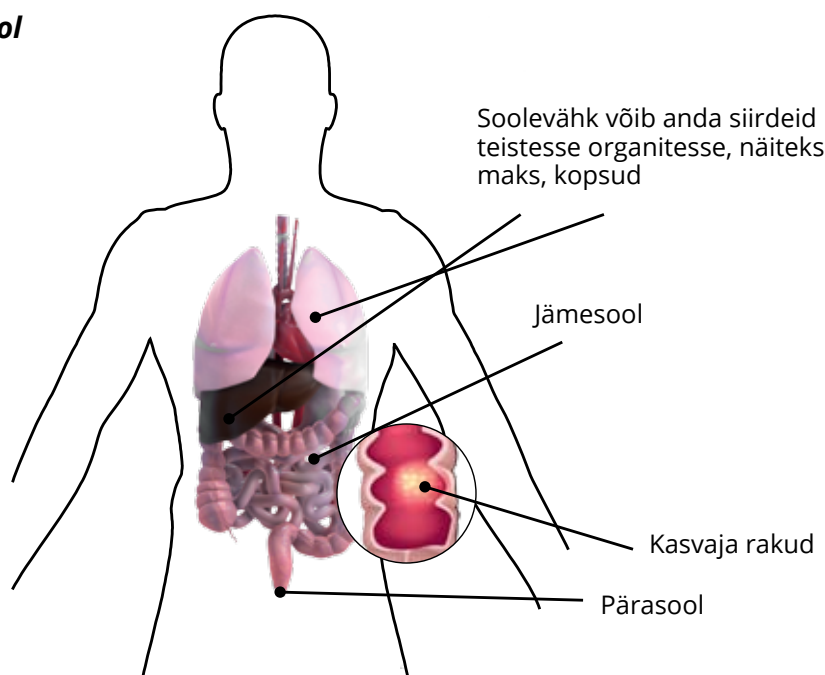


# Jämesoolevähi sõeluuringu infomaterjal

## Mis haigus on jämesoolevähk?

Jämesool on peensoole lõpust pärakukanalini ulatuv soole osa, mis jaguneb umbsooleks, käärsooleks ja pärasooleks. Jämesooles imenduvad vesi ja mineraalsoolad ning jõuavad lõpule seedeprotsessid.

**Joonis 1. Jämesool**



Jämesoolevähk on enamasti limaskestast kasvaja alguse saanud pahaloomuline kasvaja, mis paikneb jämesooles. Enamik jämesoolevähkidest tekib astmelise vähitekkeprotsessi tulemusena algselt healoomulistest polüüpidest.

Kahjuks on jämesoolevähi esinemissagedus Eestis aasta-aastalt kasvanud. Uute jämesoolevähi haigestumise juhtude arv on suurenenud 680 juhult 2000. aastal 924 juhuni 2013. aastal. Seega võib andmete kontrollimiseks-koristamiseks kuluvat ajanihet arvesse võttes väita, et praegu haigestub Eestis jämesoolevähi igal aastal peaaegu 1000 inimest. Esmahaigestumus on suurim üle 70-aastaste seas.

Eesti Vähiregistri andmetel on ligikaudu 40 protsenti esmasjuhtudest diagnoosimisel lokaalses

### TÄHTIS TEADA

Jämesoolevähk on sageli esinev haigus, mis ohustab peaaegu võrdselt nii naisi kui ka mehi. Eestis haigestub jämesoolevähi igal aastal peaaegu 1000 inimest.

staadiumis ja 27 protsenti juhtudest kaugsiirete staadiumis. See tähendab, et ligi kolmandikul juhtudest on haigus juba metastaseerunud ehk levinud soole algkoldest teistesse elunditesse (maks, lümfisõlmed, kopsud). See muudab ravivalikud keerukamaks nii patsiendile kui ka arstile.

## Miks jämesoolevähk tekib?

Jämesoolevähi teke on astmeline ja mitme teguri koosmõjust sõltuv protsess. See tähendab, et vähi tekkeks on vajalik mitme põhjusliku mõjuri enamasti aastatepikkune koostoime. Astmeline protsess peegeldab elu jooksul omandatud mutatsioonide teket ja kuhjumist.

Algselt on tegemist soole limaskestast healoomulise kasvaja muutusega. Aja jooksul võib toimuda aga healoomulise muutuse ehk polüübi suurenemine ja ehituslik teisenemine.

Kõik polüübid ei arene soolevähiks. Võimalik on ka polüüpide taandareng, kuid umbes iga kahekümnes polüüp areneb edasi ja temast võib tekkida vähk.

## JÄMESOOLEVÄHI RISKITEGURID

- Jämesoolevähi esinemissagedus on kõige suurem just vanematel inimestel (oluline riski suurenemine alates 50. eluaastast). Mida kõrgem on keskmine eluiga ja mida rohkem on elanikkonnas vanemaid inimesi, seda suurem on oodatav esinemus.
- Lisaks vanusele on jämesoolevähi olulised riskitegurid toitumisharjumused, eelnevate healoomuliste jämesoolekasvajate ehk polüüpide olemasolu, jämesoolevähi esinemine lähisugulastel (näiteks üks jämesoolevähi või olulise polüübi juhtum lähisugulasel kahekordistab riski) ning ülekaalulisus.
- Riski suurendab ka suitsetamine, samuti liigne punase liha söömine. Samas pole viimase teguri ühetähenduslik põhjuslikkus kvaliteetsetes teaduslikes uuringutes lõplikult tõestatud. Inimestel, kes liiguvad rohkem ja tarvitavad väiksema kalorisaldusega toitu, on jämesoolevähi tekkimise risk natuke väiksem.
- Riski suurendavad muu hulgas teatud kaasuvad haigused ja eelnevad operatsioonid – inimestel, keda on kas polüübi või jämesoolevähi tõttu eelnevalt opereeritud, on natuke suurem jämesoolevähi risk.
- Kolmveerand jämesoolevähi juhtudest esinevad harva ja ilma nähtava geneetilise põhjusega. Umbes 25 protsenti jämesoolevähi juhtudest on perekondlikud ehk eeldatavasti pärilikud, aga seejuures ei pruugi täpne geenidefektide arv, paiknemine, iseloom ja mehhanism teada olla. Umbes 2–5 protsendi juhtude puhul on tõestatud, et nad on konkreetsetest geenimuutustest tingitud.

### TÄHTIS TEADA

**Jämesoolevähi tekkimise risk suureneb alates 50. eluaastast.**

Tavaliselt on vähi tekkeprotsess aeglane. Arvatakse, et vähieelsete muutuste tekkest kuni vähi väljakujunemiseni kulub vähemalt 10–15 aastat.

On olemas geneetilised sündroomid, mida iseloomustab vähi ebatavaliselt kiire teke – näiteks Lynchi sündroom ehk pärilik mittepölvüpoosne jämesoolevähk, mille korral võib vähk tekkida tavapärasest oluliselt kiiremini, näiteks eelnevalt visuaalselt terve soole limaskestal aasta-kahe jooksul.

Polüübid võivad tekkida ka noorematel inimestel – eriti, kui kaasneb pärilik eelsoodumus. Kuid enamasti kasvab polüüpide esinemissagedus 50-aastastel ja vanematel. Erinevatel andmetel leitakse uuringut tehes umbes viiendikul 50-aastastest soolest mingisugune polüüp.

Polüüpide esinemise tõenäosus on naistel meestega võrreldes mõnevõrra väiksem. Ilmselt on põhjuseks nii soospetsiifilised kui ka keskkonnafaktorid. Meestel kipub olema

rohkem kahjulikke harjumusi, nad on keskmiselt vähem terviseteadlikud, pööravad endale vähem tähelepanu ja pöörduvad hiljem arsti poole. Väga spekulatiivne on hormonaalse fooni roll – naistel võivad pakkuda mõningast kaitset naissuguhormoonid.

Kuna polüüp tekib ka elustiilifaktorite kuhjumisest, võib spekulatsioonide, et terviseteadliku käitumise korral neid ei tekiks. Samas on geneetiliste mutatsioonide kogunemine paratamatu vananemisega kaasas käiv protsess.

## JÄMESOOLEVÄHI TEKKIMISE RISKI VÄHENDAVAD TEGURID

Uuritud on ka tegureid, mis jämesoolevähi haigestumise riski vähendavad. Näiteks mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite (muu hulgas aspiriini, tselekoksiibi jt) kasutamine, kolesteroolitaset alandavate ravimite kasutamine, liikuv eluviis ja normaalne kehakaal. Ka östrogenide ja kaltsiumipreparaatide kasutamine vähendab mõnevõrra jämesoolevähi riski.

Mittesteroidsete põletikuvastaste preparaatide efektiivsus polüüptide vältimisel ja ka taandarengul on tõestatud, kuid küsimus on kõrvaltoimetes näiteks mao limaskestale ja südame-veresoonkonnale. Lisaks on seni veel piiratud teadmised täpsetest annustest ja ravi kestusest.

## Jämesoolevähi tunnused

Jämesoolevähk on aeglase ja astmelise tekkeprotsessiga ning varasele soolevähile on omane sümptomite puudumine. Suhteliselt pikk peiteperiood pakub head võimalust kasvaja varaseks avastamiseks. Varakult tuvastatud ja korrektselt eemaldatud polüüp ehk healoomuline näärekasvaja hoiab ära jämesoolevähi tekke.

Kaebusi põhjustab jämesoolevähk siis, kui kasvaja on väga suur või ka soolest väljapoole levinud. See võib tähendada ravitulemuste halvenemist ja ravi muutmist keerulisemaks. Samas oleks paikne ehk ainult sooleseinaga piirduv jämesoolevähk ohutult ja heade tulemustega lihtsamini ravitav.

Jämesoolevähi iseloomulikeks sümptomiteks on veritsus pärasoolest, muutunud sooletegevus (kõhukinnisus, aeg-ajalt tekkiv kõhulahtisus, valulik pakitsus/tugev roojamis- või urineerimisvajadus, mis ei pea viima roojamisele või urineerimisele), kõhu- või seljavalu, aneemia, patsiendi või lähedaste poolt kompides tunda olev kasvaja.

Enne kaebuste tõttu arsti poole pöördumist võib vähk olla pindmisest lokaalsest vormist edasi levinud ehk andnud siirdeid teistesse organitesse.

Jämesoolevähi ravi edukuse prognoosi määrab sooleseina ja regionaalsete lümfisõlmede haaratuse ulatus ning kaugsiirete ehk teistes organites paiknevate haiguskohtade olemasolu või puudumine.

Polüübid jagatakse teatud kriteeriumite alusel eri potentsiaaliga gruppidesse. Üldine reegel sätestab ohtlikumana rohkem kui sentimeetrise läbimõõduga polüübi. Teine riskinäitaja on polüübi histoloogiline ehk mikroskoopiline pilt – villoosse komponendi ja düsplaasia astme suurenemisel suureneb oht polüübi üleminekuks jämesoolevähiks. Ka polüüptide arv ja paiknemise muster sooles on seotud erineva riskiga.

Üldine reegel ütleb, et kõik vähemalt sentimeetrise või suurema läbimõõduga polüübid tuleb ravida ehk täielikult eemaldada.

Teatud suurusest on vähkkasvajal potentsiaali anda ka algkollet ümbritsevate lümfisõlmede siirdeid ja kaugsiirdeid – viimast juhtub algava jämesoolevähi korral õnneks üliharva.

### TÄHTIS TEADA

Varases arengustaadiumis soolevähile on omane sümptomite puudumine. Pigem kipub kaebusi põhjustama sooleseinas ulatuslikumalt või ka soolest väljapoole levinud jämesoolevähk.

# Haiguse diagnoosimine

Jämesoolevähi diagnoosimiseks tehakse kas väljaheitetestidel põhinev uuring (peitvere test) või soole visualisatsioonil põhinev uuring (koloskoopia).

## PEITVERE TEST

Enim kasutatakse peitvere testi, sest see on lihtne, kiire, ohutu ja odavam. Peitvere testi on võimalik kodus teha. Soolestiku peitvere test on oluline just jämesoolevähi varajaseks avastamiseks. Peitvere test võimaldab varakult tuvastada võimalikku soolestiku peitverd ehk haigusseisundit.

Peitveri on veritsus seedetraktist, mis on patsiendile teadmata (isegi 100 ml ööpäevas võib jääda märkamatuks). Ka terved inimesed eritavad väljaheitega igapäevaselt verd (0,5–1,5 ml 24 tunni jooksul).

Seedetrakti veritsuse mittekasvajalised põhjused võivad olla aspiriin, mittesteroidsed põletikuvastased ravimid, igemehaigus, gastriit ja ösofagiit, gastroduodenaalsed haavandid, vaskulaarsed ektaasiad, hemorroidid, portaalne hüpertensiivne gastropaatia, parasiidid seedetraktis. Aspiriin ja antikoagulantravi võivad põhjustada veritsust, kuid tavaliselt nii vähe, et see ei põhjusta positiivset peitvere leidu.

Kasvaja tõttu tekkiv veritsus võib olla vahelduv ning veri võib olla roojas ebaühtlaselt jaotunud. Seetõttu on vaja võtta väljaheiteproov mitmest kohast ning vahel ka mitmel korral.

Kui õigesti tehtud uuring näitab väljaheites peitvere olemasolu, tuleb edasi minna koloskoopiauuringule.

## KOLOSKOOPIA

Koloskoopia on jämesoole endoskoopia, mis võimaldab arstil uurida jämesoolt painduva torukujulise videokaameraga varustatud instrumendi ehk endoskoobi abil. Uuring võimaldab leida silmaga nähtavaid haiguslikke muutusi jämesooles.

Koloskoopia on täpsem kui jämesoole röntgenuuring ning võimaldab vajadusel võtta uuringu käigus biopsiaid ehk koeproove, mida hiljem saab mikroskoobiga uurida. Koloskoopia on väga oluline ning kvaliteetne uuring, mis annab kõige kindlama vastuse.

## Miks osaleda sõeluuringus?

Ideaalne sõeluuring on selline, mis hoiab ära vähi tekke. See on esmane ennetus.

Teadusuuringud näitavad, et jämesoolevähi sõeluuring on efektiivne, võimaldades avastada jämesoolevähi varasemas staadiumis või enne selle tekkimist, st vähieelses seisundis, kui inimesel on väikese või suure riskiga polüübid. Seega diagnoositakse sõeluuringu tulemusena rohkem polüüpe ja I–II staadiumi jämesoolevähi ning vähem III–IV staadiumis jämesoolevähi.

Jämesoolevähi haigestumise ja suremuse vähendamiseks on mitmes riigis kasutusel rahvastikupõhised sõeluuringuprogrammid. Enamikus riikides on sõeluuringu meetodina kasutatud peitvere testi, võttes koloskoopia appi vaid positiivse testivastusega inimestel. Lisaks on peitvere test tundlikum just suurte polüüpide ja algavate vähkide korral.

Eesti on praegu üks viimaseid riike Euroopas, kus jämesoolevähi sõeluuringut seni veel ei olnud, samas on see programm ka mujal riikides võetud kasutusele suhteliselt hiljuti.

Eesmärgiga hinnata jämesoolevähi sõeluuringu rakendamise mõju rahvastiku tervisele ja sellega seotud tervishoiukulusid, tellis haigekassa Tartu Ülikooli tervishoiu instituudilt tervistehnoloogiate hindamise raporti „Kolorektaalvähi sõeluuringu kulutõhusus“.

Eesti kulutõhususe raport võrdles erinevaid testimeetodeid ja leiti, et kõige efektiivsem

on kasutada esmalt peitvere testi ja kui leitakse proovist peitverd, järgneb koloskoopia.

Seega valiti Eestis jämesoolevähi sõeluuringu meetodiks peitvere test, millele järgneb vajadusel koloskoopia. Sõeluuringusse kaasatakse 60–69-aastased inimesed.

Sõeluuringu käivitamisega on Eestis kümne aasta jooksul võimalik sõeluuringus osaleva inimrühma kohta ära hoida 33–74 jämesoolevähi surmajuhtu ja võita 60–69-aastaste inimeste peale kokku 71–136 kvaliteetset eluaastat.

Sõeluuringuga on võimalik vähendada suremust jämesoolevähki 13–33 protsenti, kuid sõeluuring ei avalda mõju üldsusele. Eestis on aastas 750 uut jämesoolevähi juhtu ja kuigi vähkkasvajate seas on ta selle näitajaga kõrgel kohal, moodustab see üldsusest ikkagi väikese osa.

Sõeluuringud on üldiselt tõhusad siis, kui nendes osaleb piisav hulk riskirühma kuuluvaid inimesi. Euroopa kvaliteedijuhendid ütlevad, et minimaalne osalemismäär peaks olema 45 protsenti ja soovitatav on 65 protsenti – siis on loodetav tulu uuringust kättesaadav.

Sõeluuring on vabatahtlik ja haigekassa peab oluliseks kindlustatute informeerimist nii sõeluuringu positiivsetest kui ka negatiivsetest aspektidest. Tänu infomaterjalidele, teavitust- ja selgitustööle saab patsient teha teadliku valiku.

Jämesoolevähi sõeluuringus on väga oluline roll esmatasandi arstiabil. Tänu sellele loodetakse jõuda iga patsiendini, sest lisaks koju saadetud kutsele saab ka pereõde patsiendile meelde tuletada, et ta on sõeluuringu sihtrühmas, ning jagada talle selgitusi. Nii mõnigi perearst on kinnitanud, et soovib kindlasti jõuda kõikide patsientideni – kui sihtrühma kuuluv inimene ka uuringust keeldub, siis on see tema informeeritud ja teadlik valik.

Võimalike küsimuste korral tasub esmalt pöörduda oma perearsti poole. Perearst nõustab ja selgitab, kui oluline on uuringus osalemine ja mis hakkab edasi toimuma. Perearst nõustab patsienti kogu protsessi vältel ja vastab tekkinud küsimustele.

### **TÄHTIS TEADA**

**Jämesoolevähi sõeluuring on efektiivne, võimaldades avastada jämesoolevähki varasemas staadiumis või enne selle tekkimist, st vähieelses seisundis, kui inimesel on väikese või suure riskiga polüübid.**

## **Kuidas toimub sõeluuring?**

Sõeluuringus osalevad 60–69 aastased ravikindlustustatud mehed ja naised iga kahe aasta tagant.

Sõeluuringu esimesel aastal alustatakse ühe aasta vanuserühmaga. 2016. aastal on planeeritud sõeluuringus osalema 1956. aastal sündinud 60-aastased inimesed. Igal aastal lisandub üks vanuserühm.

Vähi sõeluuringute register kogub andmeid rahvastikuregistrist, vähiregistrist ja tervise infosüsteemist ning moodustab sõeluuringu sihtrühma.

Pereõde vastuvõtul saab patsient peitvere testi tegemiseks vajaliku komplekti. Komplektis on test, infomaterjal, ankeet ja makstud vastusega ümbrik, kuhu on peale trükitud labori aadress.

Perearstikeskusesse on vastavalt sihtrühma suurusele toodud sõeluuringuks vajalikud peitvere testi komplektid ja koloskoopiaeelseks soolepuhastuse protseduuriks vajalikud ravimid (lahtistid).

Perearsti infosüsteemis avatakse patsiendi haiguslugu ja koostatakse saatekiri analüüsile.

Patsient teeb vastavalt juhiste peitvere testi (joonis 2) ning täidab komplektis olnud ankeedi, kuhu peab märkima kuupäeva, millal peitvere testi jaoks väljaheiteproov võeti. Seejärel

tuleb test makstud vastusega ümbrikus laborisse saatmiseks posti panna.

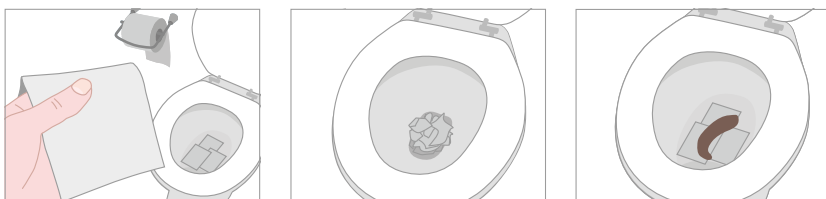
Vastus tuleb postitada nii kiiresti kui võimalik (soovitavalt samal päeval). Kuni postitamiseni tuleks proovinõud võimalusel hoida külmkapis. Proov säilib + 2 kuni + 8 °C juures kuni seitse päeva ning toatemperatuuril kuni kolm päeva. See tõttu ei tohiks proovi võtta ning proovinõud postitada reedeti, nädalavahetustel ning riiklikel pühadel.

## TÄHTIS TEADA

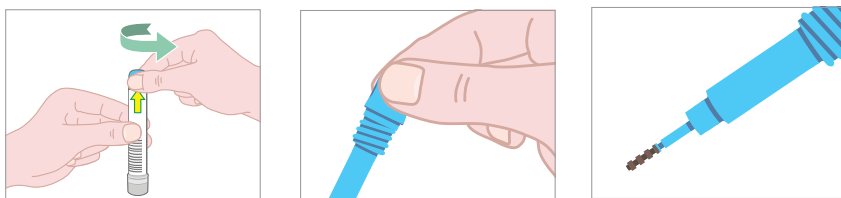
Sõeluuringus osalejatele saadetakse rahvastikuregistris olevale aadressile posti teel perearsti nimel kutse. Kutses on info, et sõeluuringus osalemiseks vajaliku peitvere testi komplekti saab inimene kätte oma perearstikeskusest ja tal on vaja end registreerida pereõe vastuvõtule.

### Joonis 2. Kasutusjuhend peitvere testi tegemiseks

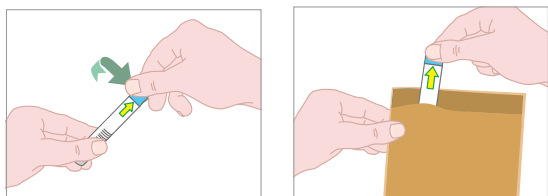
1. Peitvere testi jaoks väljaheiteproovi võtmiseks ei ole eelnevad toitumisalased piirangud vajalikud.
2. Väljaheiteproov tuleb võtta puhtasse nõusse või puhtale paberile. Väljaheiteproov ei tohi kokku puutuda tualettpotis oleva veega. Veega kokkupuutumise vältimiseks võite asetada WC-potti paraja koguse tualettpaberit või panna WC-poti prill-laua alla puhta kile. Juhul kui väljaheiteproovis on näha verd või on tegemist kõhulahtisusega, oodake proovivõtuga järgmise korrani.



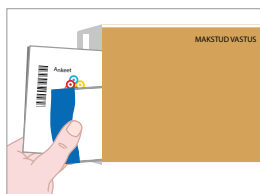
3. Keerake proovinõult kork ja võtke nõu sees oleva pulgaga väljaheite kolmest erinevast kohast proov.



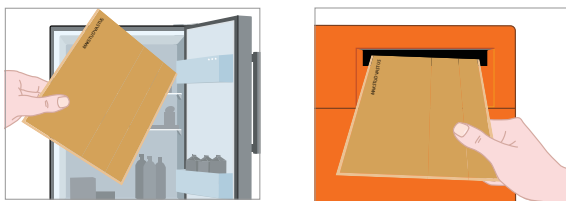
4. Asetage pulk proovinõusse tagasi ning sulgege keermega kork tugevalt.



5. Täitke kindlasti komplektis olnud ankeet, kuhu märkige proovi võtmise kuupäev ja kellaaeg.



6. Pange proovinõu koos täidetud ankeediga makstud vastusega muliümbrikusse.
7. Saatke ümbrik laborisse nii kiiresti kui võimalik. Proovinõud võib säilitada külmkapis (+ 2 kuni + 8 °C juures). Proov tuleb postitada 24h jooksul.

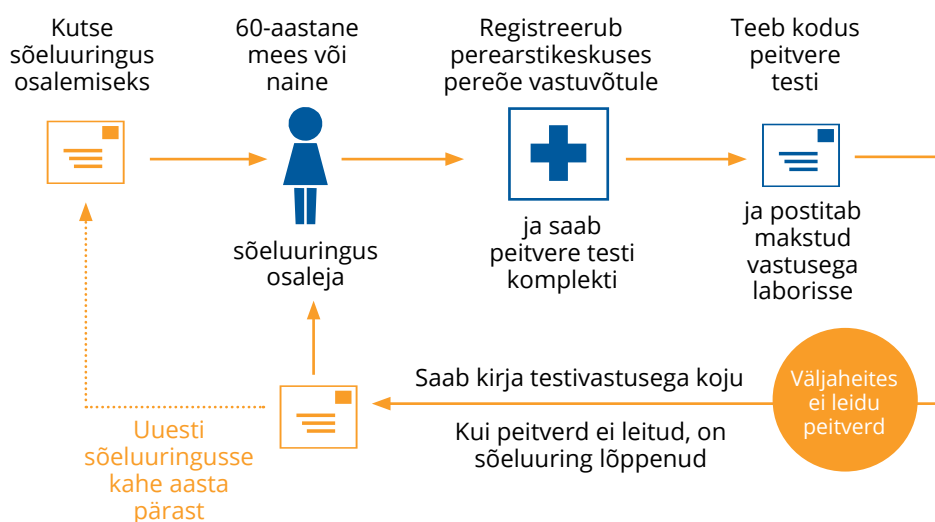


8. Proovi säilivusaeg ei ole pikk, seetõttu ei tohiks proovi võtta ning postitada reedeti, nädalavahetustel ning riiklikel pühadel.

Kui proov on jõudnud laborisse, tehakse seal analüüs ja täidetakse tervise infosüsteemis vastus.

Kui test on negatiivne, saadetakse Teile koju sellesisuline teade ja kutsutakse kahe aasta pärast uuesti sõeluuringus osalema.

**Joonis 3. Sõeluuringus osalemine, kui peitvere test on negatiivne**



Kui test on positiivne, saadetakse patsiendile kiri, kus on info täiendava uuringu vajalikkuse kohta ja kutse külastada uuesti perearsti. Perearst koostab saatekirja sõeluuringu koloskoopiasse ja annab patsiendile koju kaasa lahtisti koos kasutamissoptusega.

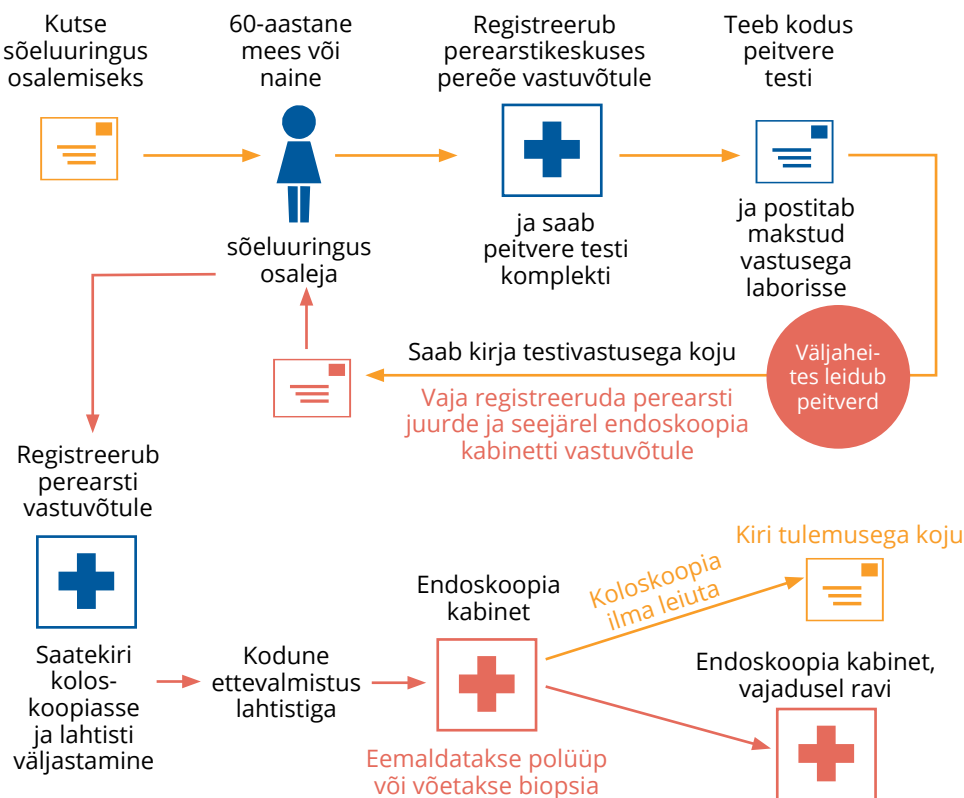
Patsient registreerib end kas telefoni teel või digiregistratuuri kaudu sõeluuringu koloskoopiat tegeva endoskoopiakabineti protseduurile.

Endoskoopiakabinetis teeb eriarst koloskoopia. Vajadusel võetakse koloskoopia käigus biopsia(d) või eemaldatakse polüübid, mis saadetakse histoloogilisele uuringule. Eriarst paneb patsiendile vastuvõtuaja 30 päeva pärast.

Juhul kui patsient ei pöördu kokkulepitud ajal vastuvõtule, võetakse temaga endoskoopiakabinetist ühendust.

Järgneval vastuvõtul otsustab koloskoopiat tegev arst histoloogiavastuse põhjal, millist ravi patsient vajab ning annab vajadusel saatekirja onkoloogile või kirurgile.

#### Joonis 4. Sõeluuringus osalemine, kui peitvere test on positiivne



## Kuidas valmistuda koloskoopiaks?

Koloskoopia läbiviimiseks peab jämesool olema roojast puhas. Soole puhastamiseks kasutatakse suu kaudu võetavaid loputuslahuseid. Soole põhjalik ettevalmistus on oluline eelkõige seetõttu, et halvasti ettevalmistatud sool on arstile tehniliselt keeruline halva nähtavuse tõttu.

48 tundi enne koloskoopiat on soovitatav väikese kiudainesisaldusega dieet. Söögiks sobib näiteks keedetud või aurutatud valge kala, keedetud kana, munad, juust, sai, margariin, küpsised, kartul. Ei soovitata süüa kiudainerikkaid toite nagu punane liha (loomaliha, sealih, lambaliha), punane kala (lõhe, forell), puuviljad, juurviljad, seemned, pähklid, täisteratooted.

Koloskoopiale eelneval päeval tuleb hommikusöök valida eelmisel päeval lubatud toitude seast. Seejärel ei tohi kuni koloskoopiani süüa, aga peab piisavalt jooma (näiteks teed, kohvi, gaseeritud või tavalist vett, puljongit), samuti on lubatud tarretised ja jäätis. Kohvile ja teele võib lisada soovi korral piima.

Soole koloskoopiaks ettevalmistamisel tuleb juua sooleloputuslahust vastavalt tootja soovitatud annustamis- ja manustamisviisile ning vastavalt sellele, kas koloskoopia tehakse hommikupoolsel või õhtupoolsel ajal.

Loputuslahuse joomisel on soovitatav püsida kodus tualeti läheduses, sest vajadus kasutada tualettruumi võib tekkida kiiresti.

Vahel võib inimestel olla probleeme joodava loputuslahuse kogusega (u neli liitrit) ja loputuslahuse soolaka maitsega, mis mõnel patsiendil võib põhjustada iiveldustunnet. Abi on sellest, kui juua lahust jahedana või lisada maitseks näiteks mahla.

Tähelepanelik peab olema ka mõne ravimiga. Rauatablettide võtmise peab lõpetama nädal aega enne uuringut. Aspiriini võtmist kuni 100 mg päevas võib jätkata. Näiteks varfariinravi võib ohutult lõpetada 3–4 päeva enne koloskoopiat ja jätkata kohe pärast koloskoopiat.



Uuringu läbiviimiseks tuleb lamada selili või keerata vajadusel paremale või vasakule küljele. Koloskoop viiakse päraku kaudu jämesoolde ning õhuga jämesoolt laiendades on võimalik vaadelda jämesoole limaskestast. Vajadusel süstitakse enne uuringut veresoonde (veeni) ravimit, mis aitab lõõgastuda. Uuringu ajal võib soolevenituse tõttu tekkida mõningane ebamugavustunne.

Koloskoopia kestab sõltuvalt soolelingude paiknemisest kõhukoopas ja nende vahel olevaist liidetest 30–40 minutit või vahel ka kauem.

Pärast koloskoopiat saab patsient jätkata oma argielu. Kuna jämesool on uuringu eel väga puhtaks tehtud, ei pruugi järgmisel päeval tekkida roojamisvajadust.

Koloskoopia vastunäidustuseks võivad olla ägedad südame- ja kopsuhaigused, soolemulgustus, soolesulgus, tugev verejooks, song ja muu seesugune. Otsuse, kas patsient võib minna koloskoopiasse või oleks mõistlikum see protseduur edasi lükata, teeb perearst.

## **Sõeluuringuga kaasnevad ohud**

Sõeluuringuga kaasneb alati mõningane risk. Seda eriti neil kahekümnendikul uuritutest, kellele on vaja teha endoskoopiline uuring ehk koloskoopia.

Peitvere testi tegemisega otsest tervisekahju ei põhjustata, kuid iga sellise sõelumismeetodiga kaasneb alati oht valepositiivsete ja valenegatiivsete tulemuste saamiseks. Valepositiivse tulemuse korral läheb inimene edasi koloskoopiasse, millega kaasneb tervisekahju risk.

Koloskoopiprotseduuriks ettevalmistamisega seotud kõrvalnähtud on puhitustunne ja kõhuvalu. Koloskoopias põhjustatud tüsistusi esineb harva (neid on uuringute järgi kuni viiel protsendil patsientidest). Tüsistuste tekkeriski vähendab asjaolu, et sõeluuringute läbiviijateks on valitud suure koloskoopiakogemusega arstid.

Koloskoopiprotseduuriga on eelkõige seotud veritsuse ja/või soolemulgustuse tekkimise risk nii ettevalmistus- kui ka teostamisaastis. Verejooks, mis võib tekkida pärast biopsia võtmist, on minimaalne ega vaja vereülekandeid või operatsiooni. Jämesoole seina perforatsiooni ehk soolemulgustuse tekkimisel võib aga operatsioon vajalikuks osutuda.

Koloskoopial tekkinud verejooksu esineb 1,64 juhul 1000st, soolemulgustusi 0,85 juhul 1000st ja surma 0,074 juhul 1000 inimese kohta.

Koloskoopias tingitud tervisekahju risk on suurem kaasuvate haigustega ja eakatel patsientidel. Riski maandamiseks külastab positiivse peitvere testi vastusega patsient enne koloskoopiasse minekut oma perearsti, kes saab hinnata patsiendi tervislikku seisundit.

Valenegatiivse peitvere testi korral võib aga juhtuda, et inimesele oleks tegelikult vaja teha koloskoopia, kuid seda ei tehta. Samas on sõeluuringuks valitud peitvere test just oma tundlikkuse tõttu väga hea meetod, mis peaks andma üpris täpsed vastused.

Lisaks võib eriarst (koloskopist) patsiendi jaoks olulist muutust (ohtlik polüüp, vähk) mitte märgata. Põhjused võivad peituda endoskoopias, halvas soole ettevalmistuses või patsiendipoolsetes faktorites. Seda probleemi võib ette tulla kuni kahel juhul 100 protseduuri kohta.

Teoreetiliselt suurendab riski juba arsti juurde minek – ka ootus ja hirm sõeluuringu ning järgmise sõelumise ees paari aasta pärast koos ebameeldiva vastuse võimalikkusega võivad saada stressiallikaks ja põhjustada vaimse elukvaliteedi halvenemist.

## **Jämesoolevähi ravi**

Vähemalt sentimeetrise läbimõõduga polüübid tuleb avastamisel kindlasti eemaldada. Oluline on polüübi eemaldamise kvaliteet – kui see on eemaldatud täielikult ehk terve te kudede piires, siis on polüübi uuesti tekkimise risk äärmiselt väike. Seda eeldusel, et

tegemist on healoomuliste muutustega. Kui tegemist on düsplaasia ehk vähieelse seisundi või vähiga, siis võib polüüp pärast eemaldamist tagasi tulla.

Jämesoolevähki opereeritakse kas kirurgiliselt (avatud meetodil suure kõhulõike kaudu) või laparoskoopiliselt (kõhuõõne vaatlemine laparoskoobi abil läbi naha ja lihaste tehtud väikese lõike kaudu).

Jämesoolevähi kompleksses ravis on olulisel kohal ka kiiritusravi ja keemiaravi. Need parandavad koos kirurgilise raviga haiguse lokaalseid ravitulemusi. Teatud juhtudel on patsiendid kiiritusravi ja keemiaravi tulemusel terveks saanud ka ilma kirurgilise ravita.

Viimastel aastatel on jämesoolevähi ravivõimalused oluliselt edasi arenenud.

Tänapäevased teadmised ja kogemused võimaldavad kirurgiliselt ravida ka kaugele arenenud jämesoolevähki, millel on siirded teistes organites, näiteks maksas või kopsus. Esi-mene edukas maksasiirete kirurgiline eemaldamine viidi läbi juba 1952. aastal. Nüüdseks on siiretega jämesoolevähi kirurgiline ravi muutunud nende patsientide jaoks igapäevaseks, kelle üldseisundile ja kaasnevate haiguste profiilile kirurgiline ravi sobib. Kirurgilise ravi edukust eelnimetatud näidustustel on suurendanud ka kirurgilise ravi rakendamine kombineerituna arenenud keemiaraviga.

Lisaks räägitakse jämesoolevähi puhul üha rohkem ka immunoloogilisest tingitusest. See, kas kasvaja allub immuunsüsteemi kontrollile või mitte, sõltub paljuski peremeesorganismi immuunstaatusel ja kasvaja iseloomust. See määrab omakorda suures osas jämesoolevähi üldised ravitulemused.

Kirurgiline tehnika on muutunud oluliselt säästlikumaks. Kirurgilise ravi, ka avatud kirurgilise ravi traumaatilisus on vähenenud, operatsioonijärgne taastumine on oluliselt kiirenenud. Kasutusel on kiirendatud operatsioonijärgse taastumise programmid, mis võimaldavad patsiendile kiirema ja ohutuma tagasituleku igapäevategevuste juurde.

Pärasoolevähi korral õnnestub üha rohkematel juhtudel taastada soolepidevus ja vältida stoomi (kirurgilisel teel tehtud avaus kõhu eesseinal, mille kaudu roe või uriin väljuvad tahtele allumatult kõhule selleks otstarbeks kleebitud kogumiskotti) loomist.

Varem tähendas pärasoolevähi kirurgiline ravi kuni pooltele patsientidele vajadust tehisliku päraku järele. Tänapäeval on selliste juhtude osakaal oluliselt vähenenud, ulatudes enamasti 10–25 protsendini kõigist ravitud pärasoolevähiga haigetest.

Jämesoolevähi keemiaravi on viimase 20 aasta jooksul väga palju arenenud. Jämesoole keemiaravisse on tulnud hulgaliselt uusi nn täppisravimeid, mis on parandanud haiguse kontrollimise võimalusi.

Keemiaravi tervistav efekt ei ole oluliselt paranenud, aga haiguse kontrolli aeg on 20 aasta taguse ajaga võrreldes muutunud umbes neli-viis korda pikemaks – poolest aastast keskmiselt kolme aastani.

Seega on jämesoolevähk muutumas krooniliseks ja ravi vajavaks, aga pikkade aastate vältel kontrollitavaks haiguseks.

#### **TÄHTIS TEADA**

**Traditsioonilise kirurgilise ravi ja laparoskoopilise kirurgilise ravi efektiivsus on võrdne. Mõlemad on enam-vähem võrreldavate tulemustega olukorras, kus laparoskoopia tegemiseks on olemas piisav protseduuriga seotud kogemus.**

\*\*\*

**HAIGEKASSA KLIENDITELEFON (+372) 669 6630**

**www.haigekassa.ee, e-post: info@haigekassa.ee**

**PEREARSTI NÕUANDELIIN 1220**