

Tauta un Veselība



BRĪNUMRECEPTI MEKLĒJOT

Kāpēc ir tik maz specifisku zāļu sirds mazspējas ar saglabātu kreisā kambara izviedes frakciju ārstēšanai.

5. lpp.



ATKLĀT LAIKUS

Cik lielā mērā plaušu vēža skrīnings var palīdzēt atklāt šo ļaundabīgo slimību agrīni. Kāda ir citu valstu pieredze?

18. lpp.

Kas mainīsies?

Vai Latvijā ir vajadzīgs plaušu vēža skrīnings.



Foto: Shutterstock

ZELTA STANDARTS

Vērtīgā ehokardiogrāfija.

2. lpp.



JAUNA DZĪVE

Sirds transplantācijas iespējas.

6.–7. lpp.



ĀRSTĒ SĀPES

Kā pacientiem palīdzēs algologs.

8. lpp.



KRŪTS VĒZIS

Biežākais ļaundabīgais audzējs sievietēm.

21. lpp.



Ehokardiogrāfija – diagnostikai un kontrolei

ILONA NORIETE

Dažkārt sirds anomālijas vai slimības nerada īpašas sūdzības. Tas var būt ļoti bīstami, jo tādējādi dažādas kaites var piezagties nemanāmi, pārsteigt mūs negaidīti un izsaukt ļoti smagas sekas. Tādēļ pat mazāko aizdomu gadījumā, bet bieži vien arī profilaktiski, ir nepieciešams veikt sirds izmeklēšanu. Šim nolūkam lieti noderēs ehokardiogrāfija (EHO), kas ļauj noteikt dažādus sirds parametrus – anatomisko struktūru, kambaru un priekškambaru izmērus, to saraušanās spēju, sirds sienīņu biezumu u.c. EHO dod iespēju arī izvērtēt sirds muskuļa funkcionālo stāvokli, diagnosticēt iedzimtas un iegūtas sirdskaites un saņemt dažādus citus datus par sirds veselību.

Vairāk par ehokardiogrāfijas piedāvātajām iespējām un šī izmeklējuma sniegtajiem ieguvumiem pacientu veselībai mūsu sarunā ar Rīgas 1. slimnīcas un Profesora Skrides Sirds klīnikas ārsti kardiologi, ehokardiogrāfijas speciālisti **Kristīni Balceri**.

– Kas ir ehokardiogrāfija, un kam šo pārbaudi nozīmē? Kā notiek izmeklējumus?

– EHO ir neinvazīva sirds izmeklēšana ar ultraskaņu. Tā ir pilnīgi nekaitīga, un tai nav vajadzīga nekāda iepriekšēja sagatavošanās. Cilvēka ikdienu nemainās, viņš visu dara kā parasti, ieskaitot nozīmēto zāļu lietošanu. EHO var veikt arī grūtniecēm, bērniem.

Izmeklējuma laikā pacients atrodas guļus stāvoklī, tikmēr ārsts ar ultraskaņas zondi, izmantojot īpašu gēlu, iegūst sirds attēlu ekrānā un veic mērījumus, kas parāda sirds spēju nodrošināt asinsapgādi organismā. Svarīgi, ka ultrasonogrāfijas tehnoloģijas veido kustīgu attēlu, ļaujot ārstam novērot sirds muskuļa darbību, novērtēt vārstu izskatu, asins plūsmu caur tiem, kā arī veikt virkni precīzu mērījumu. Izmeklējums parasti ilgst 20 līdz 40 minūtes.

– Kad būtu jāveic ehokardiogrāfija?

– Nereti pirmais EHO izmeklējums ir veikts jau bērnībā. Ja tā nav, tad to var izdarīt jebkurā vecumā, lai noskaidrotu sirds veselības rādītājus. EHO jāveic, ja pacients jūt sirdsklauves, neritmisku sirdsdarbību, viņam ir paaugstināts asinsspiediens, ja slodzes laikā sirds apvidū jūtamas sāpes vai diskomforts. Par šī izmeklējuma vajadzību signalizē arī elpas trūkums, izmaiņas kardiogrammā,



Foto: No Profesora Skrides Sirds klīnikas arhīva

Kristīne Balceri: «EHO izmeklējuma laikā tiek iegūts daudz datu par sirds struktūrālo stāvokli un funkciju. Iegūtais attēls ir dinamisks, tiek noteikti asins plūsmas mērījumi. Lai kvalitatīvi veiktu izmeklējumu, jāzina sirds anatomija, fizioloģija, jāizprot hemodinamika, jo katrā klīniskajā situācijā ir savi parametri, kuriem jāpievērš īpaša uzmanība.»

tāpat, ja ārsts saklausa trokšņus sirdī vai sirds tonu izmaiņas. EHO veicams arī cilvēkiem ar diabētu, vairogdziedzera disfunkciju, plaušu slimībām. Vēl jāatgādina, ka par sirds veselību ieteicams pārliecināties cilvēkiem ar samazinātu slodzes noturību un pirms intensīvu treniņu uzsākšanas vai atsākšanas. Savukārt regulāras EHO pārbaudes (reizi gadā vai ik pēc trim līdz sešiem mēnešiem) ārsti nozīmē pacientiem pēc sirds infarkta, ar plaušu hipertensiju, vārstu disfunkciju, ar iedzimtām sirdskaitēm un sirds mazspēju, kā arī pēc sirds operācijām.

– Ja pacientiem kādu iemeslu dēļ nevar veikt slodzes testu veloergometriju (VEM), viņiem nereti nozīmē stresa ehokardiogrāfiju. Ar ko šāds izmeklējums atšķiras no parastās EHO?

– Stresa EHO izmeklējumam ir plašākas indikācijas, bet pati pārbaude nozīmē, ka iegūtais sirds attēls tiek analizēts slodzes laikā. Izmeklējumu var veikt gan fiziskas slodzes laikā, gan izmantojot ātras un īsas darbības medikamentus, kas paātrina pulsu. Mērķis ir noskaidrot, vai slodzes apstākļos nav traucēta un nepasliktinās sirds muskuļa funkcija. Visbiežāk šis izmeklējums nepieciešams pacientiem ar koronāro arteriju slimību, lai precizētu sirds muskuļa dzīvotspēju un izvēlētos labāko turpmāko ārstēšanas taktiku. Ar šo metodi nereti nepieciešams novērtēt vārstu bojājuma smagumu pirms sirds operācijām, kā arī slodzes ietekmi plaušu hipertensijas pacientiem. Atšķirībā no parastās ehokardiogrāfijas divas dienas pirms stresa EHO nevar lietot zāles, kuras ietekmē pulsu. Izmeklējuma laikā pieraksta elektrokardiogrammu (EKG) un mēra asinsspiedienu.

– Parasti sirdi izmeklē caur krūškurvi no ārpusēs (transtorakāla ehokardiogrāfija). Kādos gadījumos tiek izmantota transezofageāla ehokardiogrāfija (TEE), kad izmeklējumu veic caur barības vadu?

– TEE laikā barības vadā tiek ievadīta endoskopiska ultraskaņas zonde. Šāds risinājums ļauj iegūt precīzāku atsevišķu sirds struktūru attēlu, kuras standarta EHO laikā nav iespējams tik labi novērtēt. Lai varētu veikt šo izmeklējumu, cilvēkam jābūt tukšā dūšā (nevar ēst vismaz piecas sešas stundas pirms pārbaudes). Tā kā izmeklējuma laikā var tikt izmantoti nomierinoši medikamenti, uzreiz pēc tā nedrīkst vadīt auto. Ja pacients lieto orfarīnu, jābūt līdzī INR analīzei (nevecākai par trim dienām). Šis indekss uzrāda, vai medikaments ir sašķīdinājis asinis vajadzīgajā pakāpē. Biežākās situācijas, kad nepieciešama TEE, pirmkārt, ir saistītas ar aizdomām par vārstu infekciju un iekaisuma procesu, bet standarta EHO nav pietiekami informatīva. Otrkārt, to pielieto pacientiem ar mirdzaritmiju pirms plānotas elektroimpulsu terapijas (kardioversijas) sinusa ritma atjaunošanai, lai izslēgtu trombu esamību sirds dobumos, kā arī priekškambaru starpsienas defektu precizēšanai. Tāpat šo metodi izmanto sirds ķirurģijā pirms operācijām, lai precizētu sirdskaites smagumu, vai pēc operācijām, lai novērtētu vārstu protēzes funkciju.

– Vai ehokardiogrāfijas izmeklējums rada kādus riskus?

– Standarta EHO ir pilnīgi nekaitīga procedūra, to var veikt arī bērniem. Stresa EHO laikā retās situācijās pacients var just ritma traucējumus, spiediena svārstības, elpas trūkumu, satraukumu. TEE procesā retumis var novērot ritma traucējumus, tāpat izmeklējamais pacients var būt satraukts endoskopiskās zondes ievades brīdī. TEE neveic, ja konstatētas barības vada slimības, kakla skriemeļu nestabilitāte, kā arī situācijās, ja cilvēks nepiekrīt veikt konkrēto pārbaudi.

Lai EHO izmeklējums būtu pilnīgi drošs un tiktu iegūti maksimāli vērtīgi rezultāti tālākās ārstēšanas taktikas izvēlei, pacientam svarīgi vienmēr ņemt līdzi iepriekšējo izmeklējumu rezultātus, ja vien tie nav arhivēti klīnikā pieejamā datu platformā. Tāpat ir ļoti būtiski nodot ārstam svarīgāko informāciju par citām veselības problēmām, kas var ietekmēt konkrēto izmeklējumu. Ir nepieciešama apbūsēja sadarbība un uzticēšanās, jo tā palīdz iegūt vēlamu rezultātu. Tādēļ ārstu pirms izmeklējuma vienmēr izskaidro tā norises gaitu un atbild uz pacienta jautājumiem.

– Cik liels informācijas apjoms ir jāanalizē kardiologam, veicot pacientam ehokardiogrāfiju?

– EHO izmeklējuma laikā tiek iegūts daudz datu par sirds strukturālo stāvokli un funkciju. Iegūtais attēls ir dinamisks, tiek noteikti asins plūsmas mērījumi. Lai kvalitatīvi veiktu izmeklējumu, jāzina sirds anatomija, fizioloģija, jāizprot hemodinamika, jo katrā klīniskajā situācijā ir savi parametri, kuriem jāpievērš īpaša uzmanība. Ehokardiogrāfija ietver ultraskaņas vienas un divu dimensiju mērījumus, Doplera plūsmas mērījumus, «strain» jeb miokarda deformācijas analīzi, 3D un 4D rekonstrukcijas. Mērījumi tiek veikti dažādās ultraskaņas zondes pozīcijās. Ārstam jāspēj analizēt iegūtos rezultātus, saprast to korelāciju ar klīnisko atradi un pacienta atzīmētajiem

simptomiem, kā arī integrēt EHO datus citu sirds un asinsvadu sistēmas izmeklējumu kopainā. Ja pacients ir veicis EHO jau iepriekš, svarīgi salīdzināt iegūtos datus, novērtēt izmaiņu dinamiku, kas būtiski uzlabo iespēju rekomendēt visoptimālāko tālākās novērošanas un ārstēšanas plānu.

– Ar ko mūsdienās veicamie ehokardiogrāfijas izmeklējumi atšķiras no tiem, kādi bija pieejami pirms gadiem piecpadsmit?

– Sirds EHO tolaik diezgan būtiski atpalika no mūsdienu izmeklēšanas iespējām. Lielā mērā to nosaka tehnoloģiju attīstība – tagad ir būtiski labāka iegūtā attēla kvalitāte, uzlabota Doplera mērījumu tehnoloģija, līdz ar to arī diagnostikas iespējas un mērījumu precizitāte. Pats izmeklējums ir kļuvis komplikētāks, jo, uzlabojoties izpratnei, piemēram, par sirds mazspējas ehokardiogrāfiskajiem parametriem, attiecīgiem pacientiem jāveic vairāki papildu mērījumi, kuri ietekmē ārstēšanas taktiku. Klīniskajā praksē ieviesta miokarda deformācijas analīze, kas svarīga arī onkoloģijas pacientiem, saņemot specifisku ārstēšanu. Patlaban ikdienā ienāk arī kontrasta ehokardiogrāfija, ir ieviesti uzlabojumi programmatūrā – aprēķinu automatizācija, mērķīga intelekta atbalsts. Nākotnē būtu jāuzlabo izmeklējumu standartizācija, un medicīnas fizikāļi pie šī uzdevuma jau strādā. Izmeklējums kļuvis pacientiem pieejamāks.

– Cik ilgā laikā Latvijas iedzīvotājiem ir iespēja saņemt ehokardiogrāfijas izmeklējumu (ar valsts atbalstu un par savu naudu)? Vai reģionos pieejama pakalpojuma ir pietiekama?

– Iespēja tikt uz EHO dažādās Latvijas vietās atšķiras. Rindā uz valsts apmaksātu izmeklējumu pacientiem var nākties gaidīt ilgāku laiku, tāpēc ir svarīgi to laikus plānot, bet arī šajā jomā ir novērojamas atšķirības starp dažādiem reģioniem un klīnikām. Maksas pakalpojumu pieejamība Rīgā ir laba, bet novados ne vienmēr var ātri tikt uz izmeklējumu arī par saviem līdzekļiem. Reģionos savukārt pacienti ļoti novērtē speciālistu darba vizīti, kuri tur ierodas, lai veiktu izmeklējumu kaut pāris dienas mēnesī. Ne visiem iedzīvotājiem ir iespēja doties uz izmeklējumu citā pilsētā.

– Vairāk sarunas noslēgumā vēlaties kaut ko vēl piebilst saistībā ar sirds veselību?

– Jāatceras, ka EHO ir tikai viens no sirds un asinsvadu sistēmas pamatzmeklējumiem, bet tas ir drošs, salīdzinoši viegli pieejams un ļoti informatīvs. Latvijā joprojām ir svarīgi iedrošināt cilvēkus savlaicīgi pamanīt pirmās pazīmes, kas liecina, ka sirds veselībai jāvelta vairāk laika un uzmanības. Tas ir paaugstināts asinsspiediens un holesterīna līmenis, mazkustīgums, liekais svars, stress, paaugstināts cukura līmenis asinīs, ģimenē bijušas esošas sirds un asinsvadu slimības. Ja konstatēts kāds no šiem trausmes signāliem, jāveic pamata izmeklējumi, lai ar ārstu vienotos par sirds veselības saglabāšanas plānu ilgtermiņā. Arī ikdienā aizņemtiem cilvēkiem vajadzētu atrast vienu divas dienas laiku, ko veltīt savai sirdij. Piemēram, pastāv iespēja pieteikties uz sirds veselības pārbaudi Profesora Skrides Sirds klīnikā. Tajā ir pieejami visi svarīgākie izmeklējumi, ko iesaka veikt preventīvi, lai savlaicīgi atklātu un novērstu sirds problēmas. Agrīni diagnosticētas sirds veselības neatbilstības parasti ir risināmas, un tādējādi mēs varam iegūt papildu veselīgas dzīves gadus.

Tauta un Veselība

TAUTA UN VESELĪBA
Izdevējs: SIA Medicīna un prese
Reģ.nr. 42103056373
Izdevniecība: SIA Medicīna un prese

Redaktore: Sarma Zvirbule
Datorgrafika: Guntis Gvozdevs
Adrese: Zāļu iela 16a–20,
Liepāja, LV–3401

E-pasts: flakss@inbox.lv
Pārpublicējot vai citējot materiālus,
atsauce uz Tauta un Veselība obligāta.
Tāl: 27884476

Izplatīšana: tikai Latvijas slimnīcās,
medicīnas centros, poliklīnikās.
Bez maksas.
Iespiests a/s Kroonpress.

Tauta un Veselība izdošanu atbalsta:



Vieta labām idejām

SARMA ZVIRBULE

Izvirzīt sava darba centrā pacientu un darīt visu iespējamo, lai viņa veselība būtu pēc iespējas labāka un nodzīvotie gadi – kvalitatīvāki. Tādu uzdevumu sev ir izvirzījusi maija vidū atvērtā Profesora Skrides Sirds klīnika.

Ar klīnikas galveno ārstu medicīnas zinātni doktoru Rīgas Stradiņa universitātes asociēto profesoru **Aināru Rudzīti** runājam par to, ar kādiem izaicinājumiem klīnikas darbā jāsastopas ik dienas un kā realizēt sev izvirzītos ambiciozos mērķus.

– Klīnikas nosaukums liek skaidri saprast, ka šeit tiek ārstētas sirds slimības. Tomēr pie jums strādā daudz dažādu citu specialitāšu ārstu. Kas noteica šo izvēli?

– Jā, lai gan klīnikas nosaukums liecina, ka tā ir orientēta uz sirds veselību, mēs izvērtējam iespējas paplašināt pakalpojumu loku. Sirds un asinsvadu sistēmu nevar nodalīt no citām orgānu sistēmām. Pacienti nāk ar dažādām citām slimībām, kas var veicināt sirds slimību attīstību, un otrādi – sirds slimības var izraisīt citas problēmas. Tāpēc mūsu uzmanības centrā ir pacients un ārstēšanā tiek iesaistīti dažādi speciālisti, kuri, apkopojot savas zināšanas, pieredzi, iemaņas, var sniegt visefektīvāko palīdzību. Mēs nevēlamies savus pacientus sūtīt vēl uz trim četrām citām vietām pie speciālista. Vislabāk, ja viņi ir pieejami tepat pie mums klīnikā.

– Latvijā darbojas pietiekami daudz privāto ārstniecības iestāžu. Kas jūs varētu atšķirt no citām vietām, lai pacienti izvēlētos par labu Skrides klīnikai?

– Šobrīd tiešām ir daudz ambulatoro medicīnas iestāžu, kas jau strādā vai tiek atvērtas no jauna. Ir arī privātas slimnīcas. Tāpēc ir svarīgi definēt, ar ko mēs atšķiramies no citiem. Mēs centāties sapulcināt labākos savas nozares speciālistus, bet ne tikai. Klīnikas speciālistu vidū ir arī jauni ārsti, kuri sertifikātu saņēmuši salīdzinoši nesen, tāpat rezidenti. Doma, izvēloties šādu modeli, bija audzināt jauno paaudzi, kura saprastu, ka pacients ir visa centrā un ap viņu tiek pulcināta multidisciplināra komanda. Nevar strādāt tā, ka pacients atnāk uz iestādi «x» pie ārsta «y» un veic ehokardiogrāfiju, doplerogrāfiju, USG izmeklējumu, tad dodas tālāk uz citu klīniku, citiem izmeklējumiem un gala rezultātā vēl nokļūst pie ārsta pavisam citā ārstniecības iestādē, lai nonāktu līdz diagnozei.

Taču beigās viņam netiek veikta izmeklējumu analīze, nav kopainas. Ar to es sastopos ik dienas, kad pacients atnāk ar veselu kaudzi izmeklējumu, bet neviens viņam nav pateicis, kas viņam kaiš, ko darīt, kā dzīvot tālāk, kā ārstēties. Tā ir mūsdienu medicīnas sistēmiska kļūda – ir ļoti augsta līmeņa speciālisti dažādās nozarēs, bet trūkst apkopjoša viedokļa. Mūsu klīnikas darba pamatideja ir tāda, ka pacients nav šurp atnācis, tikai garāmejojot. Mēs turpināsim ar viņu strādāt ilgtermiņā. Ja pacients pie mums ir izgājis komplekso veselības pārbaudi (*check-up*), tajā nav atrastas nopietnas problēmas, bet pastāv riska faktori – paaugstināts asinsspiediens, liekais svars, augsts holesterīna līmenis –, tad mēs sniedzam rekomendācijas un pēc gada aicinām pacientu atkārtotā vizītē. Ja pacientam ir atklāta nopietna hroniska slimība, mēs turpinām sadarbību ar viņu, sniedzam rekomendācijas un gaidām, lai pēc kāda laika korigētu terapiju, veiktu papildizmeklējumus.

Vēl viena būtiska lieta – mēs cenšamies strādāt komandā, ārsti savstarpēji komunicē. Tas ir ļoti



Ainārs Rudzītis: «Mūsu klīnikas darba pamatideja ir tāda, ka pacients nav šurp atnācis, tikai garāmejojot. Mēs turpināsim ar viņu strādāt ilgtermiņā.»

svarīgs princips. Cilvēks ir bioloģiski sarežģīta sistēma, un viņam ir nepieciešama multidisciplināra pieeja.

– Vai ārsti prot strādāt šādā komandā?

– Tā sajūta, nepieciešamība jau ārstam ir, taču mūsdienu medicīnas struktūra ir tik sarežģīti uzbūvēta, ka ārstiem nereti nav dota iespēja sadarboties multidisciplinārās komandās. To ir sarežģīti noorganizēt pat universitāšu slimnīcās, kur visi ārsti ir ļoti aizņemti. Es kā galvenais ārsts esmu uzņēmis šo darbu – veidot multidisciplināru pieeju. Mums ir doma organizēt un attīstīt konsilija tipa apspriedes, kā tas ir slimnīcās, lai, piemēram, nepieciešamības gadījumā trīs speciālistu ārsti konsultētu pacientu vienlaikus vai secīgi viens pēc otra, vai arī apspriestu to pēc vizītes. Ārstu komunikācija ir nepieciešama. Ja speciālists viens nevar uzreiz noteikt gala diagnozi un viņam ir aizdomas par kāda cita orgāna slimību, kas būtu jāizmeklē, nedrīkst pacientu vienkārši ar rekomendāciju kaut kur aizsūtīt. Klīnikas administratīvie resursi ir vērsti uz to, lai mēs turpinātu sekot pacientam un iesaistītu arī citus ārstus. Tas ir diezgan liels organizatoriskais darbs. Vairums ārstu labi saprot, ka tā tam ir jābūt, bet reālajā dzīvē šāda pieeja nedarbojas. Mēs esam pieņēmuši izaicinājumu to mainīt.

– Ar kādām problēmām pacienti biežāk pie jums vērsas, kādas tendences ir iezīmējušas?

– Viens no klīnikas galvenajiem darba virzieniem ir slimību profilakse un veselības veicināšana. Mūsu mērķis ir paildzināt Latvijas iedzīvotāju kvalitatīvi nodzīvotos dzīves gadus vismaz par septiņiem gadiem. Latvija pašlaik ir vienā no pēdējām vietām Eiropas Savienībā tieši kvalitatīvi, veselīgi nodzīvoto gadu ziņā. Problēma ir tāda, ka mūsu valstī iztrūkst primārās profilakses posms. To nodrošināt it kā ir ģimenes ārstu uzdevums, bet skaidrs, ka vieni paši viņi ar to nevar tikt galā. Slodze ir liela, dažkārt ir grūti panākt pietiekamu pacientu motivāciju. Lai gan cilvēku, kas vēlas izvērtēt savu veselību, kļūst arvien vairāk. Mēs arī gribam izglītēt pacientus, skaidrot, ko nozīmē sirds veselība, vispār veselība, kas būtu jādara, lai to saglabātu pēc iespējas ilgāk. Tāda ir primārā profilakse. Ceru, ka skolās kādreiz tiks atjaunota veselības mācība kā atsevišķs mācību kurss (ieskaitot pirmo palīdzību).

Klīnikā ir pieejamas tā saucamās apsekošanas programmas, kompleksās veselības pārbaudes

(*check-up*). Pacienti dodas pie ģimenes ārsta, pie internista, lai to izietu.

– Ja pacienti iet pie klīnikas ģimenes ārstiem, vai tas nozīmē, ka viņi grib nākt tieši pie jums, nevis pie sava ģimenes ārsta?

– Vairumam pacientu ir savs ģimenes ārsts, bet nereti kontakts nav pietiekami labs, viņi vēlas rūpīgāku pieeju, ne tik formālu, kad ārsts tikai izraksta nosūtījumus, receptes, bet ar pacientu neaprunājas. Ģimenes ārstam ir milzīga slodze, stress, lai aizpildītu dokumentāciju, izpildītu aprūpes kritērijus, viņam atliek ļoti maz laika sarunai ar pacientu. Klīnikā konsultācijas ilgums pie ģimenes ārsta ir vismaz pusstunda. Mēs ļoti lielu uzmanību pievēršam sarunai ar pacientu. Viņam ir jāizskaidro labas veselības uzturēšanas principi. Savukārt, ja ir atrasta kāda problēma, jāpastāsta, ko tas nozīmē, ko vajadzēs darīt.

Mūsu pacienti ir ļoti dažādi. Pats esmu saskāries ar smagiem, ielaistiem gadījumiem, kad ir jāizvērtē nepieciešamība pacientam ārstēties terciārā aprūpes līmeņa slimnīcā. Esmu nosūtījis diezgan daudz pacientu uz *Stradiņiem*, kur arī strādāju un varu turpināt šos pacientus apsekot, izmeklēt vai arī novirzīt tālāk pie kardiokirurgiem, uz invazīvo ārstēšanu. Es pats organizēju nokļūšanu slimnīcā arī pacientiem ar specifiskām problēmām, piemēram, pulmonālo hipertensiju, retām kardioloģiskām slimībām. Tas atvieglo ārstēšanas ceļu gan pacientam, gan viņa ģimenes ārstam. Mums klīnikā ir bijuši arī akūti pacienti, kuri jānosūta uz slimnīcu ar neatliekamo medicīnisko palīdzību.

– Vai pacienti ar smagām diagnozēm pie jums nokļūst, jo ir meklējuši labāku ārstu, vai arī vienkārši ir kaut ko dzirdējuši par profesoru Skridi?

– Viens no aspektiem ir tāds, ka pie mums pašlaik vēl nav garu gaidīšanas rindu, un mēs arī cenšamies nosegt pieejamību pēc iespējas labāk. Vasarā pie mums nereti brauca pacienti no reģioniem, kuru ģimenes ārsts ir garākā atvaļinājumā – pat mēnesi un ilgāk. Laukos nav kas šos ārstus aizvieto. Tādā gadījumā ir divi ceļi: vai nu pacients akūtā situācijā nonāk slimnīcā ar ātro palīdzību, vai nu, ja tas nav dzīvību apdraudošs stāvoklis, meklē iespēju, kur vērsties. Mums ir bijuši pacienti no attālākiem reģioniem – Saldus, Liepājas, Balviem, Gulbenes – ar salīdzinoši akūtām problēmām, ar sirds aritmijām un pat ar «izstaigātu»

miokarda infarktu. Tas ir paradokss, bet mums dažkārt jāpilda ģimenes ārstu funkcija, ko it kā vajadzētu nodrošināt valstij kopā ar ģimenes ārstu praksēm. Taču viņu kapacitāte ne vienmēr ir pietiekama. Nereti valsts rindā uz ehokardiogrāfiju ir jāgaida pusgads vai ilgāk. Pie mums to iespējams izdarīt pēc nedēļas vai vēl agrāk.

– Kad kļūvāt par klīnikas galveno ārstu, jūs minējāt, ka viens no klīnikas mērķiem ir iesaistīties zinātniskajā darbā, kļūt par veselības kompetences un ekselences centru. Kā jūs plānojat realizēt šo mērķi? Tas, šķiet, vienmēr ir bijis universitātes slimnicu darba lauciņš?

– Jā, tas varbūt ir diezgan ambiciozs mērķis, bet visos ārstniecības līmeņos ir jāsaglabā dzīva atziņa par medicīnu kā amatu, zinātni un mākslu. Liela daļa mūsu ārstu strādā universitāšu slimnīcās. Mums ir zinātnisko pētījumu, zinātniskās domāšanas pieredze. Mums ir jaunās paaudzes ārsti, rezidenti, kuri ir bijuši iesaistīti zinātniskajā darbā. Patlaban top projekts sadarbībā ar Rīgas Stradiņa universitāti, kurā mēs gatavojamies pētīt, kāpēc daļa pacientu nelieto medikamentus pietiekamās devās vai neseko rekomendācijām, pavirši attiecas pret savu asinsspiedienu, holesterīna līmeni. Bieži vien ārsti strādā kā ugunsdzēsēji, cīnās ar sekām, kad māja jau deg pilnās liesmās. Mums tās ir jānodzēš, jāizglābj dzīvība. Noskaidrot, kāpēc ugunsgrēks ir izcēlies, kas to ir ietekmējis, ir ļoti svarīgi. To mēs kā primārās aprūpes iestāde gribētu analizēt un arī saprast, kāds ir Latvijas pacientu domāšanas veids, lai varētu to ietekmēt pozitīvā virzienā. Lai cilvēki sāktu vairāk domāt par savu veselību.

– Jūsu ikdienā pāriet ciešā saiknē ar pacientiem. Kādi viņi ir?

– Diemžēl pacienti nāk ar diezgan ielaistām slimībām – tad, kad ugunsgrēks ir pieņēmis spēkā, veselība jau «deg». Cilvēki nav pārāk labi informēti par labas veselības pamatprincipiem, veselības pratības līmenis ir salīdzinoši zems, neraugoties uz plašo pieejamās informācijas klāstu. Mēs klīnikā gribētu vairāk strādāt profilaktiskajā medicīnā, izglītēt pacientus, sagaidīt, ka viņi nāks uz konsultācijām profilakses nolūkā, pirms slimība jau ir attīstījusies.

– Kas jūs mudināja piekrist darbam klīnikā, ja jums tāpat ir ļoti piesātināts darba grafiks?

– Mēdz teikt, ka ir cilvēki, kurus mil darbs. Es laikam esmu viens no viņiem. Nevaru «aizbēgt» no darba, lai gan gribētu vairāk laika veltīt sev, ģimenei, vairāk sportot. No otras puses, lielā valsts klīnikā, kur ir vairākus tūkstošus liels personāls, ir diezgan liela birokrātiskā inerce, un daudzas idejas, ko mēs kā profesionāļi gribētu realizēt, tiek ieviestas samērā lēni. Patiesībā privātā medicīna Rietumu pasaulē ir ļoti attīstīta un tā sadarbojas ar valsts veselības aprūpes organizācijām, palīdz valstij, ja tā var teikt. Noteikti jāattīsta sadarbība ar apdrošināšanas kompānijām. Privātajā medicīnā, salīdzinoši nelielā klīnikā mēs paši varam noteikt savu darba stilu, režīmu, darbības principus. Esam elastīgi un varam ļoti ātri ieviest uzlabojumus. Mēs mazāk laika tērējam birokrātijai, bet vairāk tam, kā patiešām uzlabot savu darbību un sekot jaunākajām tendencēm medicīnā. Šeit es varbūt varu realizēt savas idejas, kuras grūtāk ieviest lielā sistēmā. Nereti klīniskā inerce un birokrātiskais kūtrums ir tas, kas traucē ārstiem realizēt savus sapņus, savas labākās idejas. Neapšaubāmi, universitātes klīnika ir tā vieta, kur es realizēju savu profesionalitāti augstākajā līmenī, bet šeit ir jauni izaicinājumi, tā ir cita darba vide. Dažreiz pat mēdz teikt, ka atpūsties no viena darba var ar citu darbu. Es esmu no tiem cilvēkiem.

Foto: No Profesora Skrides Sirds klīnikas arhīva

Nav pieejamības – nav rezultāta

TOMS ZVIRBULIS

Pamazām atkopjamies pēc pandēmijas gadiem. Tie ir atstājuši dziļas rētas ne tikai mūsu apziņā, bet arī veselības aprūpē, kur saskārāmies gan ar speciālistu trūkumu, gan ārstu pārslodzi. Situācijā, kad beidzot atkal apzināmies arī citu slimību esamību, esam nonākuši turpat, kur bijām iepriekš, – Latvija vēl arvien ir starp līderiem kardiovaskulāro notikumu izraisītu nāves gadījumu skaita ziņā Eiropas Savienībā.

Sarunā ar kardiologu **Nikolaju Sorokinu** noskaidrojām, kādi ir lielākie izaicinājumi darbā ar kardioloģisko slimību pacientiem un kā pacelt veselības aprūpi augstākā līmenī.

– **Kāds ir vadošais nāves cēlonis Latvijā un pasaulē?**

– Ja skatāmies situāciju Latvijā, tad pie mums vadošais nāves cēlonis ir kardiovaskulārās slimības, gluži tāpat kā citur pasaulē. Kā piemērus varu minēt koronāro sirds slimību, insultu, sirds mazspēju.

– **Kāda ir situācija ar sirds un asinsvadu slimību ārstēšanu Latvijā? Jau ilgstoši esam starp vadošajām valstīm Eiropā mirstības ziņā.**

– Jā, šajā ziņā esam apsteiguši arī kaimiņvalstis. Igaunijā mirstība no kardiovaskulārajām slimībām ir zemāka. Jaunākajās vadlīnijās, kur tiek vērtēts valsts iedzīvotāju kardiovaskulārais risks, redzam, ka īpaši atrodas augsta kardiovaskulāro slimību riska zonā, taču nav ļoti augsta riska valsts, kā tas ir Latvijas un Lietuvas gadījumā.

– **Kādu iemeslu dēļ šāda situācija ir izveidojusies?**

– Situācija ir jāvērtē no vairākiem aspektiem. Galvenais cēlonis tam, ka tik daudz Latvijas iedzīvotāju slimo ar kardiovaskulārajām slimībām, ir sliktā kardiovaskulāro risku prevencija. Arvien jaunāki pacienti saslimst ar miokarda infarktu. Iemesls tam ir plašā smēķēšanas izplatība, paaugstināts asinsspiediens, paaugstināts holesterīna līmenis, kas netiek laikus diagnosticēti un ārstēti. Otrs lielais iemesls ir populācijas novecošana. Paskatoties uz to, kāds ir Latvijas iedzīvotāju vecuma grupu sadalījums, esam mazliet šokēti – Latvijā dzīvo tik daudz cilvēku vecumā virs 65 gadiem! Respektīvi, potenciālais kardiovaskulāro slimību pacientu skaits Latvijā ir lielāks nekā citās Eiropas valstīs, un tam ir vairāki iemesli. Pirmkārt, zema dzimstība. Otrkārt, ir izveidojusies liela demogrāfiskā bedre starp bērniem, jauniešiem un vecāka gadagājuma cilvēkiem. Ir maz iedzīvotāju reprodutīvā, darbībasīgā vecumā. 2008. gadā Latviju skāra ekonomiskā krīze, kuras rezultātā samazinājās dzimstība, un tagad mēs jūtam tās rezultātus. Tāpat šīs krīzes ietekmē palielinājās arī iedzīvotāju emigrācija. Skaitļi rāda, ka vidējais latvietis jau ir pietiekami vecs. Tieši tāpēc kardiovaskulāro slimību pacientu skaits uz visu iedzīvotāju skaitu pie mums ir krietni vien lielāks nekā citviet Eiropā.

– **Latvijas sabiedrība noveco, bet tajā pašā laikā iedzīvotāju vidējais mūža ilgums ir isāks nekā citviet Eiropā. Ko mēs darām nepareizi?**

– Tas lielā mērā ir saistīts ar medicīnas resursu pieejamību. Ja cilvēks dzīvo Rīgā, var teikt, ka viņam veicas. Viņš nonāks slimnīcā, kur tiks sniegta adekvāta palīdzība. Ja cilvēks dzīvo citā reģionā, tad līdz brīdim, kamēr tiek saņemta nepieciešamā palīdzība, paiet ilgāks laiks. Sākotnēji cilvēks tiek nogādāts rajona slimnīcā un tikai pēc tam uz atbilstoši aprīkotu centru, kur var saņemt specifiskus



Foto: Svetlana Naumova

Nikolajs Sorokins: «Jebkurš Latvijas iedzīvotājs pēc 40 gadu vecuma ir augsta riska grupā. Šiem cilvēkiem noteikti ir regulāri jāiet pie ģimenes ārsta un jāpārbauda kardiovaskulāro slimību riska faktori – holesterīna un cukura līmenis, asinsspiediens, jāapdomā savs smēķētāja statuss.»

pakalpojumus. Līdz ar to tiek zaudēts tik ļoti vērtīgs laiks. Protams, ļoti svarīga ir pacientu līdzestība, kas, spriežot pēc rezultātiem, nav pietiekama. Pēc manām domām, galvenais iemesls tam ir ārstniecības pakalpojumu pieejamība. Pie speciālistiem ir jāstāv garās rindās. Atsevišķiem pacientiem ierobežoto līdzekļu dēļ ir grūti iegādāties visas viņiem izrakstītās zāles. Tādējādi pacients var nonākt izšķiršanās priekšā – pirkt medikamentus vai pārtiku, vai samaksāt rēķinus, kas ir īpaši būtiski augstas inflācijas apstākļos. Tāpat uzticēšanās speciālistiem pie mums ir zemāka nekā Rietumeiropā. Mēs nezinām, cik precīzi pacienti izpilda mūsu sniegtās rekomendācijas. Tas arī ir viens no iemesliem, kāpēc mūža ilgums pie mums ir isāks nekā citviet Eiropā.

– **Daudz tiek runāts par kardiovaskulārajiem riskiem, bet vai ir iespējams definēt faktorus, kas nodrošina veselīgu dzīvi?**

– Protams daudz tiek runāts par mazkustīgu dzīvesveidu un smēķēšanu, kas pakļauj pacientu paaugstinātam kardiovaskulārajam riskam. Tāpat neveselīgi produkti un nesabalansēts uzturs palielina kardiovaskulāro un arī onkoloģisko slimību attīstības risku. Vienā vārdā sakot, runa ir par dzīvesveidu. Ja cilvēks smēķē, viņam ir hroniskas slimības, kuras netiek koriģētas, tad viņam pastāv daudz lielāks risks nomirt, nesasniedzot pensijas vecumu.

– **Cilvēks ir spēka gados un jūtas vesels. Kādas pazīmes liecina, ka vairāk uzmanības jāpievērš sirds veselībai? Kādus signālus nedrīkst ignorēt un ir jāmeklē palīdzība pie speciālista vai ģimenes ārsta?**

– Pēc jaunajām vadlīnijām par kardiovaskulāro risku prevenciju jebkurš Latvijas iedzīvotājs pēc 40 gadu vecuma ir augsta riska grupā. Šiem cilvēkiem noteikti ir regulāri jāiet pie ģimenes ārsta un jāpārbauda kardiovaskulāro slimību riska faktori – holesterīna un cukura līmenis, asinsspiediens, jāapdomā savs smēķētāja statuss. Paaugstināts asinsspiediens ir sirds slimību katalizators, un tas ir jāārstē. Tāpat ir ar paaugstinātu holesterīna un

cukura līmeni. Jāpievērš uzmanība savam svaram. Lieko svaru nedrīkst ignorēt.

– **Ja cilvēks nejut paaugstināto asinsspiedienu, holesterīna vai cukura līmeni, kā viņu pārbaudīt, ka ir jādzer zāles?**

– Tā ir situācija, ar ko mēs saskaramies katru dienu. Pacientam ir jāparāda riska skalas. Jāparāda, cik ilgi viņš varētu dzīvot, lietojot zāles, un cik ilgs būs viņa mūžs bez zālēm. Tāpat ir jāpārņem, kāpēc pasliktinātas analīzes ir bīstams signāls. Aterosklerozes process norit nesāpīgi un nemanāmi, bet pirmā klīniskā izpausme tam var būt infarkts vai insults. Un tad ārstēšanās būs daudz sarežģītāka, tā prasīs daudz vairāk laika un naudas, ļoti iespējams, būs smagākas sekas. Tāpat būs nepieciešama daudz lielāka pacienta iesaiste. Tādēļ ir jāmeģina pacientu pārliecināt, ka šīs problēmas ignorēt nedrīkst. Ar kardiovaskulārajām slimībām ir tāpat kā ar audzēju. Ja tas tiek atklāts agrīnā stadijā, tad to ārstēt ir daudz vieglāk. Ja tas tiek konstatēts vēlīni, tad reizēm ārstēšana vairs nav iespējama un var veikt tikai paliatīvo aprūpi.

– **Kādi ir visbiežākie un visvieglāk kontrolējamie kardiovaskulāro slimību riska faktori?**

– Pirmais noteikti ir paaugstināts asinsspiediens, holesterīna un cukura līmenis, liekais svars, mazkustīgs dzīvesveids un nepareizs uzturs. Mēdz teikt, ka visgrūtāk ir atteikties no neveselīga dzīvesveida.

– **Pirmos trīs elementus iespējams kontrolēt ar medikamentiem, par smēķēšanas kaitīgumu arī tiek runāts gana daudz, bet kā ir ar uzturu? Par veselīga uztura nozīmi, kas ir viens no kardiovaskulārās slimības ierobežojošiem pasākumiem, dzirdam mazāk.**

– Ļoti aktīvi par veselīgu uzturu runā profesore Iveta Mintāle. Es savukārt strādāju kopā ar organizāciju *OnPlate*, kur sadarībā ar uztura speciālistiem cenšamies popularizēt veselīga uztura pamatidejas. Es piekritu apgalvojumam, ka sabiedrība kopumā ir nepietiekoši informēta par veselīgu uzturu un tā nozīmi mūsu veselības saglabāšanā. Noteikti vajadzētu organizēt lielāka

mēroga kampaņas, jo plašākas sabiedrības izglītošana ir valsts interesēs.

– **Vai nedaudz paaugstināts asinsspiediens un holesterīna līmenis ir jāārstē?**

– Daudziem pacientiem ir radies priekšstats, ka to darīt nevajag. Taču tas ir jāārstē obligāti. Ja cilvēkam ilgstoši būs paaugstināts asinsspiediens un holesterīna līmenis, tad viņam noteikti attīstīsies kāda kardiovaskulārā slimība. Nav runa par «vai», bet «kad» slimība attīstīsies.

– **Ko vispār nozīmē jēdziens «kardiovaskulārais risks»?**

– Tas ir cilvēka risks nomirt no insulta vai infarkta.

– **Kāda terapija pacientam ir piemērotāka, lai viņš justos vesels, lietotu sev izrakstītās zāles un darītu to pēc ārsta noteiktā plāna? Statistika liecina, ka daudzi pacienti pārtrauc lietot ārsta izrakstītos medikamentus.**

– Līdzestība pieaugs, ja pacientam tiks samazināts izrakstīto tablešu daudzums. To mēs varam panākt ar konkrētu medikamentu kombināciju. Piemēram, vienā tabletē var būt medikaments, kurš samazina *sliktā* holesterīna līmeni un medikaments, kurš samazina arteriālo asinsspiedienu.

– **Kā jūs vērtējat savu pacientu līdzestību?**

– Pēc manas pieredzes, ja kaut kas jau ir noticis, piemēram, ir pārciests infarkts, tad pacients negrib, lai tas atkārtotos, un cieši iesaistās ārstēšanas procesā. Protams, gadās cilvēki, kuri to neuztver nopietni, bet lielākā daļa pēc pārciesta infarkta ir ļoti pretimnākoši sadarbībai. Attiecībā uz primāro profilaksi, kad insulta vai infarkta vēl nav bijis, tad situācija ir daudz sarežģītāka. Ar cilvēku ir daudz jārunā un jāstāsta, kas notiks, ja zāles netiks lietotas. Tur līdzestība ir balstīta uz pacienta uzticēšanos ārstam un viņa spēju pacientam izskaidrot, kāpēc ir jālieto zāles. Ja pacientam ir jādzē vesela sauja tablešu, kaut gan viņš jūtas vesels, pārliecināt ir krietni vien sarežģītāk, un tas, ko varam darīt, ir rādīt cilvēkam uzskates materiālus par aterosklerozes attīstību. Tad lielākā daļa pacientu situāciju sāk izprast un iesaistās terapijā.

– **Vai valstīs, kur terapijā lielākoties lieto patentbrīvos medikamentus, pacienti no kardiovaskulārajām slimībām mirst biežāk?**

– Nē, protams, ka ne. Pacienti, kuri lieto medikamentus, dzīvos ilgāk un būs laimīgāki nekā tie pacienti, kuri zāles nelieto vispār. Nav lielas atšķirības, vai tie ir patentbrīvi medikamenti vai oriģinālzāles.

– **2023. gads bija pirmais pēc ilgāka laika, kad Eiropā dzīvojam bez Covid-19 ierobežojumiem. Tie būtiski ietekmēja veselības nozari, jo preventīvā aprūpe bija ierobežota, un pandēmijas laikā daudzi pakalpojumi bija jāsniedz attālināti vai tos sniegt nebija iespējams. Kādi ir jūsu mērķi šogad un ko jaunu jūs vēlētos ieviest savā ikdienas darbā? Ko iemācījāties pandēmijas laikā?**

– Covid-19 pandēmija ir parādījusi, ka attālinātā medicīna ir nākotnes medicīna. Ir jābūt pieejamām attālinātājam konsultācijām, lai pacientam būtu lielāka iespēja nokļūt pie nepieciešamā speciālista. Mums ir vairākas iestrādes, kuras tiek attīstītas, lai šo pakalpojumu varētu kvalitatīvi nodrošināt. Ārstu pieejamība reģionos šobrīd ir ierobežota, un šis jautājums ir jārisina. Viens no variantiem, kā pacientiem uzlabot pakalpojumu pieejamību, ir attālinātās konsultācijas. Es pats vēlos vairāk iesaistīties sirds mazspējas ārstēšanā, jo pandēmijas laikā šie pacienti, kuriem bija nepieciešama pastiprināta uzmanība, palika bez iespējas nākt uz konsultācijām. Un tas ir palielinājis viņu hospitalizācijas un nāves risku.

Arteriālā hipertensija – sirds mazspējas draudzene

SARMA ZVIRBULE

Vairāk nekā 64 miljoniem pasaules iedzīvotāju ir sirds mazspēja – smaga slimība ar samērā sliktu prognozi. Ja sirds mazspējas ar samazinātu kreisā kambara izviedes frakciju ārstēšanai ir izstrādātas efektīvas un specifiskas zāles, tad sirds mazspējas ar saglabātu izviedes frakciju ārstēšanā šādu medikamentu trūkst. Šobrīd pierādīts pozitīvs efekts uz pacientu prognozi ir konstatēts tikai vienas medikamentu grupas zālēm.

Speciālisti visā pasaulē vērs uzmanību uz to, ka arvien pieaug tādu pacientu skaits, kuriem ir sirds mazspēja ar saglabātu kreisā kambara izviedes frakciju. Pašlaik – gandrīz puse no visiem pacientiem. Ar Latvijas Kardioloģijas centra kardioloģi Latvijas Kardiologu biedrības Sirds mazspējas darba grupas vadītāju **Gintu Kamzolu** runājam par šīs sarežģītās slimības diagnostiku un ārstēšanu.

– Nosakot diagnozi «sirds mazspēja», tiek ņemta vērā arī pacienta sirds kreisā kambara izviedes frakcija. Kāda ir atšķirība starp sirds mazspēju ar samazinātu un saglabātu izviedes frakciju?

– Starpība ir diezgan būtiska. Atkarībā no tā, kāds ir sirds mazspējas iemesls, sirds izmaiņas notiek dažādos veidos. Sirds mazspējas pacientiem ar samazinātu kreisā kambara izviedes frakciju galvenokārt ir problēmas ar kreisā kambara muskuļa kontraktilitāti jeb sirds spēju pumpēt asinis. To ietekmē vai nu rēta pēc infarkta, miokardīta, vai arī sirds kambaris ir difūzi paplašināts, kas arī ietekmē kontraktilo funkciju. Tādā sirds pietiekami nepumpē asinis un asiņu apjoms, kas nonāk asinsritē vienas sirds kontrakcijas laikā, parasti ir mazāks gan absolūtajos skaitļos, gan arī procentuāli, rēķinot sistoles tilpumu pret kreisā kambara beigu diastolisko tilpumu. Tas nepārsniedz 40 procentus un liecina par samazinātu izviedes frakciju. Savukārt pacientiem ar saglabātu izviedes frakciju, tīri matemātiski rēķinot, asiņu apjoms, ko sirds izgrūž aortā vienas saraušanās laikā attiecībā pret beigu diastolisko tilpumu, ir normāls. Taču hipertrofiskas kardiomiopātijas vai, piemēram, hipertensīvas sirds slimības gadījumā, kad ilgstoši paaugstināta asinsspiediena dēļ sabiezinās kreisā kambara sieniņas, kreisā kambara tilpums var būt ievērojami samazināts. Tāpēc, pat ja izviedes frakcija ir normāla, tad absolūtos skaitļos sirds sistoles tilpums ir samazināts.

Ne mazāk svarīgi ir tas, ka hipertrofēts miokards ir neelastīgs, stīvāks. Tas diastoles laikā nevar pietiekami atslābt un pietiekami uzpildīties, un parasti diastoles beigās spiediens ir paaugstināts. Diastolē, kad sirds ir atslābusi, asinīm ir jāplūst no kreisā priekškambara uz kreiso kambari, bet, ja tajā ir augsts spiediens, pildīšanās ir apgrūtināta, kas ietekmē arī to, cik asiņu sistoles laikā nonāks asinsritē. Ja kreisajā kambarī diastoles laikā ir augsts spiediens, tas nozīmē, ka spiediens pieaug arī kreisajā priekškambarī. Tā sieniņa ir plānāka un līdz ar to vieglāk izstiepjas. Ja ir lielāks priekškambaris, ir lielāka iespēja *nojukt* sirds ritmam. Šī sirds mazspējai ar saglabātu izviedes frakciju raksturīgā diastoliskā disfunkcija ir iemesls, kāpēc cilvēkiem attīstās mirdzaritmija. Visbiežākais iemesls, kādēļ cilvēkiem attīstās sirds mazspēja ar saglabātu kreisā kambara izviedes frakciju, ir slikti kontrolēta arteriāla hipertensija jeb paaugstināts asinsspiediens. Taču tās iemesli var būt arī citi, piemēram, hipertrofiska kardiomiopātija, kas ir ģenētiska slimība, dažādas infiltratīvas slimības



Foto: No PSKUS arhīva

Ginta Kamzola: «Ir pierādīts, ka divi medikamenti no SGLT-2 inhibitoru grupas samazina kardiovaskulārās hospitalizācijas un kardiovaskulāro mirstību pacientiem ar sirds mazspēju un saglabātu kreisā kambara izviedes frakciju. Faktiski tā ir pirmā medikamentu grupa, kurai ir pierādīta ietekme uz prognozi. Tas būtiski maina šo pacientu ārstēšanu.»

(piemēram, amiloidoze), uzkrāšanās slimības (piemēram, hemohromatoze).

– Aptuveni cik lielai daļai pacientu ir sirds mazspēja ar samazinātu izviedes frakciju un cik lielai – ar saglabātu?

– Atkarībā no kreisā kambara izviedes frakcijas sirds mazspēju iedala trīs grupās. 1. grupā ir pacienti, kuriem kreisā kambara izviedes frakcija ir normāla (EF (no angļu val. - *ejection fraction*) $\geq 50\%$). Tādi ir apmēram 35–40 procenti pacientu. 2. grupā ir pacienti ar viegli samazinātu izviedes frakciju (EF – 41–49%). Viņu ir mazāk – apmēram 10–15 procenti. Trešā ir grupa ar samazinātu izviedes frakciju (EF $< 40\%$), un tie ir aptuveni puse no visiem sirds mazspējas pacientiem.

– Kuras vecuma grupas pacientiem vairāk raksturīga sirds mazspēja ar saglabātu izviedes frakciju?

– Jo pacients ir vecāks, jo lielāka iespēja attīstīties sirds mazspējai ar saglabātu izviedes frakciju. Vecuma dēļ kreisā kambara miokards kļūst stīvāks, un rodas uzpildīšanās traucējumi. Tāpat ar vecumu ir saistītas citas blakusslimības – hipertensija, hroniska nieru slimība, cukura diabēts –, kas ietekmē sirds funkciju un veicina sirds mazspējas ar saglabātu izviedes frakciju attīstīšanos.

– Kā tiek diagnosticēta sirds mazspēja ar saglabātu izviedes frakciju? Ja izviedes frakcija ir saglabāta, varbūt slimību noteikt ir grūtāk?

– Jā, diagnosticēt slimību ir sarežģītāk, tomēr vispirms es vēlētos runāt par lietām, kas attiecas uz jebkuru sirds mazspējas pacientu. Pamatizmeklējums diagnozes noteikšanai ir ehokardiogrāfija. Pēc tās mēs varam izrēķināt izviedes frakciju un pateikt, kurai sirds mazspējas grupai pieskaitāms konkrētais pacients. Taču, lai vispār sāktu domāt par to, ka cilvēkam varētu būt sirds mazspēja, un uzsāktu izmeklējumus, nepietiek tikai ar pacienta sūdzībām par nogurumu, elpas trūkumu, potīšu tūsku. Šie simptomi ir samērā nespecifiski un var

būt arī citu slimību gadījumā. Ir jābūt papildu apstākļiem. Piemēram, pacienta anamnēzē ir kardioloģiska slimība – viņam 10–20 gadus ir paaugstināts asinsspiediens, aritmija, varbūt ir bijis infarkts. Parasti izmeklējumi tiek sākti ar elektrokardiogrammu (EKG). Ja tajā ir jebkādas izmaiņas, tas ir vēl viens punkts, lai domātu par sirds mazspēju. Specifiskajā sirds mazspējas diagnostikā svarīgi ir divi izmeklējumi – nātrijurētisko peptīdu (BNP un NT-proBNP) noteikšana un ehokardiogrāfija. Ja pacientam jau ir veikta ehokardiogrāfija un kreisā kambara izviedes frakcija ir zem 40 procentiem, tad BNP vai NT-proBNP noteikt vairs nav nepieciešams, jo samazinātā izviedes frakcija norāda, ka kontraktilitāte ir samazināta. Savukārt sirds mazspējas ar saglabātu izviedes frakciju diagnostika ir sarežģītāka. Vajadzēs pārbaudīt gan nātrijurētisko peptīdu limeni, gan iegūt norādījumus par strukturālām vai funkcionālām izmaiņām. Noteikt diagnozi sirds mazspējai ar saglabātu izviedes frakciju bez ehokardiogrāfijas faktiski nav iespējams. Reizēm, arī veicot ehokardiogrāfiju, sirds mazspējas ar saglabātu izviedes frakciju diagnozi īsti apstiprināt nevar, jo ir vairāki parametri, īpaši attiecībā uz diastolisko funkciju, kas miera stāvoklī var būt normāla, taču pieaug pie slodzes. Tāpēc tiek rekomendēts veikt slodzes ehokardiogrāfiju, kas noteikti palīdz diagnostikā. Vēl precizāk iespējams izmērīt spiedienu invazīvā ceļā sirds kateterizācijas laboratorijā.

Ir vēl kāda lieta, ko es vēlētos īpaši akcentēt attiecībā uz sirds mazspējas pacientiem ar aptaukošanos. Viņiem nātrijurētisko peptīdu rādītājs var būt normas robežās. Kāpēc? Viena no teorijām ir tāda, ka epikardiālie tauki (tauki starp perikardu (sirds somiņu) un sirdi) neļauj radīt tik lielu miokarda iestiepumu, jo izveido tādu kā kapsulu ap to. Protams, arī bioķīmiskie procesi pacientiem ar aptaukošanos ir izmainīti. Tāpēc nātrijurētisko peptīdu rādītāji nepieaug, un tas traucē diagnostikā. Pacientam it kā ir sirds mazspēja, bet

nātrijurētiskie peptīdi normas robežās rada šaubas. Kaut gan nātrijurētiskie peptīdi ne vienmēr norāda uz sirds mazspēju. Arī pie akūta insulta, nieru, aknu slimībām tie būs paaugstināti. Jā, diagnostika nav vienkārša, bet būtiskākais ir vispār pieļaut domu, ka pacientam varētu būt sirds mazspēja, jo vienmēr var atrast iemeslu, kāpēc viņam trūkst elpas vai ir tūska.

– Jūsu teiktais liek uzdot jautājumu – vai šodien sirds mazspēja tiek pienācīgi atpazīta?

– Nav nekādu šaubu, ka sirds mazspēja ar saglabātu izviedes frakciju netiek pietiekami atpazīta. Daļēji to ir veicinājis fakts, ka ļoti ilgu laiku šai slimībai nebija uz pierādījumiem balstītas terapijas. Bija ieteikumi ārstēt pamatslimību un tūskas vai elpas trūkuma gadījumā lietot cilpas diurētiskus. Tā kā viens no biežākajiem sirds mazspējas attīstības iemesliem ir hipertensija, tad mēs ārstējām pamatslimību hipertensiju, lai novērstu turpmāku kreisā kambara hipertrofiju, paaugstinātu kreisā kambara pildīšanās spiedienu. Tomēr trūka pierādījumu, ka arī tajos gadījumos, kad klīniski pacients jutās labāk vai mēs viņam labāk kontrolējām asinsspiedienu, šīs medikamentu grupas ļāva samazināt sirds mazspējas pacientu mirstību. Laikam ejot, ir atrasta medikamentu grupa, kas tiešām pozitīvi ietekmē arī prognozi. Ir pierādīts, ka divi medikamenti no SGLT-2 inhibitoru grupas samazina kardiovaskulārās hospitalizācijas un kardiovaskulāro mirstību pacientiem ar sirds mazspēju un saglabātu kreisā kambara izviedes frakciju. Faktiski tā ir pirmā medikamentu grupa, kurai ir pierādīta ietekme uz prognozi. Tas būtiski maina šo pacientu ārstēšanu.

Vēl viens pluss – šī medikamentu grupa aizkavē nieru slimības progresēšanu. Mēs zinām, ka hroniska nieru slimība veicina sirds mazspējas ar saglabātu izviedes frakciju attīstību. Pacientiem, kuriem ir hroniska nieru slimība, parasti ir arī augsts asinsspiediens, kreisā kambara hipertrofija, sabiezētas vārstuļu viras, fibrozo gredzenu kalcinoze, kas padara miokardu stīvāku. Tāpēc ir ļoti labi, ka ārstēšanā ir pieejamas zāles, kas labvēlīgi ietekmē gan cukura vielmaiņu, gan aizkavē nieru slimību attīstību, gan ārstē sirds muskuli un samazina sirds mazspējas simptomus, uzlabo dzīves kvalitāti, novērš hospitalizācijas un samazina pacientu mirstību.

Beidzamajā Eiropas Kardiologu biedrības kongresā tika ziņots, ka arī nesteroidais minerālkortikoidu receptoru antagonists finerenons spēj samazināt sirds mazspējas pasliktināšanos vai kardiovaskulāro mirstību sirds mazspējas pacientiem ar viegli samazinātu vai saglabātu izviedes frakciju. Tomēr pagaidām šāda indikācija medikamentam vēl nav apstiprināta. Pētījumi turpinās.

– Vai sirds mazspējai ar saglabātu izviedes frakciju ir tik maz specifisku zāļu tāpēc, ka slimības attīstībai ir ļoti daudz dažādu iemeslu?

– Šis nav vienkāršs jautājums, un uz to pagaidām īsti nav atbildes. Sirds mazspēja vispār ir ļoti heterogēna slimība. Arī pacientiem ar samazinātu izviedes frakciju sirds mazspējas attīstības iemesli ir dažādi. Bet ar saglabātu izviedes frakciju ir vēl sarežģītāk. Izraisītāju ir ļoti daudz, un tie ir dažādi. Un medikamentu efektivitāte tiešām lielā mērā ir atkarīga no sirds mazspējas iemesla. Vai tas sarežģī zāļu izgudrošanu, nezina. Tomēr izgudrotājiem ir jāsaprot, vai mēs vēlamies ārstēt sirds strukturālās izmaiņas vai vienkārši stīvu miokardu, vai arī specifisku slimību, kuras dēļ ir radušās šīs izmaiņas. Nemsim par piemēru infekcijas slimības. Tām parasti ir viens izsaucējs, un zinātniekiem ir jāatrod brīnumrecepte, līdzeklis pret konkrēto izsaucēju. Sirds mazspējas iemesli ir dažādi. Tas situāciju sarežģī.

Sirds transplantācija dod iespēju

ILONA NORIETE

Dažkārt cilvēka sirds kādā mūža posmā vairs nespēj pilnvērtīgi veikt savas funkcijas. Visbiežākie šādu problēmu cēloņi ir atsevišķas sirds slimības, kuru beigu stadijās reizēm atliek tikai viena pacienta dzīvības glābšanas iespēja – sirds transplantācija. Parasti galvenais šādas operācijas veikšanas ierobežojums saistās ar donoru trūkumu, taču Latvijā pēdējos gados konkrētā problēma īsti vairs nav aktuāla, jo transplantācijai izmantojamo sirdžu skaits esot pietiekams. Tiek pat runāts, ka donoru sirdžu ir vairāk nekā saņēmēju.

Lai iegūtu skaidrību šajā jomā, uz sarunu esam uzaicinājuši Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas (PSKUS) Sirds ķirurģijas centra virsārstu, RSU asociēto profesoru medicīnas zinātņu doktoru **Mārtiņu Kalēju**.

– Vasarā izskanēja ziņa, ka Latvijā donoru sirdis ir pieejamas, taču trūkst saņēmēju. Kā jūs to skaidrotu?

– Apgalvot, ka donoru sirdžu ir vairāk nekā cilvēku, kuriem tās būtu nepieciešamas, droši vien nebūtu īsti pareizi. Jāatzīst gan, ka dažu pēdējo gadu laikā pieejamo donoru sirdžu un, šķiet, arī citu donoru orgānu skaits patiešām ir audzis. Šai tendencei varētu būt vairāki iemesli. Konkrēti par sirdīm, iespējams, viens no galvenajiem cēloņiem to pieejamības pieaugumam ir lielais darbs, ko ieguldījuši mūsu kolēģi no Sirds ķirurģijas centra. Viņi ir braukuši uz reģionālajām slimnīcām un stāstījuši vietējiem ārstiem par to, kādiem kritērijiem jāatbilst donoriem, lai varētu transplantēt sirdi. Piemēram, profesors Uldis Straziņš šim nolūkam vēltījis ļoti daudz laika un enerģijas.

Kopējo donoru orgānu pieejamību zināmā mērā varētu izskaidrot ar to, ka ir uzlabojusies informētība.

– Cik daudz Latvijā ir cilvēku, kuriem smagas sirds mazspējas vai kādas citas problēmas dēļ nepieciešama donora sirds?

– Transplantācija vajadzīga cilvēkiem, kuriem iestājusies galēja sirds mazspēja un medikamentozā terapija vairs īsti nepalīdz. Tad praktiski vienīgā iespēja glābt dzīvību ir tikai sirds pārstādīšana. Dažreiz, ja pacients nevar sagaidīt transplantāciju, tiek izmantotas arī mehāniskās palīgācirkulācijas ierīces. Tādu cilvēku ir daudz. Cits jautājums ir par to, vai tiešām Latvijā pilnvērtīgi tiek apzināti visi pacienti, kam šāda palīdzība nepieciešama. Realitāte ir tāda, ka patlaban sirds transplantācijas gaidīšanas rindā cilvēku skaits tiešām nav liels. Vadoties pēc statistikas datiem un salīdzinot Latviju ar mums līdzvērtīgām populācijām, šai rindai būtu jābūt krietni garākai. Pašlaik sirds transplantāciju gaida desmit cilvēki.

– Ja donoru sirdis ir pieejamas, kāpēc šie desmit cilvēki gaida?

– 2024. gada laikā jau veiktas četras sirds transplantācijas, kas proporcionāli iedzīvotāju skaitam ir apmēram tikpat daudz, cik pašlaik notiek Lietuvā. Protams, ja mēs salīdzinām situāciju ar bagātākajām Eiropas valstīm, kur veselības aprūpes sistēma kopumā ir attīstītāka, piemēram, Vāciju, šim skaitam uz Latvijas populāciju būtu jābūt divreiz lielākam. Optimāli tās būtu astoņas līdz desmit transplantācijas gadā. Taču šie desmit cilvēki gaida rindā tāpēc, ka veikt sirds transplantāciju nav tik vienkārši. Lai varētu pārstādīt sirdi, jāsakrīt vairākiem faktoriem. Pirmkārt, ir jābūt atbilstoši

asins grupai starp donoru un cilvēku, kurš gaida sirdi pārstādīšanai. Otrkārt, donoram un recipientam jābūt savstarpēji atbilstošiem arī ķermeņa izmēru ziņā, jo nevar pārstādīt 50 kilogramus smagas sievietes sirdi divus metrus garam vīrietim ar 110 kilogramu svaru. Sirds tādu slodzi neizturētu. Tāpēc jābūt pietiekamai dažādu apstākļu atbilstībai, lai kādam no rindā gaidošajiem cilvēkiem piedāvātu sirdi transplantācijai.

– Droši vien ir svarīgi uzturēt atgriezenisko saiti ar pacientiem, kuriem ir pārstādīta sirds. Vai zināt, kā viņiem klājas, kāda ir viņu dzīves kvalitāte un dzīvildze?

– Bez šaubām, jo visi mūsu pacienti, kuriem veikta sirds transplantācija, turpmāko gadu gaitā tiek pastāvīgi uzraudzīti un pārbaudīti. Patlaban mūsu vidū Latvijā staigā 18 cilvēki ar pārstādītu sirdi. Viņi visi tiek regulāri aicināti uz kontroles vizītiem. Sirds pārstādīšana ir ne tikai ļoti nozīmīga un pietiekami sarežģīta procedūra, bet reizē tikai daļa no veiksmīgas transplantācijas procesa. Ne mazāk svarīga ir pacientu apsekošana un ilgtermiņa rūpes par viņiem, un par to ir atbildīgi kardiologi. Visiem pacientiem, kuriem veikta sirds transplantācija, tiek rūpīgi sekots. Pateicoties tam, ir arī ļoti rezultāti. Manā rīcībā ir diezgan precīzi dati, un varu teikt, ka ilgākais laika periods, kādu cilvēks ir nodzīvojis pēc sirds pārstādīšanas Latvijā, šobrīd ir 17 gadi. Vairāki citi pēc transplantācijas nodzīvojuši desmit, 13 un 15 gadus.

– Ja donoru sirdžu pietiek, vai var apgalvot, ka to pietiks visiem, kam būs nepieciešama transplantācija?

– Situācija noteikti uzlabojas. Te pat būtu jārunā nevis par to, kādēļ desmit cilvēki joprojām gaida rindā, bet kāpēc viņu ir tik maz. Tas ir būtiskāks moments. No vienas puses raugoties, desmit šķiet daudz, bet, cik man ir zināms, starp viņiem, piemēram, ir tikai cilvēki ar biežāk sastopamajām jeb 0 un A asins grupām. Tas nozīmē, ja parādās potenciāls donors ar B vai AB asins grupu, mums nākas atteikties. Proti, mēs viņa sirdi nevaram izmantot, jo gaidīšanas rindā nav neviena ar atbilstošu asins grupu. Tādi gadījumi ir bijuši, arī šogad. Tādēļ galvenais jautājums paliek nemainīgs: kāpēc rindā ir tik maz pacientu, jo ir skaidrs, ka cilvēku ar galēji smagu sirds mazspēju Latvijā ir

Daudzi sirds mazspējas pacienti saņem visnotaļ nopietnu ārstēšanu, taču viņu ilgtermiņa uzraudzība vajadzīgajā kompetences līmenī tomēr nenotiek.

daudz vairāk. Tā ir vēl viena problēma, kas prasa atrisinājumu, varbūt ne tik daudz tieši no sirds ķirurģijas, bet vairāk no kardioloģijas puses. Sirds mazspējas pacientu ārstēšana un apsekošana aizvien nav īsti sakārtota. Tas nozīmē, ka potenciāli jebkuram smagākas sirds mazspējas pacientam, slimībai progresējot un laikam ejot, veselība var pasliktināties tiktāl, kad kļūst nepieciešama aktīvāka palīdzība. Tādos brīžos tā parasti ir sirds transplantācija vai kāda no palīgācirkulācijas ierīcēm. Daudzi sirds mazspējas pacienti saņem visnotaļ nopietnu ārstēšanu, taču viņu ilgtermiņa uzraudzība vajadzīgajā kompetences līmenī tomēr nenotiek.

– Vai būtu korekti teikt, ka Sirds ķirurģijas centrs aicina atsaukties pacientus ar galēji



Foto: No RSU arhīva

Mārtiņš Kalējs: «Mums beidzot izstrādāta un stabili darbojas mazinvasīvās ķirurģijas programma konkrētu sirds vārstuļu ķirurģijā. Turklāt tie vairs nav atsevišķi gadījumi, bet šī metode jau kļuvusi par ikdienu. Tagad mēs varam operēt sirdi ar ievērojami mazāku griezienu, nepārdalot krūšu kaulu.»

smagu sirds mazspēju un ierasties uz konsultācijām par sirds pārstādīšanu? Kādiem kritērijiem pacientam jāatbilst, lai pieteiktos uz vizīti?

– Sirds ķirurģijas centrs varētu aicināt šos pacientus vērsties pēc palīdzības pie kardiologa, jo situācijas izvērtēšana un sirds mazspējas pacientu vadīšana noteikti ir kardiologa kompetencē. Sirds ķirurģijas iesaistās tajā brīdī, kad jau nepieciešama transplantācija, un tieši pirms tās, pieņemot konsilijā galīgo lēmumu par iekļaušanu transplantācijas rindā. Nevar būt tā, ka sirds ķirurģis vada un ārstē medikamentozu sirds mazspējas pacientu. Ja jūs man prasītu, kur tieši vērsties galējas sirds mazspējas pacientam, es atbildētu, ka vispirms jādodas pie ģimenes ārsta. Tālāk ceļš ved pie kardiologa, kura uzdevums ir parūpēties par pacientam atbilstošu sirds mazspējas terapiju. Ja cilvēkam nozīmētā ārstēšana trīs mēnešu laikā nesniedz uzlabojumu, ir veikti izmeklējumi, tostarp ehokardiogrāfija, kas uzrāda samazinātu sirds saraušanās funkciju, un ir objektīvi pierādīta sirds mazspēja, var spert nākamo soli. Tas ir nosūtījums pie mums, uz PSKUS Latvijas Kardioloģijas centru. Optimālā gadījumā kontaktēties varētu pacienta reģionālais kardiologs, retumis arī ģimenes ārsts. Šeit kardioloģe Baiba Barone pacientus izvērtē. Tad tiek noskaidrots, vai viņiem nepieciešama un arī ir piemērojama transplantācija.

Jāņem vērā, ka sirds pārstādīšanu nevar veikt ikvienam pacientam un cilvēks nevar pēc savas iniciatīvas pa tiešo vērsties pie kāda no sirds ķirurģiem. Lai nokļūtu šeit, nepieciešams kardiologa vai vismaz pietiekami kompetenta ģimenes ārsta atzinums un nosūtījums.

– Ar ko no Sirds ķirurģijas centra būtu jāsaņem?

– Cilvēks, kuram radušās aizdomas par sirds problēmām, var teikt savam ģimenes ārstam, ka ir dzirdējis par dakteri Baroni. Ģimenes ārsti uz

viņas e-pastu baiba.barone@stradini.lv var arī sūtīt jautājumus, piemēram, par vajadzīgajiem izmeklējumiem. Bet ar visiem PSKUS ārstiem var sazināties, zvanot uz mūsu dispečeru dienestu pa tālruni 67069550, kas tālāk var zvanītāju savienot ar attiecīgo ārstu. Šo tālruni gan drīkst izmantot tikai ārsti (ģimenes ārsts, kardiologs).

– Sakiet, lūdzu, vai pastāv vispārīgas rekomendācijas pacientiem pēc sirds operācijām? Kur jūs ieteiktu meklēt aktuālo informāciju?

– Visi mūsu pacienti ir informēti par to, ko viņi drīkst vai nedrīkst un ko viņiem būtu vēlams darīt. Par to katru cilvēku informē gan ķirurgs, gan pārējie mūsu komandas speciālisti. Piemēram, ar viņiem strādā fizioterapeiti un stāsta, kādus vingrojumus var un vajag veikt un no kādām kustībām vismaz sākumā labāk izvairīties. Tāpat mēs, ķirurgi, un mūsu māsiņas informējam pacientus par brūcēm un kā tās pareizi kopt. Tas viss tiek izstāstīts, un papildus mums ir sagatavots arī liels buklets, kas noder, ja pēkšņi kaut kas aizmirstas. Bukletā cilvēki var mierīgi visu izlasīt un iepazīties ar svarīgāko informāciju. Tur ir ļoti labi aprakstīts gan režīms, kas jāievēro, gan apkopotas svarīgākās norādes, ieteicamie vingrojumi, kurus var veikt, lai ātrāk atlabtu. Svarīgākā lieta atgūšanās procesā ir agrīna rehabilitācija – cilvēkam vajag pēc iespējas vairāk kustēties un aktivizēties. Cilvēki, kuri potenciāli gatavojas operācijām, bet vēl nav bijuši uz konsultāciju pie sirds ķirurga, var iepazīties ar šo materiālu vietnē stradini.lv. Sirds ķirurģijas centra Ārstniecības sadaļā šī informācija ir atrodamā elektroniski, un pacienti jau laikus var ar to iepazīties, noskaidrot, kas jāievēro, nākot uz operāciju, un ar ko jābūt uzmanīgiem. Tāpat var noskaidrot, ko būtu vēlams darīt pēc operācijas.

– Vai visas zāles, kas jālieto pēc sirds operācijām, var turpināt izrakstīt ģimenes ārsts?

– Medikamentu izvēle ir ļoti būtiska. Tas mūsu pacientiem ir jāsaprot, tādēļ mēs to vienmēr

atgriezties dzīvē

uzsveram. Protams, ķirurģija ir izcila lieta un ir dažas kaites, kuras ar operācijas palīdzību var izārstēt tiktāl, ka pēc ķirurģiskās procedūras pacients ir teju vai absolūti vesels. It īpaši, ja laikus tiek operēta mitrālā vārstuļa nepietiekamība vai aortas vārstuļa stenoze. Taču īpaši jāuzsver vārds «laikus», nevis kad kaite jau ielaista. Ja visu paveic, kamēr slimība nav attīstījies, cilvēka paredzamā dzīvēdē un arī dzīves kvalitāte bieži neatšķiras no vispārējās populācijas. Tomēr lielākajai daļai pacientu slimība turpinās, it īpaši tiem, kuriem ir koronārā sirds slimība un mēs esam veikuši šūntēšanas operāciju. Protams, operācija var būt dzīvību glābjoša un dzīves kvalitāti uzlabojoša, bet, lai efekts saglabātos pietiekami ilgi, pacientam ilgstoši jālieto zāles.

– Kādi ir biežāk izmantotie medikamenti?
– Nepieciešamās zāles katram var būt ļoti individuālas. Parasti to vidū ir medikamenti pret augstu asinsspiedienu, kāds no AKE inhibitoriem. Praktiski vienmēr tiek izmantots arī kāds no beta blokatoriem, tāpat absolūti lielākajai daļai mūsu pacientu nepieciešama lipidus koriģējoša terapija jeb holesterīna līmeni normalizējošas zāles. Dažreiz būs vajadzīga arī asinis šķidrinoša terapija, kad var tikt izmantots aspirīns, bet daudzus gadījumos arī nopietnāki līdzekļi. Tās ir galvenās zāles, kuras lielai daļai pacientu pēc ķirurģiskas iekļaušanās būs nepieciešamas lietot ilgstoši, lai operācijas efekts saglabātos vēl daudzus gadus.

– Atkarībā no riska grupas kardioloģiskā slimību pacientiem (arī pēc operācijām) var būt atšķirīgi holesterīna mērķa skaitļi, var būt jāizmanto speciālas zāles? Piemēram, ir injicējamas pretholesterolu zāles, kuras patlaban Latvijā ar 100 procentu kompensāciju pēc kardiologu konsilija slēdziena var izrakstīt tikai kardiologi.

– Lielu daļu no mūsu nozīmētajām zālēm, kas pacientiem jālieto pēc operācijas, var turpināt izrakstīt ģimenes ārsts. Tomēr mēdz būt atsevišķi izņēmumi, kad pacientiem nepieciešami medikamenti ir vai nu īpaši dārgi, vai arī vēl pavisam jauni. Ja par to lietošanu varbūt vēl nav uzkrāta pietiekami liela pierādījumu bāze, tos pilnīgi brīvi nevar izrakstīt jebkurš speciālists. Ar vārdiem «pilnīgi brīvi» šeit jāsaprot, ka pat mēs, sirds ķirurgi, nevaram tos nozīmēt. Lielai daļai mūsu pacientu ir nopietna ateroskleroze, varbūt arī koronārā sirds slimība, un esam veikuši šūntēšanas operāciju. Tāpat ir pacienti ar kāju vai citu perifēro artēriju nopietnu saslimšanu, un viņiem ir kritiski svarīgi uzturēt nepieciešamo holesterīna līmeni. Droši varu apgalvot, ka absolūti lielākajai daļai pacientu to var panākt ar statīniem vai to kombinācijā ar ezetimību. Tomēr ne visiem, īpaši cilvēkiem, kuriem ir ģimenes hiperholesterīnēmija – nopietna iedzimta problēma. Mēdz būt arī pacienti, kuri daudzus no iepriekš minētajiem zāļu līdzekļiem nepanes, un viņiem jaunais injicējamais preparāts uzrādā ļoti labus rezultātus. Tas ir pavisam jauns medikaments un tirgū parādījies salīdzinoši nesen, ar ne tik labi zināmiem ilgtermiņa rādītājiem, bet izcilām agrīnajiem rezultātiem. Tieši holesterīna skaitļus medikaments uzlabo neticami. Taču tas ir ļoti dārgs preparāts, un tā izrakstīšana ar valsts kompensāciju pašlaik ir ierobežota. To nozīmēt var tikai kardiologs ar kardiologu konsilija slēdzienu. Turklāt šādas pilnvaras nav visiem, bet tikai abu universitātes slimnicu, kā arī Liepājas un Daugavpils reģionālo slimnicu kardiologu konsilijiem. Taču mūsu pacientiem, kā arī tiem cilvēkiem, kuriem veikta perkutāna sirds asinsvadu intervence, šīs zāles jau var izrakstīt ar 100 procentu kompensāciju.

– Ko saka jūsu pieredze – vai sirds ķirurģijas pacienti ir līdzestīgāki pēcoperācijas ārstēšanā, riska faktoru kontrolē?

– Viens no galvenajiem kritērijiem, kas tiek analizēti, izraugoties potenciālos sirds transplantācijas kandidātus, ir – vai šis cilvēks varētu būt pietiekami līdzestīgs. Tiek izvērtēts, cik rūpīgi viņš pirms tam lietojis medikamentus sirds mazspējas ārstēšanai. Pie sirds transplantācijas nevar būt nekādas atkāpes, ja rodas bažas, ka pacientam varētu rasties problēmas ar līdzestību. Cilvēkam ar atkarībām transplantāciju nemaz nedrīkst apsvērt. Šī ķirurģiskā procedūra ir tikai pirmais solītis, jo tālāk pacientam būs ļoti rūpīgi jādzē medikamenti – imūnsistēmu nomācošas zāles, lai svešais orgāns netiktu atgrūsts.

Runājot par sirds ķirurģijas pacientiem vispār, – cilvēki mēdz būt ļoti dažādi, bet lielākā daļa tomēr ir ļoti motivēti un diezgan rūpīgi dzē nozīmētās zāles. Problēmas varbūt sākas brīžos, kad citi kolēģi ir ieteikuši lietot ļoti daudz medikamentu. Arī no pētījumiem ir zināms – ja cilvēkam dienā jālieto vairāk nekā septiņas tabletes, tad lielai daļai sākas problēmas ar līdzestību tieši zāļu skaita un mēdžiem dēļ.

– Cik labi nelīdzestīgām pacientam varētu noderēt inovatīvas zāles, piemēram, tādas, kurās pacientam pret paaugstinātu holesterīna divreiz gadā injicē veselības aprūpes speciālists?

– Būtibā šādi medikamenti, kuri ir radīti, lai tos varētu ievadīt salīdzinoši reti, bet dod līdzīgu efektu kā «parastās» zāles, varētu būt labs risinājums pacientiem ar līdzestības problēmām. Pie tādām zāļu formām noteikti būtu vērts strādāt, un tās varētu palīdzēt atrisināt diezgan daudzās problēmas. Pašlaik gan mēs tikai teorētiski varētu ieteikt šādu medikamentu cilvēkiem ar zāļu lietošanas līdzestības problēmām, kas tomēr ir visai bieži sastopamas. Tās bieži skar pacientus, kuri lieto statīnus. Neizprotamu iemeslu dēļ sabiedrībā pret statīniem radusies sava veida stigma, proti, ka tie ir ļoti kaitīgi un nodara organismam daudz sliktā, lai gan tas neatbilst patiesībai. Teorētiski šādā veidā injicējamas zāles varētu būt risinājums, bet, lai to varētu apgalvot, ar šo preparātu ir nepieciešams iegūt daudz lielāku praktisko pieredzi.

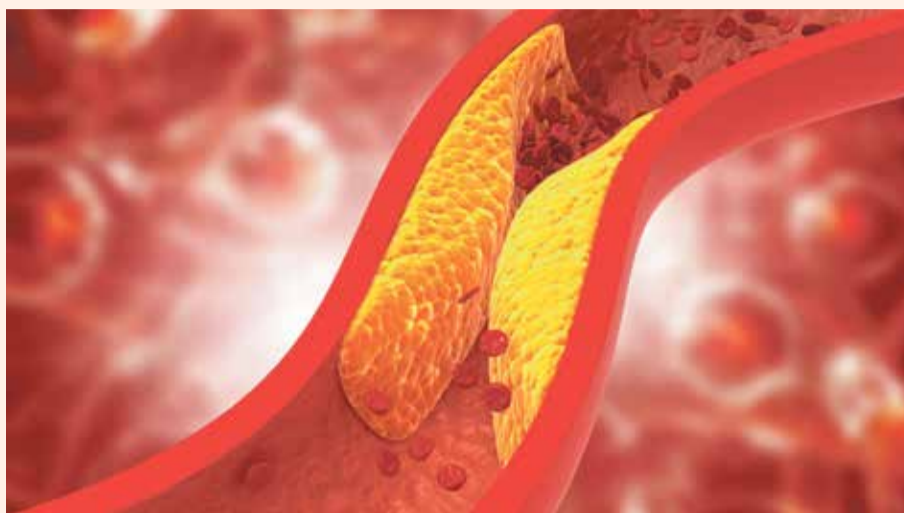
– Atskatoties uz aizvadīto gadu Sirds ķirurģijas centrā, – vai ir kaut kas, ko jūs vēlētos izcelt un palepoties?

– Pēdējos pāris gados ir daudz jaunumu. Nozīmīgākais no tiem, par ko man ir liels lepnums, – mums beidzot izstrādāta un stabili darbojas mazināzīvās ķirurģijas programma konkrētu sirds vārstuļu ķirurģijā. Turklāt tie vairs nav atsevišķi gadījumi, bet šī metode jau kļuvusi par ikdienu. Tagad mēs varam operēt sirdi ar ievērojami mazāku griezienu, nepārdaļot krūšu kaulu. Varbūt vēl ne visiem, bet lielai daļai pacientu mēs to varam piedāvāt. Prieks ir arī par sasniegumiem sirds mazspējas pacientu ārstēšanā. Lai gan mēs šajā gadā esam transplantējuši jau četras sirdis, noteikti jāatzīmē arī fakts, ka ļoti strauji attīstās išlaicīgo palīgcirkulācijas metožu jeb EKMO programma. Ir vairākas ļoti pozitīvas lietas, attīstās hipertrofiskās kardiomiopātijas ķirurģija, sarežģīta aortas ķirurģija un vēl daudzas citas jomas.

– Vai Sirds ķirurģijas centrā 2025. gadam ir jaunas ieceres un izaicinājumi, ar kuriem jūs gribētu padalīties?

– Jāstrādā daudzās virzienos. Varbūt galvenās lietas pat nav saistītas ar ķirurģiju kā tehnisku izaicinājumu. Nebaidīšos teikt, ka mums ir tiešām

INFORMĀCIJAI



Kas ir holesterīns?

Holesterīns ir lipīds, kas tiek ražots aknās, kā arī nelielā daudzumā nonāk organismā ar noteiktiem produktiem. Holesterīns ir svarīga šūnu membrānas sastāvdaļa, nodrošina šūnu elasticitāti, membrānu caurlaidību, sintezē svarīgus hormonus (dzimumhormonus, virsnieru garozas daļas hormonus), žultsskābes, neliels tā daudzums vajadzīgs arī D vitamīna sintēzei. Augsts holesterīna līmenis var palielināt sirds un asinsvadu slimību risku.

Augsts holesterīna līmenis var būt iedzimts, taču bieži vien tas ir neveselīga dzīvesveida rezultāts. Veselīgs uzturs, regulāras fiziskās aktivitātes un arī zāles var palīdzēt samazināt holesterīna līmeni.

Holesterīna līmenis

Kopumā ir četras pacientu grupas: ar zemu, vidēju, augstu un ļoti augstu kardioloģisko risku. Atkarībā no tā tiek noteikti ZBLH mērķi: <math><3,0 \text{ mmol/l}</math>, <math><2,6 \text{ mmol/l}</math>, <math><1,8 \text{ mmol/l}</math> un <math><1,4 \text{ mmol/l}</math>. Papildus tam augsta un ļoti augsta kardioloģiskā riska pacientiem būtu jāsasniedz $\geq 50\%$ samazinājums no esošā ZBLH līmeņa. Piemēram, pacientam ar ZBLH 2,0 mmol/l (bez statīnu terapijas), kuram konstatēts augsts kardioloģiskais risks, ZBLH mērķis būs nevis <math><1,8 \text{ mmol/l}</math>, bet gan $0,9 \text{ mmol/l}$ ($\leq 1,0 \text{ mmol/l}$). Kāpēc tā? Skaidrojums ir ļoti vienkāršs – ja ar esošo ne pārāk augsto ZBLH līmeni jau ir attīstījies kardioloģiskā slimība vai augsta kardioloģiskā riska stāvoklis, holesterīna līmenim jāklūst vismaz uz pusi zemākam par esošo, lai labvēlīgi ietekmētu pacienta prognozi.

Simptomi

Paaugstinātam holesterīna līmenim nav simptomu. Asins analīze ir vienīgais veids, kā to noteikt.

Kad doties pie ārsta?

Pirmā holesterīna līmeņa pārbaude būtu jāveic jau 5–6 gadu vecumā (noteikti līdz 9–11 gadiem), un pēc tam tā jāatkārto ik pēc pieciem gadiem.

Viriešiem vecumā no 45 līdz 65 gadiem un sievietēm vecumā no 55 līdz 65 gadiem holesterīna līmeni vajadzētu pārbaudīt ik pēc viena līdz diviem gadiem. Cilvēkiem, kas vecāki par 65 gadiem, holesterīna pārbaudes jāveic katru gadu.

Ja testa rezultāti nav normas robežās, ārsts var ieteikt veikt biežākus mērījumus. Tāpat ārsts var arī ieteikt veikt biežākas pārbaudes, ja ģimenes anamnēzē ir augsts holesterīna līmenis, sirds slimības vai citi riska faktori, piemēram, diabēts vai augsts asinsspiediens.

Riska faktori

Faktori, kas var palielināt paaugstināta holesterīna līmeņa risku:

- **Neveselīgs uzturs.** Pārāk daudz piesātināto tauku vai transtaukskābju uzturā var veicināt paaugstināta holesterīna līmeņa rašanos.
- **Aptaukošanās.** Ķermeņa masas indekss (KMI) 30 un vairāk palielina augsta holesterīna līmeņa risku.
- **Kustību trūkums.** Mērena fiziskā slodze palīdz paaugstināt ABLH jeb «labā» holesterīna līmeni.
- **Smēķēšana.** Smēķēšana var pazemināt «labā» holesterīna līmeni.
- **Alkohols.** Pārmērīga alkohola lietošana var paaugstināt kopējo holesterīna līmeni.
- **Vecums.** Arī bērniem var būt paaugstināts holesterīna līmenis, taču tas daudz biežāk sastopams cilvēkiem pēc 40 gadu vecuma. Novecojot aknas kļūst mazāk spējīgas izvadīt ZBLH.

lieliska ķirurģu komanda, kur katrs speciālists strādā fantastiski. Galvenie izaicinājumi varbūt vairāk saistīti ar apkārtējo infrastruktūru. Pilnvērtīgā sirds mazspējas klinika noteikti var tapt tikai sadarbībā ar kardiologiem. Šāda iestāde ir kritiski svarīga, lai cilvēki nonāktu pie mums, kad viņiem nepieciešama izvērstāka palīdzība vai potenciāla sirds transplantācija. Tas ir ļoti svarīgs izaicinājums. Līdzīgas raizes rada augošais pieaugušo pacientu skaits ar iedzimtām sirdskaitēm, un arī viņiem būtu ārkārtīgi nozīmīga šāda veida klīniskā izveide, kurā cilvēki tiktu sistemātiski pārbaudīti un saņemtu nepieciešamo palīdzību. Arī šis

ieceres īstenošanai vajadzīga plašāka un izvērstāka sadarbība ar mūsu kolēģiem kardiologiem. Tās, manuprāt, būtu galvenās lietas, kas varētu dot lielāko pozitīvo pienesumu un ar kurām mums tuvākajos gados vajadzētu visvairāk strādāt. Papildus minētajam mēs vēlamies aktualizēt arī sirds ritma ķirurģiju, ko varētu izmantot, piemēram, mirdzaritmijas ārstēšanā. Arī šajā virzienā nesen esam iesākuši pagaidām nelielu, bet ļoti būtisku programmu. Pārējais ir saistīts ar pacientu ilgtermiņa aprūpi un to, kā potenciālo sirds ķirurģijas pacientu nonākšanu pie mums padarīt efektīvāku un savlaicīgāku.

Algologs – palīgs sāpju gadījumā

EVITA HOFMANE

Sāpes ir viens no galvenajiem iemesliem, kāpēc pacienti dodas pie ģimenes ārsta. Statistika liecina, ka 20 līdz 40 procenti cilvēku cieš no sāpēm ilgāk nekā sešus mēnešus. Algoloģija ir medicīnas nozare, kas pēta asas un hroniskas sāpes, to patofizioloģiju un sāpju mazināšanas metodes. Algologs jeb sāpju terapeits ir ārsts, kurš specializējas dažādu sāpju diagnostikā, palīdz novērst to radītās veselības problēmas, pārzina veidus, kā uzlabot pacienta dzīves kvalitāti.

Par sāpēm, to cēloņiem, veidiem un ārstēšanas iespējām runājam ar algoloģi, Rīgas Stradiņa universitātes docenti **Irinu Evansu**.

– Kas ir sāpes, un kurā brīdī tās var uzskatīt par traucēkli?

– Sāpes ir katram cilvēkam ļoti pazīstama ķermeņa reakcija uz kairinājumu. Šīs sajūtas konkrētajā brīdī vairāk vai mazāk ietekmē dzīves kvalitāti. Lielākoties sāpes ir akūtas. Tas ir pārejošs stāvoklis. Taču, ja sāpes nav pienācīgi ārstētas, tās pēc trim mēnešiem var kļūt hroniskas. Statistikas dati liecina, ka 20 procenti Eiropas iedzīvotāju saskaras ar ilgstošām, nepārejošām, hroniskām sāpēm. Ja sāpes neārstē, tās izplatās pa organismu. Iespējams, ka sākumā sāpes var izārstēt bez medikamentiem vai pielietojot viena veida zāles. Dažkārt tās var pāriet arī pašas no sevis. Tomēr noteikti jāņem vērā, ka tad, ja ārstēšana tiek novilkcināta, sāpes kļūst hroniskas. Protams, veselību ietekmē dzīvesveids, kaitīgie ieradumi un citi faktori. Piemēram, ja cilvēks smagi strādā, darba laikā sastiepj muguru, parādās akūtas sāpes. Lietojot pieejamās zāles, mēs nereti veiksmīgi tiekam galā un sāpes pāriet, bet tās var arī nepāriet, kļūstot hroniskas.

– Kādi ir biežāk sastopamie sāpju veidi?

– Ir akūtas sāpes, kas rodas tad, kad uz veselīem, nebojātiem audiem iedarbojas īslaicīgs sāpes izraisošs kairinātājs. Tie ir sasitumi, traumas, sastiepumi, arī pēcoperācijas sāpes. Ir iekaisuma sāpes, ko pavada audu bojājums un iekaisums, bet kam nav raksturīgs nervu bojājums. Tie ir artrīti un tendinīti (cīpslu iekaisums). Var būt neiropatiskās sāpes, kas ir spontānas, ar paaugstinātu nervu jutību saistībā ar nervu sistēmas bojājumu. Sāpju veidi iedalās arī pēc lokalizācijas. Pacientam var sāpēt mugura, galva, locītavas, ekstremitātes, seja, žokļi u.c. Var būt arī atstarotās sāpes no iekšējiem orgāniem. Ja sāpes ilgst līdz trīs mēnešiem, tās uzskatām par akūtām, bet, ja trīs mēnešu laikā netiekam galā ar ārstēšanu, sāpes kļūst hroniskas, un to ārstēšana jau ir sarežģītāka.

– Kāda ir medicīniskā pieeja atsāpīšanās, ar ko sākt?

– Sāpju ārstēšana ir kompleks process, jo tās ietekmē ikdienas dzīvi, darba kvalitāti, psihoemocionālo stāvokli. Jābūt multimodālai pieejai, jāizmanto fizioterapija, provocējošo faktoru korekcija, bieži vien svarīga arī dzīvesveida maiņa. Pašlaik pasaulē un Latvijā visizplatītākie medikamenti, ko pacients var nopirkt aptiekā, ir paracetamols un nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi. Ar tiem var ļoti labi palīdzēt akūtu sāpju gadījumā. Cilvēki bieži vien tos izmanto un sasniedz vēlamu mērķi. Pacienti man bieži vien jautā par dažādām ziedēm un gēliem. Es parasti saku: ja viens gēls vai ziede nepalīdz, tad vairāk tos nevajag iegādāties un lietot, jo arī citi īpaši



Foto: Shutterstock

Sāpju ārstēšana ir kompleks process, jo tās ietekmē ikdienas dzīvi, darba kvalitāti, psihoemocionālo stāvokli. Jābūt multimodālai pieejai, jāizmanto fizioterapija, provocējošo faktoru korekcija, bieži vien svarīga arī dzīvesveida maiņa.

nepalīdzēs. Bet ko tālāk izvēlēties? Mēs parasti zāles kombinējam. Rekomendējam lietot nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus (sākt ar mazāko efektīvo devu, katrā individuālā gadījumā ņemt vērā visus riska faktorus), kurus ļoti efektīvi var kombinēt ar paracetamolu.

– Ja atsāpīšanās neder nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi, – ko izvēlēties tad? Opioīdus?

– Bieži vien pacientam sāpju novēršanai neder ne paracetamols, ne nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi. Vai arī pacients tos lieto pārāk ilgi, ir bažas par bīstamām komplikācijām – tādām kā nieru funkciju traucējumi, asiņošana no kuņģa un zarnu trakta u.c. Parasti tādiem pacientiem stipru sāpju gadījumā uzsākam opioīdu terapiju. Pazīstamākie no opioīdiem ir tramadols un kodeīns. Šos medikamentus mēs izmantojam, ja ar nesteroido pretiekaisuma līdzekļu lietošanu netiek sasniegts vajadzīgais efekts. Opioīdus izrakstām arī pacientiem, kuriem ir kontraindicēta paracetamola un nesteroido pretiekaisuma līdzekļu lietošana. Eiropas valstīs ārsti vairāk izmanto nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus un tā saucamos vājos opioīdus.

– Vai no opioīdiem nevar rasties atkarība? Cik ilgi tos atļauts lietot?

– Ģimenes ārsti vairās nozīmēt opioīdus, jo baidās no tā, ka pacientiem radīsies atkarība. Ja šie medikamenti tiek nozīmēti tieši sāpju ārstēšanai, tiek lietoti atbilstošās devās, tiek sasniegts labs atsāpīšanās efekts. Tādi opioīdi kā tramadols zināmi jau kopš 1977. gada. Tas ir analģētisks (pretsāpju) līdzeklis, kas pieder opioīdu grupai un iedarbojas uz centrālo nervu sistēmu. Zāļu lietošana atvieglo sāpes, ietekmējot specifiskas nervu šūnas muguras un galvas smadzenēs. Lieto vidēji stipru un stipru sāpju mazināšanai. Šis medikaments bieži vien ir vienīgā izvēle cilvēkam, kurš cieš stipras sāpes, jo ļoti, ļoti palīdz tās mazināt. It īpaši vecāka gadagājuma pacientiem. Atšķirībā no

citiem opioīdiem, tramadolam nav klīniski nozīmīgas ietekmes uz sirds un asinsvadu sistēmu un elpošanu, tas nebojā nieres. Ir zinātniski pētījumi, kuri pierāda, ka šo medikamentu ļoti aktīvi izmanto muguras sāpju, reimatoloģisko sāpju, artrītu, osteoartrītu gadījumā, kā arī neiralģijas ārstēšanai. Kad citi medikamenti nepalīdz, opioīdus pievieno pamatārstēšanai.

– Ja ar pašā izvēlētajiem līdzekļiem un paņēmieniem sāpes nerimstas, – pie kāda speciālista vērsties?

– Pārsvārā pacienti vērsas pie ģimenes ārsta. Ģimenes ārsts ir galvenais speciālists, kurš vajadzības gadījumā nosūta pie citiem speciālistiem. Pie kura tieši, – tas atkarīgs no pacienta sāpju cēloņa. Bieži vien tie ir neirologi un algologi.

Algologs ir speciālists, kurš pārzina sāpju būtību, avotus un ārstēšanas metodes. Vīzītes laikā tiek noskaidrotas pacienta sūdzības, veikta izmeklēšana, analizēti veselības stāvokļa izraksti, kas izdarīti iepriekš. Pacients var tikt norīkots uz izmeklējumiem: rentgena diagnostiku, datortomogrāfiju, magnētisko rezonansi, ultrasonogrāfiju u.c. Tiek izveidots individuālais ārstēšanas plāns, lemts par labākajiem risinājumiem katrā individuālā gadījumā, vai tā būs medikamentozā terapija, fizioterapija, ārstnieciskā vingrošana, blokādes vai citi veidi.

– Cik ilgi var pašārstēties (runājot par sāpēm), iegādājoties bezrecepšu zāles aptiekās?

– Mums zināmākie bezrecepšu medikamenti ir nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi. Ja pacients izlasa instrukciju un ņem vērā tur sniegto informāciju, lieto zāles atbilstoši, sāpes pāriet, neatkārtojas, var uzskatīt, ka tās ir izārstētas. Kā jau minēju, arī akūtu sāpju gadījumā (sasitumi, traumas), ja tās nepāriet un varbūt parādās citi simptomi (augsta temperatūra, grūtības pārvietoties u.c.), rodas aizdomas, ka kaut kas nav kārtībā, tad noteikti jāvērsas pie ārsta.

Sāpes nedrīkst ignorēt. Tās jāārstē laikus, paralēli meklējot cēloņus. Ja cēloņi ir zināmi (varbūt tas ir akūts negadījums vai cits iemesls), mēs zinām, kā tikt galā. Ja trīs mēnešu laikā, dzerot pretsāpju preparātu, sāpes nav pārgājušas, ir jāvērsas pie ģimenes ārsta. Neārstētas sāpes rada sāpju atmiņu, kas savukārt var sekmēt to, ka sāpes kļūst hroniskas. Ja kopā ar ģimenes ārstu pacientam neizdodas izārstēt sāpes, atbrīvoties no tām, ir jāmeklē palīdzība pie sāpju speciālista algologa. Ar pašārstēšanos jānodarbojas ļoti uzmanīgi. Mums ir pieejami bezrecepšu medikamenti, ko var nopirkt aptiekā, bet bieži vien no vienas tabletes sāpes nepāriet. Ir jāizlasa instrukcija, jānoskaidro, kādos gadījumos drīkst dzert zāles, kādos nē, cik bieži, cik daudz tablešu dienā ir jālieto, jo katram medikamentam ir savs darbības ilgums (piemēram, no 4 līdz 6 stundām), bet sāpju ilgums varbūt ir līdz 2–3 dienām. Tas nozīmē, ka 2–3 dienas 2–3 reizes dienā ir jālieto medikamenti. Tā, kā rakstīts instrukcijā, arī ir pareiza sāpju ārstēšanas taktika. Bieži vien ir gadījumi, kad atnāk pacients un saka, ka izdzēris vienu zāļu tableti, bet tas nav palīdzējis sāpju remdēšanā. Tāpēc, ka pretsāpju medikamentam ir jānodod iespēja izārstēt iekaisumu. Kamēr sāp, tas ir jālieto vairākas dienas, regulāri, tad būs efekts.

INFORMĀCIJAI

Algologs ārstē akūtas un hroniskas sāpes:

- Locītavu, muskuļu, mīksto audu sāpes
- Muguras sāpes (piemēram, starpskriemeļu disku trūce, protrūzija u.c.)
- Pēcoperāciju un traumu izraisītās sāpes
- Neiropatiskās sāpes jeb sāpes, kas saistītas ar nervu bojājumu (piemēram, trīszaru, starpribu nerva neiralģija, diabētiskā neiropatija, HIV/AIDS neiropatija)
- Onkoloģiskās sāpes
- u.c.

Sāp katru dienu... locītavas

EVITA HOFMANE

Latvijā ir ļoti daudz cilvēku, kuru ikdienu vecumdienās būtiski ietekmē osteoartrīta izraisītās pārvietošanās grūtības. Vai un kā viņu dzīvi iespējams uzlabot?

Par šo slimību un citiem artrītu veidiem runājam ar Paula Stradiņa Kliniskās universitātes slimnīcas Reimatoloģijas centra vadītāju reumatologu **Initu Buliņu**.

– Kas ir artrīts?

– Artrīts ir locītavu iekaisums. Locītava sastāv no kaula, skrimšļa un locītavas kapsulas. Locītavas kapsula ir izklāta ar īpašiem audiem. Locītavās atrodas saites, dažām cauri iet arī muskuļu cīpslas. Ja tajās ir iekaisums vai bojājums, arī to mēs varam saukt par artrītu. No vienas puses, ir vienkārši pateikt, ka artrīts ir iekaisums locītavā, no otras puses, domājot par to, kas tad ir iekaisusi locītava, ir jādodom plašāk – par visu to, no kā locītava sastāv.

– Kā šo slimību diagnosticē?

– Medicinā visu diagnosticē pēc vienota algoritma. Pirmais ir pacienta stāsts – tas, par ko pacients sūdzas, kas viņam traucē. Nākamais solis ir izmeklējumu veikšana. Medicīnas darbinieks skatās sāpīgo vietu, izkustina (locītavu), pārbauda muskuļu spēku, pārbauda, vai nav jušanas traucējumu apvidū, kur pacientam ir sāpes, vai noteiktā vietā nav izmainīta āda. To sauc par objektīvo izmeklēšanu. Tas, ko var izdarīt ārsts, izmeklējot locītavas, parasti ir kustību un spēka pārbaudes. Ir dažādi testi, lai pārbaudītu, cik stipras ir cīpslas vai kāda atsevišķa cīpsla, vai pacients jūt sāpes. Atkarībā no tā, ko pacients pastāsta un ko mēs atrodam objektīvajā izmeklēšanā, tiek izveidots izmeklēšanas plāns, kas sastāv no divām daļām. Tie ir laboratoriskie izmeklējumi (asins, urīna analīzes) un radioloģiskie izmeklējumi. Tiek izlemts, vai locītavai tiks veikts rentgens, ultrasonogrāfija, datortomogrāfija vai magnētiskā rezonanse. Tas ir ļoti individuāli un atkarīgs no tā, kas ir atrasts pirmajos diagnostikas soļos. Ja cilvēks sūdzas par sāpēm locītavās un ir atnācis pie reimatologa, mēs noteikti izmeklējam visas locītavas, pat ja pacients sūdzas tikai par sāpēm vienā locītavā. Izmeklējam arī pārējos orgānus un sistēmas.

– Vai Latvijā daudz cilvēku cieš no locītavu slimībām?

– Latvijā daudzām slimībām nav reģistru. Nav arī artrīta reģistra, līdz ar to datu par to, cik cilvēkiem ir artrīts. Ja šāds reģistrs ir, tad nedaudz vieglāk aprēķināt, cik daudz naudas vajag izmeklējumiem un ārstēšanai. Mēs izmantojam to, ko redzam un zinām par statistikas datiem pasaulē.

– Kādas ir artrīta formas?

– Biežāk sastopams ir artrīts, ko agrāk sauca par vecuma artrītu. Tas gan nav isti korekts apzīmējums, jo, pirmkārt, kas ir vecums? Otrkārt, arī gados jauniem cilvēkiem var attīstīties artrīta pazīmes, ko mēs saucam par osteoartrītu (tulkojumā no grieķu valodas vārda *osteon* – kauls). Būtībā tās ir izmaiņas kaulā, ko varam redzēt ar aci un kas rada deformācijas. Tiek uzskatīts, ka 90 procentiem cilvēku 75 gadu vecumā un vecākiem vismaz vienā locītavā ir osteoartrīts. Tas var būt gan mugurkaula locītavās, gan rokās, kājās. Šis artrīta veids nav tik daudz reimatologu, cik ģimenes ārstu, fizioterapeitu, rehabilitologu, algologu (sāpju ārsti) uzmanības lokā. Pacientu ārstēšana ir komandas darbs. Gadījumos, kad, iespējams, kombinējas vairāki artrīti vai tie



Inita Buliņa: «Latvijā ir pienācis laiks par artrītu runāt un stāstīt ģimenes ārstam, īpaši par osteoartrītu. Cilvēkiem pieaugtu uzticēšanās, ja ģimenes ārsts, rehabilitologs, algologs, reimatologs par osteoartrītu runā vienā valodā, zina slimības noteikšanas un ārstēšanas algoritmus. Tā ir liela artrīta diagnožu grupa, kas var traucēt lielai daļai cilvēku.»

nepadodas ārstēšanai, ir nepieciešama reimatologa konsultācija.

Domāju, ka Latvijā ir pienācis laiks, kad par artrītu runā un stāsta ģimenes ārsts, īpaši par osteoartrītu. Cilvēkiem pieaugtu uzticēšanās, ja ģimenes ārsts, rehabilitologs, algologs, reimatologs par osteoartrītu runā vienā valodā, zina slimības noteikšanas un ārstēšanas algoritmus. Tā ir liela artrīta diagnožu grupa, kas var traucēt lielai daļai cilvēku. Jo ilgāk mēs dzīvojam, jo lielāka ir iespējamība attīstīties osteoartrītam.

Vēl viena pacientu grupa, apmēram 3 procenti cilvēku, slimo ar tādu artrīta formu kā podagra un citas kristāliskās artropātijas, kad gan locītavas audos, gan locītavas šķidrumā atrodam kristālus, kuri rada iekaisumu. Pirmais ārsts, ar kuru pacients runās par šo artrītu, arī būs ģimenes ārsts. Ir zināms algoritms, kā diagnosticēt šo slimību un kā to ārstēt. Tikai tad, ja slimība nepadodas ārstēšanai, šos pacientus satiekam konsultācijā pie reimatologa.

Trešajai lielajai pacientu grupai (aptuveni vienam procentam), ar kuriem reimatologi strādā visbiežāk, ir dažādi artrīti, kuru gadījumā imūnā sistēma uzbrūk pati savām locītavām un veidojas iekaisums. To sauc par reimatoīdo artrītu. Ir vēl artrīts, ko sauc par spondiloartropātiju. Tā pamatā ir iekaisums locītavu un cīpslu piestiprināšanās vietās pie locītavu kauliem. Tas radīs sāpes locītavās. Faktiski jebkuras reimatiskas slimības gadījumā, kad imūnsistēma uzbrūk pati sev, cilvēkam var sāpēt locītavas. Tās sauc par sistēmiskām saistaudu slimībām. Vai tā būs sistēmiskā sarkanā vilkēde vai Šegrēna sindroms jeb sausuma slimība. Tā ir reimatologu darbības joma.

– Kā jūs teiktu – artrīts ir jaunāku vai vecāku cilvēku slimība?

– Artrīts var piemēlēties jebkurā vecumā. Tas atkarīgs no slimības veida. Ja par reimatiskajām slimībām, kad imūnā sistēma uzbrūk pati sev, tad biežāk tie būs darbaspējīgā vecuma cilvēki. Ir ļoti svarīgi, lai mēs viņiem savlaicīgi veiktu diagnostiku, noteiktu diagnozi un varētu apturēt slimību,

sāpes, uzlabo kustību apjomu. Otra daļa ir medikamentozā ārstēšana. Tie ir medikamenti, kas darbojas uz sāpes izraisošajiem mehānismiem. Reimatiskos artrītus, kad imūnā sistēma uzbrūk locītavām un rodas iekaisums, izārstēt nevar, tās ir hroniskas slimības. Ar medikamentiem iespējams apturēt procesu. Lielai daļai cilvēku to var apturēt līdz tādām līmenim, ko medicīniski sauc par remisiju. Tas nozīmē, ka cilvēks lieto zāles un viņam neviena locītava nesāp, nav piepampusi, nekur nav stīvuma, neveidojas deformācijas. Tāds ir terapijas mērķis.

Kādēļ šo slimību nevar izārstēt? Tādēļ, ka nav zināms, kā artrīti rodas. Ir zināms, kādi mehānismi artrīta gadījumā organismā tiek iedarbināti, bet kādēļ slimība sākas, – nav zināms. Ja tas būtu zināms, tad varētu ietekmēt šo iemeslu, savukārt, ja nebūtu iemesla, nesāktos artrīts. Ir vairākas medikamentu grupas, ar kurām reimatiskā artrīta procesus var apturēt. Tie dalās trīs lielās grupās. Vieni ir sintētiskie slimību modificējošie antireimatiskie līdzekļi. Otra grupa ir mazo molekulu jeb mērķa molekulu slimību modificējošie antireimatiskie līdzekļi. Trešā grupa ir bioloģiskie slimību modificējošie antireimatiskie līdzekļi. Otra liela slimību grupa ir podagra un citas artropātijas jeb bojājumi locītavās, ko izraisa dažādi kristāli. Podagras gadījumā tiek lietoti medikamenti, kas samazina lielās, akūtās sāpes un iekaisumu. Tās ir pretiekaisuma zāles, kā arī zāles, kas samazina urīnskābes koncentrāciju, un tādējādi urātu (urīnskābes sāļu) kristāli izšķīst. Tos sauc par urīnskābi pazeminošiem medikamentiem. Citām kristāliskajām artropātijām diemžēl nav medikamentu, kas izšķīdinātu kristālus, tāpēc šiem pacientiem tiek izrakstīti pretiekaisuma medikamenti.

Visplašāk izplatītās artrīta formas osteoartrīta ārstēšanai tiek izmantoti divu veidu medikamenti. Pirmie ir pretiekaisuma līdzekļi, jo lielai daļai cilvēku ar osteoartrītu attīstās iekaisums locītavās. Pacients saņem pretiekaisuma zāles, bet, ja sāpes mazinās tikai nedaudz, netiek nomāktas pilnībā, tad pretiekaisuma medikamentus varam kombinēt ar pretsāpju medikamentiem. Var lietot dažādu grupu pretsāpju zāles. Ir tādas, kas samazina sāpes, jo samazina iekaisumu, taču gadījumos, kad sāpes nerada iekaisums, tad tās nemazinās. Savukārt, ja darbības tiek traucētas dažādos nervu sistēmas līmeņos, tad nepieciešami pretsāpju medikamenti. Mehānismi, kā sāpes samazinās, ir citādi nekā gadījumos, ja tās izraisījis iekaisums.

– Vai artrīts ir ģenētiski pārmantojama slimība?

– Visus artrītus sauc par multiģenētiskiem. Tas nozīmē, ka nav tikai viens gēns, kas nosaka paaugstinātu iespēju ģimenē slimot ar artrītiem. Ir nepieciešami vairāki gēni, liela loma ir videi, tam, cik veselīgs ir dzīvesveids, kā organisms tiek galā ar dažādām slimībām, infekcijām. Šiem faktoriem kombinējoties, veidojas pēcnācēju risks saslimt ar artrītu.

Saistībā ar deformējošo jeb osteoartrītu mēs dažkārt dzirdam cilvēkus sakām, ka viņi nevēlas lai rokas kļūtu kā vecmāmiņai vai vectētiņam. Vai var kaut ko darīt, lai tā nenotiktu? Iedzimtība pastāv, bet nav tik vienkārši pateikt, cik augsts ir risks. To nosaka gēnu komplekts.

Tādu artrītu gadījumā, kad organismam uzbrūk cilvēka imūnsistēma, ģenētiskais risks ir neliels. Atkarībā no slimības – aptuveni viens procents. Mūsdienu terapijas iespējas ir ļoti plašas, lai šo slimību atklātu pašos pirmsākumos un apturētu.

Foto: No RSU arhīva

Ziemas sezonā – bez gripas un kovidā

SARMA ZVIRBULE

lestājoties vēsākiem laikapstākļiem, mēs zinām ne tikai to, ka priekšā ir gada tumšākais laiks, bet arī to, ka biežāk nāksies ieskatīties mājas aptiecinā, meklējot zāles pret iesnām, sāpošu kaklu vai klepu.

Kā pēc iespējas drošāk sagaidīt vīrusu sezonu un ko darīt, ja tomēr nācies saslimt, jautājam Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas valdes padomniecei infektoloģijas stratēģiskajos jautājumos Rīgas Stradiņa universitātes profesorei **Ludmilai Viksnai**.

– Klāt ir «slapjo degunu un kakla sāpju» sezona. Ar kādiem augšējo elpošanas ceļu vīrusiem mums jāreķinās šogad, un vai vīrusu sezonas atšķiras viena no otras?

– Saistībā ar gripu, sezonas lielākoties ir paredzamas. Tās ilgst no viena gada rudens līdz nākamā gada pavasarim, bet var būt nobīdītas mēneša ietvaros. Piemēram, vienu gadu gripa sākas oktobrī, bet citu gadu decembrī. Kāpēc tā notiek, ir ļoti grūti pateikt. Noteikti ietekmē dabas apstākļi, cilvēku pārvietošanās, arī viņu veselības stāvoklis, citu vīrusu cirkulācija. Vīrusu, baktēriju starpā ir savas attiecības, jo nav nemaz tik daudz vietu, kur tie var ieperināties. Cilvēku (vīrusu saimnieku) skaits ir ierobežots.

Var teikt, ka pašlaik vīrusu pasaulē ir vērojamas izmaiņas. Ir daži vīrusi, kas agrāk bija vairāk raksturīgi konkrētiem gada laikiem, bērniem vai pieaugušajiem. Tagad tie sastopami gandrīz visu gadu – gan vasarā, gan ziemā. To pierāda laboratorā diagnostika. Starpsezonu periodos ļoti bieži laboratorijas izmanto tā saucamo multiplexo metodi, kad no cilvēka ņemtajā materiālā pārbauda daudz vīrusu klātbūtni. Dažkārt tiek konstatēti 3–4 vīrusi vienlaikus. Vai arī viens, bet ne tas, kas gaidīts.

Savukārt, ja mēs uz saslimšanu ar vīrusinfekciju skatāmies pragmatiski, tad kas ir svarīgi? Ir ļoti svarīgi pēc iespējas agrāk zināt, vai no šiem vīrusiem ir iespējams izsargāties vakcinējoties. Tas ir principiāli svarīgi, jo tad mēs varam cilvēkus brīdināt par to, kāds vīruss sagaidāms. No respiratorajām vīrusinfekcijām pašlaik ir pieejama vakcīna pret gripu un pret kovidu.

Otrs svarīgais jautājums – vai pret šo infekciju ir specifiskas, pret konkrēto vīrusu iedarbīgas zāles. Pašlaik ir zāles tikai pret gripu. Smagos gadījumos mēs tās arī izmantojam. Pret pārējiem respiratorajiem vīrusiem tādu zāļu nav.

– Elpceļu infekcijas ierosina ne tikai vīrusi, bet arī baktērijas.

– Jā, respiratorās slimības izraisa arī baktērijas. Šogad, salīdzinot ar citiem gadiem, ļoti daudz nākas saskarties ar mikoplazmas izraisītām patoloģijām. Turklāt, agrāk ar tām vairāk slimoja bērni un jaunieši, bet tagad tie ir visu vecumu iedzīvotāji.

– Ko cilvēkiem vajadzētu zināt par šo infekciju?

– Mikoplazmas infekcijai var būt ilgs inkubācijas periods jeb laiks no mirkļa, kad ierosinātājs nonāk organismā, līdz brīdim, kad parādās pirmie simptomi. Parasti tās ir 10–12 dienas, bet var būt pat mēnesis. Sākotnējie simptomi parasti ir aizlikts deguns, iesnas, izteikts klepus. Šīs infekcijas gadījumā uzmanība ir jāpievērš tam, ka veidojas ne tikai plaušu iekaisums, bet var būt iesaistīti visi orgāni, tostarp gremošanas sistēma, nervu sistēma, locītavas utt.

Tāpēc, ja pacients ir pāris dienas slimojis it kā ar akūtu respiratoru slimību, bet simptomi tikai pieaug un stāvoklis pasliktinās, tad noteikti vajadzētu



Foto: No Ludmilas Viksnas personīgā arhīva

Ludmila Viksna: «Ja pacients ir pāris dienas slimojis it kā ar akūtu respiratoru slimību, bet simptomi tikai pieaug un stāvoklis pasliktinās, tad noteikti vajadzētu kontaktēties ar ārstu. Ārsts pēc simptomu dažādības pieņems lēmumu, kā rīkoties tālāk.»

kontaktēties ar ārstu. Ārsts pēc simptomu dažādības pieņems lēmumu, kā rīkoties tālāk. Ja viņš domā, ka tā varētu būt mikoplazmas vai cita bakteriālā infekcija, tad parasti terapijā tiek nozīmēti antibakteriālie līdzekļi.

– Iespējams, ka bakteriālā infekcija pievienojas vīrusu infekcijai. Kas par to liecina?

– Tā ir samērā izplatīta parādība. Ja cilvēka organisms, imūnā sistēma uzreiz netiek galā ar vīrusu, pārtraucot tā vairošanos, un pievienojas bakteriālā infekcija, tad parasti sūdzības pieaug, pašsajūta pasliktinās. Sākotnēji slimībai bijusi vīrusu infekcijas klasiskā aina – iesnas, klepus, paaugstināta temperatūra, «lauž kaulus». Stāvoklis it kā nostabilizējies, bet tad pēkšņi temperatūra atkal ir augšā, pastiprinās klepus, ir slikta pašsajūta, nespēks. Šādos gadījumos parasti tiek pieļauts, ka ir pievienojusies bakteriālā infekcija.

– Kā pēc iespējas efektīvāk cīnīties ar vīrusiem? Jūs minējāt, ka ārstēties pats var divas dienas un tad, ja nekļūst labāk, jāiet pie ārsta. Lielākā daļa cilvēku, visticamāk, ies uz aptieku un nopirks zāles. Cik šāds solis ir pamatots?

– Bezrecepšu zāles iesaka vai nu ārsts, vai farmaceits, vai arī pacients no pieredzes zina, kas viņam palīdz. Tur nav nekā slikta, tieši otrādi. Zāles atvieglo klepu, samazina temperatūru.

Es īpaši gribētu uzsvērt vēl vienu svarīgu lietu. Tā kā akūtu respiratoru slimību agrīna diagnostika ir pietiekami sarežģīta, cilvēkiem vajadzētu padomāt, kā viņi sagaida vīrusu sezonu. Ir svarīgi, lai veselības stāvoklis būtu pēc iespējas labāks, lai viņi nenokļūst riska grupās, kam bieži vien slimības gaita ir smagāka, lai esošās hroniskās slimības tiek ārstētas un kompensētas. Lai cilvēki seko savam svaram, vairāk uzturas svaigā gaisā, nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm. Fiziskās

aktivitātes izvingrina visu organismu, rezultātā uzlabojas asinsrite, skābekļa piegāde. Starp citu, mikoplazmas pneimonijai viena no bīstamām lietām ir tā, ka skābekļa saturācija organismā samazinās, līdzīgi kā pie kovidā.

Ja pacienta veselība būs labā stāvoklī, tad arī pievienojusies infekcijas noritēs vieglāk.

– Kā jūs varētu raksturot šo gripas sezonu? Vai gripas gadījumu skaits ir augstāks vai zemāks, salīdzinot ar to pašu periodu iepriekšējos gados?

– Līdzīgi kā iepriekšējos gados šajā laikā, pagaidām saslimstība ar gripu saglabājas zemā līmenī. Gripas epidēmija nav sākusies. No Austrumu slimnīcas pieredzes varu teikt, ka slimnīcā nedēļas laikā tiek uzņemti pāris desmiti gripas pacientu. Apmēram tikpat daudz ir arī Covid-19 pacientu. Varbūt nedaudz pārsteidzoši ir tas, ka, atšķirībā no citiem gadiem, šogad ir daudz pacientu ar mikoplazmas baktērijas izraisītām slimībām.

– Cik bieži parādās tāds gripas paveids, kas ir mazāk jutīgs pret pretvīrusu līdzekļiem, ir agresīvāks? Kad pie mums beidzamo reizi bija agresīvāka, grūtāk ārstējama gripa?

– Tas bija 2022./2023. gadā. Tad bija vairāk gripas pacientu, vairāk arī mirušo. Šajā sezonā pagaidām var teikt, ka tie medikamenti, kas tiek rekomendēti gripas pacientiem, ir efektīvi pret pašlaik cirkulējošajiem gripas variantiem. Vēl gribu piebilst, ka remantadīns, atšķirībā no tagadējiem preparātiem, nav efektīvas zāles pret gripu, lai gan cilvēki vēl aizvien to pērk. Bet vispār vajag vakcinēties.

– Cik efektīvas ir atjauninātās Covid-19 vakcīnas, lai novērstu infekciju un smagu slimības gaitu, īpaši pret jaunākajiem vīrusu variantiem?

– Pasaulē vienlaikus ir izplatīti vairāki Covid vīrusa varianti, un vīruss nepārtraukti mainās. Jauns subvariants parādās reizi divos mēnešos. Lai tas ieņemtu lielu teritoriju, kontinentus, pāiet apmēram seši mēneši. Līdz ar to nav tāda brīža, kā bija Covid-19 pandēmijas sākumā, kad cirkulēja tikai viens variants. Tie ir dažādi – pieci seši, septiņi un vairāk. Vakcīnu nekad nepagūs izstrādāt pašam jaunākajam variantam. Bet tās ir veidotas nosacīti universāli – lai iedarbotos uz koronavīrusa pīķa proteīnu (olbaltumu). Tāpēc lielākā vai mazākā mērā tās ir iedarbīgas. Ticamāk, lielākā mērā, jo izmaiņas ir nelielas. Arī Pasaules veselības organizācija nepārtraukti uzrauga situāciju. Viņi ir izstrādājuši trīs klasifikācijas kategorijas, lai raksturotu bažu līmeni par katru jauno SARS-coV-2 variantu: pirmā – jaunais Covid variants ir interesants, otrā – uzmanību pelnošs, uzraugāms un trešā – variants ir problemātisks, obligāti monitorējams, jo tas varētu vēl vairāk izplatīties, liekot pastiprināt epidemioloģiskos noteikumus. Pašlaik PVO uzmanības lokā ir vairāki vīrusa varianti no kategorijas «interesējošs» un «uzraugāms». Latvijā šosezon joprojām visizplatītākās ir vīrusa varianta JN.1 apakšlinijas. Šis variants tika klasificēts kā «interesējošs».

– Vai ir noticis tas, ko, parādoties Covid, paredzēja zinātnieki, – mutējot koronavīrusus varētu zaudēt savu spēku?

– Zināmā mērā var. Man pat ir grūti iedomāties, vai pasaulē ir kāds cilvēks, kurš nebūtu sastapies ar SARS-CoV-2 vīrusu. Piedevām lielākā pasaules daļa ir gan sastapusies, gan vakcinēta. Līdz ar to šiem cilvēkiem ir izstrādājušās antiviēlas, tas nozīmē, ka viņi jau pazīst šo vīrusu. Ja vīruss nonāk organismā, bet organisms jau to pazīst, tad ļoti strauji aktivizējas antiviēlu veidošanās, un bažas par to, ka cilvēks varētu ļoti smagi slimot vai pat nomirt, ir daudz mazākas.

– Jūs varētu raksturot, ar ko tas kovidā paveids, kas Latvijā cirkulē pašlaik, atšķiras no agrākajiem vīrusa paveidiem?

– Varētu teikt, ka daži no tiem ir epidemioloģiski aktīvāki, vairāk inficē cilvēkus. Lai gan tajā pašā laikā simptomi ir vieglāki. Smagie pacienti lielākoties ir no riska grupām ar papildu slimībām. Tāpēc jau es vienmēr atgādinu – vajag censties nenonākt riska grupā. Izņemot vecumu. Tur mēs neko mainīt nevaram. Tomēr arī seniori var savu veselību uzturēt.

Mani visvairāk uztrauc tāds riska faktors kā liekais svars, jo gandrīz vienmēr, kad ir runa par riska grupām, tiek pieminēti pacienti ar lieko svaru, aptaukošanās. Arī bērniņi ar lieko svaru dara mani ļoti bažīgi, jo šī tendence liek domāt, ka drīz lielākā daļa cilvēku būs riska grupā.

– Ko noteikti nevajadzētu darīt saaukstēšanās gadījumā?

– Nevajag iet tur, kur pulcējas daudz cilvēku, nevajag slimam iet uz darbu jāievēro distance, nevajag iet par tuvu citiem utt. Slimam iet strādāt ir absolūti nepareizi. Pašam varbūt arī slīstāk nekļūš, bet tā var inficēt kolēģi, kurš var saslimt ļoti smagi.

– Kādas ir svarīgākās lietas, kas būtu jāzina un jāievēro Latvijas iedzīvotājiem? Ko jūs novēlētu mums visiem, lai šo zimu pavadītu pēc iespējas veselīgāk?

– Pirmkārt, darīt visu, lai nenokļūtu riska grupā! Otrkārt, vienmēr un visur ievērot sanitārās higiēnas normas – neēst no vieniem traukiem, ievērot distanci vienam no otra sabiedriskā vietā, sezonas laikā izvairīties no vietām, kur pulcējas ļoti daudz cilvēku. Treškārt, vakcinēties tiem, kuriem vakcīna būtu ieteicama. Kuram citam vairāk varētu interesēt mūsu veselību, ja ne mums pašiem?

PIECI JĀ VESELĪBAI AR
**Imunosil[®]
Virufix**

**STIPRAI VESELĪBAI
STIPRA IMUNITĀTE***



Ātrāka vīrusu uzveikšana
un īss atveseļošanās laiks!



Zinātniski pierādīts sastāvs pret
elpceļu un vīrusu saslimšanām!



Latvijas ārstu ieteikts vīrusu
profilaksei un aizsardzībai!



Piecas vērtīgas sastāvdaļas
organisma veselībai!



Efektīvs un izdevīgs risinājums
jūsu maciņam!

**Imunosil Virufix sastāvs
veidots, balstoties uz
jaunākajiem zinātniskajiem
sasniegumiem un ir atzītu
5 aktīvo vielu, spēcīgs
bioaktīvs komplekss.**



*CINKS, VITAMĪNI C UN D VEICINA NORMĀLU IMŪNSISTĒMAS DARBĪBU

lotos pharma

UZTURA BAGĀTINĀTĀJS NEAIZSTĀJ PILNVĒRTĪGU UN SABALANSĒTU UZTURU.

Fizioterapeits palīdzēs dažādās dzīves situācijās

ILONA NORIETE

Fizioterapija ir ārstniecības metode, kas palīdz novērtēt cilvēka fizisko un funkcionālo stāvokli, kā arī piedāvā dažādus risinājumus tā uzlabošanai. To izmanto kustību un stājas saglabāšanai un atjaunošanai, fiziskās izturības palielināšanai, sāpju mazināšanai un arī hronisku slimību gaitas atvieglošanai. Fizioterapeits savā darbā pielieto dažādas pacienta veselības stāvokļa izvērtēšanas un slimību ārstēšanas metodes, kā arī izstrādā individuālas rekomendācijas katram apmeklētājam.

Vairāk par šīs medicīnas nozares iespējām un to izmantošanu dažādu veselības traucējumu gadījumos mūsu sarunā ar sertificētu Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas un Profesora Skrides Sirds klīnikas fizioterapeiti **Magdalēnu Rubīni-Vārpiņu**.

– Tiek uzskatīts, ka fizioterapeits ir viens no speciālistiem, kura palīdzība vajadzīga ikvienam, kam rūp sava veselība. Vai katram vismaz reizi vai divas reizes dzīvē vajadzētu atnākt uz pārbaudi pie fizioterapeita?

– Minimālais nepieciešamo apmeklējumu skaits patiešām būtu viena līdz divas reizes dzīvē. Īstenībā to vajadzētu darīt daudz biežāk, es pat teiktu, ka būtu ļoti svarīgi atnākt vismaz reizi nedēļā vai vismaz divreiz mēnesī. Bet tas ir ļoti individuāli, atkarīgs no problēmas nopietnības un no tā, cik ļoti pacienti ir apņēmīgi vingrot patstāvīgi. Pareizu vingrošanu, kas vērsta uz muskulatūras disbalansa mazināšanu, labāk par fizioterapeitu neiemācīs, manuprāt, neviens cits, jo funkcionālais speciālists pārziņa cilvēka muskuloskeletālo sistēmu, respektīvi, cilvēka skeletu no A līdz Z. Visas muskuļu grupas, struktūras. Jautājumi, kas skar pareizu stāju, sēdus pozu, ergonomiski iekārtotu darba ikdienu, ir cieši saistīti ar fizioterapiju. Tāpēc, manuprāt, katram būtu jāzina, kā pārvaldīt savu ķermeni, kā pareizi aktivizēt konkrēto muskuli, lai ikdienā, veicot jebkādas fiziskās aktivitātes, nebūtu jācieš sāpes un diskomforts. Dzīvē var gadīties arī akūtas situācijas, kad fizioterapijas loma var būt izšķiroša pacienta turpmākajā dzīvē, piemēram, pēc traumām, operācijām, kad ir jāatgūst daļēji vai pilnīgi zaudēta kādas locītavas funkcija.

– Vai cilvēks, kurš nāk pie fizioterapeita divus gadus reizi nedēļā, nevar pats apgūt pareizas vingrošanas prasmes? Vai arī tādā gadījumā pastāv risks veikt vingrojumu nepareizi?

– Protams, visu var iemācīties. Šajā gadījumā ieteikums nākt pie fizioterapeita vismaz reizi nedēļā bija domāts attiecībā uz cilvēkiem, kuri ir tikko uzsākuši fizioterapijas kursu. Lai iemācītos pēc iespējas pareizāk un efektīvāk pārvaldīt savu ķermeni. Fizioterapija bieži vien nav ātrs process, reizēm tam ir vajadzīgs ilgāks laiks, piemēram, apmācību kurss desmit nedēļu garumā ar vingrošanu vienu līdz divas reizes nedēļā. Pēc šāda 10–20 nodarbību kursa, pacients jau ir iemācījies pārvaldīt savu ķermeni, viņa un fizioterapeita izvirzītie mērķi iespēju robežās ir sasniegti. Pacients rehabilitācijas kursa beigās saņem rekomendācijas un atbilstoši tām turpina darboties patstāvīgi. Vēlāk, pēc mēneša, diviem vai arī ilgāka laika posma vajadzētu atkal aiziet pie fizioterapeita, lai uzturētu atgriezenisko saiti. Ķermenis pierod pie jaunajiem apstākļiem un konkrētās slodzes, ko tam rada regulāri vingrojumi, attīstās arī muskuļu spēks. Nākamais posms jau varētu paredzēt sarežģītāku vingrinājumu apguvi ar augstāku



Foto: No Profesora Skrides Sirds klīnikas arhīva

Magdalēna Rubīne-Vārpiņa: «Pareizu vingrošanu, kas vērsta uz muskulatūras disbalansa mazināšanu, labāk par fizioterapeitu neiemācīs, manuprāt, neviens cits, jo funkcionālais speciālists pārziņa cilvēka muskuloskeletālo sistēmu, respektīvi, cilvēka skeletu no A līdz Z.»

intensitāti un grūtības pakāpi, jo muskuļu spēku mēs varam uzlabot un attīstīt vienmēr. Allaž pastāv izaugsmes iespējas. Protams, nevajadzētu nākt pie fizioterapeita divus gadus no vietas, kā jūs minējāt, bet pašā sākuma posmā apmeklējumu režīmam gan vajadzētu būt diezgan intensīvam, vismaz uz pirmajām desmit nodarbībām.

– Pie fizioterapeita noteikti vērsas cilvēki, kurus regulāri moka sāpes kādā ķermeņa daļā, piemēram, mugurā. Daudzi uzskata, ka pie fizioterapeita jāiet, kad sāpes jau parādījušās, bet, ja nekas nesāp, speciālista palīdzība nav vajadzīga. Kā rīkoties?

– Pārsvārā mēs vērsamies pie ārsta vai funkcionāla speciālista tikai tad, ja kaut kas sāp. Šajā situācijā būtu svarīgi zināt savu vispārējo funkcionālo stāvokli, piemēram, kuras muskuļu grupas mums ir vājas, kuras tiek pārslodzītas ikdienā. Mugurkaula kakla daļas sāpju gadījumā trapeces muskuļu augšējās šķiedras bieži vien sāp tāpēc, ka trapeces vidējās un apakšējās šķiedras nav gana spēcīgas. Līdz ar to visa slodze un stress mēdz krāties muskuļu trapeces augšējās šķiedrās, rezultātā tās tiek pārslodzītas un rodas sāpes un samazināta kustību amplitūda kakla daļā.

Sākumā tas var neradīt diskomfortu, bet iespējams, ka vienu ritu mēs pamostamies un jūtam, ka nevaram pagriezt galvu un parādījušās stipras sāpes, kas var izstaroties arī uz galvu. Sprīdze ir krājusies ilgtermiņā, muskuļu vājums nav ticis koriģēts, un kādā brīdī šāds muskulatūras disbalanss izraisa neciešamas sāpes. Šādā situācijā nevajag gaidīt, jāiet pie fizioterapeita, lai izvērtētu savu funkcionālo stāvokli un mazinātu simptomātiku. Svarīgi saprast, kur ķermenī ir izveidojies muskulatūras disbalanss un kāpēc? Kurās muskuļu grupās ir samazināts spēks, kur muskuļu garums ir izmainīts, kurās locītavās ir samazināta stabilitāte, lai pacienti ikdienā spētu efektīvi veikt pašaprūpi bez funkcionāliem ierobežojumiem.

– Vai, pirmo reizi nākot pie fizioterapeita uz konsultāciju, līdzī jāņem norīkojums no ģimenes ārsta un varbūt arī visi pieejamie izmeklējumi?

– Es vienmēr saku pacientiem, ka noderēs viss esošais. It īpaši, ja ir veikti izmeklējumi saistībā

ar esošo problēmu, tie ir informatīvi, lai izmeklējuma rezultātus veiksmīgi apkopotu. Bieži vien pie manis nāk pacienti ar mugurkaula, kakla vai jostas daļas sāpēm. Ja ir veikta magnētiskā rezonanse, tā atvieglo iespēju novērtēt mugurkaula funkcionālo stāvokli un ir skaidrāk zināma diagnoze. Pirmajā konsultācijas reizē fizioterapeits izskata pacienta slimību vēsturi un ievāc anamnēzi. Jānāk ērtās drēbēs, lai varētu efektīvi veikt izmeklēšanu. Nosūtījums, dodoties pie fizioterapeita privātajās iestādēs, nav tik būtisks, kaut gan nereti šajā nosūtījumā ģimenes ārsts ir norādījis konkrētu diagnozi, kuru pacients pats korekti neatceras, un tā var būt noderīga zināšanai. Nosūtījums var būt aktuāls arī gadījumos, ja pacients iesniedz dokumentus apdrošināšanai.

– Kā tiek novērtēts cilvēka funkcionālais stāvoklis? Kas tiek ņemts vērā šajā procesā, un cik liela tam ir nozīme?

– Lai mēs pilnībā redzētu ķermeni, pacientam ir jābūt gatavam arī izģērbties. Šādos brīžos nevajadzētu kautrēties. Es parasti vēroju visu no ķermeņa augšas līdz apakšai. Skatos uz pacientu frontāli jeb no priekšpuses un mugurpusēs – galvas, kakla daļas pozīcijas novietojumu, tālāk plecu joslu, respektīvi, vai vienas lāpstiņas apakšējais stūris nav augstāks par otru. Turpinājumā aplūkoju rumpi, vai roku novietojums pret ķermeni nav asimetrisks, iegurņa novietojumu, vai labā ar kreiso pusi atrodas vienā līmenī, tālāk ceļu un potīšu locītavu novietojumu. Pēc tam stāju novērtēju arī no sāniem jeb sagītālās plaknes. Ikdienā cilvēki bieži sēž vai stāv, vairāk balstoties uz vienu vai otru ķermeņa pusi, līdz ar to bieži muskulatūras disbalanss ir novērojams starp labo un kreiso ķermeņa daļu. Kad esmu tikusi no galvas līdz pat potītēm un spratūsi, kur ir izmaiņas, tālāk skatos kustību mobilitāti locītavās – sākot ar kakla daļas rotācijas kustībām, uz sāniem pa labi un pa kreisi, piemēram, vai uz kādu pusi nav samazināts kustības leņķa grādu apjoms. Tāpat arī pārbaudu pārējo locītavu kustību amplitūdu.

Aplūkoju visu, ko var izvērtēt stāvus pozīcijā, ietverot arī gaitas analīzi, vai nav izmainīta balsta un vēziņa fāzes attiecība. Tas vairāk raksturīgs traumām, vai kad pacients tikko ir tīcis

valā no palīgierīces un vēl joprojām ir saglabājies aizsargmehānisms pret traumēto ķermeņa daļu. Tālāk es izvērtēju muskulatūras garuma un spēka funkcijas, to veicu gan sēdus, gan guļus pozīcijās. Pakāpeniski, kad funkciju izmeklēšana ir noslēgusies, mēs kopā ar pacientu saprotam, kur ir izmaiņas saistībā ar mobilitāti, spēku un stabilitāti, fizioterapeitam jau rodas skaidrība un top gatavs arī tālākās rīcības plāns. Ir situācijas, kad pacientam ir sāpes un muskulatūras sasprindzums ir pārāk liels. Vingrošana tādā brīdī sāpes var pastiprināt, tāpēc vispirms konkrēto muskuli vajag atbrīvot ar miksto audu tehnikām un turpināt ar vingrošanu.

– Kā notiek terapeitiskā vingrošana?

– Vispirms ir svarīgi panākt pareizu elpošanas stereotipu, jo pie slodzes mums ir jābūt skaidrībai, kad notiek ieelpa un izelpa. Bieži vien pacienti nezina, kad notiek ieelpa un izelpa, vai mēdz pat aizturēt elpu slodzes laikā. Tādēļ es sāku ar pašiem pamatiem, pārbaudot pacientu elpošanas stereotipu. Nereti saskaros ar to, ka novēroju vairāk krūšu tipa elpošanu, kas rezultātā veicina krūšu muskuļu un citu ieelpas paligmuskuļu pārlieku sasprindzināšanos. Vēl praksē bieži sastopams gadījums ir palielināta jostas daļas lordoze, kas kombinējas ar vēdera muskulatūras vājumu un sāpēm jostas daļā. Šādā gadījumā pēc pareiza elpošanas stereotipa apgušanas seko dziļās muskulatūras aktivizācija un noturēšana vingrošanas laikā. Turpinājumā pamazām pievienojam kāju un roku vingrinājumus, turot stingru un stabilu rumpi/iegurni. Vingrošana sākotnēji notiek guļus uz muguras, pamazām progresējot uz citām pozīcijām – sēdus, stāvus, četrpāpus, ar un bez papildu svara, bet tas ir ļoti individuāli, atkarīgs no pacienta funkcionālā un fiziskā stāvokļa.

– Vai fizioterapeits veic arī kādas manipulācijas?

– Tradicionāli tā ir masāža, teipošana, vingrošana, tāpat ir arī postizometriskā relaksācija un proprioceptīvā neiromuskulārā facilitācija, kas apvieno muskuļu stiepšanu un muskuļu kontrakciju, lai uzlabotu kustību amplitūdu un muskuļu spēku. Fizioterapeiti ikdienā izmanto arī miksto audu tehnikas, kas ietver šķērsmasāžu, piemēram, rētaudu mobilizāciju. Ja pacientam bijusi ceļa endoprotezēšanas operācija un rēta jau ir sadzījusī, var uzsākt rētas mobilizāciju, lai neveidotos saaugumi ar dziļāk esošajiem audiem. Saaugumi var ierobežot kustību un izraisīt stīvuma sajūtu locītavā. Rētaudu mobilizācijas tehnikas palīdz uzlabot rētas audu elastību, samazina sāpes un diskomfortu locītavā. Rētaudu mobilizācija veicina asins plūsmu rētas rajonā, kas paātrina audu reģenerāciju un arī estētiskās izmaiņas, jo rēta paliek gludāka un mazāk pamanāma.

– Ko būtu svarīgi ņemt vērā ikvienam, kurš cenšas ievērot veselīgu dzīvesveidu?

– Ikdienā ir ļoti svarīgi kombinēt aerobo slodzi (staigāšana, skriešana, velobraukšana, peldēšana, slēpošana) ar muskuļu spēka treniņiem. Taču nereti pacienti dara kaut ko vienu, un šāda pieeja bieži vien neatrisina problēmu. Aerobā slodze mums ir nepieciešama, lai trenētu sirds un asinsvadu sistēmu. Arī Pasaules Veselības organizācijas rekomendācijās ir minēts, ka mums jābūt aktīviem vismaz 150 minūtes nedēļas laikā. Tāpat vismaz divas reizes nedēļā ir jābūt muskuļu spēka treniņiem. Tie ir vingrinājumi, kas stiprina lielās muskuļu grupas. Muskuļu spēka vingrojumi ir svarīgi, lai uzlabotu locītavu stabilitāti un mazinātu traumu risku. Lai mēs ikviens izvairītos no traumām un sāpēm, ir svarīgi vienmērīgi attīstīt visas ķermeņa funkcijas, nodrošinot sabalansētu pieeju.

Neļaut atvilnim sevi uzveikt

EVITA HOFMANE

Gastroezofageālā atviļņa slimība (GEAS) ir diagnoze, ar kuru gastroenterologi savā praksē sastopas ļoti bieži. Tai mēdz būt dažādi cēloņi, bet vieni no izplatītākajiem ir kaitīgie ieradumi: smēķēšana, alkohola lietošana, stress, neveselīgs uzturs – viss, kas saistīts ar dzīvesveidu. Šī slimība iet roku rokā ar lieko svaru. Tāpēc nav brīnums, ka, ņemot vērā aptaukošanās izplatību, ievērojami pieaug arī GEAS pacientu skaits.

Ar gastroenterologi **Diānu Lisovu** runājam par GEAS, tās diagnostiku un ārstēšanu, kā arī gastroprotekciju (kuņģa un zarna trakta aizsardzību) dažādu slimību gadījumā.

– Kas ir gastroezofageālā atviļņa slimība (GEAS)? Kā tā izpaužas?

– Gastroezofageālais atvilnis ir viena no biežākajām sūdzībām, ar ko pacienti pie mums vērsas. GEAS attīstās, kad kuņģa skābes atvilnis barības vadā izraisa simptomus. Slimība var noritēt bez vai ar atvilni saistītiem barības vada gļotādas bojājumiem, ko sauc par atviļņa ezofagītu. Atviļņa ezofagīts ar četrām smaguma pakāpēm attīstās aptuveni 40–50 procentiem pacientu.

Izšķir tipiskus jeb barības vada atviļņa simptomus (ap 70 procentiem pacientu) un atipiskus jeb ārpus barības vada simptomus (ap 30 procentiem). Atviļņa simptomi bieži pastiprinās grūtniecības laikā.

Tipiskie barības vada simptomi ir:

- dedzināšana (pakrūtē, pa barības vada gaitu) – visbiežāk attīstās pēc ēšanas, liecoties, gulus stāvoklī;
 - regurgitācija – kuņģa satura, skābes atvilnis;
 - atraugas, nelabums – var būt saistīti ar kuņģa iztukšošanās traucējumiem.
- Atipiskie jeb ārpus barības vada simptomi ir:
- klepus, krekšķis – var būt saistīti ar skābes nokļūšanu rīklē, elpceļos; skābes atvilnis var būt cēlonis bronhiālās astmas attīstībai;
 - balss aizsmakums – saistīts ar skābes izraisītu balss saišu kairinājumu, visbiežāk to izjūt no rītiem;
 - vidusauss iekaisums;
 - sāpes krūtīs – visbiežākais ar sirds slimībām nesaistītais krūškurvja sāpju iemesls;
 - zobu emaljas bojājumi.

Pacientiem, kuriem ir ārpus barības vada simptomi, reizēm klasisko atviļņa simptomu nemaz nav.

– Lidzīgas sūdzības var izraisīt dažādas veselības likstas. Kā tiek noteikta diagnoze?

– Diagnostikas pamatā ir endoskopiskā izmeklēšana. Primārā diagnostikas metode ir augšējā endoskopija jeb gastrokopija, kuras laikā izvērtē, vai pacientam ir endoskopiskais ezofagīts (ar aci redzams iekaisums barības vadā), vai vārstulis, kas atrodas starp barības vadu un kuņģi, ir vaļīgs, vai ir citas endoskopiski redzamas izmaiņas. Apmēram pusei pacientu endoskopiski redzamu izmaiņu barības vadā nav. Tādā gadījumā, ja diagnoze nav skaidra, varam veikt barības vada rentgenu vai pH-metriju.

– Kādos gadījumos ir jāvērsas pie ārsta un pie kāda – ģimenes ārsta vai uzreiz pie gastroenterologa? Kā ārsts var palīdzēt?

– Atvilnis ir sastopams ļoti bieži. Daudzi pacienti paši ilgstoši cinās ar atviļņa simptomiem, lieto bezrecepšu medikamentus to mazināšanai.



Foto: No Gastro centra arhīva

Diāna Lisova:
«Gastroezofageālā atviļņa slimībai ir raksturīgi, ka sūdzību smagums ne vienmēr atbilst iekaisuma smagumam. Pacientam var nebūt sūdzību par atvilni vai tās var būt minimālas, bet ar aci redzamais iekaisums barības vadā var būt smags.»

Ja sūdzības traucē epizodiski un ir skaidri saskatāms izraisošais faktors – visbiežāk kofeīns (kafija), trekns vai ass uzturs, vīns –, pacients pie ārsta negriežas, lieto bezrecepšu medikamentus simptomu samazināšanai.

Simptomu mazināšanai rekomendētās uztura un dzīvesstila izmaiņas:

1. ierobežot pārmērīgu kafijas lietošanu, treknu uzturu, gāzētus dzērienus;
2. ierobežot alkoholu, atstāt smēķēšanu;
3. ieturēt neliela apjoma maltītes, nepārēsties;
4. uzturēt mērenu fizisko slodzi, sevišķi svara pieauguma gadījumā;
5. pacelt gultas galvgali, naktīs gulēt uz kreisajiem sāniem;
6. nelocīties pēc ēšanas, neēst trīs stundas pirms gulētiešanas;
7. izmantot stresa menedžmentu; ārstēt miega traucējumus;
8. periodiskiem simptomiem var palīdzēt antacīdu grupas preparāti.

Pacienti, kuriem nav tā saucamo bīstamo simptomu, kas prasītu neatliekamu izmeklēšanu, var uzsākt atviļņa medikamentozu ārstēšanu un endoskopiju uz dažiem mēnešiem var atlikt. Par bīstamiem simptomiem jeb *sarkano karodziņu simptomiem*, kas prasa neatliekamu izmeklēšanu (endoskopiju), tiek uzskatīta anēmija, asiņošana no gremošanas trakta, svara zudums, rīšanas traucējumi. Tādos gadījumos endoskopiju atlikt nedrīkst.

Pie kā pacientam vajadzētu vērsties ar savu problēmu? Daļa pacientu dodas pie ģimenes ārsta. Ģimenes ārsts ļoti labi prot nozīmēt medikamentus atviļņa ārstēšanai. Pacienti, kuriem ir vai nu izteikti simptomi, vai arī bīstamie simptomi, tiek nosūtīti uz endoskopiju, pēc tam viņi vērsas pie gastroenterologa. Reizēm pacients ar atviļņa simptomiem nonāk pie gastroenterologa uzreiz, apejot ģimenes ārstu.

Gastroezofageālā atviļņa slimībai ir raksturīgi, ka sūdzību smagums ne vienmēr atbilst iekaisuma smagumam. Pacientam var nebūt sūdzību par atvilni vai tās var būt minimālas, bet ar aci redzams iekaisums barības vadā var būt smags. Savukārt tiem pacientiem, kuriem ir izteiktas atviļņa sūdzības, dedzināšanas sajūtas, endoskopiska ezofagīta var nebūt. Lidz ar to nevar novilkt striktu robežliniju, ka veikt endoskopiju būtu nepieciešams tikai tiem, kuriem ir smagi simptomi.

Pacientam nozīmētā terapijas kursa intensitāte un ilgums būs atkarīgs no iegūtajiem izmeklēšanas rezultātiem.

– Kā pašam pacientam saprast, ko nozīmē sāpes krūtīs? Kā atšķirt GEAS no funkcionāliem kuņģa un zarna trakta traucējumiem un kad būtu jāvērsas pie ārsta?

– Saistībā ar sāpēm krūtīs pacientam noteikti būtu jāveic kardioloģiska izmeklēšana. Jāizslēdz koronāra patoloģija – ar sirds asinsvadiem saistīta problēma. Ja šāda patoloģija netiek konstatēta, tad atvilnis ir biežākais ar sirds slimību nesaistītais iemesls sāpēm krūtīs.

– Vai kuņģa aizsardzības nolūkā būtu jāizvēlas protonu sūkņa inhibitoru (PSI) terapija?

– Protonu sūkņa inhibitori ir galvenā medikamentu grupa, ko lieto ar kuņģa skābi saistītu slimību ārstēšanai. Tā ir pamatpreparātu grupa, ko izmanto gastroezofageālā atviļņa gadījumā. Ārstēšanas kursa ilgums un intensitāte ir atkarīga no izmaiņām barības vadā un simptomu smaguma. Pamatterapijā parasti tiek nozīmēta protonu sūkņa inhibitoru lietošana vienu reizi dienā. Ja uzlabošanās nav, medikamenta devu var palielināt vai arī lietot zāles divas reizes dienā. Var pievienot antacīdus vai medikamentus gremošanas trakta peristaltikas uzlabošanai. Ja organisms uz šādu terapiju joprojām nereaģē, tiek veikti izmeklējumi, lai precizētu, vai simptomus izraisa atvilnis vai tomēr cita slimība.

Ilgtermiņa PSI lietošana var būt nepieciešama sekojošos gadījumos: pacientiem ar smagas pakāpes (C, D) ezofagītu; skābes atviļņa izraisītām striktūrām (saaugumiem) barības vadā; pacientiem ar čūlu anamnēzē un nepieciešamību lietot nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus (NPL); hroniskas NPL

lietošanas gadījumos, sevišķi lielās devās; gados vecākiem cilvēkiem > 65 g.v.; NPL kombinācijā ar steroidiem vai trombocītu funkciju ietekmējošiem medikamentiem; pacientiem ar kuņģa skābes hipersekreciju (Zolindžera-Elisona sindromu). Ilgtermiņa PSI lietošana var būt nepieciešama arī pacientiem ar iepriekšējiem nesekmīgiem mēģinājumiem pārtraukt PSI lietošanu, ja recidivējoši GEAS simptomi mazina dzīves kvalitāti.

PSI mazināšanu un atcelšanu pēc terapijas kursa rekomendē pacientiem ar vieglas pakāpes ezofagītu; peptiskas čūlas slimības, funkcionālu sūdzību gadījumā, kā arī pēc *H.pylori* izārstēšanas.

Refluksa simptomi ārsta praksē sastopami ļoti bieži. Daļa pacientu PSI lieto bez konkrētas nepieciešamības. PSI ir droši ilgstošai lietošanai, tomēr tiem var būt noteikti blakusefekti. Ja iespējams, PSI deva jāmazina vai tie jālieto pēc vajadzības.

– Kādu medikamentu regulāru lietošana obligāti prasa kuņģa aizsardzībai izmantot PSI?

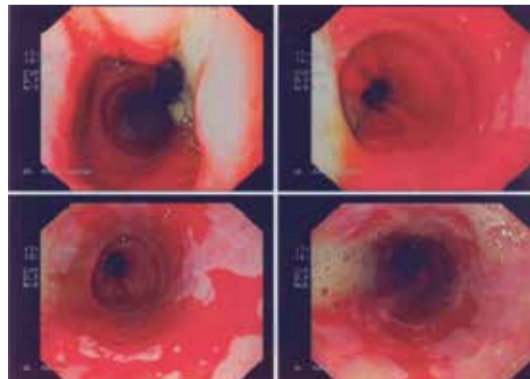
– Ir atsevišķi pacienti, kuriem ir nepieciešama protonu sūkņa inhibitoru terapija, lai viņus aizsargātu no komplikācijām, kas var rasties citu medikamentu lietošanas rezultātā. Piemēram, pacientiem, kuriem ir nepieciešama nesteroido pretiekaisuma līdzekļu terapija vai to kombinācija ar steroidu preparātiem, kā papildu medikaments tiek nozīmēts PSI kuņģa aizsardzībai.

– Kad tiek izrakstītas zāles, pacientiem bieži rodas jautājums: cik ilgi medikamenti būs jālieto?

– Parasti protonu sūkņa inhibitoru standartkurss ir mēnesis vai divi. Terapijas ilgums var būt garāks, ja ārstējam smagu endoskopisko ezofagītu – tas var ilgt vairākus mēnešus, pat pusgadu un vairāk. Ārstēšanas ilgums atkarīgs arī no citām pacienta slimībām.

Cilvēkiem, kuru ikdienu ietekmē atvilnis, rekomendējamas dzīvesstila, diētas izmaiņas. Īpaši par to jāpiedomā cilvēkiem ar aptaukošanos, kas mūsdienās ir bieži sastopama problēma. Nereti tiek ēstas vēlas vakariņas, tās mēdz būt sārtgākā ēdienreize, kas arī var veicināt gastroezofageālā atviļņa slimību.

Jāatzīmē, ka atvilnim līdzīgas sūdzības var būt citu nopietnu slimību pazīme. Tāpat atvilnis, kas it kā ir vienkārša lieta, var radīt nopietnas komplikācijas, kas ir nepatīkamas, pacienta dzīves kvalitāti ietekmējošas, tostarp bīstamas dzīvībai. Par tādām komplikācijām mēs uzskatām, piemēram, atviļņa izraisītas striktūras jeb rētaudu veidošanos barības vada lejas daļā, kas rada rīšanas grūtības, barības pārvietošanās traucējumus virzienā no barības vada uz kuņģi. Tādā gadījumā pacientam var būt nepieciešama atkārtota bužēšana, endoskopijas laikā paplašinot barības vadu. Hronisks iekaisums barības vadā var izraisīt Baretta ezofagītu, kas ievērojami paaugstina barības vada vēža (adenokarcinomas) risku. Es aicinātu pacientus neignorēt atviļņa sūdzības un vērsties pie ģimenes ārsta vai gastroenterologa.



1. att. – Endoskopisks ezofagīts



2. att. – Baretta ezofagīts

Ātrāk ne vienmēr ir labāk

SARMA ZVIRBULE

Sirds priekškambaru (ātriju) fibrilācija jeb mirdzaritmija nereti netiek pamanīta un atbilstoši ārstēta. Tomēr tā nav mazsvarīgs sākums, jo, lai gan pati par sevi mirdzaritmija nav tik bīstama, tā var izraisīt nopietnas komplikācijas – trombu veidošanos, trombemboliju, insultu. Viena no ātriju fibrilācijas iespējamām sekām ir arī sirds mazspēja.

Latvijas Kardioloģijas centra kardiologs, Rīgas Stradiņa universitātes profesors **Oskars Kalējs** skaidro, cik liels sirds mazspējas risks ir mirdzaritmijas pacientiem un kāda ir terapija, ja slimība tomēr diagnosticēta.

– Sirds aritmija pacientiem var izraisīt sirds mazspēju un otrādi – sirds mazspēja var izraisīt aritmiju. Kāpēc tā notiek?

– Sirds ritma traucējumi būtībā ir sistēmas kļūda. Sirds vadīšanas sistēmā viss ir ļoti precīzi noteikts – kurš ir pirmais, kurš nākamais, kurš kuru klausu un kura rīkojumus izpilda. Tā ir ļoti stingra hierarhija. Līdzko šajā sistēmā parādās kļūda, tā dažādi vadīšanas sistēmas elementi vai nu sāk «lēkt» ārpus kārtas, vai sirds priekškambaros iestājas pilnīgs haoss. Pēkšņi elektrība vairs neiet no galvenā avota, sinusa mezglā, un normāla enerģijas pārvade nenotiek. Normāla pārvade nozīmē, ka visas šūnas aktīvējas vienlaikus. To varētu salīdzināt ar maķedoniešu falangu vai armiju, kas iet prūšu solī viens aiz otra.

Runājot par sirds saraušanos jeb systoli, – priekškambari vispirms asinis iepumpē kambaros, un tie ar noteiktu regularitāti asinis pumpē tālāk pa visu mūsu skaisto māju, kas esam mēs paši. Taču sirds asinis ne tikai pumpē prom, bet arī savāc. Iedomājieties, ka mēs pumpējam vai nu dārza sūknī, vai bumbū, vai matracī, vai riepu. Ja tas tiek darīts ritmiski, vienmērīgi, tad no dārza pumpja visu laiku nāk pietiekami daudz ūdens, un mēs to arī pievadīt varam normāli. Tāda ir normāla sirds darbība. Līdzko šī sistēma sāk darboties ar kļūdām, mēs zaudējam vienas sirds daļas ieguldījumu izsviestajā asins daudzumā un sākas problēmas ar asins apgādi. Tiek traucēta asins cirkulācija. Līdzko ir traucēta cirkulācija, tā ir traucēta ne tikai visā mājā (cilvēkā), bet arī pašā sirdī. Sirds cirkulācijas traucējumi nozīmē to, ka sirdij būtiski samazinās enerģijas piegāde. Un tad sāk attīstīties nākamā problēma – sirds strādā neregulāri, haotiski, piegāde mazinās, bet prasība pieaug, jo, lai strādātu haotiski un ātri, ir vajadzīgs vairāk enerģijas, kura netiek piegādāta. Tajā brīdī sirds muskulis sāk strādāt ar apgrūtinājumu, pārslodzi, un tad jau arī sirds mazspēja skaisti apstūrīti saka: «Labdien, es esmu klāt!» Kas ir sirds mazspēja? Tā ir sirds muskuļa jeb sirds kā organisma daļas nespēja nodrošināt organismu atbilstoši tā vajadzībām ar nepieciešamo normālu funkciju spēju. Tā ir sirds nespēja nodrošināt apgādi. Sirds mazspēja provocē aritmijas un aritmijas provocē sirds mazspēju. Līdzko sirds vairs nespēj normāli pumpēt asinis, tā sāk iestiepties, tajā veidojas sastrēgums. Līdzko parādās sastrēgums un iestiepums, dažādi trauksmes receptori sāk aktivēties, brēkt un taisīt paniku. Līdzko regulācijas sistēmās sākas panika, izdalās daudz bioloģiski aktīvu vielu, kuras it kā grib labu, tikai, labu gribot, tās mobilizē šūnu resursus, tos izmantojot nelietderīgi. Šo situāciju attālināti varētu salīdzināt ar ātrajiem kredītiem. Tā vietā, lai padomātu par pastāvīgu darbu, izglītību, tiek paņemts ātrais kredīts, bet tas ir islaicīgs



Foto: No RSU arhīva

Oskars Kalējs: «Mirdzaritmija nereti ilgu laiku var būt slēpta, bez klīniskām izpausmēm, un tad pēkšņi parādīties kā smagas komplikācijas, piemēram, insults vai sirds mazspējas progresēšana.»

risinājums, un tālāk ir vēl lielākas problēmas. Var teikt, ka pie sirds mazspējas miokards aizskrien pēc ātra kredīta.

– Speciālisti mēdz runāt par «klusās» mirdzaritmijas izplatību sirds mazspējas pacientu vidū? Ko tas nozīmē. Un vai tā ir, ka cilvēki ar sirds mazspēju nereti ātriju fibrilāciju pamana tikai tad, kad ir noticis insults?

– Tā tiešām ir. Insults nereti ir pirmā pazīme, kā tiek diagnosticēta ātriju fibrilācija. Pacients nonāk insulta vienībā, un neviens nevar saprast, kad tā ir sākusies. Vēl viena iespēja ir nejauša atrade. Pacientam uztaisa elektrokardiogrammu, un tā uzrāda ātriju fibrilāciju. Kad tā sākusies, – cilvēks nezina. Trešais variants ir saistīts ar pacienta vēlmi sākt nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm. Tad viņš pēkšņi saprot, ka nevar ne tikai lāgā paskriet, bet vispār pakustēt. Pat noiet 500 metrus vai arī uzkāpt 4. – 5. stāvā ir nepārvarams šķērslis. Tad rodas jautājums – kāpēc? Un līdz šim nediagnosticēta ātriju fibrilācija ir viens no iemesliem. Mirdzaritmija nereti ilgu laiku var būt slēpta, bez klīniskām izpausmēm, un tad pēkšņi parādīties kā smagas komplikācijas, piemēram, insults vai sirds mazspējas progresēšana. Ātriju fibrilācija, it sevišķi, ja tā ir izteikti ātra (tahisistoliska), spēj visai strauji attīstīt sirds muskuļa bojājumu, ko sauc par aritmiju izsauktu kardiomiopātiju.

– Ja cilvēkam ir sirds mazspēja un pievienojas aritmija vai otrādi, – kā mainās viņa ārstēšana?

– Ārstēšanas pamatprincipi saglabājas, taču ir jāievēro vairākas būtiskas lietas. Vispirms ir jāapzina visi komorbīdie faktori. Tas nozīmē, ka nevar vienkārši sākt ārstēt tikai mirdzaritmiju, ir jāzina, kādas vēl slimības ir pacientam, kādi ir viņa kaitīgie ieradumi. Piemēram, ja viņam ir nekontrolēta hipertensija un diabēts vai pacients regulāri

lieto alkoholu, tad, neņemot to vērā un ārstējot vienu pašu ātriju fibrilāciju, slimība terapijai diez vai pakļausies. Tāpat ļoti svarīga ir insulta un trombembolijas profilakse – tiešo antikoagulantu lietošana. Nākamais punkts ārstēšanā ir vai nu sirds darbības frekvences vai ritma kontrole. Ritma kontrole nozīmē, ka mēs cenšamies pacientam saglabāt normālu (sinusa) ritmu. To var panākt ar dažādu gan tiešo, gan netiešo antiaritmisko līdzekļu palīdzību. Tiešie antiaritmīki iedarbojas konkrēti uz jonu sūkņiem, savukārt netiešie (sartāni, prili, minerālreceptoru antagonisti, SGLT-2i, arī statīni) darbojas plašāk. Tie medikamenti, kas samazina sirds mazspējas attīstību, samazina saistaudu veidošanos, sirds iestiepumu. Uz īsu brīdi atjaunot normālu sirds ritmu iespējams gandrīz 99 procentos gadījumā, bet to noturēt ir grūti. Ja mēs saprotam, ka ritmu atjaunot nevarēsim, tad tiek pieņemts lēmums kontrolēt sirds darbības frekvenci. Pacients turpina dzīvot ar mirdzaritmiju, bet ar zālēm tiek kontrolēts, lai frekvence nekļūst pārāk ātra, lai neattīstās sirds mazspēja.

Šobrīd arvien plašāk pasaulē tiek izmantota tāda mirdzaritmijas novēršanas un normāla ritma atjaunošanas metode kā katetrablācija. Tā ir invazīva operācija, kas notiek caur asinsvadu. Tādā veidā nokļūst kreisajā ātrijā (priekškambari) un no iekšpuses ar siltuma vai aukstuma enerģiju izolē palaidēj mehānismus, ietekmē vidi, lai novērstu mirdzaritmijas sākšanos.

– Vai mirdzaritmijas ārstēšanā mūsdienās tiek izmantota arī elektrokardioversija (elektrošoks)?

– Par maz tiek izmantota. Elektriskā kardioversija nav ilgtermiņa ārstēšana, bet ātra, vienkārša, salīdzinoši lēta (lētāka par citām!) un ļoti efektīva

metode normāla sirds ritma atjaunošanai. Nereti, aritmijas pacientam nonākot slimnīcas uzņemšanas nodaļā, ritma atjaunošanai diennakti pilnā vēnā, lai gan tajā pašā laikā varēja izmantot īsu virspusēju venozo narkozi un dažu minūšu laikā ar kardioversijas palīdzību atjaunot normālu sinusa ritmu.

– Kādu vietu aritmijas ārstēšanā ieņem sirds stimulatori?

– Daļai pacientu tā ir viena no pirmajām terapijas izvēlēm, it sevišķi, ja ir samazināta sirds kreisā kambara izviedes frakcija. Šajos gadījumos izmanto specifiskus sirds stimulatorus – sirds resinhronizācijas iekārtas (CRT, *cardiac resynchronization therapy*) –, kas atjauno koordināciju starp sirds priekškambariem un kambariem, kā arī sinhronizē abu sirds kambaru darbu. Kopā ar optimālu farmakoterapiju tas būtiski uzlabo pacienta prognozi un ietekmē riskus. Ja pacientam ir sirds mazspēja, pastāvīga ātriju fibrilācija, kuru īsti nevar kontrolēt, un sirds darbības frekvencei ir tendence paātrināties, tad vispirms viņam ievieto sirds resinhronizācijas iekārtu un pēc mēneša taisa katetrablāciju. Vēl kardiostimulators palīdz gadījumā, ja medikamentozās terapijas rezultātā epizodiski sirds darbība kļūst pārāk lēna. Tad kardiostimulators nodrošina, lai sirds darbība pārmēru nepalēninātos un pacients bez bažām varētu lietot savus medikamentus.

– Vai mirdzaritmija ierobežo cilvēka fizisko aktivitāti?

– Ja cilvēks nekustas vai kustas maz, tad ar to viņš savu situāciju tikai pasliktina. Kustības nodrošina labāku plaušu ventilāciju, labāku muskuļu darbību. Labāki muskuļu darbiņi ir ietekme uz asins cirkulāciju. Tomēr – kas par daudz, tas par skādi. Tas ir viens. Otrs – vai dažs labs ārsts vispār saprot kustību nozīmi? Man ļoti nepatīk teiciens «paskaties pasē», ko viņi izmanto visdažādākajās situācijās. Cik bieži viņi paši iet uz sporta zāli, ar kādām fiziskajām aktivitātēm nodarbojas?

Lai gan būtībā jautājums ir cits – par samērīgu slodzi un fizisko aktivitāšu regularitāti. Regulāras fiziskās aktivitātes nebūt nenozīmē, ka obligāti ir smagi jātrenējas. Jādara tas, kas patiešām patīk, rada prieku un padodas. Ja cilvēks, kurš lāgā neprot slidot, ies spēlēt hokeju, visticamāk, viņš nonāks traumatologu aprūpē. Cilvēks, kurš pēkšņi izdomās, ka varētu noskriet pusmaratonu vai tamlīdzīgi, iespējams, nonāks intensīvā terapijā. Ar to jāreķinās. Dari to, kas tev patīk, ko tu puslīdz prot, kas rada prieku. Tā var būt nūjošana gar jūru. Arī peldbaseina apmeklējums ir lieliska lieta. Reizēm pacienti saka: «Jā, bet es neprotu peldēt. Ko tad es tur darišu?» Paga, bet baseinos ir dēļi, paņē un peldi. Tikai peldi visu laiku, nevis divreiz pārpeldi baseinam, bet pārējo laiku ar draudzenēm *klačojies* baseina malā.

– Ja cilvēks līdz šim nav īpaši nodarbojies ar fiziskajām aktivitātēm, – ar ko viņam sākt? Vai ir jākonsultējas ar speciālistu?

– Vispirms izlem, kas tev pašam patīk, ko tu vairāk gribi darīt. Nākamais ir konsultācija. Pirmais padomdevējs ir ģimenes ārsts. Nākamais – kardiologs, fizioterapeits. Nevar vienkārši izdomāt, ka es tagad skriešu vai braukšu ar riteni. Jā, viss ir kā ir baigi labi, tikai reizēm drusku sāp galva. Lai pārbaudītos, cilvēks aiziet uz veloergometriju. Tur, sirds darbības frekvencei palielinoties līdz 140 sitieniem minūtē, spiedienu ir «kosmosā». Tas nozīmē, ka gadījumā, ja pie slodzes kāpj asinsspiediens, tad vai nu pats to mēri un kontrolē, vai iemācies lietot dažādas viedierīces, kas to darīs tavā vietā. Jebkurā gadījumā pilnīgi noteikti kustieties vajag.

OMRON

Visās
Latvijas
aptiekās



Asinsspiediena mēritāji no Japānas firmas OMRON

www.HealthProducts.LV

Oficiālais OMRON pārstāvis Latvija: SIA "ELVIM", Rīgā, Kārļa Ulmaņa gatvē 2.

Svarīgs viss uzdevumu kopums un paša pacienta līdzdalība

GUNTA FREIMANE

Katram diabēta pacientam ir svarīgi no ārsta saņemt ne tikai zāļu recepti, bet arī atbalsta, motivācijas, pozitīvas domāšanas un cieņpilnas attieksmes lādiņu, kas pēc tam kādu laiku notur mūs virs ūdens, pārvērtoties enerģijā, gatavībā domāt līdzīgi tām daudzajām izvēlēm, kas jāizdara ik dienu, ik stundu visa mūža garumā.

Šajā sarunā ar Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Endokrinoloģijas centra virsārsti endokrinoloģi **Laumu Jaunozolu** ne tikai par dzīvesveidu un medikamentiem, bet arī par sadarbību, par iespējamiem aprūpes modeļiem, kādu vēl nav, un valsts atbalstu, ko vēl tikai gaidām.

– Lūdzu, raksturojiet efektīvas un mūsdienīgas 2. tipa cukura diabēta ārstēšanas pamatzdevumus?

– Sākumā vēlētos runāt par sabiedrības veselības pamatzdevumu – gādāt, lai 2. tipa cukura diabēts cilvēkiem neattīstītos. Biežākais un noteicošais 2. tipa cukura diabēta cēlonis ir dzīvesveids – mazkustīgums, neveselīgs uzturs, arī nepietiekams miegs un pārlielu liels stress. Mūsdienās stress lielākajai daļai cilvēku ir gandrīz neatņemama dzīves sastāvdaļa. Mēs ne vienmēr varam mainīt savu ikdienu uz mazāk stresainu, bet varam mācīties izmantot metodes stresa pārvarēšanai. Mēs varam panākt, lai cukura diabēts neattīstītos, varam aizkavēt tā attīstību. Tas ir katra cilvēka darbs pie savām ikdienas aktivitātēm un ikdienas paradumiem. Veselīgs dzīvesveids būtu jāuzsāk jau bērnībā, jau ģimenē, bērnudārzā un skolā. Un nav pareizi runāt, ka pie saslimšanas ar 2. tipa diabētu cilvēks pats vainīgs. Tā nav individuāla cilvēka vaina, bet visas modernās sabiedrības atbildība. Pozitīvu virzību šajā jomā iezīmē plāna izstrāde aptaukošanās un liekā ķermeņa svara mazināšanai, saldumu pārdošanas aizliegums skolās, lielāki nodokļi saldinašajiem dzērieniem. Tomēr pastāv arī cilvēka personiskā atbildība, vecāku atbildība. Cilvēks jau no bērnības būtu jāradina domāt līdzīgi – ko tu ēd, cik daudz kusties, kāds ir svars, kāda ir vispārējā veselība. Par to būtu jādomā laikus, lai attālinātu, aizkavētu un pat novērstu hronisko slimību, tādu kā 2. tipa cukura diabēts, veidošanos.

– Tomēr daudzi teiks: «Man jau ir cukura diabēts, es vairs nevaru to novērst. Vai tiešām atkal runāsi par dzīvesveidu? Ir taču tik daudz dažādu medikamentu...»

– 2. tipa diabēta pacientus, kuri ir endokrinologu uzraudzībā, varētu iedalīt divās grupās. Daļai cilvēku cukura diabēts sācies salīdzinoši nesēn, glikozes līmeni izdodas veiksmīgi pazemināt un diabēta vēlino komplikāciju vai sarežģījumu vēl nav. Sarežģījumi ir vēlinās cukura diabēta komplikācijas – acs tīklenes bojājums, hroniskas nieru slimības attīstība, perifērās nervu sistēmas bojājumi. 2. tipa cukura diabēts ir augsta riska faktors sirds un asinsvadu slimību un hroniskas nieru slimības attīstībai.

Otra pacientu grupa ir 2. tipa cukura diabēta pacienti ar nopietnām diabēta komplikācijām, un mūsu uzdevums ir pēc iespējas aizkavēt komplikāciju progresēšanu.

Gan pirmajai, gan otrajai pacientu grupai ļoti svarīgi ir ne tikai lietot ārsta ieteiktos medikamentus, bet arī mainīt dzīvesveidu – ikdienā lietot veselīgu uzturu, regulāri būt fiziski aktīviem, svarīgs arī pietiekami ilgs miegs un stresa mazināšana. Kas attiecas uz zālēm, jaunie mūsdienīgie medikamenti – gliķagonam līdzīgā peptīda-1 (GLP-1) agonisti un un nātrija-glikozes kotransportiera-2



Lauma Jaunozola: «Svarīgs ir viss uzdevumu kopums, kas saistīts ar 2. tipa cukura diabēta pacienta aprūpi: apmācība, vēlme dzīvot veselīgu dzīvesveidu, līdzestība medikamentu lietošanā. Ļoti svarīgi ir novērst diabēta vēlino komplikāciju attīstību un arī savlaicīgi tās diagnosticēt, tāpēc nepieciešama kompleksa pieeja.»

(SGLT-2) inhibitori – ne tikai pazemina glikozes līmeni asinīs, bet arī palīdz aizkavēt diabēta vēlino komplikācijas: samazina sirds un asinsvadu akūto notikumu risku, hroniskas nieru slimības attīstību.

Lielākajai daļai 2. tipa cukura diabēta pacientu ir liekais svars. Tā ir globāla problēma. Pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem 2022. gadā pasaulē vienam no astoņiem cilvēkiem ir aptaukošanās. Diemžēl svaru ne vienmēr izdodas mazināt ar dzīvesveida maiņu. GLP-1 receptoru agonistu grupas medikamenti ne tikai stabilizē glikozes līmeni, mazina sirds un asinsvadu riskus, bet arī mazina apetīti, palielina sāta sajūtu, palēnina kuņģa iztukšošanu, tādējādi palīdz mazināt ķermeņa svaru, kas 2. tipa diabēta pacientam ir ļoti, ļoti svarīgi. Tomēr šie medikamenti nav panaceja, tā nav brīnumtablete. Ieteikumi par veselīga uztura un fiziskās aktivitātes nepieciešamību paliek spēkā. – **Saslimšanu ar 2. tipa cukura diabētu varētu vērtēt kā iespēju visai ģimenei mainīt ierasto ikdienas rutīnu, visiem kopā padarīt dzīvesveidu veselīgāku. Tomēr ģimenei un pacientam būtu nepieciešams atbalsts, jo mainīt dzīvesveidu nav viegls uzdevums...**

– Jā, dzīvesveidu mainīt nav vienkāršs uzdevums. Protams, mums ir valsts apmaksāti diabēta apmācības kabineti, kuros darbojas diabēta māsu un tiek veikta pacientu izglītošana un apmācība. Tomēr man praksē ļoti pietrūkst valsts atbalsta, piemēram, iespējas pacientu nosūtīt valsts apmaksātai konsultācijai pie uztura speciālista un psihologa, kurš specializējies dzīvesveida maiņas sekmēšanā.

Tāpat noderīgas būtu atbalsta grupas, kur cilvēki varētu apmainīties viedokļiem par dzīvesveida maiņas procesu, grūtībām un to pārvarēšanu. Arī diabēta pacientu apmācībai vajadzētu notikt ne tikai individuāli, bet arī grupā, kur būtu iespējama šāda viedokļu apmaiņa, jo apmācībai jāmotivē cilvēks mainīt dzīvesveidu visa mūža garumā. Vēl būtu noderīgi apmaksāt fizioterapeita konsultācijas un nodarbības ar fizioterapeitu regulāru

fizisko aktivitāšu sekmēšanai. Pašlaik valsts to neapmaksā, fizioterapeitu pakalpojumi nav visiem pieejami. Labs risinājums būtu arī vingrošanas u.c. fizisko aktivitāšu grupas cilvēka dzīvesvietā, kur var arī apmainīties ar pieredzi. Šis būtu daudz efektīvāks risinājums, tāpēc vajadzētu atvēlēt līdzekļus šādiem projektiem un tos organizēt.

Ja valsts atbalstītu 2. tipa diabēta pacientus grūtā dzīvesveida izmaiņu veikšanas procesā un šāda dzīvesveida saglabāšanā, tad tas nestu ekonomisko ieguvumu, jo cilvēks labāk justos, mazāk slimotu, pasargātu sevi no 2. tipa diabēta vēlino komplikāciju attīstības, priekšlaicīgas darbības zaudēšanas un pāragras nāves.

– Vai 2. tipa diabēta ārstēšanas uzdevums ir tikai glikozes līmeņa asinīs kontrole un ķermeņa svara samazināšana? Kam vēl būtu jāpievērš uzmanība?

– Svarīgs ir viss uzdevumu kopums, kas saistīts ar 2. tipa cukura diabēta pacienta aprūpi, – apmācība, vēlme dzīvot veselīgu dzīvesveidu, līdzestība medikamentu lietošanā. Ļoti svarīgi ir novērst diabēta vēlino komplikāciju attīstību un arī savlaicīgi tās diagnosticēt, tāpēc nepieciešama kompleksa pieeja. Tātad jāseko līdzīgi pacienta veselībai kopumā, kas 2. tipa diabēta pacientiem visbiežāk ietver arī regulārus izmeklējumus, – nieru, sirds un asinsvadu, perifērās nervu sistēmas, acu veselības pārbaudi un citus.

Ideāli, ja pacients reizi gadā varētu ierasties uz plašāku vizīti un vienā vietā veikt šos izmeklējumus un saņemt konsultāciju. Tāds aprūpes modelis darbojas Dānijā, Steno Diabēta centrā, kur diabēta pacienti no visas Dānijas atbrauc uz vienas dienas vizīti un saņem endokrinologa, apmācības māsu, acu ārsta, pēdu aprūpes, kā arī citu speciālistu konsultācijas un izmeklējumus. Latvijā problēmas būtu sabiedriskā transporta pieejamība no mājās līdz šādam centram. Diemžēl ne no visām Latvijas vietām ar sabiedrisko transportu no rīta var ierasties un vakaros ērti nokļūt mājās. Svarīgi, ka ērtai un saprotamai

piekļuvei ir jābūt līdz pašai medicīnas iestādei, nevis tikai līdz Rīgas centram. Tā pašā iemesla dēļ arī dienas stacionāru šādiem pacientiem ir grūti izmantot.

– Kādas ir biežākās 2. tipa cukura diabēta komplikācijas?

– Kā jau iepriekš minēju, diabēta pacientiem visbiežāk konstatē mazo asinsvadu bojājumus jeb mikroangiopātijas, kas izpaužas gan nierēs, gan acīs (nefropātija jeb hroniska nieru slimība un retinopātija), tāpat arī lielo asinsvadu aterosklerozi jeb makroangiopātijas, kas ir pamatā kardiovaskulārajiem notikumiem. Un vēl cukura diabēts izraisa perifēro nervu bojājumus – polineuropātijas.

Ja šīs komplikācijas ir sākušās, agrīnā stadijā pacients tās nejut, tāpēc ārstam regulāri jāatgādina par riskiem. Jāuzsver, ka pacients var ilgi justies labi, nerasniedzot ne glikozes līmeņa, ne asinsspiediena, ne holesterīna ieteicamos rādītājus, bet tad, kad komplikācijas ir progresējušas, tad tas ir neatgriezeniski. Glikozes līmeņa, asinsspiediena un holesterīna rādītāju mērķu sasniegšanai ir izšķiroša nozīme, tāpat kā dzīvesveidam un liekā ķermeņa svara samazināšanai.

– Kā darbojas mūsdienīgi pret diabēta medikamenti?

– 2. tipa cukura diabēts nav izolēta hroniska slimība. Tam ir cieša saistība ar hronisku nieru slimību un kardiovaskulārām slimībām, kā arī aptaukošanos. Amerikas Sirds asociācija šo savstarpējo saistību nosaukusi par kardio-renālo-metabolo jeb sirds-nieru-metabolo sindromu. Pacientiem ar šo sindromu ir augsts veselības stāvokļa pasliktināšanās un mirstības risks.

Ja par mūsdienīgiem pret diabēta medikamentiem – tie nav tikai gliķēmiju mazinoši, bet efektīvi darbojas, aizsargājot sirdi un nieres, mazinot svaru un kopumā mazinot akūtu notikumu risku un hronisku stāvokļu progresiju, tātad tos lieto šī kompleksā kardio-renālo-metabolā sindroma ārstēšanā.

– Kā efektīvāk panākt pacienta motivāciju mainīt dzīvesveidu un uztura paradumus?

– Es iesaku cilvēkiem atrast domubiedrus, jo katram ir vajadzīgs mentors, atbalstītājs. Protams, mums ir endokrinologs, ģimenes ārsts, diabēta apmācības māsa, kuri atbalsta pacientu, tomēr ikdienā vajadzīgs arī draugs vai kaimiņš ar diabētu, lai pārrunātu izjūtas, bažas, apmainītos veselīgu un garšīgu ēdienu receptēm un izplānotu kopīgas fiziskās aktivitātes.

– Kā, jūsuprāt, veiksmīgāk uzlabot pacientu un ārsta sadarbību 2. tipa cukura diabēta ārstēšanā?

– Ārsta uzdevums ir sniegt zināšanas, runāt un skaidrot. Es bieži uzveru, ka pacientam ir iespēja savu dzīvi padarīt veselīgāku un labāku, tomēr rezultātu panākšana ir kopdarbs. Ārsts nevar izdarīt to, kas jādara pašam pacientam, tajā pašā laikā pacientam ir svarīgs ārsta padoms un ārsta atbalsts – tā ir sadarbība un savstarpēja uzticēšanās. Attieksmei jābūt draudzīgai un nenosodošai. Tas cilvēkus padara brīvākus.

Diabēta ārstēšana nav jāuztver kā nolemtība. Mēs nevaram izārstēt 2. tipa cukura diabētu, bet pacienta un ārsta sadarbība rada iespēju šo slimību kontrolēt. Svarīgi izglītot un aicināt ikdienā domāt līdzīgi, ko tu ēd, cik tu ēd, kurā laikā, nevis kategoriski aizliegt. Pacientam nebūtu jājūtas kā grēkzīm, jādzīvo ar nepārtrauktu vainas izjūtu. Ja ir svētki un jūs gribat cūkas cepeti vai tortes gabalu, tad apēdiet to. Bet – lai tā nav jūsu ikdiens. Es cenšos novērtēt katru cilvēka ieguldīto darbu diabēta kontrolē un uzslavēt par to. Ja cilvēks ieklausās, ir patīams prieks.

Raksts tapis sadarbībā ar **Novo Nordisk Latvia SIA**

Dzimumlocekļa protēzes – pilnvērtīgai dzimumdzīvei

ILONA NORIETE

Daudziem vīriešiem, kuri saņēmuši prostatas vēža terapiju, nācies saskarties ar nepatīkamām un parasti arī neatgriezeniskām sekām – erektilo disfunkciju jeb impotenci. Tā uz vīriešiem nereti atstāj arī graujošu psiholoģisku iespaidu, veicinot depresiju u.c. veselības problēmas. Traucētas seksuālās funkcijas iemesls visbiežāk ir prostatas vai urīnpūšļa operācijas, kuru rezultātā tiek nelabojami traumēti viens no erekciju nodrošinošajiem mehānismiem. Taču erektilā disfunkcija var iestāties arī dažādu traumu un slimību rezultātā, dažkārt pat jaunībā. Tomēr mūsdienās pastāv tehnoloģisks risinājums, kas vīriešiem var saglabāt iespēju nodarboties ar veselīgu dzimumdzīvi arī pēc prostatas ķirurģiskas ārstēšanas vai citām slimībām. Un te talkā var nākt dzimumlocekļa protēzes.

Par iespējām, ko vīriešiem nodrošina dzimumlocekļa implantī, mūsu sarunā ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) Uroloģijas un onkoloģiskās uroloģijas klīnikas urologu Reini Riekstiņu.

– Jūs esat jauns ārsts, augustā veiksmīgi nolīkāt rezidenta eksāmenu. Tāpat rezidentūras laikā esat daudz stažējies ārzemēs un jau iesniedzis dokumentus doktorantūrā.

– Pēc Rīgas Stradiņa universitātes Medicīnas fakultātes pabeigšanas iestājos uroloģijas rezidentūrā un par mācību bāzi izvēlējos RAKUS. Rezidentūras pavadīju piecus gadus, mācoties un strādājot Uroloģijas klīnikā, kur turpinu darbu arī pašlaik. Rezidentūras laikā patiešām vairākas reizes esmu bijis ārzemēs – gan mācīties, gan stažēties, gan apgūt dažādas ārstēšanas un diagnostikas metodes. Ļoti vērtīgi bija divi mēneši, kurus pavadīju Erasmus apmaiņas programmā Dānijā, Herlevas un Gentoftes slimnīcā Kopenhāgenā. Tur uroloģijas klīnikā ieguvu vispārīgu pieredzi par klīniskās ikdienas darbu organizāciju, administrēšanu. Tāpat uzzināju daudz noderīga par modernām uroloģisko patoloģiju ārstēšanas metodēm, tostarp par robota asistētu ķirurģiju, laparoskopisko ķirurģiju un līdzīgām lietām. Savukārt saistībā ar mūsu šīsdiēnas tēmu esmu piedalījies vairākos kursos un kongresos. Tāpat apmeklēju dzimumlocekļa protēžu implantu meistarklasi, kas notika Spānijā šāgada aprīlī. Jūnijā arī Itālijā bija padziļināts kurss tieši par dzimumlocekļa protēžu ķirurģisko tehniku un ārstēšanu. Esmu piedalījies arī vairākos citos mazākas nozīmes kursos.

– Kas ir dzimumlocekļu implantī, un kādās situācijās paredzēta to lietošana?

– Dzimumlocekļa implantī jeb protēze ir ierīce, kuru implantē dzimumlocekli, lai vīrietim būtu iespēja sasniegt un nodrošināt erekciju. Biežākā patoloģija, kad tas ir nepieciešams, ir erektilā disfunkcija, kas raksturojas ar nepietiekamu erekciju vai tās pilnīgu trūkumu. Pēc zinātniskās literatūras datiem, šī problēma vismaz Eiropā ir visnotaļ izplatīta, un, vērtējot pēc dažādiem avotiem, erektilā disfunkcija varētu skart 40–50 procentus vīriešu vecumā pēc 40 gadiem. Kopumā šīs patoloģijas rašanos nosaka vairāki iemesli. Tās var būt asinsvadu problēmas, cukura diabēts, hormonālā līmeņa izmaiņas, neiroloģiskas dabas sarežģījumi. Bet, runājot tieši par uroloģiskām manipulācijām, tad pamatā erekciju negatīvi ietekmē mazā iegurņa ķirurģija, proti, cistektomijas un prostatektomijas jeb urīnpūšļa un prostatas izņemšanas operācijas. Tās visbiežāk veic



Foto: No RAKUS arhīva

Reinis Riekstiņš:
«Dzimumlocekļa implantī jeb protēze ir ierīce, kuru implantē dzimumlocekli, lai vīrietim būtu iespēja sasniegt un nodrošināt erekciju. Biežākā patoloģija, kad tas ir nepieciešams, ir erektilā disfunkcija, kas raksturojas ar nepietiekamu erekciju vai tās pilnīgu trūkumu.»

saistībā ar onkoloģiskām slimībām, un tieši pēc šīm manipulācijām attīstās erektilā disfunkcija.

– Pēdējā laikā ļoti daudz uzmanības tiek veltīts onkoloģisko slimību savlaicīgai diagnostikai. Ja vīrietis seko rekomendācijām un vismaz reizi gadā nodod prostatas specifiskā antigēna (PSA) analīzes, kas palīdz laikus noķert prostatas vēzi, vai šāda rīcība varētu glābt viņu no potences zuduma? Vai tomēr vīrietim, kuram diagnosticēts prostatas vēzis, jārēķinās, ka pēc operācijas būs vajadzīgs šāds implantī?

– Novembris ir vīriešu veselības mēnesis, kad vislielākā uzmanība tiek veltīta tieši prostatas vēzim un tā savlaicīgai atklāšanai. Galvenās mūsu rekomendācijas vīriešiem ir laikus apmeklēt urologu, ja arī agrāk šādas vajadzības nav bijis. Absolūtajam vairumam vīriešu, kuri ir sasnieguši 50 gadu vecumu, ir iespēja noteikt PSA līmeni pie ģimenes ārsta. To paredz valsts skrīninga programma. Es gan aicinātu vīriešus apmeklēt urologu pat tad, ja PSA līmenis ir laboratorijas noteiktās normas robežās, lai parunātu par savu veselību. Tāda saruna palīdzētu apjaust esošo situāciju, tostarp, vai nepieciešami papildu izmeklējumi, vai tomēr var vismaz kādu laiku atkal pie urologa nenākt. To visu noskaidro uzreiz, pirmajā vizītē.

– Cik bieži urīnpūšļa vai prostatas vēža gadījumā tiek veiktas tādas operācijas, pēc kurām ir vajadzīgi implantī?

– Saistībā ar urīnpūšļa vēzi vajadzīgas papildu pārbaudes, piemēram, cistoskopija, kad ar kameras palīdzību tiek apskatīta urīnpūšļa iekšpuse. Ja tur uzrādās veidojums, uzreiz operāciju neveic, vispirms tiek noskaidrota audzēja stadija. Urīnpūšļa vēža gadījumā bieži nepieciešama radikāla ķirurģiska iejaukšanās. Prostatas vēzis izceļas ar lielāku dažādību, un ne visām stadijām vajadzīga ķirurģiska ārstēšana. Līdz ar to visiem prostatas vēža pacientiem erektilo traucējumu un disfunkcijas risks nav vienāds.

Savukārt, runājot par dzimumlocekļa protēzēm pacientiem, kam nav onkoloģiskas slimības, bet, piemēram, ir cukura diabēts vai citas problēmas, kas radījušas erektilo disfunkciju, sākotnējā terapija noteikti būs dzīvesveida maiņa un

pamatslimību ārstēšana. Tā iekļauj cukura diabēta vai paaugstināta asinsspiediena ārstēšanu, kā arī zāļu lietošanu, kas uzlabo un nodrošina erekciju. Protams, ja šī ārstēšana nav efektīva, tad var tikt apspriests jautājums par dzimumlocekļa protēzes ieviešanu. Tā kā tā ir ķirurģiska ārstēšana, kas paredz svešķermeņu ieviešanu organismā, katrs pacients tiek ļoti rūpīgi individuāli izvērtēts. Šajā procesā līdz operācijai ietilpst vairākas konsultācijas, ieskaitot arī pacienta partneri. Kad ir pieņemts lēmums, izdara operāciju. Protams, dzimumlocekļa protēze nav paredzēta, lai palielinātu dzimumlocekļa garumu vai apkārtmēru. Šīs operācijas mērķis ir nodrošināt vienu no tā galvenajām funkcijām – erekciju. To panāk ar ievietojamiem implantiem.

– Ar ko ir jārēķinās, ja tiek ielikta šāda protēze? Kas mainās vīrieša ikdienas dzīvē?

– Jāņem vērā, ka implantī organismā ir svešķermeņi. Tādēļ arī pret šo protēzi iespējama organisma nevēlama aizsargreakcija, nevar izslēgt potenciālas infekcijas radītas komplikācijas. Izmantojot mūsdienu operācijas metodes un nepieciešamo sagatavošanu, infekciju risks protēžu ķirurģijā ir zems. Tomēr tieši par to visvairāk uztraucas gan ārsti, gan pacienti. Veiksmīgi ievietota protēze kalpo ilgstoši, tie var būt vairāki desmiti gadu.

Izvēloties implanta ieviešanu, jārēķinās, ka tiks veikta operācija, būs nepieciešama anestēzija, kā arī noteikts laiks jāpavada slimnīcā. Tāpat būs jānodrošinās vizītēs, tāpēc ir ļoti vajadzīga pacienta līdzdalība visā procesā, īpaši pēcoperācijas periodā.

– Kādas ārējās izmaiņas ir novērojamas pēc implantēšanas?

– Parasti tiek ievietota trīs komponentu piepūšamā protēze. Šāds implantī vizuāli var neko nemainīt. Operācijas rēta ir maza, un dzimumlocekli ar nepiepūstu protēzi ir gandrīz tāds pats kā agrāk. Arī erekcijas stāvokli tas ļoti līdzinās tam, kāds bijis iepriekš.

– Kāda veida protēzes ir pieejamas un tiek biežāk izmantotas?

– Ir vairāku tipu implantī. Pamatā visas protēzes tiek grupētas divās kategorijās. Vienā ietilpst semirigidā jeb puscieta tipa implantī,

kad dzimumlocekli tiek vienkārši ievietota viena protēze, kas šo orgānu faktiski visu laiku notur daļēji erekcijas stāvoklī. Šāds risinājums daļai pacientu varētu būt apgrūtināošs. Otra tipa implantī ir trīsdaļīgas piepūšamās protēzes. Tās ir vispopulārākās Eiropā un arī uzrāda vislabākos rezultātus. Šāds risinājums sastāv no dzimumlocekli esošas protēzes, vēdera priekšējā sienā implantēta rezervuāra, kurā atrodas šķidrums, ar ko uzpilda protēzi, un no sēklinieku maisiņā ievietota pumpīša. Visa šī sistēma savā starpā ir savienota. Kad protēze ir tukša, šķidrums atrodas rezervuārā, un dzimumlocekli ir parastā stāvoklī bez erekcijas. Kad nepieciešama erekcija, vairākas reizes piespiežot pumpīti, šķidrums no rezervuāra pārsūknē uz protēzi, piepūšot to un panākot erekciju.

– Kādas ir atšķirības starp protēzi un sfinkteru?

– Runājot par uroloģijā lietotajiem dzimumorgānu implantiem, var izdalīt dzimumlocekļa protēzi un arī mākslīgo sfinkteru jeb slēdzējmuskuļi. To izmanto pie tādām problēmām kā urīna nesaturēšana, kurai ir daudz dažādu iemeslu. Urīna nesaturēšana iespējama arī pēc ķirurģiskām manipulācijām, kad pacientam ir novērojama nepietiekama slēdzējmuskuļa darbība. Sfinkters var būt bojāts, tāpat iespējams, ka traumēti sfinkteru kontrolējošie nervi. Tad viens no risinājumiem ir ievietot mākslīgo implantu, kas nodrošina urīna saturēšanu un neļauj tam patvaļīgi noplūst. Pacientiem, kuriem ir gan urīna nesaturēšana, gan erektilā disfunkcija, ir iespējams veikt abas operācijas un ievietot abus implantus. To var izdarīt gan vienā reizē, gan atsevišķi.

– Implantēšanas operācijas noteikti nav lētas. Protēžu ieviešanu apmaksā valsts vai pacientam izmaksas jāsedz no saviem līdzekļiem?

– Cik man zināms, patlaban Latvijā valsts kompensācija dzimumlocekļa protēzēm vai arī mākslīgajam sfinkteram nav pieejama. Tas nozīmē, ka visas implanta un arī operācijas izmaksas sedz pacients. Publiskajā vidē jau pirms vairākiem mēnešiem izskanēja informācija, ka ir uzsākta iniciatīva – parakstu vākšana portālā ManaBalss.lv par to, ka valstij būtu jākompensē dzimumlocekļa protēzes.

– Vai šādām protēzēšanas operācijām pastāv vecuma limits?

– Uz vienu faktoru balstītu ierobežojumu praktiski nav. Limits drīzāk varētu noteikt pazīmju vai notikumu kopums, ko izvērtē urologs un citi speciālisti. Tas ir pacienta funkcionālais stāvoklis, blakus slimības, dažkārt savu lomu var nospēlēt arī vecums. Dzimumlocekļa protēzes pasaulē un Eiropā izmanto arī gadus jauniem pacientiem 30 un varbūt pat 25 gadu vecumā. Erektilo disfunkciju var radīt ne tikai jau minētais cukura diabēts, onkoloģiskās un citas slimības, bet arī dažādas smagākas traumas, īpaši iegurņa traumas ar kaulu lūzumiem. Piemēram, tāda slimība kā priapisms, kas ir ilgstoša erekcija, galaiznākumā var rezultēties ar erekcijas zudumu. Līdz ar to šīs protēzes pasaulē un Eiropā vajadzības gadījumā tiek ievietotas arī jauniem pacientiem.

– Ko vēl būtu noderīgi zināt mūsu avīzes lasītājiem?

– Es aicinātu vīriešus noteikti apmeklēt urologu. No urologa nevajag baidīties, jo šāds apmeklējums ne vienmēr nozīmē, ka ir problēmas ar veselību. Nevienam nav teicis, ka pie ārstiem jāiet tikai brīžos, kad jūtamies slikti vai ir parādījušies nepatīkami simptomi. Pie daktera var doties arī, lai aprunātos par savām problēmām, sajūtām. Ārsti nodarbojas arī ar profilaktiskām pārbaudēm, izmeklējumiem. Vīriešus es noteikti aicinu doties pie urologa – un ne tikai novembrī, bet arī visa gada garumā.

Ar plaušu vēzi var saslimt ikviens

ILONA NORIETE

Plaušu vēzis ir viens no izplatītākajiem audzējiem gan Latvijā, gan pasaulē. Tas izceļas arī ar augstāko mirstības procentu starp visām onkoloģiskajām slimībām. Galvenie iemesli ir šī vēža agresīvā daba, simptomu trūkums agrīnās stadijās un sekojoša vēla diagnostika. Vadošais riska faktors ir smēķēšana, taču tas nenozīmē, ka nesmēķētāji no plaušu vēža būtu pasargāti.

Par tiem un problēmu kopumā mūsu sarunā ar Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas onkoloģi ķīmijterapeiti Lindu Jurginausku.

– Saskaņā ar jaunākajiem datiem tiek atzīmēts, ka plaušu vēzis ir galvenais onkoloģisko slimību izraisītājs visā pasaulē, kam seko sirds un asinsvadu slimības un diabēts. Plaušu vēzi novēro gan sievietēm, gan vīriešiem. Sakiet, kāda situācija ir Latvijā?

– Latvijā ir vieni no augstākajiem relatīvajiem mirstības rādītājiem no ļaundabīgiem audzējiem visā Eiropas Savienībā. Saskaņā ar Slimību profilakses un kontroles centra datiem 2023. gadā mūsu valstī no ļaundabīgiem audzējiem ir miruši 5753 pacienti, bet no sirds un asinsvadu sistēmas slimībām mirušo skaits sasniedza 14 395. Tas nozīmē, ka Latvijā vairāk cilvēku mirst no sirds un asinsvadu sistēmas, nekā no onkoloģiskām slimībām. Vēža izplatība vērojama arī atšķirības dzimumu grupās. Sievietēm visbiežākais nāves cēlonis ļaundabīgo audzēju grupā ir krūts vēzis, no kura 2023. gadā mira 410 sievietes. Otrajā vietā seko kolorektālāis jeb zarnu vēzis, kas bija 308 sieviešu nāves cēlonis, bet bronhu un plaušu audzēji ierindojās trešajā vietā starp nāvējošākajiem vēža veidiem – no tiem nomira 251 pacients. Savukārt vīriešiem tieši plaušu vēzis ir biežākais nāves cēlonis onkoloģisko slimību grupā – statistikas rādītāji liecina, ka no tā 2023. gadā mira 698 pacienti. Otrajā vietā seko prostatas vēzis ar 407 letāliem slimības gadījumiem, bet trešajā – kolorektālie audzēji ar 315 mirušajiem.

– Agrīna vēža atklāšana dažkārt var nozīmēt milzu atšķirību – dzīvību vai nāvi. Ja plaušu vēzi diagnosticē laikus, kamēr tas vēl ir mazs un lokalizēts, veiksmīgas ārstēšanas iespējas ievērojami palielinās. Bet, ja audzējs tiek atklāts vēlu, kad tas jau ir izaudzis vai izplatījies, ārstēšana bieži ir invazīva un dārgāka. Tajā pašā laikā izdzīvošanas iespējas, kā arī dzīves kvalitāte var ievērojami samazināties. Kā Latvijā sokas ar plaušu vēža agrīnu atklāšanu?

– Lai plaušu vēzi atrastu savlaicīgi, tas ir mērķtiecīgi jāmeklē. Latvijā joprojām nav plaušu vēža skrīninga. Par agrīnu plaušu vēzi tiek uzskatīti pirmās A (IA) līdz trešās A (IIIA) stadijas audzēji, kurus iespējams izoperēt. Pēc statistikas datiem, 2023. gadā pirmās stadijas vēzis konstatēts 79 pacientiem, audzējs otrajā stadijā – 53, bet vēzis III vai IV stadijā atklāts aptuveni 400 cilvēkiem. Šī atšķirība ir dramatiska, jo vairāk nekā pusei pacientu plaušu vēzis jau ir ielaistā stadijā, un šādā situācijā pacientiem vairs nav tik vienkārši palīdzēt. Viņus izārstēt ir faktiski neiespējami, var tikai apārstēt. Šādu statistikas rādītāju iemesli noteikti slēpjas tajā, ka, pirmkārt, nav vajadzīgā skrīninga, otrkārt, arī paši pacienti ir nepietiekami ieinteresēti savā veselībā, jo nevēlas pie ārstiem.

– Pastāstiet vairāk par valdošo uzskatu – smēķēšanu kā plaušu vēža galveno riska faktoru.

– Smēķēšana nenoliedzami ir plaušu vēža primārais riska faktors. Cigarešu dūmi satur daudz



Linda Jurginauska: «Plaušu vēža skrīnings ļauj atklāt slimību agrīnā stadijā. Skrīninga laikā tiek pārbaudīti cilvēki, kuriem vēl nav radušies slimības izraisīti simptomi, piemēram, klepus, asins spļaušana utt.»

kancerogēnu ķīmisko savienojumu un vielu. Plaušu vēža risks palielinās, pieaugot izsmēķēto cigarešu daudzumam dienā un palielinoties smēķēšanas gadu skaitam. Paaugstināts risks pastāv arī pasīvajiem smēķētājiem. Citi plaušu vēža riska faktori ir slimību anamnēze, piemēram, hroniska obstruktīva plaušu slimība (HOPS). Savukārt HOPS pacientiem lielāku plaušu vēža risku rada plaušu emfizēma un aptaukošanās. Pie citiem riska faktoriem jānosauca pārslimota tuberkuloze, onkoloģisko slimību anamnēze, kad pacienta ārstēšanā izmantota staru terapija krūškurvja rajonā. Savu lomu spēlē arī ģenētika jeb ģimenes anamnēzē konstatēts plaušu vēzis. Jāņem vērā, ka aptuveni 60 procentos plaušu vēža gadījumos tiek atklāts gēna TP53 mutācijas. Plaušu vēža attīstību var sekmēt arī atsevišķu citu kancerogēnu ietekme. Ievērojamu risku rada arsēnu saturoša ūdens lietošana uzturā, kas biežāk iespējama cilvēkiem, kuri darbojas dažādās tehniskajās specialitātēs, kā arī lauksaimniecībā un zobārstniecībā. Jau sen zināms par azbesta kaitīgo ietekmi, kas gan biežāk izraisa pleiras audzēju mezoteliomu. Tomēr 3–4 procentiem plaušu audzēju rašanās cēlonis saistīts ar azbesta ietekmi. Starp citām nevēlamām ķīmiskajām vielām var minēt arī atsevišķus hroma, niķeļa, kadmija, berilija, silīcija savienojumus. Ir veikti aprēķini, kuri parāda, ka gadījumā, ja summējas azbesta putekļu klātbūtne un smēķēšana, plaušu vēža risks pieaug pat piecas reizes.

– Kāpēc ir svarīgs plaušu vēža skrīnings?

– Tas ļauj atklāt slimību agrīnā stadijā. Skrīninga laikā tiek pārbaudīti cilvēki, kuriem vēl nav radušies slimības izraisīti simptomi, piemēram, klepus, asins spļaušana utt. Būtu jāpārbauda gan vīrieši, gan sievietes, kas ilgstoši smēķē, piemēram, vairāk par 20 gadiem, un ietilpst vecuma grupā virs 50 gadiem. Jāskrīnē arī tie pacienti, kuri nesmēķē 15 gadus. Skrīnings svarīgs tāpēc, ka pacientam ar laikus diagnosticētu plaušu vēzi agrīnā stadijā, veicot operāciju, ir iespējas izvesēloties un dzīvot ilgāk un labāk, arī veicamās operācijas apjoms ir mazāks. To nodrošina ar VATS – video asistētu torakoskopiju. Pēc manām domām, ilgtermiņā plaušu vēža skrīninga ieviešana valstij būtu izdevīgāka arī finansiālā ziņā, jo IV stadijas audzēja ārstēšana ir ļoti dārga. Piemēram, viena imūnterapijas deva izmaksā apmēram piecus sešus

tūkstošus eiro. Šādas zāles standarta režīmā jāievada pacienta organismā reizi trijās nedēļās, bet pati terapija kopumā ilgst divus gadus. Tik ilgā periodā šādas izmaksas rada ļoti lielas summas. Toties pētījumi, kas tika veikti Amerikā un Eiropā, liecina, ka ar skrīninga metodi var panākt mirstības rādītāju samazināšanos par 20 procentiem. Konkrēti ASV pirmās stadijas lokāla slimība 2004. gadā bija konstatēta tikai 17 procentos no visiem gadījumiem, bet 2018. gadā šis rādītājs jau bija paaugstinājies līdz 28 procentiem, un arī trīs gadu dzīvildze ir pieaugusi. 2022. gada februārī klajā nāca liels Ķīnā veikts pētījums, kura gaitā tika aplūkoti vairāk nekā miljons asimptomātisku pacientu, kas atradās augsta riska grupā. Respektīvi, pētījuma dalībnieku pulkā tika iekļauti indivīdi, kas ilgstoši smēķē un kam varētu būt plaušu vēzis, bet bez simptomiem. Rezultāti bija daudzsoļi – augsta riska grupā mirstība samazinās par 31 procentu. Jāņem vērā, ka 80 procenti smēķējošo pacientu dzīvo zemu vai vidēju ienākumu valstīs.

– Cik droša ir pārbaude?

– Par to nav jābažījās, jo pārbaudē tiek pielietota zemas devas datortomogrāfija (DT), un šī izmeklējuma laikā saņemta starojuma deva ir tikai nedaudz lielāka kā mamogrāfijas skrīningam. Pati procedūra ilgst desmit sekundes, un tai nevajadzētu cilvēkam nākotnē izraisīt plaušu vai citu vēzi. Standarta DT radiācijas deva, bez šaubām, ir lielāka, un tur arī pats izmeklējuma process ir ilgāks. Tādēļ speciālisti ne velti iesaka veikt tieši zemas devas DT. Bet labāk laikus atstāt smēķēšanu vai vispār nesākt smēķēt. Tad nevajadzēs domāt par skrīningu.

– Kas notiek, ja izmeklējuma laikā kaut kas tiek atrasts?

– Ja plaušu audos tiek konstatētas izmaiņas, piemēram, kāds veidojums, tad pacients parasti pa *zaļo koridoru* tiek nosūtīts uz konsultāciju pie torakālā ķirurga vai pie pulmonologa. Tālāk secīgi tiek veikti vairāki izmeklējumi. Atkarībā no atrastā veidojuma izmēriem tiek iedarbināti speciāli izveidoti algoritmi. Zema riska pacientam, piemēram, sievietei, kura nesmēķē, kurai ģimenes anamnēzē nav plaušu vēža un konstatēta veidojuma izmērs ir 6–8 milimetri, tiek ieteikts atkārtot DT izmeklējumu pēc 6–12 mēnešiem.

Savukārt, ja līdzīgs veidojums plaušu audos tiek atrasts pacientam augsta riska grupā, kurš smēķē 30 gadus, pēc sešiem mēnešiem viņam tiek taista atkārtota DT pārbaude. Balstoties uz otrajā izmeklējumā iegūtajiem rezultātiem, tiek izvērtēts, vai veidojums plaušās aug vai neaug. Atkarībā no tā sākas tālāka diagnostika. Lēmumus par turpmāk veicamajiem pasākumiem kopīgi pieņem multidisciplināra ārstu komanda, kurā piedalās onkologs ķīmijterapeits, torakālais ķirurgs, staru terapeits, radiologs, arī patologi un pulmonologi.

– Kāda ir plaušu vēža iespējamā piecu gadu dzīvildze?

– Sāksim ar to, ka plaušu vēzis iedalās divās lielās grupās – sīkšūnu plaušu vēzis un nesīkšūnu plaušu vēzis. Ja konstatēts sīkšūnu plaušu vēzis IV stadijā, tad piecu gadu dzīvildze ir tikai 3 procentiem. Ja sīkšūnu plaušu vēzis ir lokāli izplatīts, tad piecu gadu dzīvildze var būt līdz 30 procentiem. Savukārt nesīkšūnu plaušu vēzim ar attālām metastāzēm piecu gadu dzīvildze varētu būt ap 9 procentiem. Ja audzējs ir lokāls, tikai krūškurvī un limfmezglos, dzīvildzes rādītājs sasniedz 67 procentus. Ja par vēža stadijām sīkāk, – IA stadijā, kas ir pats audzēja veidošanās sākums, sīkšūnu vēzim piecu gadu dzīvildze ir 90 procentu. Savukārt agrīnam sīkšūnu plaušu vēzim IIIA stadijā, izmantojot kombinētas ārstēšanas iespējas, šis rādītājs ir 41 procenti. Ja konstatēts nesīkšūnu plakanšūnu vēzis vai adenokarcinoma, IA stadijā piecu gadu dzīvildze var būt 97 procentiem, bet IIIA stadijā – 65 procentiem. Jo agrāk stadijā vēzis diagnosticēts, jo ilgāk pacients dzīvo.

– Vai mēdz būt ne tikai piecu, bet arī 20–30 gadu dzīvildze?

– Droši vien pasaulē tiek uzskaitīta arī tik liela izdzīvotība. Pie mums parasti tiek mērīta viena un piecu gadu dzīvildze. Ja atklāts plaušu vēzis ar metastāzēm, cilvēki lielākoties 20 gadus nedzīvo. Par vēža pacientiem ar slimību sākotnējās stadijās man grūti teikt, noteikti ir cilvēki, kas nodzīvojuši ne tikai 20 gadus, bet pat krieti ilgāk.

– Ar ko ir jāsāk, ja cilvēks nolēmis pārbaudīt savu plaušu veselību?

– Pacientam ir jāiet pie sava ģimenes ārsta un jāatklāj viņam savas bažas un vēlmes. Varbūt viņam nav sūdzību, cilvēks vienkārši tāpat grib pārbaudīties. Taču iespējams, ka pacientu moka aizdomas, jo māc nogurums, vakaros parādās divains klepus, temperatūra. Iespējami arī citi simptomi, kas liecina, ka varētu būt piezagusies slimība. Dažreiz ģimenes ārsts domā, ka jaunākam cilvēkam, visdrīzāk, nevarētu būt onkoloģiska slimība. Taču tā nav tiesa, jo mums ir ne tikai 40–50 gadus veci un vecāki plaušu vēža pacienti, bet arī tādi, kurus šī slimība piemeklējusi jau 25–30 gadu vecumā. Tādēļ ģimenes ārstiem nebūtu jāignorē pacienta vēlme pārbaudīties, šāda pašiniciatīva ir tikai apsveicama. Savukārt ģimenes ārsts, iepazīnies ar pacienta anamnēzi un noskaidrojot visu nepieciešamo, tostarp, vai viņš smēķē, var nosūtīt cilvēku vismaz uz parasto plaušu rentģenu divās projekcijās. Tas ir pats mazākais, ko ārsts var izdarīt. Protams, ja pacients ir rūdīts smēķētājs, tad dakteris var viņu nosūtīt uz zemas devas DT kā neoficiālu skrīninga pārbaudi. Ja ģimenes ārsts nekādi negrib iesaistīties, viņš var nosūtīt pacientu pie pulmonologa, un tālāk jau speciālists nozīmēs attiecīgos izmeklējumus.

– Ko jūs noslēgumā novēlētu mūsu lasītājam?

– Miļais lasītāj, lūdzu, beidz smēķēt vai arī nesāc to darīt, jo šis netikums rada problēmas ne tikai plaušām! Smēķēšana nodara kaitējumu asinsvadiem, smadzenēm, atmiņai. Tāpēc katram jā rūpējas pašam par sevi, neviens cits tavā vietā to nedarīs. Lai visiem laimīgs Jaunais gads!

Foto: No PSKUS arhīva

OMRON

Brīva elpošana

GOING
FOR **ZERO**

OMRON C-102 Total *Kompresijas miglotājs ar nazālu dušu*



Ierīces dubultā funkcija ļauj efektīvi ārstēt un atvieglot dažādu elpceļu slimību simptomus gada laikā.

Ierīce divi vienā:

- Miglotājs ir paredzēts medikamentu ievadīšanai apakšējos elpceļos. To lieto tādu elpošanas ceļu slimību ārstēšanai kā astma, hronisks bronhīts, bronhiolīts uc.
- Nazāla duša (deguna skalotājas) ir paredzēta rīkles, deguna un mutes dobumu skalošanai, attīra deguna dobumu un mazina tādu slimību simptomus kā saaukstēšanās, alerģiskais rinīts vai sinusīts.



www.HealthProducts.LV

Oficiālais OMRON pārstāvis Latvija: SIA "ELVIM", Rīgā, Kārļa Ulmaņa gatvē 2.

Datortomogrāfija palīdz laikus atklāt plaušu vēzi

ILONA NORIETE

Plaušu vēzis ir izplatīts visā pasaulē un ir viena no bīstamākajām onkoloģiskajām slimībām. Arī Latvijā ar to katru gadu saslimst apmēram tūkstotis cilvēku. Svarīgākais šī audzēja rašanās risks ir smēķēšana, tāpat plaušu vēža attīstību veicina radiācija, pastāvīga kaitīgu ķīmisku vielu iedarbība, kā arī dažādas plaušu slimības un traumas. Ņemot vērā, ka agrīnajās stadijās pacientiem parasti nerodas nekādas sūdzības, plaušu vēzi ir diezgan grūti laikus diagnosticēt. Taču, ja slimību izdodas atklāt sākotnējā attīstības posmā, to var sekmīgi ārstēt.

Vairāk par plaušu vēzi un iespējām to uzveikt – mūsu sarunā ar Paula Stradiņa Kīniskās universitātes slimnīcas Plaušu slimību un torakālās ķirurģijas centra virsārstu, torakālo ķirurgu un bronhologu Artjomu Špaku.

– Par plaušu vēzi tiek runāts ļoti daudz, jo tā ir viena no izplatītākajām onkoloģiskajām slimībām. Vai smēķēšana joprojām ir galvenais šī vēža rašanās iemesls?

– Jā, smēķēšana ir galvenais plaušu vēža risks, taču Latvijā diemžēl nav efektīvas programmas cīņā ar smēķēšanu. Proti, katram pašam jāatrod sevī spēks atnest šo ieradumu, valsts šajā jomā palīdzību vai motivāciju nesniegs.

– Tā kā plaušu vēzis ir pietiekami bieži sastopams un izejas ar augstu pacientu mirstību, vai sabiedrība nesaprot, cik nopietna ir šī problēma?

– Runājot par onkoloģiju kopumā, plaušu vēzis ir gan visai izplatīts, gan arī visnāvējošākais no onkoloģiskajām slimībām. Precīzas statistikas mums nav, jo esošā datu uzskaitē nav korekta. Es domāju, ka Latvija šajā jomā īpaši neatšķiras no kaimiņvalstīm un arī pārējās Eiropas. Pie mums katru gadu vidēji tiek atklāti aptuveni 1000 jaunu saslimšanas gadījumu. Arī piecu gadu dzīvildzes rādītāji plaušu vēzim ir vieni no sliktākajiem starp onkoloģiskajām slimībām. Tiesa, nav īsti pareizi visu likt vienā maisā – krūts, plaušu, prostatas, zarnu un citus vēžus –, jo šīs onkoloģiskās slimības nav salīdzināmas. Ar vienu vēža veidu cilvēks var nodzīvot desmit vai 20 gadus, un tas izpaužas vienkārši kā hroniska slimība. Bet plaušu vēzis parasti ir liktenīga diagnoze, un diezgan daudz cilvēku, kam tā noteikta, jau pirmajā gadā aiziet viņš pasaulē.

– Kādā veidā var mazināt plaušu vēža rašanās risku?

– Pievērsot vairāk uzmanības savai veselībai un periodiski veicot plaušu datortomogrāfijas pārbaudes, var būtiski ierobežot iespējamību nomirt no plaušu vēža ielaistā stadijā. Valsts apmaksātas plaušu vēža skrīninga programmas patlaban Latvijā nav, līdz ar to viss ir pašu rokās. Tāda diemžēl ir realitāte, un tādēļ plaušu vēža pacienti pārsvarā ierodas jau ar ielaistiem audzējiem trešajā vai ceturtajā stadijā, kad parādījušās sūdzības. Simptomātisks plaušu vēzis – tas nozīmē, ka audzējs jau izplatījies pa visu plaušu, krūškurvi vai pat izgājis ārpus plaušām un veido metastāzes mērķa orgānos, kas parasti ir smadzenes, kauli, aknas. Šādā brīdī ir runa par ceturtais stadijas vēža ārstēšanu, kad prognoze ir sliktā.

– Kāpēc citām onkoloģiskajām slimībām ir valsts organizēts skrīnings, bet plaušu vēzim nav?

– Ja cilvēks rūpējas par savu veselību, nedzīvo tikai šodienai, bet domā arī par nākotni, grib dzīvot pēc pieciem, desmit un 20 gadiem, viņš var būt



Foto: No PSKUS arhīva

Artjoms Špaks:
«Ņemot vērā, ka lielākā daļa plaušu vēža pacientu ierodas ar trešās vai ceturtais stadijas audzējiem, pārsvarā tiek izmantota sistēmiska ārstēšana, kas ietekmē visu organismu. Tā ir ķīmijterapija, mērķterapija vai imūnterapija.»

proaktīvs un uzņemties šīs pārbaudes pats. Nav jaunums, ka mūsu medicīnā daudziem mērķiem trūkst finansējuma un arī esošie līdzekļi nereti netiek optimāli izmantoti. Tomēr arī man grūti atbildēt, kāpēc tiek skrīnētas tādas onkoloģiskās slimības, kuras nav tik agresīvas un no kurām varbūtība nomirt ir mazāka, piemēram, prostatas vēzis – ar to var dzīvot. Bet tajā pašā laikā neskrīnē tādus audzējus kā plaušu vēzis, kas nogalina daudzus cilvēkus.

– Kā vajadzētu rīkoties smēķētājiem?

– Pašreizējā situācijā cilvēks var vērsties pie ģimenes ārsta ar lūgumu nosūtīt viņu uz datortomogrāfiju (DT). Tas ir tā dēvētais oportunistiskais skrīnings, kad pacients un ārsts kopā vienojas par to, ka šāda pārbaude būtu vajadzīga, jo pastāv reāls risks. Ja pacients ir motivēts kaut ko darīt savas veselības labā, tad viņu vajadzētu nosūtīt vismaz uz parasto DT. Pēc visām vadlīnijām un skrīninga protokoliem raugoties, pareizākā izvēle būtu specifiskā zemas devas DT. Tomēr situācijā, kad trūkst izvēles iespēju vai arī privāto ārstniecības iestāžu piedāvātais zemas devas DT skrīnings izmaksā ļoti dārgi, ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu cilvēks var aiziet un veikt parasto DT izmeklējumu.

– Cik bieži vajadzētu veikt datortomogrāfiju?

– Es domāju, ka visi ārsti ir ieinteresēti savu pacientu veselībā un labklājībā. Mēs nevēlamies nonākt situācijā, kad pacientam jau ir vēzis ceturtajā stadijā. Ja konkrētais cilvēks ir vecāks par 50–55 gadiem un ar smēķēšanas stāžu virs 20 gadiem, viņam pastāv paaugstināts plaušu vēža risks. Iespējami arī papildu riska faktori, piemēram, sliktā ģimenes anamnēze, agrāk bijušas onkoloģiskas slimības. Man šķiet, ir tīri loģiski, ka ģimenes ārsti nosūta pacientu uz parasto plaušu DT bez kontrastvielas. Savukārt situācijās, kad ģimenes ārstam ir šaubas, viņš var ieteikt cilvēkam konsultāciju pie speciālista, kas vairāk strādā ar plaušu vēža pacientiem. Šajā jautājumā tas būtu pneimologs vai torakālais ķirurgs. Cilvēks var atnākt pie mums uz konsultāciju, izstāstīt situāciju un palūgt padomu, kā rīkoties. Piemēram: es smēķēju, bet nevaru atnest vai pamazām mēģinu atteikties, bet īsti nesanāk, ko iesākt? Vai arī: es apziņos, ka pusmūžu jau tāpat nopīpēju, ko man

darīt tālāk un kā man rūpēties par savu veselību un savām plaušām? Pēc iepazīšanās ar pacienta stāstu speciālists izvērtē situāciju un, ja uzskata, ka tas ir lietderīgi un var būt nepieciešams, izsniedz pacientam nosūtījumu uz DT. Šim nolūkam mēs arī esam izveidojuši speciālu kalkulatoru, kas atrodams vietnē vezarisks.lv. Tas ļauj izvērtēt plaušu vēža attīstības risku kontekstā ar smēķēšanu un arī anamnēzi. Aprēķinu beigās var izskaitļot riska procentu, un, ja iegūtā vērtība pārsniedz vienu procentu, tad pacients ietilpst grupā, kam šāds skrīnings varētu būt lietderīgs. Pēc vezarisks.lv kalkulatora izmantošanas var pierakstīties uz videokonsultāciju par skrīninga iespējām platformā medon.lv.

– Ja ģimenes ārsts nevēlas pacientu sūtīt uz DT, varbūt var noderēt arī rentgena izmeklējums?

– Pieļauju, ka daudzi ģimenes ārsti ir ļoti noslogoti, varbūt tāpēc dažreiz neizrāda iniciatīvu izsniegt pacientiem šādu nosūtījumu. Tā nav tikai onkoloģijas problēma, jo Latvijā kopumā ir daudz cilvēku ar ielaistām slimībām. Cīņa ar tām ģimenes ārstiem prasa vairāk resursu, vairāk laika, un dažreiz ir grūti iedziļināties kādas vienas problēmas risināšanā. Taču, ja mēs neko nedarīsim un paši nemēģināsim aktīvāk risināt šo problēmu, nekā uz priekšu nekustēsies, mēs paliksim pie tiem pašiem sliktajiem vēža saslimstības rādītājiem. Par rentģenu varu teikt, ka nosūtījumam uz to šajā gadījumā nav jēgas. Ja mēs domājam tikai par skrīningu, kad pacientam nav sūdzību un uzdevums ir atrast plaušu vēzi agrīnā stadijā, rentģens nav īstā izmeklēšanas metode. Tā nav pietiekami informatīva. Skrīningam der tikai DT – vai nu zemas devas, vai parastā bez kontrastvielas. Tikai ar šādu metodi var atklāt nelielu audzēju, kuru iespējams radikāli izoperēt. Tā varētu būt plaušu vēža pirmā stadija, kurai prognoze ir daudz labāka nekā trešās vai ceturtais stadijas audzējiem, ar kuriem mēs kā ārsti pārsvarā sastopamies. Vēl ir pacientu kategorija, kas pārbaudes nolūkā nolemj izmantot asins analīzes pieejamus onkoloģisko slimību biomarkieru paneļus. Taču tie nav īpaši informatīvi un pārsvarā tikai ceļ trauksmes līmeni, bet nepalīdz atklāt audzējus agrīnās stadijās.

– Kādi simptomi, sūdzības varētu cilvēkam likt aizdomāties par iespējamu plaušu vēzi?

– Pirmkārt, tas ir klepus, kas ilgst vairāk nekā četras nedēļas. Otrkārt, iespējama asins spļaušana, asins piejaukumi krēpām. Tas gan ir ļoti reti simptomi, ar ko saskaras vien apmēram 15 procenti pacientu. Citi signāli varētu būt apetītes zudums, svara krišanās, arī agrāk nebijušas sāpes. Taču visas šīs pazīmes parasti liecina, ka process jau norit pilnā sparā un audzējs ir izplatījies organismā. Tā lielākoties jau ir organisma reakcija uz audzēju. Pats plaušu vēzis ilgstoši var attīstīties un augt absolūti bez simptomiem, jo plaušas nesāp. Kā skaidroja viens mans kolēģis onkologs, plaušas ir kā spilvens, bet vēža gadījumā tā dziļumā sāk augt bumbulis, kuru nevar sataustīt. Plaušas ir atdalītas no pārējiem orgāniem, kuri ar sāpju sindromu varētu reaģēt uz šī spilvena iekšienē augošo bumbuļi – vēzi. Paies laiciņš, kamēr audzējs sasniegs pietiekami lielus izmērus vai arī sāks ieaugt, piemēram, nervā, kas tūlīt signalizēs ar sāpēm, un pleirā, kas arī ir sāpīga. Tikai tad parādās simptomi.

– Kādas ir terapijas iespējas, ja vēzi noķer savlaicīgi? Vai ir piemēroti līdzekļi arī pēdējās stadijās esoša plaušu vēža ārstēšanai?

– Lai kurā stadijā konkrētajam pacientam vēzis būtu atklāts, vienmēr var cerēt uz labu rezultātu. Cilvēki ir atšķirīgi, un audzēji tāpat. Katrs gadījums ir jāskatās individuāli. Es vēlos uzsvērt, ka nekad nevajag zaudēt cerību uz pozitīvu iznākumu. Noteikti vispirms jāuzsāk ārstēšana un tikai pēc tam jāvērtē rezultāti. Taču vēža pacienti sākumā nereti nespēj pieņemt pašu onkoloģiskās slimības faktu. Tas automātiski noliedz arī to, ka viņiem jāsaņem ārstēšana. Taču šāda noliegšana tikai aizkavē ārstēšanu un apgrūrina to. Ņemot vērā, ka lielākā daļa plaušu vēža pacientu ierodas ar trešās vai ceturtais stadijas audzējiem, pārsvarā tiek izmantota sistēmiska ārstēšana, kas ietekmē visu organismu. Tā ir ķīmijterapija, mērķterapija vai imūnterapija. Tiek lietoti medikamenti, kuri ar asinīm palīdzību nonāk visās ķermeņa daļās un ietekmē onkoloģisko procesu, kas jau izplatījies pa visu organismu.

– Kādos gadījumos pielieto ķirurģisko ārstēšanu?

– Ķirurģija jeb radikāla ārstēšana plaušu vēzim ir izmantojama agrīnās (pirmajā un otrajā) stadijās. Parasti šādus audzējus atklāj nejauši – piemēram, veicot krūškurvja izmeklējumu cita iemesla dēļ. Tās var būt sūdzības vai vienkārši profilaktisks izmeklējums, vai arī pacienta personīgi veikts skrīnings. Ja audzējs vēl ir mazs, tiek izmantota lokālā ārstēšana – ķirurģiskā un staru terapija. Ķirurģiskā ārstēšana ir radikālāka par staru terapiju. Vienmēr, kad vien pastāv iespēja rīkoties radikāli un izņemt plaušas daļu kopā ar audzēju, tā ir pirmā izvēle jeb zelta standarts. Skrīninga mērķis ir atrast cilvēkus, kuriem var piedāvāt operāciju, un uztaisīt šo pacientu grupu lielāku uz otras grupas rēķina, kurā iekļaujas cilvēki ar ielaistiem audzējiem. Tas ir galvenais mērķis, ko mēs ar skrīninga palīdzību gribam sasniegt. Tāpat jāņem vērā konkrēta indivīda vispārējais stāvoklis, jo ir neliela pacientu daļa, kuri blakusslimību dēļ nevar izturēt nevienu no radikālajām ārstēšanas metodēm – ķīmijterapiju, staru terapiju vai ķirurģiju. No sarežģījumiem, kas saistīti ar šo ārstēšanu, šādu cilvēku vispārējais stāvoklis pasliktināsies un viņi var nomirt. Reizēm mums jāpasaka «nē», bet arī tas ir pacienta interesēs. Protams, mēs ar savu ārstēšanu gribam palīdzēt, nevis nogalināt. Šiem pacientiem būs nepieciešama simptomātiska paliatīvā terapija vai komforta terapija, lai vismaz uzlabotu dzīves kvalitāti pēdējos mūža mēnešos. Latvijā paliatīvās aprūpes jomā vērojams progress, jo tā arvien vairāk ir pieejama cilvēkiem. Es par to tikai priecājos.

Bīstams un agresīvs – trīskārši negatīvais krūts vēzis

EVITA HOFMANE

Latvijā krūts vēzis ir visbiežāk sastopamais ļaundabīgais audzējs sievietēm. Risks saslimt ir katrai devītajai. Tomēr, zinātnei arvien attīstoties, tiek piedāvātas aizvien labākas iespējas uzveikt šo slimību.

Par īpaši agresīvo trīskārši negatīvo krūts vēzi, kas biežāk sastopams jaunām sievietēm, tā agrīnu diagnostiku un ārstēšanas iespējām Latvijā runājam ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centra onkoloģi ķīmijterapieti **Zaneti Zvirbuli**.

– Lai mudinātu sievietes veikt profilaktiskās krūts vēža pārbaudes, tiek uzsvērts, ka izveseļošanās prognoze ir atkarīga no stadijas, kurā audzējs ir atklāts. No kā vēl ir atkarīga prognoze?

– Krūts vēzis un tā ārstēšana tiek daudz pētīta. Pēdējos gados ir veikti daudzi jauni zinātniski atklājumi, izstrādāti, pārbaudīti un pacientiem pieejami jauni medikamenti. Tie ir mērķterapijas medikamenti, kas darbojas uz konkrētiem histoloģiskajiem molekulārās struktūras tiem. Katra pacienta prognoze ir atkarīga ne tikai no stadijas, kādā audzējs atklāts, bet arī no histoloģiskā tipa un molekulārās struktūras. Šīs plaša spektra analīzes veic histoloģiskajā laboratorijā. Pazīstamākie rādītāji ir hormonreceptoru (HR) un cilvēka epidermālā augšanas faktora receptora 2 (HER2) klātbūtne, arī PD-L1 receptori, kas nosaka imūnterapijas nepieciešamību. PD-L1 ir olbaltumviela, kas darbojas kā sava veida «bremze», lai kontrolētu ķermeņa imūnās atbildes. Tiek noteiktas arī BRCA (*breast cancer gene*) mutācijas. BRCA gēnu tests ļauj meklēt specifiskas izmaiņas (mutācijas) gēnos, kas palīdz kontrolēt normālu šūnu augšanu un attīstību. Atrodot izmaiņas gēnos BRCA1 vai BRCA2, var noteikt krūts vai olnīcu vēža attīstības risku. Ir daudz faktoru, kas ietekmē pacienta prognozi un ārstēšanas iznākumu. Jo audzēja stadija ir agrīnāka, pacientē ir savlaicīgāk devusies pie ārsta, ir diagnosticēta slimība un uzsākta atbilstoša ārstēšana, jo prognoze ir labāka.

– Kuram krūts vēža tipam ir sliktākā prognoze un kāpēc?

– Vissliktākā prognoze ir trīskārši negatīvajam krūts vēzim. Tas nozīmē, ka pacientei krūts vēža histoloģiskajā materiālā nav atrasti ne hormonu receptori, ne estrogēnu un progesterona receptori, ne HER2 receptori. Prognoze ir sliktāka, jo vēzis ir agresīvāks. Samazinās ārstēšanas iespējas, jo nevaram pielietot ne hormonterapiju, kas ļoti labi strādā hormonu pozitīvām pacientēm, ne antiHER receptoru terapiju.

– Cik bieži ir satopams trīskārši negatīvais krūts vēzis?

– Statistiski trīskārši negatīvais krūts vēzis veido apmēram 10–20 procentus no visiem krūts vēža gadījumiem. Izplatība atšķiras atkarībā no populācijas. Šis vēzis biežāk sastopams jaunām sievietēm. Jaunāku sievietu vidū trīskārši negatīvais krūts vēzis statistiski var sasniegt 25 līdz 30 procentu gadījumus.

– Kāpēc ar trīskārši negatīvo krūts vēzi biežāk saslimst jaunas sievietes? Vai tas ir saistīts ar ģenētiku?

– Jā, tas ir saistīts ar ģenētiskajiem faktoriem, jo bieži vien trīskārši negatīvajiem vēžiem ir



Foto: Shutterstock

Krūti saglabājoša operācija jeb sektorāla ekscīzija tiek veikta pacientēm ar agrīnu, retāk lokāli izplatītu krūts vēzi. Operācijas laikā izņem audzēju, atstājot pārējo krūts dziedzeri.

arī pozitīvas BRCA1 vai BRCA2 gēnu mutācijas vai abas mutācijas, kas palielina sievietes risku saslimt jaunākos gados nevis pusmūžā. Ja sieviete ir šo gēnu mutāciju nēsātāja, viņai trīskārši negatīvais krūts vēzis izpaužas agrāk. Prognoze pasliktinās, jo ir ļoti liela iespēja, ka audzējs būs vienā krūtī, pēc tam otrā, vēlāk arī olnīcās. Visa šī kombinācija – trīskārši negatīvs, BRCA1, BRCA2 mutācijas – ir ļoti nelabvēlīgi faktori gan pašai slimībai, gan ārstēšanas procesam, terapijas efektivitātei, kā arī slimības recidīvam. Tas ir ļoti agresīvs vēzis.

– Ja krūts vēzis ir jaunai sievietei, kura vēl nesaņem uzaicinājumu uz skrīningu, – kā ļaundabīgo audzēju var diagnosticēt agrīni?

– Ja sieviete zina, ka viņai ģimenē ir krūts vēža gadījumi, ir noteiktas gēnu mutācijas, mammai vai vecmāmiņai ir bijis krūts vēzis, ir īpaši uzmanīgi jānovēro savas krūtis. Ja viņa vēl nesaņem uzaicinājumu, lai veiktu skrīninga izmeklējumus, sieviete var veikt pašpārbaudes, konsultēties ar savu ģimenes ārstu, ja ir kādas izmaiņas krūšu formā vai struktūrā. Ja ir izmaiņas, ģimenes ārsts var nosūtīt uz ultraskaņas izmeklējumu. Ja atklāta patoloģija, tiek veikta magnētiskā rezonanse, kas ļoti palīdz agrīnā diagnostikā, kā arī pārējie izmeklējumi. Ja vēzis ir ģimenes anamnēzē, sieviete varbūt jau ir uzmanīga, pievērš īpašu uzmanību savu krūšu veselībai. Ja nav zināms par krūts vēža gadījumiem ģimenē, bet pašpārbaudes laikā krūti tiek konstatētas izmaiņas, tad ir ļoti svarīgi uzreiz reaģēt, ātri vērsties pie ārsta un veikt izmeklējumus. Krūšu pašizmeklēšana reizi mēnesī jāveic visām sievietēm reproduktīvajā vecumā, iztaustot abus krūts dziedzerus.

– Divām pacientēm, kurām ir trīskārši negatīvs krūts vēzis, audzēja augšanas temps katrai var būt atšķirīgs. Kas to ietekmē?

– To, cik ātri noritēs slimības process, ietekmē ģenētika, BRCA1, BRCA2 mutācijas, vēža diferenciācijas pakāpe (termins, kas apraksta, cik lielā mērā audzēja šūnas līdzinās normālajām, veselajām šūnām, no kurām tās cēlušās), audzēja morfoloģiskie (šūnu un kodolu uzbūve, audzēja robežas,

audzēja šūnu dalīšanās spēja, asinsvadu iesaiste audzējā) un molekulārie faktori (ģenētiskās mutācijas, epiģenētiskās izmaiņas utt.). Vēža diferenciācijas pakāpe ir nozīmīgs prognostisks faktors, jo ietekmē audzēja agresivitāti, ārstēšanas iespējas un izdzīvošanas izredzes. Piemēram, G1 audzēja šūna stipri līdzinās normālajām šūnām, parasti aug lēnāk un ir mazāk agresīvs audzējs. Savukārt G4 audzēja šūnas vispār nelīdzinās normālajām šūnām, tas ir ļoti agresīvs un grūtāk ārstējams. Katrs slimības gadījums ir individuāls.

– Kādas ir krūts vēža ārstēšanas iespējas?

– Pēdējo gadu laikā kompensējamo zāļu sarakstā krūts vēža ārstēšanai iekļauta mērķterapija un imūnterapija pacientēm ar krūts vēzi. Paplašinātas terapijas iespējas pēc primārā audzēja izoperēšanas vai apstarošanas pacientēm ar HER2+ (HER2 pozitīvu) krūts vēža tipu, ja pastāv slimības atjaunošanās risks, kā arī, ja iepriekš saņemtā mērķterapija nav bijusi efektīva. Tāpat sarakstā ir iekļauta imūnterapija līdz šim ar terapiju nenosēgta trīskārši negatīva krūts vēža ārstēšanai, un ir nodrošināta jauna terapija hormonpozitīva un no endokrīnās terapijas atkarīga vēža gadījumā.

Ārstēšanas veids ir atkarīgs no slimības stadijas. Ja vēzis ir I stadijā un pēc izmēra mazs, ārstēšana tiks uzsākta ar ķirurģiju vai ķīmijterapiju. Šajā gadījumā tā ir neoadjuvanta (pirmsoperācijas) ķīmijterapija. Neoadjuvanta sistēmiskā terapija tiek veikta ar citotoksiskiem mērķterapijas, retāk ar endokrīnās terapijas, preparātiem pirms potenciālas audzēju likvidējošas operācijas, retāk – staru terapijas. Terapiju nozīmē un uzrauga onkologs ķīmijterapeits. Neoadjuvanta sistēmisko terapiju izvēlas pacientiem ar krūts vēža inflamatoro formu; ja audzēju sākotnēji nevar radikāli (totāli) izoperēt tā lokālas vai reģionālas izplatības dēļ, paciente vēlas krūti saglabājošu operāciju, bet sākotnēji audzēja izmēri tādu operāciju nepieļauj. Neoadjuvantā terapija jāuzsāk 2–4 nedēļas pēc krūts vēža diagnozes apstiprināšanas. Pirms un pēc neoadjuvantās terapijas beigām obligāti veic krūšu izmeklējumus, ar kuru palīdzību

INFORMĀCIJAI

Skrīninga mamogrāfija Latvijā tiek veikta sievietēm no 50 līdz 69 gadiem. Reizi divos gados tiek izsūtīta uzaicinājuma vēstule, aicinot veikt valsts apmaksātu krūts vēža profilaktisko pārbaudi. Vēstule tiek izsūtīta uz sievietes deklarēto dzīvesvietas adresi, tā ir derīga divus gadus līdz nākamās uzaicinājuma vēstules saņemšanas brīdim un kalpo kā ārsta nosūtījums pārbaudes veikšanai. Izmeklējuma slēdzienā speciālists norāda krūšu izmaiņu pakāpi.

Mamogrāfija ir rentģenoloģisks izmeklējums, ko vēlams veikt menstruālā cikla 2. nedēļā. MG ar tomosintēzi ir precīzāka metode, kas krūšu dziedzerus izvērtē vairākās plaknēs. Izmeklējumu veic pacientes skrīninga programmas ietvaros, var nozīmēt ģimenes ārsts vai mamologs.

izvērtēt terapijas efektu un lemt par operācijas apjomu. Pēc tam tiek plānota operācija. Atkarībā no audzēja izplatības iespējami dažādi krūts un reģionālo limfmezglu operāciju veidi. Krūšu operācijas rezultāti ir atkarīgi arī no tādiem faktoriem kā smēķēšana, aptaukošanās, kas var ietekmēt dzīšanas procesu.

Krūti saglabājoša operācija jeb sektorāla ekscīzija tiek veikta pacientēm ar agrīnu, retāk lokāli izplatītu krūts vēzi. Operācijas laikā izņem audzēju, atstājot pārējo krūts dziedzeri.

Mastektomija, jeb visa krūts dziedera noņemšana tiek veikta augsta riska krūts audzēju vai lielu audzēju gadījumā.

Profilaktisku pēcoperācijas adjuvanta sistēmisko terapiju nozīmē, lai samazinātu invazīvā krūts vēža recidīva risku un iznīcinātu ļaundabīgās šūnas, kuras var palikt organismā pēc operācijas. Šo terapiju var nozīmēt pacientēm ar agrīnu (atsevišķos gadījumos arī neinvazīvu) vai lokāli izplatītu krūts vēzi pēc krūts operācijas, kad audzējs ir totāli izoperēts. Par adjuvanta terapiju lemt onkoloģiskajā konsijā pēc veiktas operācijas, kad zināms operācijas materiāla patohistoloģiskais slēdziens. Medikamentos izvēlas atkarībā no krūts vēža tipa (hormonreceptoru statuss, HER2 receptoru ekspresija), pacientes vecuma un vispārējā stāvokļa, audzēja lieluma, diferenciācijas pakāpes u.c.

Adjuvantā citotoksiskā ķīmijterapija tiek nozīmēta, kad operācijas brūces ir sadzijušas. Ķīmijterapijas shēmas ir tādas pašas kā neoadjuvantajā režīmā. Arī terapijas nozīmēšanas un uzraudzības principi ir līdzīgi. Adjuvantā mērķterapija tiek pielietota pacientēm ar HER2 receptoru pozitīvu krūts audzēju, kura lielums ir ≥ 1 cm. HER2 receptoru blokators tiek ievadīts monoterapijā, kopā ar adjuvanta citotoksisko ķīmijterapiju vai pēc tās.

– Vai Latvijā ir pieejami visi nepieciešamie medikamenti trīskārši negatīva krūts vēža ārstēšanai? Vai valsts kompensē šo medikamentu iegādi?

– Agrīnam trīskārši negatīvam krūts vēzim ir pieejama terapija atbilstoši ESMO vadlīnijām, visa terapija tiek kompensēta. Metastātiska trīskārši negatīva krūts vēža terapijai pamatterapija ir pieejama. Nav pieejama 2. līnijas terapija ar diviem medikamentiem.

Raksta tapšanā izmantota Slimību profilakses un kontroles centra un Veselības ministrijas Nacionālā veselības dienesta informācija.

www.spkc.gov.lv

www.vmnvd.lv

Bīstams, bet novēršams – dzemdes kakla vēzis

EVITA HOFMANE

Dzemdes kakla vēzis ir ļaundabīga slimība, kas attīstās šūnās, kuras klāj dzemdes kaklu. Vairāk nekā 99 procentos gadījumu tā izraisītājs ir augsta riska cilvēka papilomas vīruss (CPV). Dzemdes kakla vēzi var novērst, vakcinējoties pret CPV, kā arī ārstējot dzemdes kakla pirmsvēža izmaiņas gļotādā, ko medicīniski dēvē par cervikālu intraepitēliālu neoplāziju jeb CIN, kas ir labdabīgas, vīrusa radītas izmaiņas. Ik gadu Latvijā dzemdes kakla vēzi diagnosticē aptuveni 240 sievietēm, un tā ir viena no biežākajām ļaundabīgajām slimībām sievietēm līdz 45 gadu vecumam. Latvijā katru gadu ar šo slimību mirst ap 100 sievietes.

Par dzemdes kakla vēzi, vakcināciju pret cilvēka papilomas vīrusu, skrīninga nozīmību un slimības ārstēšanu runājam ar ginekoloģi kolposkopijas speciālisti Kristīni Pčolkinu.

– Cik izplatīts ir dzemdes kakla vēzis?

– Dzemdes kakla vēzis diemžēl ir ļoti izplatīts. Saslimstība joprojām ir ļoti, ļoti augsta. Pēc pēdējām Pasaules Veselības organizācijas (PVO) aplēsēm, tie ir ap 17 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju. Pirms dažiem gadiem tie bija 22 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju. Uzlabojums ir maz jūtams gan saslimstības, gan mirstības jomā un, salīdzinot ar citām Eiropas un pasaules valstīm, mūsu sievietes joprojām ir pirmajā trijniekā. Latvijā divreiz biežāk nekā citur Eiropā sievietes saskaras ar dzemdes kakla vēzi un diemžēl arī gandrīz divas reizes biežāk nekā Eiropā mirst šīs slimības dēļ.

– Tagad ir iespējams saņemt vakcīnu pret dzemdes kakla vēzi izraisošajiem cilvēka papilomas vīrusa tiptiem. Vai ir novērojama korelācija starp vakcināciju un saslimstības samazināšanos?

– Pēc vakcinācijas uzsākšanas 2010. gadā joprojām nav jūtama īpaša ietekme uz saslimstības rādītājiem, jo sākotnējais meiteņu vakcinēšanas apjoms bija kritiski zems. Tāpēc rezultātu vēl kādu laiku redzēt nevarēs. Ar šo vakcīnu vecāki savus bērnus dažādu mitisku iemeslu dēļ atsakās vakcinēt. Ja papētām pasaules pieredzi, tad, piemēram, beidzamie dati no Skotijas par 12–15 gadus veco meiteņu grupu, kas saņēma vakcīnu 2006. gadā un kurām tagad jau ir 30–33 gadi, nevienai no šīs grupas nav konstatēts dzemdes kakla vēzis. Vakcīna ir efektīva. To ir pierādījuši arī Austrālija un citas valstis, kur ir augsti vakcinācijas aptveres rādītāji un izteikti zems dzemdes kakla vēža gadījumu skaits.

– Kas palielina sievietes risku saslimt ar dzemdes kakla vēzi?

– Galvenais riska faktors ir ilgstoša augsta riska CPV tipu infekcija. Primāri inficēties var ikviens cilvēks seksuāli aktīvā vecumā. Vidēji 40 procenti sieviešu inficējas pirmā dzimumakta laikā. Puse no viņām – ar augsta riska CPV tiptiem. Ļoti, ļoti retos gadījumos inficēšanās var notikt arī sadzīviska kontakta ceļā vai medicīnisku manipulāciju rezultātā. Risks inficēties pastāv visas dzīves laikā. Pēc pēdējiem datiem, vairāk nekā 85 procenti sieviešu un vairāk nekā 90 procenti vīriešu dzīves laikā kaut reizi inficējas ar augsta riska CPV. Lielākajai daļai (90 %) vīruss spontāni izzūd divu gadu laikā un neizraisa nekādas nopietnas sekas, bet problēma ir arī papildu riska faktori, piemēram,

smēķēšana, kas ir visbiežākais riska faktors, lai vīrusu infekcija neizzustu, bet saglabātos ilgstoši un radītu izmaiņas dzemdes kakla šūnās, un tas ir zinātniski pierādīts. Ir arī citi riska faktori, piemēram, HIV (cilvēka imūndeficīta vīruss) infekcija vai cita imunitāti nomācoša slimība. Šīs sievietes ir augstākā riska grupā, lai infekcija ilgstoši ietekmētu šūnas un izraisītu to izmaiņas.

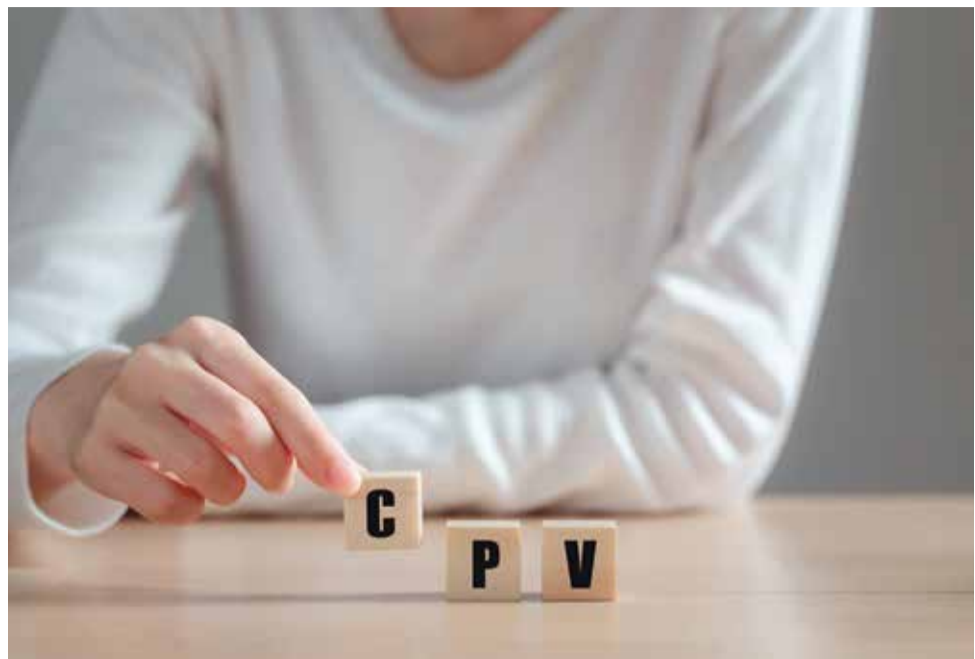
– Ko var darīt pati sieviete, lai sevi pasargātu no šīs ļaundabīgās slimības?

– Vakcinēties, nesmēķēt un atsaukties dzemdes kakla vēža skrīninga uzaicinājumiem. Vēlos uzsvērt, ka būtiski ir vakcinēt 12–15 gadus vecus jauniešus. Vakcīna ir rūpīgi pārbaudīta un tiek aktīvi izmantota visā pasaulē jau 18 gadus. Ir pieejami pārliecinoši drošības dati. Vakcīna neietekmē auglību, kopējo veselības stāvokli, un alerģijas gadījumu skaits konkrētajai vakcīnai ir daudz, daudz zemāks nekā citām vakcīnām. Jau nīet, saņemot vakcīnu rekomendētajā 12–15 gadu vecumā, tās efektivitāte var būt pat 98 procenti – tāpat gandrīz simtprocentīga drošība, ka dzīves laikā neattīstīsies vīrusa izraisīta ļaundabīga slimība. Es nerunāju tikai par dzemdes kakla vēzi, bet vīrusa ietekmē var būt arī maksts, vulvas, anālā apvidus, mutes/riekles dobuma un dzimumlocekļa vēzis. Tāpat tā ir vakcīna pret vīrusu, kas var izraisīt ne tikai dzemdes kakla vēzi.

Ļoti svarīgi ir nebaidīties doties pie ginekologa, ģimenes ārsta vai vecmātes un veikt dzemdes kakla vēža skrīninga pārbaudi. Lielākoties gadījumos, kad ir vēlini konstatēts dzemdes kakla vēzis, sieviete ir ignorējusi skrīninga uzaicinājuma vēstules un nav apmeklējusi ginekologu, lai veiktu pārbaudi. Ja ir iestājusies menopauze, tad tas nenozīmē, ka nav jāapmeklē ginekologs un nav jāveic skrīninga pārbaudes. Nav jābaidās, ja pārbaudes laikā tiek konstatētas izmaiņas un pēc tam saņemts norīkojums uz tālākiem izmeklējumiem. Jo ātrāk tiek atklāta problēma, jo mazāk ir vajadzīga aktīva iesaiste. Ja ir nepieciešama priekšvēža (labdabīgu) izmaiņu ārstēšana, tad tā ir vienkārša, ātra un nesāpīga. Ārstēšana lielākoties ir dzemdes kakla ekscīzija (bojāto audu izgriešana), kas visbiežāk tiek veikta vienas konsultācijas laikā lokālajā jeb vietējā anestēzijā. Tā nav sāpīga. Cilvēki bieži atzīstas, ka baidās no tā, ko varētu atklāt, bet vairāk būtu jābaidās no vēlīnas slimības stadijas, kas ir radusies, laikus neveicot vajadzīgās pārbaudes. Jo ātrāk problēma tiks atklāta, jo vienkāršāk ar to var tikt galā.

– Vai sievietēm, kuras nav profilaktiski vakcinētas pret dzemdes kakla vēzi izraisošajiem cilvēka papilomas vīrusa tiptiem ar valsts apmaksātu vakcīnu, vajadzētu vakcinēties par savu naudu?

– Sievietēm un vīriešiem, kuriem šobrīd ir 18 un vairāk gadu, vakcinācija ir pašu izvēle un par maksu. Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas un Latvijas Kolposkopijas biedrības pārstāvji kopā ar citām speciālistu organizācijām atkārtoti lūdz LR Veselības ministrijai, Nacionālajam Veselības dienestam rast iespēju paplašināt valsts apmaksātās vakcinācijas vecuma grupas. Daudzviet Eiropā un citur pasaulē pamata vakcinācijas grupa ir paplašināta līdz 26 gadu vecumam, kā arī valsts apmaksātajā vakcinācijas kalendārā iekļautas citas riska grupas, kam vakcinācija pret CPV ir ļoti nepieciešama, piemēram, sievietes, kurām ir dzemdes kakla vidējās vai smagas pakāpes pirmsvēža saslimšana un plānota ārstēšana, HIV slimniekiem līdz 45 gadu vecumam un sievietēm ar citām imunitāti



Galvenais riska faktors saslimšanai ar dzemdes kakla vēzi ir ilgstoša augsta riska CPV tipu infekcija. Primāri inficēties var ikviens cilvēks seksuāli aktīvā vecumā.

nomācošām slimībām. Latvijā joprojām nav tādas valsts apmaksātas iespējas, bet ļoti ceru, ka tiks pildīts solījums un šo papildu grupu vakcinācija tiks uzsākta pavisam drīz.

– No 2022. gada ir notikušas izmaiņas dzemdes kakla vēža skrīninga testā. Kāds bija iemesls?

– Līdz 2021. gadam skrīninga pamata metode bija citoloģiskā testēšana. Tā ir specifiska šūnu analīze, lai atklātu šūnas, kurās varētu būt pirmsvēža izmaiņas. Šī testēšanas metode bija vēsturiski saglabājusies, tomēr tā nav tik precīza kā riska grupas noteikšana, sākotnēji nosakot vīrusa klātbūtni. Kopumā skrīninga mērķis ir atrast riska grupas cilvēkus vai agrīnas stadijas vēzi. Testējot visu populāciju, mēs ātrāk atklājam riska grupu, ja primāri veicam CPV testu, meklējot tikai konkrētus augsta riska vīrusa tipus. Ja tiek atklāts kāds no vīrusa tiptiem, tad laboratorijā automātiski tiek veikta citoloģiskā (šūnu) analīze un precīzāk noteikts, vai dzemdes kakla šūnās ir sākusies vīrusa radītās izmaiņas. Ja tādas ir atrastas, tad nākamais solis ir kolposkopijas izmeklējums.

– Kāda loma dzemdes kakla pirmsvēža izmaiņu un vēža diagnosticēšanā ir kolposkopijai?

– Skrīnings ir pirmais solis. Ja tajā ir konstatētas izmaiņas, tad nākamais ir kolposkopija. Kolposkopija nav skrīninga metode, un tā nav jāveic visām sievietēm. To izmanto tikai riska grupai, lai noteiktu izmaiņu pakāpi un lemtu par tālāko taktiku – vai sieviete tiek novērota, pēc laika veicot atkārtotus kolposkopijas izmeklējumus, vai arī tiek nozīmēta ārstēšana.

– Ko sievietei var darīt, lai pirmsvēža izmaiņas neatstītos un viņa nesaslimtu ar vēzi?

– Svarīgi zināt, ka sākotnēji visas izmaiņas ir labdabīgas. Ja ir konstatēta vīrusu infekcija, tas nenozīmē, ka uzreiz būs vēzis. Kā jau teicu, 90 procentos gadījumu vīruss spontāni izzūd divu gadu laikā.

Ir trīs dažādas pirmsvēža pakāpes. Pirmā ir vieglas pakāpes neoplāzija jeb CIN 1, kad visbiežāk aktīva ārstēšana nav nepieciešama, bet ir jāturpina novērošana pie ginekologa/kolposkopijas speciālista, jo vairāk nekā 70 procentos CIN 1 gadījumu vīruss izzūd divu gadu laikā. Vairumam sieviešu šādā gadījumā speciālists ieteiks atkārtoti veikt kolposkopiju pēc sešiem vai 12 mēnešiem.

Otrā pakāpe ir vidēja neoplāzija jeb CIN 2, kas ir jau priekšvēža stāvoklis, bet arī ne vienmēr ir jāārstē, jo gados jaunām sievietēm var spontāni izzust, līdzīgi kā CIN 1. Visbiežāk tiek ārstētas visas sievietes ar CIN 2 pēc 35 gadu vecuma.

Trešā ir smagas pakāpes displāzija jeb CIN 3, kas tiek ārstēta visos gadījumos, jo pastāv augsts risks, ka saslimšana progresēs un attīstīsies dzemdes

kakla vēzi. CIN 2/3 gadījumā tiek veikta dzemdes kakla elektroekscīzija, kas ir vienkārša operācija, bet līdz 95 procentiem gadījumu atbrīvo no saslimšanas. Jebkura sieviete, kurai konstatētas pirmsvēža izmaiņas, ir augstākā riska grupā, un jaunas CPV infekcijas gadījumā pastāv risks saslimšanai attīstīties atkārtoti. Šīm sievietēm ir rekomendēts saņemt vakcīnu pret CPV. Sievietēm ar CIN izmaiņām tiek stingri rekomendēts novērst citus riska faktorus, piemēram, atstāt smēķēšanu, jo tas uzlabo situāciju.

– Dzemdes kakla vēzis (pirmsvēža izmaiņas) tiek konstatēts arī jaunām sievietēm. Vai tā ārstēšana ietekmē sievietes auglību?

– Ja sievietei līdz 35 gadiem ir vidēji smagas pakāpes pirmsvēža izmaiņas dzemdes kaklā un viņa plāno grūtniecību, tad ir iespējama novērošana un tālāka grūtniecības plānošana. Smagas pakāpes šūnu izmaiņas rekomendē ārstēt jebkura vecuma sievietei, jo tas ir priekšlaicīgu dzemdību un sliktā grūtniecības iznākuma risks. Pēc vienas dzemdes kakla elektroekscīzijas nedaudz pieaug priekšlaicīgu dzemdību risks, sākot no 34. grūtniecības nedēļas. Populācijā vidēji šis risks ir ap 5 procentiem. Savukārt dzemdes kakla operācijas risku palielinās līdz 8 procentiem. Pieaugums nav tik būtisks, bet operācija ievērojami samazina slimības progresijas risku. Vidēji smagas pakāpes izmaiņas arī pasaulē mūsdienās reti kad aktīvi ārstē gados jaunām sievietēm, kuras plāno grūtniecību, bet turpina rūpīgu novērošanu, veicot nepieciešamos izmeklējumus ik pēc 6–12 mēnešiem.

CPV nav pierādīts kā sievietes auglību ietekmējošs faktors, bet ir pierādīts, ka CPV ir viens no neauglības iemesliem vīriešiem. CPV pasliktina spermas kvalitāti, kā rezultātā ir apgrūtināta vai neiespējama grūtniecības iestāšanās. Pašlaik aktīvi tiek pētīta CPV ietekme uz grūtniecību un tās iznākumu. Ir dati par to, ka CPV var būt spontāna aborta, sliktā grūtniecības iznākuma iemesls. Tāpēc būtiska ir profilaktiska vakcinācija, kas var novērst vai būtiski mazināt risku inficēties ar augsta riska CPV.

– Vai bieži dzemdes kakla vēzi atklāj jau vēlinā stadijā?

– Diemžēl mums nav precīzu statistikas datu par to, cik pēdējo gadu laikā Latvijā ir bijis dzemdes kakla vēža gadījumu. Datu apkopojums kavējas jau vairākus gadus. Bet pēc 2017. gada datiem un Latvijas Onkoloģijas centra datiem, aptuveni 60 procenti gadījumu tiek atklāti vēlinā stadijā. Dzemdes kakla vēža gadījumā vēlina stadija ir jau otrā stadija.

Rakstā izmantoti Slimību profilakses un kontroles centra dati

AteroLip®

VAI *HOLESTERĪNS* MŪSU ORGANISMAM IR NEPIECIEŠAMS?

Holesterīns mūsu organismam ir vajadzīgs tikai nedaudz, ja tā ir par daudz, tas kļūst kaitīgs. Labā ziņa ir tā, ka holesterīna līmeni var noteikt, veicot asinsanalīzes. Ja tā līmenis asinīs ir virs normas, tad pareizi rīkojoties, tā līmeni var samazināt, veicinot sirds un asinsvadu veselību.

TRĪS ZELTA PADOMI

1

ZINI SAVUS
HOLESTERĪNA
SKAITĻUS

2

IEVĒRO VESELĪGU UN
SABALANSĒTU UZTURU UN
FIZISKĀS AKTIVITĀTES

3

JA TAS IR PAAUGSTINĀTS,
KONSULTĒJIES AR ĀRSTU UN RĪKOJIES,
LAI TO SAMAZINĀTU



NEĻAUJ SAVAM HOLESTERĪNAM KĀPT

IZVĒLIES LĪDERI - **ATEROLIP® COMPLEX CAPS**

Sastāvā no sarkanā rauga risiem iegūts monakolīns K, kā arī holīns, kas palīdz nodrošināt **normālu lipīdu vielmaiņu** un kurkumas ekstrakts, kas palīdz uzturēt **normālu holesterīna līmeni asinīs**.

1 mēneša
kursam

3 mēnešu
kursam



RAŽOTS SASKANĀ AR
GMP UN ISO 22000
KVALITĀTES STANDARTIEM



ĒRTI LIETOT –
1 KAPSULA DIENĀ



PIEEJAMS ĒRTĀ 90 KAPSULU
IEPAKOJUMĀ, KAS PAREDZĒTS
3 MĒNEŠU KURSAM

Uzzināt vairāk



 lotos pharma

LATVIJAS FARMĀCIJAS UZŅĒMUMS | www.lotos-pharma.com

UZTURA BAGĀTINĀTĀJS. UZTURA BAGĀTINĀTĀJS NEAIZSTĀJ PILNVĒRTĪGU UN SABALANSĒTU UZTURU

GOOD SLEEP SPRAY



KĀ NEGULĒTA NAKTS VAR IETEKMĒT TAVU VESELĪBU?

Pat viena bezmiega nakts atstāj jūtamas sekas uz organismu. Nākamajā dienā vērojams **nogurums, samazinās uzmanība un produktivitāte**, pieaug traumu risks. Divi no biežākajiem bezmiega iemesliem ir dienā radītais stress un melatonīna trūkums.

4 IETEIKUMI LABĀKAM MIEGAM



Ievēro konstantu gulēšanas režīmu



Padari savu istabu pēc iespējas tumšāku



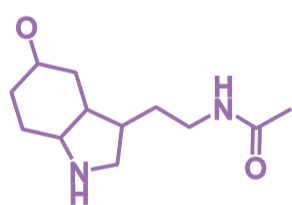
Neizmanto viedierīces 2 stundas pirms gulēšanas



Lieto **Good Sleep Spray** 20 min pirms gulētiešanas

MIEGS, KĀDS TEV VAJADZĪGS!

Inovatīvs izsmidzināms miega līdzeklis



1.95 mg
melatonīna



20 mg pasifloras
lakstu ekstrakta

1 devā



210 devas, sprejs

Sastāvā esošais melatonīns palīdz samazināt iemigšanai nepieciešamo laiku un atvieglot ar diennakts ritma izjaukšanu saistītās sajūtas. Pasifloras ekstrakts darbojas nomierinoši.



Ražots saskaņā ar GMP un ISO 22000 kvalitātes standartiem



Viens pūtiens zem mēles 20 min pirms gulētiešanas



Viens iepakojums pietiek 7 mēnešiem

Uzzināt vairāk

