, sudėtingi pulmonologiniai ligoniai konsultuojami pulmonologijos centruose. Čia specialistai vykdo ir onkologinę priežiūrą, jų pareiga, kompetencija ir atsakomybė – diagnozuoti onkologinę ligą ir parinkti tinkamiausią gydymą. Problema nebent ta, kad onkopulmonologinių ligų paplitimas Lietuvoje yra didelis ir toliau auga. Kas tą lemia? Pirmiausia – rūkančiųjų skaičiaus didėjimas, kas tiesiogiai siejama su itin sunkios ligos – plaučių vėžio – plitimu. Statistika šokiruoja: Europoje apie 79 proc. berniukų ir apie 70 proc. mergaičių iki 16 metų yra surūkę bent po vieną cigaretę. Panašūs skaičiai fiksuojami ir Lietuvoje (2014 metų duomenimis, apie 74 proc. jaunų žmonių iki 16 metų jau žino tabako skonį). Beje, rūkančio jaunimo mūsų šalyje daugėja (2007 metais vaikų iki 16 metų, kurie buvo bent kartą užsirūkę, skaičius siekė 71 proc.).

Kaip vertinate Lietuvos pulmonologų parengimą, praktinę, mokslinę, klinikinę veiklą tiek Lietuvos, tiek tarptautiniame kontekste?

Mano įsitikinimu, visų šalies gydytojų, taip pat ir pulmonologų, parengimas yra pakankamai gero lygio. Visa Europa mūsų specialistus priima išskėstomis rankomis – tik atvažiuokite dirbti! Vis dėlto reikia pasakyti, kad pulmonologija greitai plečiasi, atsiveria daug naujų gydymo galimybių, tampa labiau prieinama sudėtinga diagnostikos įranga, todėl specialistams reikia ir naujų įgūdžių, kompetencijų. Vadinasi, gydytojai turi būti labai atsakingai ruošiami, rezidentūros ir podiplominės specializacijos studijos turi būti nuolat tobulinamos, specialistai turi mokytis visą gyvenimą. Tiesa, daugumoje Europos šalių pulmonologijos rezidentūra trunka ilgiau nei pas mus. Lietuvoje pulmonologijos rezidentai mokosi 4–5 metus, o Europoje – 5 ar 6 metus. Tačiau, nepaisant šio skirtumo, manau, kad mūsų pulmonologų parengimas yra tikrai geras. Kita vertus, nemažai mūsų šalies pulmonologų yra įvairių Europos pulmonologų draugijų nariai, jie dažnai vyksta į rengiamus kongresus, kur taip pat gauna naujausių žinių, kaupia patirtį, mokosi. Nemažai mūsų šalies pulmonologų priklauso Europos respiratologų draugijai, Europos alergologų ir klinikinių imunologų draugijai, kelia savo kvalifikaciją tarptautinėse mokslinėse konferencijose, tarptautiniuose mokymuose, skaito pranešimus, pristato mokslinius darbus ir pan. Tenka apgailėstauti, kad Lietuvoje mokslinius darbus jaunieji specialistai dažniausiai atlieka be papildomo finansavimo. Nepaisant to, universitetų



Mūsų regione aktualiausias - lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL), tuberkuliozė ir plaučių vėžys (suaugusiųjų grupėje), o vaikų – astma. Manau, šioms ligoms gydyti valstybė lėšų tikrai netaupo. Antai 2014 metais LOPL gydyti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto buvo skirta 4,4 mln. eurų; astmos gydymas valstybei pernai atsiėjo 8,4 mln. eurų

centruose vyksta aktyvus mokslinis darbas, geriausioms idėjoms įgyvendinti pavyksta gauti paramą tarptautinėse draugijose, dalyvaujama tarptautiniuose projektuose.

Kokios pulmonologinės ligos Lietuvos regionui yra aktualiausias? Koks valstybės požiūris į jų efektyvesnį gydymą? Kaip manote, ar pakankamai skiriama lėšų sunkiausioms pulmonologinėms ligoms gydyti, vaistams kompensuoti?

Mūsų regione aktualiausias – lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL), tuberkuliozė ir plaučių vėžys (suaugusiųjų grupėje), o vaikų – astma. Manau, šioms ligoms gydyti valstybė lėšų tikrai netaupo. Antai 2014 metais LOPL gydyti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto buvo skirta 4,4 mln. eurų; astmos gydymas valstybei pernai atsiėjo 8,4 mln. eurų. Tai sudaro 6 proc. visų lėšų, skirtų ambulatoriniam vaistų ir medicininių priemonių kompensavimui, – išties nemaži pinigai! Už šią sumą pernai buvo išrašyta kompensuojamųjų vaistų maždaug 30-čiai tūkst. LOPL sergančių pacientų ir apie 60-čiai tūkst. astma sergančių pacientų. Norėčiau pabrėžti, jog daugiausia valstybei kainuoja (pagal vaistų išrašymą) antihipertenzinių vaistų kompensavimas, truputį mažiau – cukrinio diabeto gydymas, o trečiojoje vietoje yra pulmonologinės ligos. Kitaip sakant, kompensuojamųjų vaistų, skirtų pulmonologinėms ligoms gydyti, prieinamumas yra geras. Tarkime, astmai gydyti kompensuojami visi naujausi vaistai, kurie skiriami ir kompensuojami kitose Europos šalyse. Be to, į rinką ateina vis naujų vaistų: 2014–2015 metais į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašą buvo įtraukti penki nauji vaistai nuo LOPL (*Acclidinium bromidum*, *Glyco-*

pyrronii bromidum, *Indacaterolum at Glicopyrronium*, *Umeclidinum*, *Umeclidinum et Vilanterolum*). Plaučių ir bronchų vėžio (tai dažniausia onkologinė liga, sudaranti apie 8 proc. visų piktybinių navikų) gydymo išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms pernai siekė 2,6 mln. eurų. Be to, pernai į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašą įrašytas naujas vaistas (*Pemetrexed*). Dabar Privalomojo sveikatos draudimo taryba diskutuoja dėl biologinio vaisto plaučių vėžiui gydyti (*Bevacizumab*) įrašymo į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų sąrašą. Taigi manau, kad kompensuojamųjų vaistų, skirtų onkopulmonologinėms ligoms gydyti, prieinamumas yra geras, ligoniai gauna tuos vaistus, kurie jiems reikalingi. Beje, komisija šiuo metu svarsto klausimą dėl dviejų inovatyvių vaistų (*Pirfenidone* ir *Nintedanib*), skirtų idiopatinei plaučių fibrozei gydyti, kompensavimo. Šios retos, bet sunkios ligos gydymo galimybės iki šiol buvo ribotos, bet artimiausiu metu situacija turėtų pasikeisti į gerąją pusę. Tai būtų didžiulis žingsnis į priekį.

Dar viena šiandien pulmonologų akcentuojama problema – miego apnėjos sukeliama kvėpavimo sutrikimai, jos neigiamas poveikis širdies ir kraujagyslių sistemai. Tuo susirūpino net Europos Taryba. Ar šio sveikatos sutrikimo diagnostikos ir gydymo algoritmas prieinamas neuniversitetinėse gydymo įstaigose?

Miego laboratorijoje diagnozuoti miego apnėją nėra sudėtinga, tik bėda, kad tokių sertifikuotų laboratorijų mūsų šalyje nėra daug, jos veikia universitetinėse ligoninėse bei dar keliose įstaigose. Pastaraisiais metais atsirado galimybė įsigyti mini miego laboratorijos įrangą, tinkančią patikrai bei pirminei diagnostikai. Ji akivaizdžiai pagerintų miego apnėjos diagnostikos galimybes neuniversitetinėse gydymo įstaigose. Kad miego apnėja susijusi su ne vienu sveikatos sutrikimu, žinoma seniai, miego apnėjos neigiamas poveikis organizmo sistemoms yra akivaizdus, tuo ištis susirūpinusi ir Europos Taryba, kuri jau yra pasiūliusi spręsti klausimą dėl privalomo vairuotojų sveikatos tikrinimo (jei būtų diagnozuota miego apnėja, žmogus negalėtų vairuoti). Būtent dėl šios direktyvos Sveikatos apsaugos ministerijoje yra buriama darbo grupė, kuri spręs visus su vairuotojų sveikatos tikrinimu susijusius klausimus. Nors toks sprendimas dar nepriimtas, jis jau tikrai ne už kalnų.

Dar vienas pulmonologų „galvos skausmas“ – retos ligos. Kokias galimybes laiku gauti efektyvų gydymą kompensuojamaisiais naujais vaistais turi ligoniai, sergantys retomis plaučių ligomis?

Apie retas ligas jau kalbėjau. Tai suaugusiųjų idiopatinė plaučių fibrozė, taip pat cistinė fibrozė (tai daugiau

vaikų liga, tačiau gerėjant diagnostikai bei gydymui, dauguma jų pasiekia suaugusiųjų amžių). Šiai ligai gydyti Ligų ir kompensuojamų vaistų A sąraše įrašyti antibakteriniai sisteminiai vaistai, mukolitikai, virškinimo fermentai, selektyvieji beta 2 adrenoreceptorių blokatoriai. 2014 m. PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiems vaistams cistinei fibrozei gydyti sudarė apie 400 tūkst. eurų. Atrodo, nelabai didelė suma, bet reikia turėti galvoje, kad tokių sveikatos sutrikimų kamuojamų ligonių šalyje yra apie šimtas. Noriu pabrėžti, jog retų ligų reglamentavimas yra nuolat tobulinamas. Šiuo metu Sveikatos apsaugos ministerijoje kaip tik rengiami teisės aktų pakeitimai, kuriuose bus aiškiai reglamentuota vaistų, skiriamų retoms ir labai retoms ligoms gydyti, įsigijimo išlaidų ir kompensavimo tvarka. Taip retomis ligomis sergančių pacientų aprūpinimas reikiamais vaistais taps dar geresnis, o gydymas – efektyvesnis.

Viena dažniausiai gydytojų praktikų įvardijamų problemų – ligų gydymo metodikų, algoritmų, kuriais būtų galima vadovautis, sukūrimo strategijos nebuvimas. Antai plaučių embolijos diagnostikos ir gydymo gairių išleistos net keturios versijos per keletą metų. Gydytojui sunku susigaudyti, kuri redakcija aktualiausia, kuria vadovautis. Kokia SAM pozicija šiuo klausimu?

Gydymo metodikas rengia mokslinės draugijos ir bent jau pulmonologijoje nesu girdėjusi, kad dėl to būtų kilę daug bėdų ar problemų. Yra parengtos tiek LOPL, tiek onkologinių plaučių ligų, tiek alerginių kvėpavimo organų ligų (astmos bei alerginio rinito) gydymo rekomendacijos, dirba ir Kauno, ir Vilniaus mokslininkai, taigi problemos lyg ir nėra. Jei tokių rekomendacijų yra ne viena, be abejo, jos gali šiek tiek skirtis, bet didesnių neatitikimų tikrai nėra. Juk jos rengiamos atsižvelgiant į pasaulines rekomendacijas. Kita vertus, Sveikatos apsaugos ministerija Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšomis rengia Lietuvai unifikuotas diagnostikos ir gydymo metodikas vaikų ir suaugusiųjų svarbiausioms ligoms. Planuojama parengti per 100 vaikų ligų gydymo metodikų. Neliks nuošalyje ir suaugusiųjų gydymo metodikos. Kai tokios bendros metodikos bus parengtos, gydytojams dirbti ištis bus kur kas lengviau.

Kokios lėtinėmis plaučių ligomis sergančių pacientų gydymo ir stebėjimo kompetencijos bus deleguojamos bendrosios praktikos gydytojams?

Siekiant trumpinti pacientų eiles, gerinti gydymo paslaugų prieinamumą bei tų paslaugų kokybę ir tobulinant suteiktų medicinos paslaugų apmokėjimo tvarką, gydytojais pradėti skatinti už kuo geresnius gydymo rezultatus, o kartu – ir už kuo aktyvesnę lėtinėmis ligomis (tarp jų ir lėtinėmis pulmonologinėmis ligomis) ser-

gančių gyventojų priežiūrą. Taigi bendrosios praktikos gydytojams pulmonologų deleguota funkcija pirmiausia yra lėtinių ligonių nuolatinė priežiūra. Paaiškinsiu konkrečiau: specialistas nustato ligą ir gydymą paskiria universitetiniame centre, tačiau nuolatinės priežiūros funkcija yra deleguojama šeimos gydytojui. Pastarasis sprendžia, kada pacientą vėl siųsti pasikonsultuoti pas specialistą dėl gydymo keitimo ir pan. Beje, jau metus veikia atnaujinta dispancerinio stebėjimo sistema, pagal kurią lėtine liga sergantis pacientas per vienerius metus nuo 1 iki 4 kartų (priklausomai nuo ligos bei jos sunkumo) pas specialistą gali patekti be siuntimo. Bendrosios praktikos gydytojais už gerus darbo rezultatus, siekiant kuo efektyviau valdyti lėtines ligas, yra skatinami materialiai. Pavyzdžiui, papildomai mokama už palankesnius hospitalizavimo dėl astmos rodiklius – kuo mažiau pacientų dėl ligos paūmėjimo papuola į ligoninę, tuo geresnė tokių ligonių priežiūros kontrolė, taigi ir didesnis šeimos gydytojo materialinis skatinimas. Beje, skatinimo rezultatai jau juntami: 2014 metais, lyginant su 2012 metais, astma sergančių ligonių buvo hospitalizuota daugiau nei perpus mažiau (2014 m. – 3,8 proc., o 2012 m. – 7,8 proc. nuo viso astmos ligonių skaičiaus). Be abejo, šiems rodikliams įtakos turėjo ir gerėjančios gydymo galimybės. Šeimos gydytojams deleguojama visų lėtinių pulmonologinių ligonių priežiūra namuose bei profilaktikos priemonių, stengiantis suvaldyti ligą ir išvengti jos paūmėjimų, taikymas.

Esame girdėję, kad ligonių kasų ekspertai ne vienai poliklinikai skyrė baudą už tai, jog šeimos gydytojas vaistus astma sergantiems pacientams išrašė nenusiuntęs pasikonsultuoti pas specialistą. Jei ligonio būklė stabili, koks tikslas gaišti laiką ir leisti PSDF pinigus nereikalingoms konsultacijoms?

Specialisto konsultacija šiuo atveju reikalinga bent kartą per metus – kad būtų galima įvertinti paciento kvėpavimo funkciją, spirometrijos duomenis, atlikti kitus mėginius, suteikti pacientams informacijos apie gydymo naujoves ir paūmėjimų profilaktiką bei pan. Taip pat verta patikrinti inhaliuojamųjų vaistų vartojimo techniką. Nesvarbu, kad pacientas jaučiasi gerai, – kartais savijauta, atrodo, nesikeičia, bet jos pokyčius galima pamatyti vertinant atliktų tyrimų rezultatus. Taigi lėtinėmis pulmonologinėmis ligomis sergantys pacientai bent kartą per metus turėtų apsilankyti pas specialistą, kad šeimos gydytojas toliau galėtų tinkamai kontroliuoti ligos eigą ir paciento būklę. Juolab, kad kvėpavimo funkcija kartais prastėja labai pamažu, žmonės, o ypač vaikai, greitai prie tokios būklės prisitaiko, teigia, kad jaučiasi gerai, ir tik gilesni tyrimai parodo nepakankamą gydymo efektyvumą.

Kalbėjosi V. Grigaliūnienė