

RESÜMEE

Kasvajate süsteemravi

Dr Helis Pokker, Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Kasvajate süsteemravi (medical oncology) väga kiiresti arenev onkoloogia alaeriala, seda eriti viimasel 10-15 aastal. Tulenevalt kiiretest arengutest, on tekkinud vajadus ka vastavalt spetsialiseerunud onkoloogide järele. Juba 1960 aastal tunnustati USA-s kasvajate süsteemravi kui onkoloogia alaeriala, EU-s iseseisva erialana 2011 aastal.

Rahvasuus on ikka veel käibel nn keemiaravi arsti mõiste, kuigi ammu enam ei ole vähivastases medikamentoosuses ravis kasutusel ainult keemiaravi ehk tsütostaatilised preparaadid, vaid ka bioloogiline ravi, märklaudravi, immuunravi, hormoonravi jm. Täppisonkoloogia on jõudnud igapäeva praktikasse. Kaasaegse raviga on kaugelearenenud kasvaja staatus muutunud: kiirelt kulgevast fataalsest haigusest on paljude paikmete osas saanud krooniliselt kulgev haigus.

Juba 20 sajandi varastes algusaastates täheldas John Hopkinsi kliiniku kirurg William Steward Halsted, et vähki ei saa alati välja ravida ainult kirurgiat kasutades. Metastaasid võivad tekkida algkoldest eemal isegi aastate möödudes. Vähk on humoraalne süsteemne haigus, mis vajab süsteemset ravi.

Esmakordselt kasutati tsütostaatilist preparaati (foolhappe analoogi) Bostoni Lastehaiglas 1947 aastal laste ägeda lümfoidse leukeemia ravis ja seda ravi kroonis edu – kinnitus süsteemravi kontseptsioon. Sellest hetkest sai tsüstostaatikumide areng kiire hoo ning üksteise järgi tõestasid oma efektiivsuse mitmed ravimid, mis ka täna igapäevaselt kliinikus kasutusel.

Kasvajate süsteemravi on enamasti ravimeetodiks kaugelearenenud kasvajakorral. Kindel koht on ravimeetodi kasutamisel tervistaval eesmärgil (hematoloogilised kasvajakorral, osad soliidtuumorid) ja adjuvantravina radikaalse kirurgilise ravi järgselt. Üha enam rakendatakse süsteemravi ka enne operatsiooni, et vähendada kasvaja mahtu ning elimineerida mikrometastaase. See annab võimaluse tervistavalt ravida lokaalselt levinud kasvajakorral, mis varasematel aastatel operatsioonilauale ei jõudnudki. Samuti on üha suurenev kasutus koos kiiritusraviga.

Teaduse areng ning uute sihtmärgistatud ravimite väljatöötamine on toonud uue ajastu-personaliseeritud vähiravi ajastu. Paljudes ravivalikutest on määravaks kasvaja (ja ka patsiendi) molekulaarseid ja geneetilised iseärasused. Ravi eelselt teostatakse kasvajakorral molekulaarne tüpiseerimine ning tulemustest lähtuvalt valitakse konkreetne toimiv ravim. Eesmärgiks on parem ravitulemus ja parem ravi talumine (soodsam kõrvaltoimete profiil).

Viimasel paaril aastal on kõikide onkoloogide meeli ärevil hoidnud immuunravi areng. Immuunravi uuringud on leidnud uued võimalused, kuidas kasutada organismi enda immuunsüsteemi võitluses kasvajakorral. Esimesed tulemused on rõõmustavad ning esimesed sellist tüüpi ravimid on registreeritud ja jõudnud ka kliinikusse. Probleemiks on uute ravimite väga kõrge hind, mis takistab nende ravimite laialdasemat kasutuselevõttu.

Süsteemravi maht on pidevalt suurenev – ühelt poolt on põhjuseks kasvajakorral haiguste esinemissageduse tõus, kuid teiselt poolt ka kaugelearenenud kasvajakorral haigete pikem elulemus ning raviperioodid. Eesti Haigekassa andmetel sai eelmisel aastal ravi üle 6000 patsiendi.

5 aastaga on ravi saavate patsientide arv peaaegu kahekordistunud. Umbes 80% ravikuuridest viiakse läbi ambulatoorselt. Üha rohkem ravimeid on suukaudsed - patsiendid ei pea viibima sageli haiglas, vaid saavad olla raviperioodi kodus lähedaste keskel.

Metastaatilise haiguse ravi võib kesta aastaid, ägenemiste ja stabiilsemate perioodidega.

Seetõttu on väga oluline onkoloogide ja perearstide koostöö kogu raviperioodi vältel.