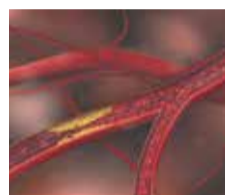


Ģimenes ārstu avīze



KAS JĀSAPROT PACIENTIEM

Ģimenes ārsts skaidro, kāpēc veselīgs uzturs ir svarīgs, bet īpaši neietekmē zema blīvuma holesterīna līmeni.

6.-7. lpp.



MALNUTRĪCIJAS PROBLĒMA

Kāpēc vecākiem cilvēkiem ir ļoti svarīgi ar katru kumosu uzņemt kvalitatīvu un organisma prasībām atbilstošu uzturu.

10.-11. lpp.

Sazvanīsimies?

Daudzi pacienti klātienēs vizītes vēlas aizstāt ar telefona zvanu savam ģimenes ārstam.



Foto: Shutterstock

PRETSĀPJU ZĀLES

Ko būtiski ievērot lietošanā.

4. lpp.

JAUNAS IESPĒJAS

Labāk sevi no insulta pasargāt.

14. lpp.

SMAGAS SEKAS

OMA var sabojāt ne tikai omu.

24.-25. lpp.

GREMOŠANAS TRAUCĒJUMI

Kā uzlabot zarnu trakta veselību.

28. lpp.



Ģimenes ārsts – mūsu veselības sistēmas stūrakmens

ILONA NORIETE

Latvijā ģimenes ārsta galvenais pienākums ir nodrošināt primāro veselības aprūpi. Taču tā ir tikai aisberga redzamā daļa, jo uz ģimenes ārsta pleciem gulstas arī daudz citu papildu darbu. Viņam ne tikai jāapkalpo savi pacienti, jāiedziļinās katra personīgajās problēmās un jāatrod sapratne ar cilvēkiem, kuri ieradusies pēc palīdzības, bet arī jāsadarbības ar citiem medicīnas jomas speciālistiem un valsts veselības pārvaldi. Tāpat jāveic arī birokrātiskas dabas pienākumi, kuri nevienam reālu labumu neenes, – ne pacientiem, ne ārstiem.

Tā kā pacientu problēmu klāsts ir ļoti daudzveidīgs, ģimenes ārstam jābūt plašām, teju vai enciklopēdiskām zināšanām par visiem jaunumiem medicīnā un jāpārzina ne viena vien specialitāte. Lai panāktu labu komunikāciju ar pacientiem, ģimenes ārstam jābūt apveltītam arī ar emocionālo noturību un psihologa iemaņām. Rezultātā ģimenes ārsta ikdiena mēdz būt ļoti piesātināta un noslogota, un brīvā laika paliek pavisam maz. Vairāk par ģimenes ārstu ikdienu, problēmām un to risinājumiem mūsu sarunā ar ģimenes ārsti, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas vadītāju Līgu Kozlovsku.

– Kā šobrīd klājas ģimenes ārstiem?

– Darba ir pārpārēm, neraugoties uz to, ka ārā valda vasara. Īstenībā tieši šajā gadalaikā jāstrādā īpaši daudz, jo mums ir sava specifika. Proti, šajā laikā mēs bieži aizvietojam savus kolēģus. Īstenībā arī tam, kurš paņēmis neilgu atvaļinājumu, pacienti vienlaigā zvana. Tāpēc arī šajā laikā ārstam jānodod padomi, jākonsultē, ko un kā pacientam labāk darīt, kā ārstēties, jāinformē par skrīningiem. Ir vēl viens liels papildu slogs, par ko es runāšu arī Saeimā. Proti, saņemam ļoti daudz zvanu no kolēģiem, ka joprojām jāizsniedz izziņas par bērnu un jauniešu veselības stāvokli, piemēram, stājoties mācību iestādēs. Es saprotu, ka ģimenes ārsts dod bērnam, jauniešiem nosūtījumu pie speciālista, lai sakarā ar konkrētu veselības problēmu saņemtu atbrīvojumu no eksāmeniem. Tas būtu skaidrs, bet kādēļ, stājoties mācību iestādē, nepieciešams sniegt izziņu par veselības stāvokli? Šāda prasība ir visai divaina, taču izziņas jau gadu gadiem tiek rakstītas. Saprotiet, tas ģimenes ārstam ir šausmīgs, nepamatots birokrātiskais slogs. Kādēļ, bērnam vai jauniešiem pārejot uz citu skolu vai



Līga Kozlovskā:
«Lauku ģimenes ārstu asociācija jau daudzus gadus cīnās par veselības mācības atgriešanu mācību programmās. Ārkārtīgi būtiski, lai profesionāli jauniešus iepazīstinātu ar visām svarīgākajām medicīnas atziņām. Starp tām noteikti būtu stāsts par pareizu dzīvesveidu, kustību nozīmi, tāpat arī veselīgu miegu, atpūtu un diētu.»

Foto: Matīss Markovskis

stājoties augstskolā, ģimenes ārstam būtu jāraksta – atļauts mācīties šajā mācību iestādē? Es tam neredzu jēgu, tikai lieku apgrūtinājumu.

– Kāds kopumā ir mūsdienu jaunatnes veselības stāvoklis? Vai daudziem ir liekais svars, varbūt jau nopietnas veselības problēmas?

– Jauniešu veselības stāvoklis ir slikts. Varbūt tas skan skarbi, bet mums ir pieejami gan valsts līmeņa, gan universitāšu pētījumi par lieko svaru jauniešiem. Šī mūsu laikmeta problēma turpinājumā var novest pie dažādām problēmām. Viena no tām ir depresija, jo bērns bieži nejūtas labi tādēļ, ka ir apaļāks nekā pārējie. Tāpat liekais svars nereti provocē dažādas vielmaiņas slimības. Daļai jauno pacientu rodas problēmas ar vairogdziedzera, citiem aktualizējas diabēta risks. Apaļīgam bērnam bieži mēdz būt problēmas ar sirdi un līdz ar to arī asinsspiedienu.

– Vai depresija apdraud tikai bērnus ar lieko svaru?

– Noteikti nē. Tā ir novērojama gan apaļiem bērniem, gan arī ļoti astēniskiem, proti, tiem, kuri nepietiekami ēd. Nereti meitenes mēģina ievērot superdiētas un teju neko neēd. No hormoniem atkarīgie dziedzeri, piemēram, olnīcas vairs nespēj normāli funkcionēt, jo ķermeņa svars nav vecumam atbilstošs. Mēnešreizes pazūd vai kļūst vājas, neregulāras. Šie traucējumi jaunai meitenei nākotnē var radīt ļoti smagas sekas, tostarp neauglību.

– Kā panākt, lai jaunieši ieklausītos mediķu teiktajā?

– Lauku ģimenes ārstu asociācija jau daudzus gadus cīnās par veselības mācības atgriešanu mācību programmās. Ārkārtīgi būtiski, lai profesionāli jauniešus iepazīstinātu ar visām svarīgākajām medicīnas atziņām. Starp tām noteikti būtu stāsts par pareizu dzīvesveidu, kustību nozīmi, tāpat arī veselīgu miegu, atpūtu un diētu. Atrās ēdināšanas produkti, kas ar smaržām un garšām bērniem un jauniešiem ir ļoti pievilcīgi, galu galā noved pie ļoti sliktā rezultāta.

– Ņemot vērā lielo noslodzi, – vai ģimenes ārsti paši spēj ievērot veselīgu dzīvesveida pamatprincipus? Varbūt viņiem neatliek pietiekami daudz laika atpūtai un kādā brīdī var draudēt izdegšana?

– Man gribētos atgādināt veco teicienu par kurpnieku bez kurpēm. To pašu var teikt arī par ģimenes ārstiem – kuram gan ir ideāla veselība? Lai gan viņi zina visus priekšnoteikumus, kā būtu jādzīvo un jārūpējas par savu veselību, diemžēl ļoti maz ģimenes ārstu spēj ievērot visus veselīgā dzīvesveida principus, neizdegt. Absolūtais vairākums, vismaz 90 procentu, kaut vēlētos sacīt, ka visi 99 procenti ģimenes ārstu ir izdeguši, jo darāmā ir ļoti daudz. Uz pacientu zvaniem ir jāatbild arī brīvdienās. Ja redzu, ka man zvina kāds ļoti smags, paliatīvs pacients, es noteikti paceļ klausuli. To pašu varu teikt arī par gadījumiem ar bērnu veselības problēmām. Kā to nedarīsi? Tas viss notiek uz savas veselības rēķina. Viena lieta ir kustības, pareizs ēšanas režīms. Bet mums ir ļoti daudz jāstrādā pie datora, ņemoties ar dažādiem, tostarp birokrātiskiem, dokumentiem, mēs ilgi un varbūt arī nepareizi sēžam, jo ne vienmēr tiek izmantots ergonomiskais krēsls. Arī psiholoģiskā spriedze ir ļoti liela. Taču empātija sadedzina arī pašu.

– Vai ģimenes ārstiem bieži nākas saņemt pārmetumus no pacientiem par to, ka pietiekami nepalīdzat vai esat izrakstījuši nepareizas zāles?

– Ar šādiem jautājumiem man ir gana liela pieredze. Es gan pārmetumus nesaņemmu, jo mēs vienmēr sarunājam, ka ikvienam pacientam ir savas īpašas zāles, kas ir piemērotas tieši viņam. Ja kādas neder, tad mēs tās mainām, kamēr atrodam īstos medikamentus, kuri sniedz vajadzīgo efektu.

– Vai pacienti mēdz būt neapmierināti, ka viņus nenozīmē uz valsts apmaksātiem izmeklējumiem vai arī pārāk ilgi jāgaida rindā?

– Patlaban noteikti nevaru teikt, ka es kādu pacientu vajadzības gadījumā kaut kur nenosūtītu. Tas vienmēr tiek darīts. Bet rindas ir milzīgas, un es tur neko nevaru darīt, jo tās veido valsts. Ļoti bieži pacienti jāgaida pat uz privāto vizīti par maksu pie citiem speciālistiem.

– Jūsu pacienti lielākoties ir tolerantā? Varbūt gadās arī kritizētāji, kas mēdz par kaut ko paņurdēt?

– Pacienti izsaka neapmierinātību par to, ka viņiem jāgaida ļoti garās rindās pie viena vai otra daktera, it sevišķi, ja mēs runājam par

valsts apmaksātajiem pakalpojumiem. Skaidrs, ka viņi ir neapmierināti, bet es tur neko nevaru darīt. Tikko bija gadījums, kad pacientei, paliatīvai 1. grupas invalidei, ļoti strauji pasliktinājās redze, bija sāpes acīs. Taču valsts apmaksāts okulists nav pieejams daudzu mēnešu garumā. Šai pacientei jau ir noteikta pamatslimība, glaukoma, un viņai vajadzīga akūta palīdzība. Tādos gadījumos man kā ģimenes ārstam ir jāsaka: vediet pacientu uz *Galvezera* vai *Stradiņu* uzņemšanas nodaļu, būs jāpagaida, bet es zinu, ka jūs tur pieņems un novērtēs. Es to nesaku bieži, bet tikai ļoti akūtos gadījumos, kad nepieciešama tūlītēja rīcība.

– Tas varētu būt sava veida «zaļais koridors» arī citu slimību gadījumos.

– Jā, lai gan īstenībā tas nav labs risinājums. Likt akūtam pacientam gaidīt pusdienu vai pat vairāk universitātes slimnīcās, kad viņam vajadzīga tūlītēja palīdzība, nav īsti humāna attieksme. Taču patlaban šādos gadījumos tas ir vienīgais iespējamais ceļš.

Runājot par «zaļo koridoru», ko jūs pieminējāt, – šī sistēma darbojas krietni labāk. Varu teikt, ka gandrīz 99 procentos Latvijas teritorijā šis mehānisms strādā. Ja ir aizdomas par onkoloģisku slimību, es rīkojos sekojoši. Lai lieki nenoslogotu Latvijas Onkoloģijas centru, izmantoju iespējas, ko ar «zaļo koridoru» palīdzību varu jau izdarīt savā pusē. Pēc tam jau ar pamatotu diagnozi sūtu pacientu tālāk uz Latvijas Onkoloģijas centru, *Stradiņiem* vai Daugavpils reģionālo slimnīcu – atkarībā no tā, kur pacients dzīvo un kurp viņam vieglāk nokļūt.

– Daudz runāts un šķēpu laužts par ģimenes ārstu finansējumu, atalgojumu. Kā atrisināt šīs jautājums, un kāda ir situācija līdzekļu piešķiršanas jomā?

– Ģimenes ārstu atalgojums ir saistīts ar visas Latvijas mediķu finansējumu. Tas tika palielināts visiem vienādi, ārstiem papildu līdzekļi tika piešķirti no šā gada janvāra. Kāpums bija apmēram 10 procentu, bet ārsta palīgam – ap 6 procentiem. Taču arī pašreizējais atalgojums nav konkurētspējīgs, ja mēs salīdzinām kaut vai tikai Baltijas valstis. Latvijā par slodzi ārstam tiek maksāti 2200 eiro. Lietuvā jau rezidentam pieņāks 5000 eiro. Jāatzīst gan, ka arī kaimiņvalstī ar visu salīdzinot lielo algu jauno ārstu vienlaigā trūkst, it sevišķi laukos. Šogad sakarā ar izmaksu sadārdzinājumu tika paaugstināts finansējums līdz 1000 eiro mēnesī prakšu uzturēšanai. Tāpat ģimenes ārstu praksēm piešķirti līdzekļi aizvietošanai vienas algas apmērā. No 1. jūlija beidzot ir piešķirts arī valsts finansējums trešā palīga apmaksai, par ko mēs ļoti cīnījāmies. Tā gan sanāca mazāka, nekā bija domāts, jo trešajam palīgam nav medicīniskās izglītības. Līdz ar to viņš saņem tikai 1100 eiro pirms nodokļu nomaksas. Taču arī tā ir palīdzība, sevišķi profilakses darbā, pacientu uzaicināšanā uz skrīningu. Tas ir viens mazs solītis uz priekšu.

Nākamā gada finansējuma ietvarā ir ļoti svarīgi cīnīties par lauku reģionu atbalsta piemaksu no universitāšu slimnīcām, ja attālums no Rīgas pārsniedz 100 kilometru. Tas ir ļoti svarīgs faktors, jo tālākās vietās ģimenes ārstu vienmēr pietrūkst, sevišķi Kurzemē. Tas ir mūsu šīgada veicamais darbs un nākamā gada budžeta jautājums, par ko mēs Lauku ģimenes ārstu asociācijā patlaban stingri iestājamies un cīnāmies.

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.

Ģimenes ārstu avīzes izdošanu atbalsta:



Rindā pie ģimenes ārsta

ILONA NORIETE

Katram no mums ir savs ģimenes ārsts. Viens jūtas tik labi, ka ceļu pie daktera mēro tikai paretam vai vispār ir par viņu aizmirsis. Cits dodas uz konsultāciju, tikai nepieciešamības spiests, vēl kāds gadījumā, ja vajadzīgs norikojums, jāiziet profilaktiskās apskates vai radušās negaidītas veselības problēmas. Taču ir arī cilvēki, kuriem slimību «bukete» izaugusi tik liela un raiba, ka mūsu tuvākais ārsts teju vai kļuvis par ģimenes locekli.

Lelde Zviedrite par ģimenes ārsti strādā jau 20 gadus. Viņas prakse atrodas Ventspilī. Šajā laikā daudz kas redzēts, satikti visdažādākie pacienti un uzkrāta ievērojama pieredze. Vēloties noskaidrot, kā patlaban klājas ģimenes ārstiem, aicinājām dakteri uz sarunu.

– Kā šobrīd klājas jūsu ģimenes ārsta praksei? Vai vismaz vasarā ir sanācis atpūsties?

– Atvaļinājumu mēs parasti varam paņemt uz trim līdz piecām dienām. Tas uzreiz rada papildu slodzi māsām. Viņas var atrisināt ikdienišķus gadījumus, bet ģimenes ārsta prakse vienmēr atgādās kāda «ārkārtas situācija», kuras atrisināšanā nepieciešams ārsta padoms. Tādā gadījumā mums nākas sazināties attālināti vai palūgt blakus strādājošo kolēģu palīdzību.

– Nav noslēpums, ka ģimenes ārsti ir vieni no aizņemtajiem speciālistiem. Pacientiem ir tik daudz dažādu veselības problēmu, kuras rada gan mūsu neveselīgs dzīvesveids, gan citi apstākļi. Arvien vairāk cilvēku slimu ar onkoloģiskām slimībām. Kā ģimenes ārsts var iztikt bez normāla atelpas brīža?

– Tā arī dzīvojam. Vinnētāji šajā ziņā ir ģimenes ārsti, kuri strādā poliklinikās vai medicīnas centros, jo tad var aiziet atvaļinājumā un kolēģis kādu laiku tevi aizvieto. Agrāk šeit, Ventspilī slimnīcas telpās Inženieru ielā 60, strādāja trīs ģimenes ārsti, vienu brīdi pat četri. Tolaik vieglāk varējām doties atvaļinājumā. Mēs zinājām – ja vidējam medicīnas personālam vajadzēs, tad varēs ieskriet blakus kabinetā un pajautāt padomu citam ārstam. Pašlaik esmu palikusi viena pati.

– Ar kādām problēmām pēdējo gadu laikā ģimenes ārstiem nākas saskarties visbiežāk? Pirms trim četriem gadiem visu prātus nodarbināja Covid-19 pandēmija. Kas ir visaktuālākais tagad?

– Par atalgojumu es nevarētu sūdzēties. Patlaban mani visvairāk uztrauc attālinātā ārstēšana. Kovida laikā visi pierada, ka var piezvanīt, pasūtīt receptes, konsultēties pa telefonu, un šī tendence turpinās joprojām. Pacientiem vairs negribas nākt uz pieņemšanu. Ērtāk visu nokārtot pa telefonu. Brīdī, kad es pasaku, ka vēlos pacientu redzēt klātienē, nereti sākas pretenzijas: kas notiek, kāpēc man jāiet uz praksi un nevarat visu izdarīt attālināti? Cilvēki nesaprot, ka man ir būtiski redzēt, kā pacients ienāk kabinetā, sasveicinās, kā apsēžas un pieceļas, vai viņš smaida. Tādas pazīmes bieži liecina par sirdzēja problēmu smagumu.

– Pacientiem tas ir izdevīgi un ērti. Nav nekur jāiet, nav jāmaksā par transportu, nav jādomā, kā atnākt vai atbraukt.

– Bet man kā ģimenes ārstei ir jāuzņemas atbildība par to, ka es nozīmēju konkrētas zāles vai izmeklējumus, lai gan nemaz neredzu pacientu.

– Lielā pieprasījuma dēļ ir grūti operatīvi piekļūties pie ģimenes ārsta. Nereti ir tikai tā dēvētās akūtās stundas, kad iespējams tikt pie



Foto: No Leldes Zviedrites personīgā arhīva

Lelde Zviedrite:
«Patlaban mani visvairāk uztrauc attālinātā ārstēšana. Kovida laikā visi pierada, ka var piezvanīt, pasūtīt receptes, konsultēties pa telefonu, un šī tendence turpinās joprojām. Pacientiem vairs negribas nākt uz pieņemšanu. Ērtāk visu nokārtot pa telefonu.»

ārsta. Kāda situācija ir pie jums – vai pacientiem jāgaida garā rindā, vai tomēr viņi nepieciešamības gadījumā var diezgan operatīvi tikt uz konsultāciju?

– Plānveida pieraksts ir apmēram divas nedēļas uz priekšu, kas neatbilst līgumam ar Nacionālo veselības dienestu. Gadiem ilgi man pieņemšana ilgst sešas stundas dienā. Tā ir pagarināta, lai samazinātu rindas, tomēr šī pieeja īsti nestrādā. Ienākot e-veselībai, man ļoti daudz laika nākas veltīt darbam pie datora. Pastāvīgi jāsaprot, kur konkrētajā dienā radusies problēma, – datorā, e-veselībā, interneta pieslēgumā, printerī. Varbūt jāatjauno kāda programma, jādomā, vai neesi aizmirsis kādu paroli, vai vienkārši ir pārslodze... Lielāko daļu no pacientam atvēlētajām 15 minūtēm es veltu kaut kam citam, un cilvēks diemžēl pazūd. Tomēr mēs cenšamies katru dienu atvēlēt divas trīs vietas akūtajai stundai, lai cilvēks, ja ir pēkšņi saslimis, var piezvanīt, atnākt un saņemt palīdzību. Ziemā šajā ziņā būs grūtāk, jo tad ir vairāk akūto slimnieku un ar divām trim vietām nepietiks. Manā praksē tomēr ir apmēram 1600 pacientu.

– Kādas ir biežākās slimības, ar kurām pie jums vērsas pacienti?

– Pacienti jau parasti nenāk ar sūdzībām par onkoloģisku slimību, diabētu vai paaugstinātu asinsspiedienu. Cilvēki visbiežāk sūdzas par dažādām muguras problēmām, muguras sāpēm, kas neļauj strādāt dārzā vai nosēdēt birojā. Raksturīga kaite ir roku tirpšana. Tāpat ir cilvēku grupa ar mentālās veselības problēmām. Pats par sevi saprotams, ka viena no izplatītākajām slimībām ir saaukstēšanās. Zem visa šī plašā sūdzību klāsta ļoti bieži slēpjas gan kardiovaskulārās slimības, gan onkoloģiskās kaites. Tas ir viens no galvenajiem iemesliem, kāpēc es gribu, lai cilvēks uz vizīti atnāk klātienē, nevis vēlas tikai attālinātu konsultāciju. Pacientam esot uz vietas, es daudz vairāk varu pamanīt. Lai nav tā, ka viņš pats ir izdomājis veikt rentģenu vai ultrasonogrāfiju, bet es īsti nezīnu, kāpēc. Šobrīd rindas uz pārbaudēm un konsultācijām ir ļoti garas. Ja saruna par izmeklējuma nepieciešamību bijusi pirms nedēļas, mēneša vai diviem, es vēl varu atcerēties, bet, ja pagājis pusgads, gads vai vēl vairāk, tad man žēl, bet atmiņa tik tālu vairs nestiepjas. Patlaban arī situācija ir ļoti sarežģīta – bez nosūtījuma cilvēku uz izmeklējumiem nepiekrata, bet, kad pienāk rinda, nereti izrādās, ka

nosūtījums ir pārāk vecs vai arī ir kaut kur pazudis. Tas viss rada dubultu darbu.

– Kāda ir situācija ar kvotām? Vai visiem spējat izrakstīt valsts apmaksātos izmeklējumus? Vai nesnākt tā, ka, tuvojoties gada beigām, jāsāk taupīt?

– Laika gaitā esmu pamazām uzņēmusi tādu darba ritmu, ka cenšos taupīt jau no paša gada sākuma. Ja kāds grib pārbaudīt holesterīnu reizi mēnesī vai pēc katras žāvētās desas apēšanas, lūdzu, viņš droši var iet uz laboratoriju un par savu naudu taisīt šo analīzi. Mums izveidota iestrādne, ka vienreiz gadā var nodot analīzes, bet viss pārējais notiek pēc vajadzības, pēc diagnozes, pēc slimības gaitas. Visu 20 gadu laikā, kopš strādāju, man laikam ne reizi nav bijis laboratorijas kvotu pārtēriņa. Precīzāk, droši vien ir gadījies, bet nekad nav sekojuši pārtēriņi no Nacionālā veselības dienesta.

– Nosacīti pacientus varētu iedalīt trīs lielās grupās. Pirmajā ir tādi, kas nekad neiet pie ārsta, jo uzskata, ka ir veseli. Otrā grupa nāk tad, kad jūt vajadzību. Un ir arī tādi, kas par katru sīkumu skrien pie daktera. Kādi ir jūsu pacienti?

– Jā, tāda ir reālā situācija. Gadās arī tā, ka cilvēks mājās pasūdzas sievai, brālim vai mātai, un tad radnieks atved viņu aiz rokas un pasaka: lūdzu, padomā par ģimeni un izdari to, ko daktere saka. Tas var būt zarnu izmeklējums, kas ir nepatīkams un ko cilvēki parasti negrib darīt. Dažreiz tuvinieki paši kaut ko pamana, piemēram, vīrs ievēro, ka sieva kļuvusi lēnīgāka un biežāk aizmirst ikdienišķas lietas, tāpat tās var būt psiholoģiskas problēmas. Cilvēki ir dažādi. Daļa savas problēmas nepamana, toties tuvinieki tās redz. Ir arī tādi, kuri pie ārsta skrien par katru sīkumu un uztraucas par iespējamu onkoloģiju vai Laimas slimību, kas tagad ir modē. Sliktākais ir tas, ka simts reižu mēs šiem cilvēkiem neko neatrodam, bet simtu pirmajā varam arī kaut ko palaist garām.

– Cik apmierināta kā ģimenes ārste jūs esat ar pašlaik valdošo situāciju medicīnas jomā un arī veselības ministra Hosama Abu Meri darbību? Ja medīki rīkotu streiku, vai arī jūs būtu viena no tiem, kas iziet ielās?

– Neticu, ka varu kaut ko mainīt. Streiki nepalīdzēs. Decembrī, kad bija runa par līgumu parakstīšanu, Ventspilī situācija bija ļoti kritiska, jo

2023. gada laikā pensijā aizgāja četri ģimenes ārsti un līgumu ar NVD neparakstīja, ja nemaldos, vēl pieci ģimenes ārsti. Apmēram trešdaļai Ventspilī iedzīvotāju draudēja palikšana bez ģimenes ārsta. Tajā brīdī Nacionālajam veselības dienestam pietika nekaunības pateikt – nu labi, tad mēs meklēsim citu variantu. Situācijā, kad ģimenes ārstu laukos trūkst, valsts apgalvo, ka viņiem esot cits variants! Man patiešām žēl pacientu, viņi nav vainīgi, ka valsts neprot sakārtot veselības aprūpi. Valdība, deputāti, Saeima un veselības ministrs – viņi vai nu neredz, vai neprot novērtēt situāciju, ka mēs stāvam bezdibeņa malā. Ja nebūs jauno ārstu, nebūs arī medicīnas. Jaunās paaudzes piensūms vajadzīgs gan speciālistiem, gan māsām, gan ģimenes ārstiem, taču universitāti beigušie ārsti pie šāda atalgojuma mūsu valstī nepaliek.

– Kā jūs vērtējat valsts kompensēto zāļu sarakstu?

– Man valsts kompensācijas sistēmā nepatīk tas, ka receptē ir jāraksta ķīmiskās vielas nosaukums un aptiekas izsniedz lētāko medikamentu. Pacientam diezgan bieži mājās ir divi trīs medikamenti ar vienu aktīvo vielu un ķīmisko sastāvu, bet dažādiem nosaukumiem uz kastītēm. Tādēļ nereti vecāks cilvēks nesaprot, ka viņam nevajag lietot visus trīs, bet tikai vienu no tiem. Apgalvot ka valsts rūpējas par pacientu naudas maciņiem, ir demagoģiski. Vai valsts zina, cik daudz pacientu pārkrāj oriģinālos medikamentus par pilnu samaksu, jo daļa labu oriģinālo medikamentu aizgāja no kompensācijas sistēmas?

– Cik viegli vai grūti ģimenes ārstam ir strādāt ar vecāka gadagājuma pacientiem?

– Visi pacienti ir dažādi, neatkarīgi no vecuma. Protams, ka senioriem parasti ir vairāk slimību, ar viņiem jārunā pacietīgāk, viņiem ir grūtāk saprast, atcerēties. Es bieži vien aicinu tuviniekus nākt līdzi, jo cilvēks cienījamā vecumā var nesaprast, neatcerēties vai sajaukt medikamentu lietošanas nosacījumus. Radinieki šajā gadījumā ir liels atspaidis, un man nav vienai pašai jācinās ar šo problēmu. Taču kopumā man patīk strādāt ar senioriem, vienmēr var par visu parunāt. Parasti viņi saka – paliek vieglāk, jau kad es atnāku šurp. Vecie cilvēki ierodas uz pieņemšanu, izrunājas, un viņi jūtas labāk, jo viņiem bieži vien mājās nav, ar ko vārdus pārmit.

– Mūsdienās daudz ko var izlasīt internetā, un dažkārt pacienti nāk pie ārsta jau ar pašnoteiktu diagnozi. Kā jūs tiekat ar to galā?

– Tas ir līdzīgi kā ar elektroniskajiem nosūtījumiem. Cilvēks kaut ko izlasījis, varbūt jau pierakstījis un noteikti grib uztaisīt kādu analīzi vai rentģenu, vai saņemt nosūtījumu pie konkrēta speciālista. Viņam ir liels izbrīns, kad es saku, ka nav tā, kā viņš iedomājies, bet viss ir citādi. Laika gaitā tu vienkārši iemācies, kā ar šiem pacientiem runāt un iziet no situācijas, lai izvairītos no potenciāla konflikta. Nedrīkst stingri atcirst – nē, es to nedošu vai tev tas nepienākas. To visu var un vajag ietērpt citādos vārdos un pasniegt ar savādāku intonāciju.

– Cik lielā mērā jūsu pacienti ievēro veselīga dzīvesveida pamatprincipus? Vai jūs spējat motivēt savus pacientus mainīt dzīvesveidu?

– Laikam jāsaka tā, ka to izdarīt nav manas spēkos. Dzīve pati noved pacientus pie atziņas, ka šie padomi jāievēro. Ļoti bieži mēdz gadīties, ka cilvēki saka: «Kāpēc es pirms desmit gadiem jūs neklausīju un nestaigāju vairāk. Kāpēc es tagad to varu izdarīt, bet toreiz nevarēju?» Tāpat ir ar ēšanu. Kamēr kaut kas nav noticis, tikmēr tu nesadzirdi aicinājumus no malas ēst veselīgāk.

Cīņā ar sāpēm dodamies apdomīgi

EVITA HOFMANE

Konsultēšanās ar ārstu sāpju (sevišķi ilgstošu) gadījumā nereti ir pamats pretsāpju līdzekļu izvēlei. Bezrecepšu pretsāpju medikamenti – cik droša vai nedroša ir to lietošana ilgtermiņā?

Ar ģimenes ārstu **Guntu Ticmani** runājam par pacientiem, kuri vēršas pie ģimenes ārstiem ar sūdzībām par dažāda veida sāpēm, un šo pacientu aprūpi.

– Bezrecepšu pretsāpju medikamenti daudziem no mums ir ikdiena. Kādi ir to lietošanas pamatnoteikumi?

– Ģimenes ārstu praksē pacientu kļūst arvien vairāk. Tā kā pieaug arī iedzīvotāju dzīvildze, ir daudz gados vecāku pacientu. Es domāju, man piekritīs arī citi kolēģi, ka pie pirmajām sāpēm pie ģimenes ārsta nav jānāk, bet var vērsties aptiekā un lūgt palīdzību farmaceitam, kurš arī konsultēs, kādus medikamentus kursa veidā var lietot. Tas varētu būt gan ibuprofēns, gan paracetamols, gan naproksēns. Nereti pacienti jau zina, kas katram labāk palīdz. Ja pēc zāļu lietošanas sāpes nemazinās, bet pieaug un varbūt pievienojas citas sūdzības, tad ir jādomā par ģimenes ārsta apmeklēšanu. Pacientam ir svarīgi pašam izvērtēt sāpju intensitāti. Vai tādas jau ir bijušas, kādi medikamenti ir palīdzējuši, varbūt tās ir kādas iepriekš nebijušas, citā vietā. Tātad, ja sāpes ir ilgstošas, nerimstas, ir jāgriežas pie ģimenes ārsta. Gados vecākiem cilvēkiem, kuriem ir daudz dažādu slimību, ar bezrecepšu medikamentu lietošanu ir jābūt īpaši uzmanīgiem. Nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi strauji uzsūcas kuņģa–zarnu traktā – maksimālā koncentrācija tiek sasniegta 1–4 stundu laikā. Tas pacientiem ir liels bonuss, ka sāpes tiek noņemtas ātri, tāpēc arī gribas turpināt šīs zāles lietot. Taču ir jāizvērtē bezrecepšu zāļu mijiedarbība ar citiem medikamentiem, ko pacients regulāri lieto, jāizvērtē blaknes.

Bezrecepšu medikamentus regulāri, ilgstoši lietot nedrīkst. Tomēr ir daļa pacientu, kuri to dara, apgalvojot, ka zāles viņiem palīdz, un tā tas *velkas* mēnešiem. Ja pacients apmeklē vienu aptieku, piemēram, laukos, un konsultējas ar konkrētu farmaceitu, viņš jau šo pacientu zina un neiesaka regulāri un ilgstoši lietot bezrecepšu zāles, atgādina, ka medikamentu lietošanas nosacījumi ir precīzi jāievēro, nepārsniedzot ieteiktās devas, utt.

– Visām zālēm ir gan efekti, gan diemžēl arī blaknes. Kā tas ietekmē dažādu slimību pacientus, piemēram, ar kardiovaskulārām slimībām sirgstošos? Kāda loma te ir cilvēka vecumam?

– Gados vecākiem pacientiem blaknes ir izteiktākas. Ļoti bieži ir sastopamas kuņģa–zarnu trakta blaknes. Viena no blakusparādībām var būt arī asiņošana no kuņģa–zarnu trakta. Nereti sastopamas sūdzības par sliktu dūšu, ir sliktāka apetīte, reizēm arī vemšana, vēdera izejas traucējumi. It īpaši uzmanīgiem jābūt cilvēkiem, kuriem jau ir bijušas problēmas ar kuņģa–zarnu traktu. Ja jau iepriekš bijusi kuņģa čūla, tā var sākt asiņot, var būt čūlas perforācija. Pacienti, kas seko savam veselības stāvoklim un zina, ka viņiem ir bijusi čūla, parasti nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus lieto ļoti uzmanīgi. Ja ir novērotas blaknes, par to noteikti jāinformē ārstējošais ārsts. Zinātniskie pētījumi liecina, ka liela daļa pacientu, kuriem attīstījies kuņģa čūla, bijuši smēķētāji. Tas šai pacientu grupai ir vēl viens riska faktors.



Gunta Ticmanis: «Gados vecākiem cilvēkiem, kuriem ir daudz dažādu slimību, ar bezrecepšu medikamentu lietošanu ir jābūt īpaši uzmanīgiem. Ir jāizvērtē bezrecepšu zāļu mijiedarbība ar citiem medikamentiem, ko pacients regulāri lieto, jāizvērtē blaknes. Bezrecepšu medikamentus regulāri, ilgstoši lietot nedrīkst.»

Blakusparādības var izpausties kā traucējumi nieru darbībā. Nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi tiek izvadīti gan caur nierēm, gan aknām. Atkal īpaši jāuzsver, ka pacientiem gados blaknes var būt izteiktākas. Būtiskākās izmaiņas ir paaugstināts kreatinīna līmenis asinīs. Kreatinīna līmeņa paaugstināšanās norāda uz nieru darbības traucējumiem. Šajā gadījumā medikamenti jāizvēlas īpaši rūpīgi. Bet jāņem vērā, ka palēnināta nieru darbība (līdz ar to izmainīts kreatinīna līmenis) parādās, pieaugot pacienta vecumam, tādēļ šādos gadījumos tomēr labāk konsultēties ar ārstu. Sevišķi uzmanīgiem jābūt hroniskas sirds mazspējas pacientiem, jo viņi lieto virkni citu medikamentu.

Noteikti jārunā arī par alerģiskajām reakcijām. Tās pacienti pamana ātrāk, jo izpausmes ir acīm redzamas: nātrene, izsitumi uz ķermeņa, apsārtums, nieze. Manā praksē ir bijuši pacienti, kuriem nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi izraisījuši anafilaktisku reakciju. Ir tādi, kuriem veidojas alerģiskais rinīts (iesnas). Citiem šo medikamentu lietošana provocē astmas lēkmes, ir apgrūtināta elpošana. Saistībā ar aknu darbību – var rasties hepatotoksiska iedarbība. Tas nenotiek bieži, bet var mainīties arī aknu darbības rādītāji.

Ļoti liela nesteroido pretiekaisuma līdzekļu lietotāju grupa ir kardiovaskulāro slimību pacienti. Piemēram, tādi, kas pēc miokarda infarkta vai insulta sekundārajā profilaksē lieto aspirīnu. Arī gados vecākiem pacientiem, kuriem ir vairākas slimības, tiek nozīmēts aspirīns un jālieto arī nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi. Īpaši gribu uzsvērt: ja ārsts ir šādas zāles nozīmējis, ir jālieto kā viens,

tā otrs. Aspirīnam ir sirdi aizsargājošs efekts, tas mazina trombu veidošanās risku.

Tajā pašā laikā vēlos atgādināt, ka vajadzētu lietot medikamentus ar iespējami mazāku kardiovaskulāro risku. Tas būtu, piemēram, bezrecepšu medikaments naproksēns vai arī atbilstošs recepšu medikaments, kam ir saudzējošāka ietekme. Pētījumos pierādīts, ka šo medikamentu ilgstoša lietošana var palielināt miokarda infarkta un išēmisko insultu attīstības biežumu, sekmēt aterosklerotisko pangu destabilizāciju un trombu veidošanos. Tādēļ šo preparātu ilgstoša lietošana ir droša tikai pacientiem ar zemu kardiovaskulāro notikumu riska pakāpi, bet, ja šāda riska pakāpe ir augsta, šie preparāti būtu lietojami tikai vismazākajās efektīvajās devās un neilgi.

Runājot par kardiovaskulārajām blaknēm, vēl gribu pieminēt pacientu grupu, kuri lieto gan nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus, gan aspirīnu, gan alkoholu. Tā ir ļoti slikta kombinācija. Šiem pacientiem ļoti pieaug asiņošanas risks no kuņģa–zarnu trakta.

– Vai iespējams mazināt gastrointestinālās (kuņģa–zarnu trakta) blaknes? Kādus līdzekļus izvēlēties? Varbūt selektīvos nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus COX-2 inhibitorus, kuriem blakņu ir mazāk? Kāda ir jaunākā informācija attiecībā uz rīcību šajos gadījumos? Varbūt palīdzēs protonu sūkņa inhibitoru lietošana?

– Runājot par jauno medikamentu paaudzi COX-2 inhibitoriem, tāpat arī vecākiem medikamentiem COX-1 inhibitoriem, – ir jāskatās, kura medikamentu grupa ir nepieciešama katram pacientam individuāli. Jebkurā gadījumā, vai nu vecākās,

vai jaunākās paaudzes medikamentu lietošana ir gana riskanta. Tāpēc kursam ir jābūt atbilstošam un pēc iespējas īsākam, nepārsniedzot maksimālās devas. Ja salīdzinām COX-2 inhibitoru ilgstošu lietošanu ar, piemēram, ibuprofēna lietošanu, COX-2 inhibitoru lietošanas gadījumā kardiovaskulāro notikumu risks nedaudz palielinās. Ibuprofēnam tas ir mazāks. Ja pacients lieto nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus, tos vienmēr piesedz ar protonu sūkņa inhibitoriem. Gribu uzsvērt, ka protonu sūkņa inhibitori jālieto 30 minūtes pirms brokastīm, tad seko brokastis un pēc tam, ja nepieciešams, lieto nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus. Pacientiem ar aknu darbības traucējumiem ir jābūt ļoti uzmanīgiem, jo protonu sūkņa inhibitori mijiedarbībā ar dažādiem medikamentiem var samazināt šo medikamentu uzsūkšanos. Piemēram, ja pacientam ir B12 vitamīna uzsūkšanās traucējumi, tad, lietojot protonu sūkņa inhibitorus, vēl jo vairāk samazinās B12 vitamīna uzsūkšanās. Ilgstoši lietojot protonu sūkņa inhibitorus, pacientiem ar osteoporozi ir jādomā par kaulu lūzumu risku (gūžas kaula lūzums, plaukstu pamatnes lūzums, gan arī, neveiksmīgi kritot, mugurkaula lūzums).

Ja ilgstoši (vairāk par trim mēnešiem) lieto, piemēram, omeprazola grupas medikamentus, jāņem vērā, ka samazinās magnija uzsūkšanās līmenis. Tas var izpausties kā nespēks, nogurums, krampji, reibonis, paātrināta sirdsdarbība. Medikamenti ir jālieto kursu veidā, bet tie nav paredzēti lietošanai mēnešiem vai gadiem ilgi, diemžēl saskaramies arī ar tādiem gadījumiem. Ir jābūt uzmanīgiem, jo, neatbilstoši lietojot medikamentus, mēs daudz ko izmainām sava organisma darbībā.

Ir vairākas lietas, ko par nesteroido pretiekaisuma līdzekļu lietošanu vajadzētu atcerēties pacientiem ar kardiovaskulāro risku. Lietojot nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus un vienlaikus arī beta blokatorus, asinsspiedienu samazinošais efekts šajā kombinācijā tiek pavājināts. Noteikti jāuzsver un jāatceras, ka nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi kombinācijā ar antikoagulantiem (varfarīns) un antiagregantiem jeb asins šķīdinātājiem (šai pacientu grupai tas būs aspirīns), paaugstina asiņošanas risku. Lietojot nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus kombinācijā ar diurētiskiem (urīndzenošajiem līdzekļiem), samazinās urīndzenošais efekts.

Terapijā izmantojamas minimālās efektīvās medikamentu devas, jo, devu palielinot, zāļu efektivitāte pieaug tikai nedaudz, bet blakņu iespējamība – ievērojami. Ja, lietojot zāles, parādās blaknes, ir jāvēršas pie ārsta, un terapija tiks mainīta.

Īpašs risks, lietojot nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus ir šādām pacientu grupām: gados veci pacienti (virs 65 gadiem), polimorbīdi pacienti (ar daudzām slimībām), kuri lieto daudz dažādu medikamentu, pacienti ar čūlas slimību anamnēzē, tie, kuri ilgstoši lieto glikokortikosteroīdus, cilvēki, kuri pastāvīgi lieto gan aspirīnu, gan antikoagulantus, un jāatzīmē arī pacienti, kuri regulāri lieto alkoholu.

– Vai pretsāpju līdzekļus drīkst kombinēt? Piemēram, ibuprofēnu un diklofenaku? Vienu lietojam galvassāpēm, otru – mugurai?

– Kombinēt nevajadzētu. Kādreiz pacientam šķiet, ka viens medikaments vairāk domāts galvassāpēm, otrs, piemēram, kāju sāpēm. Nesteroīdajiem pretiekaisuma līdzekļiem ir pretsāpju darbība un nevajag vienlaikus lietot arī dažādus pretsāpju līdzekļus. Pietiks ar vienu tableti, nevajag jaukt un kombinēt. Ja netiek sasniegts vēlams sāpes remdējošais efekts, jāvēršas pie ārsta un jākonsultējas.

Foto: No Gunta Ticmanis personīgā arhīva

Profilakse un līdzestība – veselības pamats

EVITA HOFMANE

Kardioloģisko pacientu, sevišķi ar hipertensiju sirgstošo, Latvijā ir daudz. Savukārt sirds un asinsvadu slimības joprojām ir galvenais mūsu valsts iedzīvotāju mirstības cēlonis.

Ar ģimenes ārstu **Aini Dzalbu** runājam par kardioloģisko pacientu aprūpi, kardiovaskulāro profilaksi un sadarbību ilgtermiņa mērķu sasniegšanā.

– Kādēļ mums vēl arvien tik daudz ir jārunā par kardioloģijas tēmu?

– Tiešām, par to ir jārunā regulāri. Profilakse ir nepārtraukts darbs – gan sabiedrības izglītošana, gan mūsu mediķu modrības uzturēšana attiecībā uz šīm slimībām. Par to ir jārunā, jo mirstība ir ārkārtīgi augsta. Eiropas valstu vidū Latvija ir vienā no pirmajām vietām līdzās Bulgārijai, Rumānijai, kur arī galvenais iedzīvotāju mirstības cēlonis – 55 līdz 65 procentos gadījumu – ir sirds un asinsvadu slimības. Tas ir ļoti daudz. Bez šaubām, sirds un asinsvadu slimības ir biežākās sūdzības, ar ko pacienti vēršas pie ģimenes ārstiem un citiem speciālistiem. Tā ir viena no lielākajām hronisko slimību grupām, kuru ārstēšana prasa ļoti daudz laika, resursu, tajā skaitā finanšu resursu. Kardiovaskulārās slimības pasliktina dzīves kvalitāti, tās ir iemesls pacientu invaliditātei, būtiski ietekmē dzīvildzi un ir biežākais nāves iemesls.

– Vai no ģimenes ārsta skatpunkta sirds veselības jomā pastāv būtiskas atšķirības starp dzimumiem?

– Jā, atšķirības pastāv. Pirmkārt, vīriešiem sirds un asinsvadu slimības mēdz attīstīties agrīnāk nekā sievietēm. Par to liecina statistikas dati. Savukārt sievietēm paaugstināta asinsspiediena ietekme negatīvā aspektā ir krietni izteiktāka. Augsts asinsspiediens sievietēm izraisa infarktus, insultus un sirds mazspēju. Tāpat sievietēm biežāk tiek novērots palielināts ķermeņa masas indekss, kas ir sirds un asinsvadu slimību riska faktors. Sieviete palielināts ķermeņa masas indekss, smēķēšana, arī hormonālās kontracepcijas lietošana rada lielāku trombu veidošanās risku. Savukārt vīriešiem ir krietni izplatītāki riska faktori, kas ir saistīti ar smēķēšanu, pastiprinātu alkohola lietošanu, mazkustīgu dzīvesveidu. Paaugstināts holesterīna līmenis vienlīdz negatīvi ietekmē abus dzimumus. Terapijas principi, kas saistīti ar medikamentu izvēli, būs visnotaļ līdzīgi abiem dzimumiem.

– Ko nozīmē sirds un asinsvadu slimību profilakse?

– Profilakse ir koordinēts pasākumu kopums, kas norit ilgtermiņā, ir vērsts gan uz sabiedrību kopumā, gan uz katru cilvēku individuāli. Profilakse – tās ir zināšanas un izpratne par sirds un asinsvadu slimību riska faktoriem. Svarīgi regulāri stāstīt par veselīgu uzturu, pareizu dzīvesveidu, fiziskajām aktivitātēm, par kaitīgiem ieradumiem. Diemžēl ģimenes ārsta praksē ikdienā neapņemties, ka riska faktoru skaits samazinātos. Gluži pretēji – to īpatsvars pieaug. Ir arī sociālie riska faktori, novērojot neregulāru medikamentu lietošanu. Profilakses jautājumi un izglītošana ir ļoti aktuāla. Ģimenes ārsta ieskatā, izglītošanai, tostarp par sirds un asinsvadu slimībām, ir jānotiek arī ģimenē. Valstiskā līmenī par šiem jautājumiem vajadzētu runāt jau pirmsskolas izglītības iestādēs. Ja gribam, lai jaunā paaudzē ir veselīgāka, dzīvo ilgāk, tai ir mazāk sirds un asinsvadu slimību riska faktoru, ir lielāka fiziskā aktivitāte, šīs tēmas ir jāaktualizē izglītības iestādēs. Tas ir kritisks posms, ja runājam par profilaksi. Bieži vien vēlākos gados ir grūti radikāli mainīt ierastos dzīvesveida paradumus, un arī izmaiņu ieviešana jau būs mazliet



Foto: No Aina Dzalba personīgā arhīva

Ainis Dzalbs: «Ģimenes ārstu ieskatā, izglītošanai, tostarp par sirds un asinsvadu slimībām, ir jānotiek arī ģimenē. Valstiskā līmenī par šiem jautājumiem vajadzētu runāt jau pirmsskolas izglītības iestādēs. Ja gribam, lai jaunā paaudzē ir veselīgāka, dzīvo ilgāk, tai ir mazāk sirds un asinsvadu slimību riska faktoru, ir lielāka fiziskā aktivitāte, šīs tēmas ir jāaktualizē izglītības iestādēs.»

novēlota, salīdzinot ar to, ja veselīgs dzīvesveids būtu pieņemts jau bērnībā, skolas vecumā.

Ir svarīgi turpināt sabiedrības izglītošanu, ko veic Slimību profilakses un kontroles centrs. Tās būtu intensīvas informatīvās un skaidrojošās kampaņas, iesaistot ģimenes ārstus, kardiologus, citu jomu speciālistus, tādējādi uzturot sabiedrības modrību. Protams, ģimenes ārsti atbalsta visas aktivitātes, kas ir saistītas gan ar sabiedrības izglītošanu, gan dzīvesveida izmaiņām un to ieviešanu, piemēram, sadarbojoties ar *veselīgajām* pašvaldībām, kur notiek dažādas aktivitātes: vingrošana, nūjošana, baseina apmeklējumi noteiktām iedzīvotāju grupām. Mēs redzam, ka tādējādi uzlabojas iedzīvotāju veselība, kas ir ļoti svarīgi sabiedrības nākotnes kontekstā.

Vēl profilakses jomā ļoti svarīgi runāt par veselīgu uzturu. Izpratne par veselīgu uzturu visās vecuma grupās ir nepietiekama, zināšanas ir samērā vājas. Piemēram, par saldinajiem dzērieniem, rūpnieciski apstrādātu pārtiku, desām, majonēzi, konditorejas izstrādājumiem. Daudziem cilvēkiem nav izpratnes, kas ir ikdienas uzturs, kas ir našķis, kādas ir veselīga uztura sastāvdaļas.

Sekundārās profilakses jomā svarīga ir primārās veselības aprūpes komanda – ģimenes ārsta prakse, nevis vienpersoniski ģimenes ārsti. Mediķu galvenais uzdevums ir katram pacientam individuāli atpazīt riska faktorus (paaugstinātu holesterīna līmeni, dzīvesveida radītos riskus, kaitīgos ieradumus) un uzsākt intervenci, lai šo riska faktoru skaitu un ietekmi samazinātu, savlaicīgi ārstēt paaugstinātu asinsspiedienu, holesterīnu utt. Tas ir svarīgākais – izglītošana, reāli risinājumi, arī iesaistot pašvaldības, maksimāli iesaistot ģimenes ārstu prakses, tostarp medicīnas mācās, ārstu palīgus. Sarunas, skaidrojošais un izglītojošais darbs ir ļoti būtisks.

Pacientiem ir arī iespēja pie ģimenes ārsta ar SCORE metodes palīdzību bez maksas noteikt sirds un asinsvadu slimību risku. Ja nav citu riska faktoru, mēs to sākam darīt 40 gadu vecumā. Cilvēks tiek aicināts uz konsultāciju: noteikt cukura, holesterīna līmeni asinīs, nieru rādītājus, uztaisīt elektrokardiogrammu, noteikt ķermeņa masas

indeksu. Tad ar katru pacientu individuāli pārrunājam viņa riska faktorus, vajadzības gadījumā nozīmējam terapiju. Šādu pārbaudi veic ik pēc pieciem gadiem, līdz 65 gadu vecumam ieskaitot. Šī ir ļoti laba programma. No savas pieredzes varu teikt, ka esam atklājuši gados jaunus pacientus, biežāk vīriešus 40–45 gadu vecumā, gan ar augstu holesterīna līmeni, gan augstu asinsspiedienu, ar plašiem holesterīna izgulsnējumiem kakla un galvas asinsvados. Esam atklājuši kritiskas situācijas, pacientiem ir veiktas operācijas. Izmantojot SCORE metodi, esam novērsuši infarktus, insultus. Protams, vienmēr aktuāls ir jautājums par pacientu līdzestību. Ja 40 gadu vecumā atklājam nopietnas veselības problēmas, pacientam ir jāievēro veselīgs dzīvesveids un regulāri jālieto medikamenti. Vēlamo rezultātu sasniegšanai ir nepieciešama ārsta un pacienta sadarbība.

Kā pēdējo gadu laikā ir mainījušās rekomendācijas un vadlīnijas kardioloģisko pacientu aprūpē?

Profilakses jomā būtisku izmaiņu nav. Mainās nianšes, akcenti, bet no ģimenes medicīnas viedokļa mēs runājam par dzīvesveida izmaiņām. Ja uzturam atbilstošu ķermeņa masas indeksu, esam pietiekami fiziski aktīvi un bez kaitīgiem ieradumiem, varam par 80 procentiem samazināt sirds un asinsvadu slimību risku. Veselīgs dzīvesveids šo slimību profilaksē ir pats pamatu pamats. Mēs akcentējam Vidusjūras tipa diētu, fizisko aktivitāti. Profilaksē būtiski, ka arvien vairāk pievēršam uzmanību gados jauniem pacientiem (arī jaunākiem par 40 gadiem), jo mēģinām atklāt iedzimtās kaites un citus sirds un asinsvadu slimību riska faktorus.

– Kādas ir iespējamās sekas, ja hipertensiju un hiperlipidēmiju neārstē?

– Paaugstināts asinsspiediens un holesterīna līmenis ir galvenie asinsvadu komplikāciju cēloņi. Tas ir iemesls infarktā un insultam. Infarkts ir sirds muskuļa bojājums, kas apdraud dzīvību. Turpmāk var rasties sirds mazspēja, aritmija un citi veselības sarežģījumi. Otra biežākā problēma ir insults – galvas smadzeņu asinsrites traucējumi, kas arī ir ārkārtīgi nopietna un invalidizējoša slimība. Pēc insulta rokās, kājās, arī vienā ķermeņa pusē var saglabāties kustību traucējumi. Atlabšanas iespēja ir, tomēr jāreķinās, ka sekas var palikt uz visu atlikušo mūžu. Es saviem pacientiem atgādinu, ka uzsākt lietot asinsspiedienu un holesterīna līmeni regulējošas zāles tikai pēc notikuma ir par vēlu. Ir jāmaina domāšana. Šie medikamenti – asinsspiediena, holesterīna zāles – ambulatorajā darbā ir nozīmējami profilakses nolūkos. Tos lietojam tad, kad ir identificēti riska faktori, nevis tad, kad jau ir notikušas sirds un asinsvadu slimību akūtās izpausmes. Ārstiem šajā jomā ir diezgan grūti, jo ir dažādi pieņēmumi, dezinformācija gan par asinsspiediena, gan holesterīna zālēm un to lietošanu ilgtermiņā. Mums visiem kopā ir jāstrādā, lai šos uzskatus mainītu un izglītotu sabiedrību.

– Ja pacients 45 gadu vecumā profilakses nolūkos uzsāk lietot medikamentus asinsspiediena vai holesterīna līmeņa samazināšanai, vai tie būs jālieto visu mūžu? Pašajūtai uzlabojoties, var rasties vēlme pārtraukt lietot zāles.

– Īsā atbilde ir tāda, ka tā darīt nedrīkst. Sirds un asinsvadu slimības, augsts asinsspiediens un paaugstināts holesterīna līmenis ir katru dienu. Šis riska faktors «neapciemo» reizi nedēļā vai reizi gadā. Ir dzirdēti dažādi pacientu stāsti par to, ka ir jātaisa pauzes medikamentu lietošanā, jāatpūtinās organisms, īpaši aknas. Nekur pasaulē šāda prakse netiek pielietota, nav datu vai zinātnisku pētījumu, kas apliecinātu paužu nepieciešamību. Tie ir medikamenti, kas lietojami diendienā, un pacienta iesaiste ir ļoti svarīga. Ja cilvēks izprot, kāpēc medikamenti ir vajadzīgi, tad arī līdzestība

uzlabojas. Iedzerot tableti, pacients veic ieguldījumu savas veselības labā. Zāles izdarīs savu darbu, gan uzlabojot asinsspiediena rādījumus, gan samazinot holesterīna līmeni, tādējādi būtiski samazinot infarkta un insulta risku. Fiziskā aktivitāte, veselīgs uzturs – tas arī ir katra paša rokās. Pacienti visvairāk baidās palikt guļoši, kopjami un aprūpējami.

– Kādi ir ieguvumi, ja ārsts seko jaunākajām ārstēšanas vadlīnijām un ar mērķi uzlabot pacientu līdzestību hipertensijas pacientiem terapijai nozīmē nevis vairākus atsevišķus medikamentus, bet vienas tabletes kombinācijas?

– Pēdējos gados mēs ļoti aktīvi izmantojam kombinēto terapiju – medikamentu kombinācijas vienā tabletē. Esam novērojuši, ka tas būtiski uzlabo pacientu līdzestību un sadarbību, kā arī dzīves kvalitāti. Terapija kļūst daudz vienkāršāka un pacientam, kuram ir aktīva darba ikdiena, tiešām ļoti piemērota. Ilgstošas, regulāras terapijas ieguvumi ir vērā ņemami. Vēl pirms gadiem desmit bija sarežģītāk ārstēt smagus pacientus, it īpaši, ja viņiem bija arī cukura diabēts vai bronhiālā astma. Uzlabojoties farmakoterapijas iespējām, šīs slimības tiek kontrolētas. Mēs redzam, ka regulāri lietojot kombinētos medikamentus, pacientiem būtiski palielinās kvalitatīvi nodzīvoto gadu skaits, samazinās insulta risks, mirstība no infarkta. Latvijā sirds un asinsvadu slimības ir mirstības iemesls 55–65 procentiem iedzīvotāju, savukārt Dānijā un citās Skandināvijas valstīs vien ap 20 procentiem, Vācijā – 23. Protams, ir diētas un dzīvesveida atšķirības, bet ļoti svarīga ir pacientu līdzestība, sabiedrības izglītība un atsaucība slimību profilaksei. Ļoti daudzās Eiropas valstīs ir raksturīga pacientu proaktīva rīcība un aktīva iesaiste gan savas veselības uzraudzībā, gan regulārā medikamentu lietošanā. Mums labs piemērs varētu būt Skandināvijas valstis, kur savulaik arī bija augsti mirstības rādītāji no sirds un asinsvadu slimībām. Bet, ļoti aktīvi ieviešot veselīga dzīvesveida principus, tas ir, samazinot sāls lietošanu, palielinot fizisko aktivitāti, vairāk uzturā iekļaujot svaigus augļus un dārzeņus, tika panākts ļoti labs efekts mirstības samazināšanā. Svarīgs aspekts bija arī ilgtermiņa medikamentozās terapijas pieejamība, kas, līdzīgi kā pie mums, ir valsts nodrošināta. Pēdējo desmitgažu laikā ir panākts būtisks uzlabojums, lai varētu novērst sirds un asinsvadu slimību attīstību.

– Kādi ir galvenie pacientu līdzestības uzlabošanas veidi?

– Jāatzīst, ka daudzi cilvēki ir diezgan vieglprātīgi. Nepievērš uzmanību savai veselībai, lepojas, ka pie ārsta nav jāiet, nekas nav jādar, rindās nav jāstāvē. Un tā līdz pat sirmam vecumam. Piemēram, tiek uzsvērts, ka tas ir īsts vīrietis, kurš pie ārsta neiet un savas problēmas nerisina. Tie laiki sen jau ir pagājuši, mītiem ir jāizgaist, taču diemžēl tie joprojām ir aktuāli. Latvijā mēs ļoti labi redzam sievietes lomu veselības aprūpē. Sieviete nereti ir tā, kura seko līdzīgi ģimenes locekļu veselības stāvoklim – gan bērnu, gan dzīvesbiedra veselībai, un bez viņas iesaistes nekas nevirzās uz priekšu. Ja mājas saimniece ir aktīva, vīrieši dodas pie ārsta, tiek veiktas analīzes, tiek atpazīti riska faktori, arī pēc tam, ja ir nepieciešams lietot medikamentus, sieva nereti ir tā, kura skubina, atgādina, rīkojas, lai tas tiktu izdarīts. Sievietes loma ģimenes veselības aprūpē ir ļoti būtiska. Noteikti aicinātu pārdomāt to, ka lielāko dzīves daļu mēs strādājam, mēģinām kaut ko iekrāt, rūpējamies par savu īpašumu, ja tāds ir, un būtu mulžīgi to visu zaudēt novēršamu iemeslu dēļ. Mēs zinām, ka 50–60 procentos gadījumu tās ir sirds un asinsvadu slimības akūtā fāzē, kas izraisa nāvi, tostarp priekšlaicīgu nāvi. Tāpēc ir būtiski šos riska faktorus atpazīt un laikus novērst.

Valērijs Valdmanis: «Zāļu nozīmēšanai un lietošanai

TOMS ZVIRBULIS

Paaugstināts holesterīna līmenis organismā ir viens no brīdinājuma signāliem, ka savu veselību un labklājību esam atstājuši novārtā. Paaugstināts holesterīns pats par sevi nav dzīvībai bīstams stāvoklis, bet ilgstoši paaugstināts holesterīna līmenis var novest pie dažādām sirds un asinsvadu slimībām, kuras pavisam noteikti apdraud gan mūsu veselību, gan dzīvību.

Sarunā ar Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas valdes locekli **Valēriju Valdmani** noskaidrojam, kā vislabāk sev palīdzēt situācijā, kad holesterīna līmenis mūsu organismā ir paaugstināts, un kādi ir biežāk dzirdētie mīti par to, kas šādās situācijās būtu jādara.

– Kā šodienas situācija ir ietekmējusi darbu ar kardiovaskulārajiem pacientiem? Kā ir mainījušies pacientu paradumi, ēšanas ieradumi un fiziskās aktivitātes līmenis? Vai šie faktori ir ietekmējuši arī kontrolskaitļus – holesterīna līmeni un asinsspiedienu?

– Šobrīd aktuāla ir pacientu attieksmes maiņa. Pacienti ir kļuvuši neiecietīgāki. Taču nevaru apgalvot, ka līdzestība ir būtiski mainījusies. Tā ir palikusi tāda pati kā agrāk. Ja runājam par darbu ar pacientu, tad viņi parasti izprot medikamentu lietošanas nepieciešamību, tostarp arī pretholesterīna medikamentu lietošanas svarīgumu. Mēdz apgalvot, ka pacientu līdzestība ir zema, bet es gribētu teikt, ka tas ir atkarīgs no valsts, kurā pacients atrodas. Latvijā attiecībā uz holesterīnu pazeminošiem medikamentiem pacientu izpratne ir labākā līmenī nekā, piemēram, Lietuvā vai citās valstīs, kur jāsaskaras ar nihilismu un negatīvu attieksmi pret holesterīnu pazeminošu medikamentu lietošanu.

Manis iepriekš teiktais nav automātiski jāsaprot tā, ka pacienti ir kļuvuši labāki vai sliktāki, bet emocionālā līmenī brīžiem pat neizprotami ir pieaugusi agresija un negativisms. Es to vērtēju kā reakciju uz samērā lielo spriedzi saistībā ar karadarbību Ukrainā un mūsu ģeopolitisko situāciju, kas pakārtoti var ietekmēt cilvēku attieksmi vienam pret otru. Otra globālā nianse, kas attīstās, ir kardioloģisko medikamentu deficīts. Tas ir ļoti nopietni. Kardioloģiskie medikamenti vienkārši pazūd. Turklāt pazūd tādas zāles, kuras nevar aizvietot. Nav iespējams iegādāties ne tikai vienu konkrētu grupas medikamentu – pazūd pilnīgi visi. Šī situācija ir ļoti bēdīga, jo mēs nonākam apstākļos, kad pacientam gluži vienkārši nav, ko dot. To, protams, var mēģināt saistīt ar karadarbību Ukrainā, stāvokli pēc Covid-19 pandēmijas. Un nevis tāpēc, ka šīs zāles ražotu Krievijā, bet gan ar situāciju globālajā tirgū. Krievijā ražotie medikamenti nekad nav kotējušies pārāk augstu. Tur ražotās zāles nav izcēlušās ar augstu kvalitāti, bet cilvēki bieži vien tās izvēlējās zemākas cenas dēļ. Runa ir par to, ka farmācijas tirgus ir sašūpots, un medikamentu pārdošanas plūsma no Latvijas ir novirzījies, vai arī ir bijušas problēmas plānošanā. Grūti ir komentēt precīzus iemeslus, bet strādāt noteikti ir kļuvis grūtāk, jo pazūd medikamenti, kuri ir neaizvietojami. Kas attiecas uz holesterīna zālēm, es nevaru teikt, ka atbalstu ideju par to kombinēšanu ar citiem medikamentiem, cerot, ka tādā veidā šīs zāles tiks pacientiem «iemānītas». Es uzskatu, ka preparātu nozīmēšanai un lietošanai ir nepieciešama pilnīga pacienta līdzestība. Pret pacientu nevar

izturēties kā pret mazu bērnu, kurš nesaprot, kas notiek, un viņam kā suņukam kopā ar desu tiek iemānītas zāles, jo tad vismaz viņš tās saņems. Es uzskatu, ka tas ir nepareizi, jo holesterīnu pazeminošiem medikamentiem ir pietiekami daudz blakņu, un ārsts ir atbildīgs par to, lai šīm blaknēm tiktu sekots līdz. Ja cilvēkam parādās blaknes, tad kaut kas ir jāmaina terapijā. Ja tiek lietota kādu medikamentu kombinācija, tad terapijas maiņa ir apgrūtināta. Tāpat ir situācijas, kad vienkārši ir jāsamazina holesterīna terapeitiskā deva. Tas atkal ir apgrūtināts, jo ir kombinācija, kurā tiek fiksēts kāds konkrēts zāļu daudzums. Tā ir mana personīgā un praksē balstītā pieredze ar šādiem pacientiem. Varbūt citiem kolēģiem šī pieredze atšķiras, bet es uzskatu, ka pacientam ir jāsauglabā tiesības izvēlēties. Šajā trauksmainajā laikā pacientu pierunāt būs ļoti sarežģīti, jo viņš ir pietiekami neelastīgs un trauksmais, seko līdz katram centam, ko izdod. Protams, var piedāvāt kombinētu medikamentu ar pamatojumu, ka tas būs lētāk. Vai tas ir arguments, ja runājam par ilgstošu terapiju? Pastāv iespēja, ka devu ar laiku būs nepieciešams samazināt. Tad uzreiz būs jāmaina zāles, kuras tiek lietotas. Tas var atstāt arī psiholoģiskas sekas uz pacientu, jo medikamentu maiņa nav vienkāršs process.

– Vai veselīgs dzīvesveids var tikt uzskatīts par pietiekoši labu līdzekli sirds un asinsvadu slimību profilaksei? Ar veselīgu dzīvesveidu es domāju mērenas fiziskās aktivitātes, pareizu uzturu un citus veselīga dzīvesveida elementus.

– Ko es visu laiku atkārtoju un turpināšu atkārtot, – problēma ir tā, ka daudziem speciālistiem nav bijis laika izstāstīt cilvēkam, ka klasiskais holesterīns, kuru varam noteikt laboratoriski un kuram ir attiecīga terapija, lielākajā daļā gadījumu nav saistīts ar uzturu, kuru pacients uzņem. Tas ir jāatkārto vēl un vēlreiz. Pie manis nāk pacienti pēc vizītem pie speciālistiem, kuri viņiem ir aizlieguši lietot dažādus produktus. Šajā gadījumā mēs runājam par *slikto* jeb zema blīvuma holesterīnu. Par līdzīgām situācijām ir jārunā un jārunā vēlreiz. Latvijā cilvēkiem ir izteikts D vitamīna deficīts. Ņemt un pateikt, ka viņi nedrīkst lietot dabiskos D vitamīna avotus, tādus kā sviests un olas, ir aplami, jo pārtikā esošais holesterīns organismā uzsūcas slikti. Pārtika nav noteicošais – 80 procentu holesterīna organismā sintezējas pats. To saprast ir kritiski svarīgi, lai cilvēkiem vairs netiktu «jaukta galva». Fiziskās aktivitātes, pareizs uzturs un neaizraušāšanās ar saldumiem jebkurā gadījumā ir ļoti svarīga. Būtiski saprast, ka ir vēl viena holesterīna grupa, kuru mēs laboratoriski noteikt nevaram. Tas ir ļoti zema blīvuma holesterīns, kura netiešais rādītājs ir triglicerīdi, kas uzrādās kopējā holesterīna formulā. Triglicerīdi savukārt ir tieši saistīti ar uzturu. Ja cilvēkam ir paaugstināts triglicerīdu līmenis, tad mums, protams, ir kategoriski jāstāsta un jārunā par diētu un uztura ierobežojumiem attiecībā uz treknu, kā arī trekni saldu ēdienu. Trekna ēdiena klasisks piemērs ir žāvētas vistas, šprotes, karsti kūpināti produkti, tostarp arī karsti kūpinātas zivis. Trekni salds ēdiens ir saldējums, kūkas, krēmi. Tāpat jāpiemin nevajadzīgie tauki – veikalā pērkamā majonēze, zosu tauki, piļu tauki. Tās ir svarīgākās lietas, kad runājam par paaugstinātu triglicerīdu līmeni. Protams, neliela ietekme šādam uzturam būs arī uz zema blīvuma holesterīnu, bet pārsvarā jārunā par ļoti zema blīvuma holesterīnu, kura izziņāšana ir tikai pašos pirmsākumos. Ļoti zema blīvuma holesterīna bīstamība



Foto: No Valērija Valdmana personīgā arhīva

Valērijs Valdmanis: «Pašam ārstam ir jābūt profesionāli ieinteresētam sniegt savam pacientam labāko iespējamo un pieejamo palīdzību. Es šeit nemaz nerunāšu par materiālo vai kādu citu ieinteresētību. Runa ir par profesionalitāti.»

vēl nav līdz galam izprasta, jo mēs tikai pamazām to apjaušam. Tomēr ir skaidrs ka tā ir tieši saistīta ar uzturu. Tajā pašā laikā ir cilvēki, kuriem ir paaugstināts triglicerīdu līmenis un nedaudz paaugstināts zema blīvuma holesterīns vai tas ir normāls. Mums šim cilvēkam jāiesaka mierīgas fiziskās aktivitātes bez pārspīlējumiem, jo aktivitātes līmenis katram būs atšķirīgs. Viens no kaitīgākajiem sporta veidiem ir skriešana. Tas ir fakts, kurš varētu būt izaicinošs cilvēkiem ar holesterīna problēmām un lieko svaru, ja nav atbilstošu skriešanas apstākļu vai pareizā ekipējuma. Pieejai jābūt individuālai katram pacientam.

– Ja tiek uzsākta medikamentu lietošana pret paaugstinātu asinsspiedienu vai holesterīna līmeni, tad šīs zāles būs jālieto visu atlikušo mūžu?

– Paaugstināta asinsspiediena cēloņi var būt liekais ķermeņa svars, slikts miegs, kura pamatā, iespējams, ir depresija, nepārtraukts stress un disharmonija ikdienas dzīvē. Asinsspiediens var celties ārēju faktoru ietekmē. Ja mums izdodas ārējos faktorus ierobežot, un manā praksē ir bijuši šādi gadījumi, tad mēs varam spiediena zāļu lietošanu

pārtraukt. Tāpat ir ar liekā svara samazināšanu. Ja mums tas izdodas, tad zāļu lietošanu var samazināt vai pat pārtraukt. Uzreiz gan jāatgādina, ka paaugstinātam asinsspiedienam var būt ģenētiska izcelsme. Tāpēc cilvēkam vajadzētu saprast, ka konkrētā vecumā viņam ģenētiski ir determinēta asinsspiediena paaugstināšanās. Šajā gadījumā jāreķinās ar to, ka zāles būs jālieto visu mūžu. Tā ir nedaudz ķecerīga lieta, ko tagad teikšu, jo daudzi cilvēki man jautā: vai zāles izārstēs manu asinsspiedienu? Asinsspiediena zāles nav izārstējošas. Pacienti sev izrakstītos medikamentus palieto 1–2 mēnešus, pašsajūta uzlabojas, un viņi to lietošanu pārtrauc, bet pie ārsta nenāk. Pie manis šie cilvēki ierodas pēc trim gadiem katastrofālā situācijā, kad spiediens nekontrolēti ir uzķāpis «debesīs» un zāles būs jālieto saujām. Tā ir problēma, jo cilvēkam nav pateikta vienkārša lieta – tev visu mūžu būs jālieto kompensatorie medikamenti. Tie nav izārstējoši medikamenti, bet gan zāles, kuras normalizē asinsspiedienu. Tās nekādā veidā nenovērš cēloni. Lielisks analogs te varētu būt cukura diabēta ārstēšana, jo medikamenti to pašu par sevi neārstē, bet gan

ir nepieciešama pilnīga pacienta līdzestība»

kontrolē un palīdz organismam slimību kompensēt. Ja kāds atradis paaugstinātu asinsspiediena iemeslu, atskaitot ārējās vides faktorus, tad šis cilvēks diezgan droši iegūs Nobela prēmiju medicīnā. Tā ir liela problēma, ka cilvēki nesaprot, kā katras zāles strādā un kāds ir to mērķis. Ja asinsspiediens ir paaugstināts bez ārējo faktoru ietekmes, tad zāles būs jālieto visu mūžu. Savu ģenētisko uzbūvi mūsdienās var noskaidrot, tostarp uzzināt iemeslu, kāpēc ir paaugstināts asinsspiediens. Precīzi par to būtu jājautā ģenētikas speciālistiem. Tajā pašā laikā, ja cilvēks spēj likvidēt esošos ārējos asinsspiediena ietekmējošos faktorus un viņa asinsspiediens krit, tad var teikt, ka viņš ir dzimis laimes kreklī un zāļu lietošanu potenciāli varēs pārtraukt.

Saistībā ar holesterīna medikamentiem situācija ir visnotaļ kuterīga. Ja jūs parunāsit ar kardiologiem, tad viņi teiks, ka zāles ir jālieto visu mūžu un nevar būt nekādu atkāpju. Te gan ir viena maza nianse. Man gribētos nodalīt tos cilvēkus, kuriem nekavējoties būtu jāuzsāk pret-holesterīna medikamentu lietošana, no tiem, kuriem to var atlikt un kuriem terapijas laikā var tāsīt pauzes, kā arī tiem, kuri var lietot minimālo devu, lai holesterīna līmeni saglabātu normas robežās. Ir viena pacientu grupa – jauni cilvēki ar ģimenes hiperholesterīnēmiju –, kuriem medikamentu lietošana būs jāsāk agrīni, un tie, visdrīzāk, būs jālieto visu mūžu. Skatoties šābrīža situāciju, var teikt, ka ģimenes hiperholesterīnēmijas pacientu skaits ir augsts un medikamentu lietošana viņiem būs jāuzsāk jau 30–40 gadu vecumā.

– Mēs daudzus ar pārtikas produktiem uzņemtos vitamīnus un minerālvielas it kā varam aizvietot ar uztura bagātinātājiem. Vai tā varētu būt daļa no profilakses pret paaugstinātu asinsspiedienu un holesterīnu?

– Problēma ir tāda, ka cilvēkiem ir sajaukta galva ar visiem pašlaik pieejamajiem uztura bagātinātājiem. Par tiem sāka runāt, civilizācijai attīstības gaitā orientējoties uz sintētiskiem produktiem, – vēlams, lai viss labi izskatītos un būtu maksimāli. Tāda bija pasaule 20. gadsimta sešdesmitajos un septiņdesmitajos gados. Šī mode gan ļoti ātri pārgāja. Tolaik cilvēki tika pastiprināti noslogoti un viņiem nepietika laika paēst normāli. Tā bija urbanizētās vides problēma, kad cilvēki patērēja ātri pagatavojamu pārtiku. Šādā situācijā cilvēks nesaņem viņam nepieciešamo pārtikas produktu daudzumu. Tā ir viena medaļas puse, kas vairāk ir mūsu sabiedrības dzīvesveida izvēles problēma. Otra medaļas puse ir cilvēki, kuri gluži vienkārši normālu uzturu nevar atļauties. Tā ir ēnas puse, par kuru mēs runājam reti. Ideja ir tāda, ka šiem cilvēkiem būtu jālieto uztura bagātinātāji, jo viņi saņem nepietiekošu uzturu. Varētu teikt, ka uztura bagātinātājs ir tas, ko mēs saņemam, ja neēdam to, kas mūsu ķermenim ir nepieciešams. Tomēr tas, kas notiek tagad, ir pilnīgs marasms, tā ir cilvēku mānīšana. Ja D vitamīns ir uztura bagātinātājs, tad kāpēc man tas ir jāpērķ, ja es varu ēst zivi? Ja kādas firmas uztura bagātinātāji ir tik labi, tad viņiem tie būtu jāreģistrē kā medikamenti. D vitamīns ar vēl trim eļļā šķīstošiem vitamīniem ir elements, ar kuru cilvēks var saindēties. Visi eļļā šķīstošie vitamīni uzkrājas organismā. Pie manis visam nesen bija ģimene, kurai D vitamīnu burtiski vajadzēja «raut ārā no mutes», jo tā koncentrācija organismā bija sasniegusi subtoksisku devu. Vitamīns tika lietots nekontrolēti.

Reklāmās visu laiku tiek apgalvots, ka tas ir jālieto un viss būs kārtībā. Taču D vitamīns uzkrājas,

tāpēc to nedrīkst lietot nekontrolēti. Pirmkārt, ir jālieto produkts, kurš garantē tādu šī elementa uzņemšanas apjomu, kāds ir norādīts uz iepakojuma, un, otrkārt, tas ir jālieto konkrētos kursos ar konkrētu mērķi, nevis tā, kā tas notiek šobrīd. Ja cilvēkam trūkst D vitamīna, tad tas ir jāuzņem kā ārstējošs līdzeklis. Ja nepieciešama uzturoša deva, tad tas attiecīgi arī jādara, paralēli ēdot arī zivis, olas vai sviestu. Uztura bagātinātājs nav ārstēšanas līdzeklis. Fakts, ka tas tiek lietots profilaksei vai ārstēšanai, jau ir pašu lietotāju problēma, jo viņi to pieļauj. Man ir pacienti, kuri sagrabina divus eiro zālēm, kuras es esmu izrakstījis, bet aptiekā viņam papildus pārdod uztura bagātinātājus par 30 eiro. Reti kurš uztura bagātinātājs cilvēkam ir noteikti vajadzīgs. Viens no tādiem ir kardioloģiskais uztura bagātinātājs ar koenzīmu Q10. Nav nemaz tik daudz preparātu, kuru lietošana būtu ieteicama. Tā nav ne profilakse, ne ārstēšana. Taču tā tiek uzņemti vitamīni un minerālvielas, ko ar uzturu ne visi var atļauties uzņemt. Piemēram, ir cilvēki, kuri nevar ēst sēnes, jo tās ir smagi sagremot. Sēnes ir viens no koenzīma variantiem, ko organisms pārveido par Q10. Tāpat jūras produktos ir šie koenzīma varianti. Ne visi to var atļauties vai drīkst lietot, un šādi uzņemts Q10 aizvieto šo vajadzību. Te gan vajadzētu saprast, ka tā nav ārstēšana.

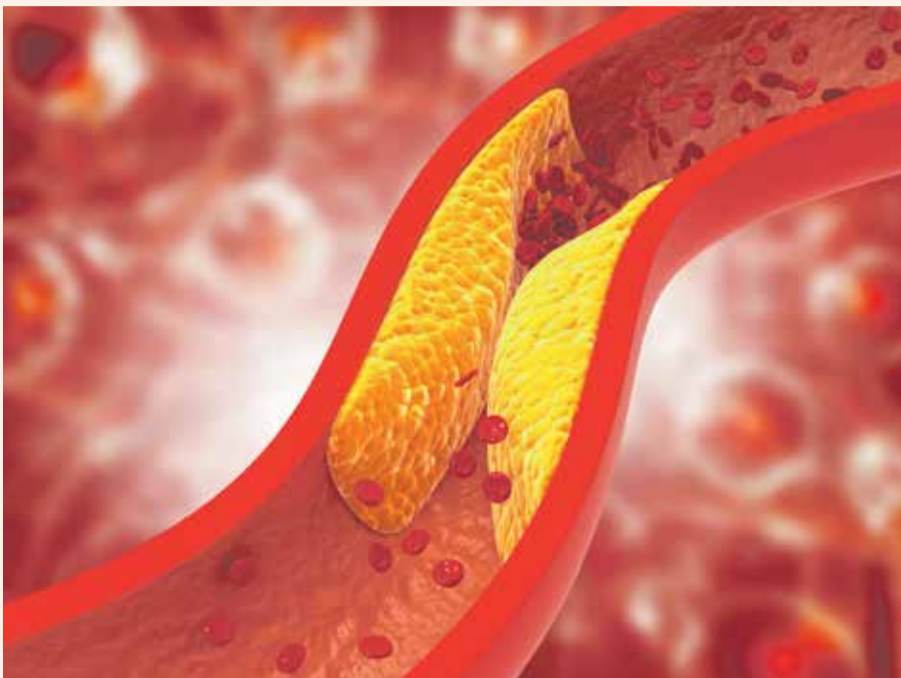
– Daudzi stāsta, ka pretholesterīna medikamentiem esot daudz blakņu. Vai ir kādas alternatīvas, ko pacienti varētu lietot kontrindikāciju gadījumā?

– Blaknes nemaz nav tik lielas, tā vairāk ir izteikta antireklāma šiem medikamentiem. Tās ir iespējamās un ir nopietnas, bet sastopamas reti. Manā praksē ir uz vienas rokas pirkstiem saskaitāmi pacienti, kuri nevar lietot statīnus. Paldies Dievam, nav bijis neviena smaga gadījuma. Biežāk šāda izvēle ir uz rekomendāciju devušā ārsta sirdsapziņas. Velns nav tik melns, kā viņu grib mātēt. Visvairāk par to runā cilvēki, kuri tos nelieto vispār, un viņiem nav ne mazākās nojausmas, vai viņiem būtu blaknes, vai nē. Viņš kaut ko ir dzirdējis un par to tikai runā. Cilvēkiem, kuri sāk lietot pretholesterīna zāles, nevajadzētu lasīt anotācijas, jo tad viņi diezgan droši sev atradīs kādu no simptomiem. Blaknes var būt, to noliegt nebūtu pareizi. Tajā pašā laikā, ja tās rodas terapijas procesā, mēs šo situāciju korigējam. To lieliski var darīt ar uzturu – dažādos produktos ir dabiski holesterīna līmeņa pazeminātāji. Ja cilvēkam nav personīgā pavāra, kurš šādu ēdienu var sagatavot, tad viņš lieto uztura bagātinātājus, kurā esošie elementi palīdzēs dabiskā veidā samazināt holesterīna līmeni. Uzreiz gan ir jāsaprot, ka tā nav ārstēšana, bet gan veselīga dzīvesveida sastāvdaļa. Visi uztura bagātinātāji ir ļoti dārgi. Ja cilvēks var to atļauties, tad to var mēģināt, bet man patīk runāt par paredzamām lietām un to, kā kontrolēt situāciju un riskus.

– Cik daudz ārsts var darīt primārās profilakses posmā, lai pasargātu hipertensijas un hiperlipidēmijas pacientus no nelabvēlīga kardiovaskulāra notikuma piedzīvošanas?

– Ar cilvēku ir nepārtraukti jārunā, un viņam jāstāsta par šo tēmu pēc iespējas vairāk. Pašam ārstam ir jābūt profesionāli ieinteresētam sniegt savam pacientam labāko iespējamo un pieejamo palīdzību. Es šeit nemaz nerunāšu par materiālo vai kādu citu ieinteresētību. Runa ir par profesionalitāti. Pret cilvēku ir jāizturas kā pret tuvinieku. Viņam ir jāizstāsta visi «par» un «pret» un kopā jāpieņem lēmums. Jāizstāsta, kāpēc būtu nepieciešams uzsākt konkrēto terapiju, savu kārtā pacienta izstāsta savus argumentus, kāpēc

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 kardiovaskulāro risku. Atkarībā no tā tiek noteikti ZBLH mērķi: <3,0 mmol/l, <2,6 mmol/l, <1,8 mmol/l un <1,4 mmol/l. Papildus tam augsta un ļoti augsta kardiovaskulārā riska pacientiem būtu jāsasniedz ≥50 % samazinājums no esošā ZBLH līmeņa. Piemēram, pacientam ar ZBLH 2,0 mmol/l (bez statīnu terapijas), kuram konstatēts augsts kardiovaskulārais risks, ZBLH mērķis būs nevis <1,8 mmol/l, bet gan 0,9 mmol/l (≤1,0 mmol/l). Kāpēc tā? Skaidrojums ir ļoti vienkāršs – ja ar esošo ne pārāk augsto ZBLH līmeni jau ir attīstījusies kardiovaskulāra slimība vai augsta kardiovaskulārā 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.

to nevajadzētu darīt. Ja pacientam ir šaubas, tad viņam ir tiesības no ārstēšanas atteikties. Ārsts faktiski nevar izdarīt neko, lai tiešā veidā iespaidotu pacienta lēmumu. Viņš nevar stāvēt blakus, kad pacients lieto zāles. Pieņem lēmumu lietot sev izrakstītās zāles no pacienta prasa milzīgu līdzestību. Situācijās, kad cilvēkam apzināti ir zema līdzestība, vairāk būtu jārunā par konkrētās

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.

Vīriešiem 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. Novērojot aknas kļūst mazāk spējīgas izvadīt ZBLH.

personas psihisko vai psihoemocionālo stāvokli, jo nereti tie ir depresīvi pacienti, kuri to atklāti neizrāda. Šādiem cilvēkiem arī kopumā būs zema līdzestība pret viņiem sniegtajām rekomendācijām, tāpēc ir nepieciešams skatīties uz situāciju plašāk. Mēs varam izstāstīt, rosināt, mēģināt palielināt un palīdzēt izdarīt izvēli, bet mēs nevaram šī cilvēka vietā dzīvot viņa dzīvi.

Efektīvi ieroči cīņā ar sirds mazspēju

ILONA NORIETE

Pēc statistikas datiem, sirds mazspējas diagnoze ir noteikta 64 miljoniem pasaules iedzīvotāju, no tiem Eiropā – 14 miljoniem. Ņemot vērā statistikas datus un esošās tendences, vietējie speciālisti aplēsuši, ka Latvijā sirds mazspējas pacientu skaits varētu sasniegt vismaz 50 000. Mūsdienās ir radušās jaunas šīs slimības ārstēšanas iespējas, kas var ievērojami uzlabot pacienta veselības stāvokli un dzīves kvalitāti, tomēr svarīgs priekšnoteikums veiksmīgai cīņai ar sirds mazspēju ir tās savlaicīga atklāšana. Realitātē gan bieži vien diagnoze tiek noteikta novēloti, kad jau radušās dažādas komplikācijas. Taču arī šādos gadījumos medicīna spēj sniegt palīdzību pacientiem, liekot lietā jaunākās un iedarbīgākās zāles.

Par inovatīvām sirds mazspējas terapijas iespējām sarunājamies ar Talsos praktizējošu ģimenes ārsti **Māru Melderi**.

– Latvijā ir pietiekami daudz cilvēku, kuriem atklāta sirds mazspēja. Visbiežāk šī problēma tiek konstatēta vecuma grupā virs 65 gadiem. Kā jūs raksturotu sirds mazspējas izplatību?

– Tā kā mana prakse atrodas vairāk nekā 100 kilometru attālumā no Rīgas un šī teritorija ir pakļauta sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam, ģimenes ārstam ir liels izaicinājums laikus diagnosticēt sirds saslimšanu saviem pacientiem. Šī problēma bieži saistīta ar pacientu nelīdzestību, kas lielā mērā izriet no viņu skarbjem dzīves un darba apstākļiem. Tādā situācijā cilvēkiem veselība bieži nav prioritāra, tāpat viņiem nereti trūkst finansiālo līdzekļu medikamentu iegādei vai pat veselīga ikdienas uztura nodrošināšanai. Bieži negatīvu lomu spēlē arī alkohols un citas atkarības.

– Medicīnas iespējas mūsdienās ir krietni uzlabojušās. Vai pēdējā laikā ir notikuši būtiski pavērsieni tieši sirds mazspējas ārstēšanā?

– Atzinīgi vērtējams tas, ka ģimenes ārsts saviem pacientiem tagad var palīdzēt vairāk. Piemēram, ne tikai ar diagnozes noteikšanu, veicot asinsspiediena un pulsa mērījumus, nozīmējot kardiogrammu, asinsanalīzes, bet arī pašam pieņemot lēmumu par terapijas uzsākšanu ar nepieciešamajiem medikamentiem. Sirds mazspējas gadījumā tas attiecas arī uz SGLT-2 inhibitoru (SGLT-2i) lietošanu. Šo zāļu lietošana līdz šim vairāk tika saistīta ar cukura diabēta pacientiem, bet tagad šo medikamentu izmanto arī pacientiem ar sirds mazspēju. Eiropā un ASV SGLT-2i jau labu laiku iekļauti šīs slimības ārstēšanas vadlīnijās un ir atzīti par vieni no progresīvākajiem. SGLT-2i dod ievērojami labāku terapeitisko efektu nekā agrāk izmantotās zāles, tāpēc, kad tika atklāta šo medikamentu pozitīvā iedarbība arī uz sirds mazspēju, to lietošana strauji vērsās plašumā. Turklāt šīs zāles vienlīdz labi palīdz pacientiem ar dažādiem sirds mazspējas veidiem – gan ar saglabātu, gan samazinātu kreisā kambara izsviedes frakciju. Tas ir svarīgi arī ģimenes ārstiem, jo izmeklējumi, kas nosaka konkrētā pacienta sirds mazspējas veidu, bieži mēdz ievērojami aizkavēties. Taču, tā kā SGLT-2i vienlīdz labi iedarbojas uz abiem slimības paveidiem, šo medikamentu lietošanu var uzsākt arī pirms galīgā slēdziena saņemšanas. Jo ātrāk tiek uzsākta ārstēšana, jo labāku efektu var panākt.



Māra Meldere: «SGLT-2i vienlīdz labi palīdz pacientiem ar dažādiem sirds mazspējas veidiem – gan ar saglabātu, gan samazinātu kreisā kambara izsviedes frakciju. Tas ir svarīgi arī ģimenes ārstiem, jo izmeklējumi, kas nosaka konkrētā pacienta sirds mazspējas veidu, bieži mēdz ievērojami aizkavēties.»

Galvenie pacienta ieguvumi ir uzlabota pašsajūta un dzīvildze.

– Kā šīs medikamentus ietekmē pacientu slimības gaitu? Varbūt varat izstāstīt kādu piemēru no savas pieredzes?

– SGLT-2i sirds mazspējas gadījumā samazina kardiovaskulārās nāves risku. Medikaments bremsē esošos slimības simptomus un neļauj tiem progresēt. Nereti šīs zāles spēj būtiski uzlabot pacientu pašsajūtu. Arī manā praksē ir pacienti, kuri terapijā saņem SGLT-2 inhibitorus. Esmu novērojusi, ka tie ne tikai uzlabo pacientu vispārējo veselības stāvokli, bet arī palīdz asinsspiediena un sirds darbības stabilizēšanā. Kā piemēru varu minēt pacientu, kurš ar sirds aritmiju un sirds mazspēju vērsās pēc palīdzības NMP nodaļā teju trīs četras reizes nedēļā. Kopš SGLT-2i terapijas uzsākšanas šāda nepieciešamība ir kļuvusi retāka un pacienta sūdzības mazinājušās. Pateicoties tam, ka ikdienā redzu pozitīvus rezultātus, šo medikamentu attiecīgo indikāciju gadījumos nozīmēju saviem pacientiem arvien biežāk. Savukārt iespējami neskaidrību gadījumos sadarbojos ar kardiologiem, lai lemtu par medikamenta nepieciešamību un lietošanas specifiku.

– Kādā veidā SGLT-2i palīdz uzlabot pacientu veselības stāvokli? Kur slēpjas šo zāļu efekts, un kādus citus ieguvumus sirds mazspējas pacientiem tās spēj dot?

– Domāju, ka tas pagaidām līdz galam nav izpētīts, vismaz vairumam ārstu precīzs medikamenta darbības mehānisms tieši sirds mazspējas gadījumā vēl isti nav skaidrs. Droši vien atslēgas moments

varētu būt nierēs esošo SGLT-2 receptoru bloķēšana un sekojošā papildu šķidruma izvadīšana no organisma. Rezultātā tiek ietekmēta arī renīna – angiotensīna – aldosterona sistēma, kas regulē šķidruma un asinsspiediena līdzsvaru organismā. Tas ļauj secināt, ka SGLT-2i, palīdzot atbrīvoties no liekā šķidruma, samazina sirds slodzi un tādējādi arī dažādus negatīvos simptomus, kas raksturīgi sirds mazspējai, tādus kā elpas trūkums, tūska, pastiprināts nogurums utt. Paralēli jāatzīmē šo medikamentu labvēlīgā ietekme uz sirds funkciju saglabāšanu, kas mazina dažādu kardiovaskulāro slimību saasinājumu iespējamību un līdz ar to arī priekšlaicīgas mirstības risku. Tāpat jāatceras, ka sirds mazspēja nevar būt vienīgā diagnoze, bet rodas kādas citas slimības dēļ. Visbiežāk tā ir koronārā sirds slimība, arteriālā hipertensija, vārstuju kaites un kardiomiopātijas. Taču bieži pie vainas mēdz būt arī cukura diabēts un citas endokrīnās sistēmas saslimšanas, hroniska nieru slimība, aptaukošanās un citas veselības problēmas. Tādēļ jāizceļ, ka, lai gan sākotnēji SGLT-2i tika radīts tieši cīņai ar cukura diabētu, šis medikaments izceļas ar plašu iedarbību, jo nereti palīdz uzlabot arī asinsspiediena un nieru rādītājus. Savukārt, izvadot no organisma lieko šķidrumu un uzlabojot vielmaiņu, SGLT-2i palīdz arī samazināt svaru, kas daudziem sirds mazspējas pacientiem ir ļoti būtiski.

– Vai šos medikamentus sirds mazspējas gadījumā valsts kompensē 100 procentu apmērā?

– Kā ģimenes ārsts šīs zāles pacientiem ar sirds mazspējas diagnozi (I50.0) varu izrakstīt ar valsts kompensāciju 75 procentu apmērā. Taču, kā jau

minēju, reģionā, kur strādāju, daudziem iedzīvotājiem arī šāds kompensācijas apmērs nav pietiekams, jo jāņem vērā, ka viņiem medikaments jālieto ikdienā un tā cena ir samērā augsta.

– Vai šie medikamenti ieteicami pacientiem visos sirds mazspējas gadījumos? Varbūt ir situācijas, kad tos nenozīmējat?

– Tas atkarīgs no sirds mazspējas stadijas, pacienta vispārējā veselības stāvokļa, vecuma, dzīvesveida un līdzestības, tādēļ ne vienmēr nozīmēju terapiju ar SGLT-2i. Šis medikaments ir piemērots arī pacientiem ar saglabātu kreisā kambara izsviedes frakciju, jo darbojas kardioprotektīvi jeb veic sirdi aizsargājošu funkciju.

– Vai sirds mazspējas pacientiem, lietojot šos medikamentus, bieži novērojamas blakusparādības?

– Līdzīgi kā diabēta pacientiem, arī šajā gadījumā retumis mēdz būt novērojamas intīmās zonas iekaisuma pazīmes un urīnceļu iekaisums. Šīs blaknes ir pārejošas un viegli ārstējamas, tādēļ nedrīkstētu būt par iemeslu SGLT-2i neizrakstīšanai. Šādu blakusparādību cēlonis ir pastiprināta glikozes izdalīšanās ar urīnu, kas rodas medikamenta lietošanas rezultātā. Ja parādās šāda veida sūdzības, pacientam par tām laikus jāinformē savs ārstējošais ārsts. Vairumā gadījumu pietiek ar vienkāršu higiēnas noteikumu ievērošanu, lai nekādas problēmas nerastos.

– Kāda ir pacientu līdzestība? Vai viņi apzinās, ka šis medikaments sirds mazspējas gadījumā tiešām ir ļoti svarīgs, un lieto to atbilstoši nosacījumiem?

– Kā jau minēju, situācijas ir dažādas, un bieži līdzestība iet roku rokā ar pacienta finansiālajām iespējām. Vairums, apjaušot situācijas nopietnību, protams, terapiju uzsāk, taču, kā tas bieži gadās, jūtot uzlabojumus, kādu sev vien zināmu iemeslu dēļ medikamenta lietošanu pārtrauc. Šādos gadījumos nereti pēc kāda laika atskan zvans ar vārdiem: «Dakter, esmu sagrēkojies!»

– Kāda ir SGLT-2 inhibitoru dozēšanas shēma? Vai jāzina devas mainās, un cik ilgu laiku medikaments jālieto?

– Šajā gadījumā nepieciešama holistiska pieeja, kas paredz, ka zāles jānozīmē katram individuāli. Vērtējot kopumā, pēc savas pieredzes varu teikt, ka pārsvarā pacientiem medikamentu nozīmēju lietot vienu devu reizi dienā no rīta. Jāsaprot arī viena būtiska lieta – varam panākt vēlamo efektu, tikai regulāri un ilgstoši lietojot šo medikamentu. Ja nemainās indikācijas, arī zāļu devu parasti nemaina.

– Cik bieži pacientiem ar sirds mazspēju, kuriem ir nozīmēti SGLT-2 inhibitori, jānāk vizītē pie ārsta?

– Saviem pacientiem atvadoties parasti saku «Visu labu!» nevis «Uz drīzu redzēšanos!», jo pacientus stabilā situācijā uz kontroles vizīti gaidu ne ātrāk kā trīs mēnešus pēc terapijas uzsākšanas. Nepārtrauktu kontroli šajā gadījumā neveicu, jo medikaments nepieder pie tiem, kuri iedarbojas tūlītīgi.

– Varbūt ir vēl kas, ko jūs gribētu piebilst mūsu sarunā?

– Katrs solis, kurā primārā veselības aprūpe saņem jaunus terapijas iespējas, ir atbalstāms un apsveicams. Par to liecina dzīves kvalitātes un dzīvildzes uzlabošanās. Ar atbilstošu terapijas pieeju un veselības nozarei vēltīto resursu pieaugumu mēs pamazām raugāmies Rietumeiropas virzienā, kur cilvēki, sasniedzot pensijas vecumu, to asociē ar atvaļinājumu uz kruīza kuģa, nevis konstantu ārsta vizīšu rezervēšanu. Arī Latvijā pacientiem ar kontrolētu sirds mazspējas terapiju paveras plašāks, veselīgāks un pozitīvāks dzīves spektrs.

Foto: Māras Melderes personīgā arhīva

MEDICĪNISKAIS PAPILDUZTURS TAGAD VALSTS APMAKSĀTS, TAI SKAITĀ ARĪ SENIORIEM

UZTURA ATBALSTS SENIORIEM AR NEPIETIEKAMU UZTURI

Nutridrink® Protein ir īpašiem nolūkiem paredzēta pārtika, uztura režīms cilvēkiem nepietiekama uztura uzņemšanas gadījumā un kuri ir pakļauti nepietiekama uztura uzņemšanas riskam kādu saslimšanu gadījumā, īpaši pacientiem ar paaugstinātu nepieciešamību pēc olbaltumvielām, piemēram, audzēju gadījumā.

Nutridrink® Protein ir produkts ikdienas uztura papildināšanai ar augstu olbaltumvielu saturu un ar augstu enerģētisko vērtību. Lietot veselības aprūpes speciālistu uzraudzībā.



KAS VAR PIETEIKTIES?

Pacienti, kuri spēj ēst, bet nespēj uzņemt pietiekamu uzturvielu daudzumu ar uzturu, tāpēc nepieciešams medicīniskais papilduzturs, un slimība atbilst valsts noteikto diagnožu kodiem:

 **CILVĒKI AR ONKOĻĪSKĀM SLIMĪBĀM,**
pirms ķīmijterapijas vai staru terapijas, tās laikā un pēc tās

 **PACIENTI PIRMS/PĒC APJOMĪGĀM
ĶIRURĢISKĀM OPERĀCIJĀM**

 **CILVĒKI AR SVARA UN APETĪTES
ZUDUMU VAI GRŪTĪBĀM ĒST**

 **CILVĒKI AR NEIROĻĪSKĀM SLIMĪBĀM,**
piemēram, pēc insulta vai ar rīšanas traucējumiem

 **SENIORI**

KĀ PIETEIKTIES?

1.  **KONSULTĀCIJA PIE ĀRSTĒJOŠĀ ĀRSTA VAI
ĢIMENES ĀRSTA***

2.  **ĀRSTS AIZPILDA VEIDLAPU UN IZSNIEDZ NOSŪTĪJUMU**

3.  **PACIENTS PIERAKSTĀS UZ KONSULTĀCIJU KLĪNISKĀS
BAROŠANAS KABINETĀ**

Pirmajai konsultācijai ir jānotiek **klātienē** vai **attālināti**.
Pacientam jāpiesakās tai pa telefonu: **22034606**
Zvanu pieņemšanas laiks: darba dienās no plkst. 8:30 līdz 15:00

4.  **MEDICĪNISKĀ PAPILDUZTURA PIEGĀDE**
Medicīnisko papilduzturu pacientam **piegādā kurjers**
3 darba dienu laikā pēc tā izrakstīšanas.

* Speciālistam jābūt līgumattiecībās ar Nacionālo Veselības dienestu.

UZZINĀT VAIRĀK ▶

[https://aslmnica.lv/uztura-un-dietologijas-centrs/
valsts-apmaksats-mediciniskais-papilduzturs/](https://aslmnica.lv/uztura-un-dietologijas-centrs/valsts-apmaksats-mediciniskais-papilduzturs/)



NUTRICIA SIA
Gustava Zemgala gatve 74, Rīga, LV-1039, Latvija
Tālrunis: +371 677 843 72
E-pasts: info.lv@danone.com
www.nutricia.lv

07/2024

NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

Dimestil®

Dimetindeni maleas 1 mg/g gels, 30 g

Un niezes vairs nav!



Dimestil® lieto bērniem no 1 mēneša vecuma īslaicīgai niezes mazināšanai, kas saistīta ar dermatozēm, nātreni, insektu kodumiem, saules apdegumiem un pirmās pakāpes virspusējiem ādas apdegumiem¹.

Lietošana: Dimestil® uztriež pieaugušajiem, pusaudžiem un bērniem plānā kārtā uz skartā un niezošā ādas apvidus 3 reizes dienā¹.

¹Zāļu apraksts. **Bezrecepšu zāles.** Pirms zāļu lietošanas uzmanīgi izlasīt zāļu lietošanas instrukciju vai atbilstošu informāciju uz iepakojuma. Konsultēties ar ārstu vai farmaceitu par zāļu lietošanu. Reklāmdevējs: AS Grindex



dimestil.com

Grindex

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI

SIRDS MAZSPĒJA

Sirds mazspēja attīstās, kad sirds nespēj pārsūknēt pietiekami daudz asiņu, lai nodrošinātu nepieciešamo skābekļa apjomu organismā.¹

Sirds mazspēja atšķiras no citiem kardiovaskulāriem traucējumiem.^{1,2,3}



KARDIOVASKULĀRA SLIMĪBA

Uz visām sirds un asinsvadu slimībām attiecināms jēdziens.

Ietver miokarda infarktu, sirds mazspēju, insultu un perifēro artēriju slimības.



MIOKARDA INFARKTS

Neatliekams stāvoklis, ko izraisa akūta miokardu artēriju nosprostošanās. Var izraisīt hroniskas sirds slimības, tostarp sirds mazspēju.



SIRDS MAZSPĒJA

Progresējošs un potenciāli dzīvībai bīstams stāvoklis, ko izraisa miokarda novājināšanās.

3 galvenie sirds mazspējas simptomi:⁴



ELPAS TRŪKUMS



ŠĶIDRUMA UZKRAŠANĀS, PIEMĒRAM, TŪSKA AP POTĪTĒM

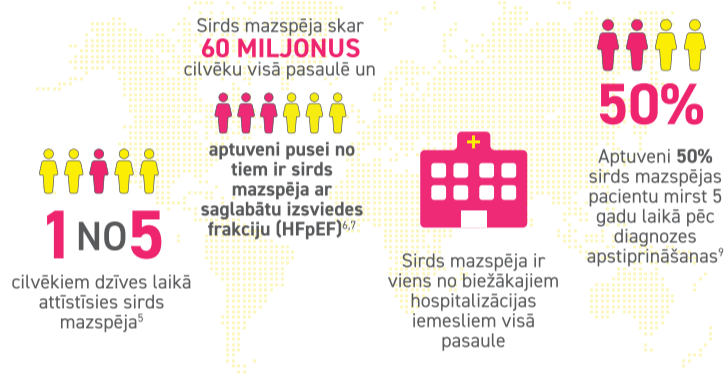


NESPĒKS

Citi simptomi:⁴

Pastāvīgs klepus un sācoša elpa, ēsgribas trūkums, slikta dūša, apjukums, paātrināta sirdsdarbība

Sirds mazspēja ir nozīmīga problēma pasaulē:

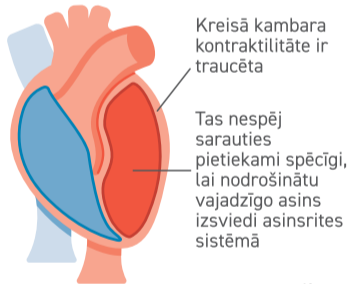


Izšķir 2 galvenos sirds mazspējas veidus,

pamatojoties uz kreisā kambara izsviesto asins tilpumu – kreisā kambara izsviedes frakciju (KKIF)¹⁰

1 SIRDS MAZSPĒJA AR SAMAZINĀTU IZSVIEDES FRAKCIJU (HF_{rEF})¹¹

jeb sistoliska disfunkcija



KKIF = <40%¹²

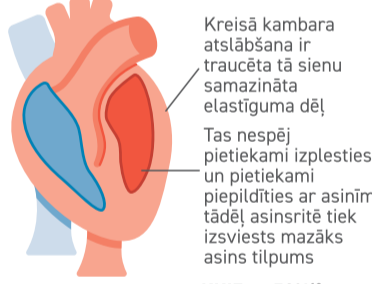
Kreisā kambara kontraktilitāte ir traucēta. Tas nespēj sarauties pietiekami spēcīgi, lai nodrošinātu vajadzīgo asins izsviedi asinsrites sistēmā.

PIEEJAMĀ ĀRSTĒŠANA^{13,14,15}

- Beta blokatorus
- Angiotensīnu konvertējošā enzīma (AKE) inhibitorus
- Angiotensīna receptoru neprilizīna inhibitorus (ARNI)
- Minerālkortikoidu receptoru antagonistus (MRA)¹⁵
- Angiotensīna II receptoru blokatorus (ARB)
- SGLT-2 inhibitorus

2 SIRDS MAZSPĒJA AR SAGLABĀTU IZSVIEDES FRAKCIJU (HF_{pEF})¹¹

jeb diastoliska disfunkcija



KKIF = >50%¹²

Kreisā kambara atslābšana ir traucēta tā sienu samazināta elastīguma dēļ. Tas nespēj pietiekami izplesties un pietiekami piepildīties ar asinīm, tādēļ asinsritē tiek izsviests mazāks asins tilpums.

PIEEJAMĀ ĀRSTĒŠANA¹⁶

SGLT-2 inhibitori

*SGLT2 inhibitorus iesaka neatkarīgi no sirds mazspējas izsviedes frakcijas

Sirds-asinsvadu un citu orgānu sistēmu savstarpējās saistības dēļ, cilvēkiem ar sirds mazspēju ir lielāks citu slimību attīstības risks, piemēram:¹⁷



NIERU SLIMĪBA



2. TIPA CUKURA DIABĒTS

Savlaicīga citu orgānu darbības izvērtēšana un traucējumu novēršana var aizkavēt slimību attīstību.^{18,19,20}

References: 1. American Heart Association. What is Heart Failure? Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure>. Accessed: August 2021. 2. American Heart Association. What is a Heart Attack? Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks>. Accessed: August 2021. 3. American Heart Association. What is Cardiovascular Disease? Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/consumer-healthcare/what-is-cardiovascular-disease>. Accessed: August 2021. 4. American Heart Association. Warning Signs of Heart Failure. Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/warning-signs-of-heart-failure>. Accessed: August 2021. 5. Ponikowski P, et al. ESC Heart Fail. 2014;1(1):4-25. 6. GBD 2017. Lancet. 2018;392(10159):1789-1858. 7. Andersen, M.J., Borlaug, B.A. Curr Cardiol Rep. 2014;16,501. doi: 10.1007/s11886-014-0501-8. 8. Ambrosy AP, et al. J Am Coll Cardiol. 2014;63(12):1123-33. 9. Benjamin EJ, et al. Circulation. 2019;139:e56-e528. 10. Kosaraju A, et al. Left Ventricular Ejection Fraction. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; May 3, 2021. 11. American Heart Association. Types of Heart Failure. Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/types-of-heart-failure>. Accessed: August 2021. 12. Bozkurt B, et al. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2021;14(4):e000102. 13. Straw S, et al. Open Heart. 2021;8:e001585. doi: 10.1136/openhrt-2021-001585. 14. Maddox TM, et al. J Am Coll Cardiol. 2021;[Epub ahead of print]. 15. Zannad et al. European Heart Journal. 2012;33(22):2782-95. 16. ClinicalTrials.gov. NCT03057951. Accessed: August 2021. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. J Am Coll Cardiol. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>. 17. Metra, M, et al. Journal of Cardiovascular Medicine. 2011;12(2):76-84. doi: 10.2459/JCM.0b013e32834058d1 18. Rippe JM. AM J Lifestyle Med. 2019;13(2):204-12. 19. Luyckx VA. Kidney Int Suppl. 2017;7(2):71-87. 20. American Diabetes Association. Diabetes Care. 2021;44(Suppl.1):S1-S2

Informācija veselības aprūpes speciālistiem



Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG Latvijas filiāle, Matrožu iela 15A, Rīga, LV-1048, Latvija.
Tālr.: +371 67 240 011, e-pasts: lv.rig@boehringer-ingelheim.com
Saskaņošanas datums 19.07.2023. PC-LV-100961

Hroniska nieru slimība? Dzīvo kvalitatīvi!

GUNTA FREIMANE

Strauji pieaugot cilvēku skaitam ar arteriālo hipertensiju, cukura diabētu un aptaukošanos, pieaug arī hroniskas nieru slimības pacientu skaits un tās izraisītā mirstība. Mūsdienu medikamenti ļauj šo tendenci piebremzēt.

Sarunā par hronisko nieru slimību ar P. Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Nefroloģijas centra virsārsti, Rīgas Stradiņa universitātes asociēto profesori, Latvijas Nefrologu asociācijas prezidenti **levu Ziediņu** pārrunājam gan jaunumus no neseniem kongresiem un publikācijām, gan to, kādas iespējas pacientam sniedz jaunākie medikamenti, gan arī to, kā viņa varētu atbildēt uz Latvijā tik izplatītajiem mītiem, ka «visas zāles ir ķīmija». Lasiet, kā mums visiem iet līdzī laikā un gūt papildu desmit gadus kvalitatīvas dzīves.

– Lūdzu, raksturojiet hroniskas nieru slimības būtību.

– Hroniska nieru slimība, ko agrāk sauca par hronisku nieru mazspēju, ir vai nu strukturālas, vai funkcionālas izmaiņas nierēs, kas ilgst vairāk nekā trīs mēnešus. Ar funkcionālām izmaiņām visbiežāk saprot glomerulu filtrācijas ātrumu (GFĀ) zem 60 ml/min, bet var būt arī, piemēram, olbaltums urīnā. Ar strukturālām izmaiņām saprot, piemēram, daudzas cistas nierēs vai nieru biopsijā konstatētas izmaiņas. GFĀ liecina par nieru spēju filtrēt asinis.

– Kādi ir galvenie hroniskas nieru slimības cēloņi?

– Hronisku nieru slimību konstatē katram trešajam pacientam ar cukura diabētu un katram piektajam pacientam ar arteriālo hipertensiju. Citi cēloņi ir hroniski glomerulonefrīti, hroniski intersticiāli nefrīti, nieru policistozē.

Sagrupējot pēc pamatdiagnozēm pacientus, kuriem Latvijā veic nieru aizstājterapiju (hemodialīzi, peritoneālo dialīzi, nieres transplantāciju), 32,6 procentiem ir cukura diabēts un 10,8 procentiem – arteriālā hipertensija. Arī šī statistika liecina par hroniskas nieru slimības izplatītākajiem cēloņiem.

– Jūs nesat atgriezti no kongresa, kas pulcēja Eiropas valstu nefrologus. Kādi jaunumi par hronisku nieru slimību tika izziņoti kongresā?

– Gan nefrologus, gan arī citus veselības aprūpes speciālistus dara bažīgus fakts, ka, salīdzinot ar deviņdesmitajiem gadiem, mirstība no hroniskas nieru slimības ir pieaugusi par 41 procentu. Hronisku nieru slimību sastop 10–15 procentiem iedzīvotāju. Tomēr risks saslimt ar to ievērojami pieaug, ja cilvēkam ir arteriālā hipertensija, cukura diabēts un aptaukošanās. Un šo slimību izplatība strauji aug, tāpat arī aug iedzīvotāju dzīves ilgums, gados vecāku cilvēku skaits.

Pagājušajā gadā 130 000 pacientu Eiropā nāves iemesls bija hroniska nieru slimība. Un, ja pirms 10 gadiem hroniska nieru slimība kā nāves iemesls bija 19. vietā, tad tiek prognozēts, ka 2040. gadā tā būs 5. vietā. Cēlonis lielākai mirstībai ir tas, ka ievērojami pieaudzis pacientu skaits.

– Tātad hroniska nieru slimība ir drauds sabiedrības veselībai?

– Jā, šī slimība ir ne tikai drauds pašam pacientam un viņa ģimenes labklājībai, bet arī slogs sabiedrības labklājībai, jo, kā jau minēju, rada priekšlaicīgu mirstību, invaliditāti, papildu izdevumus valsts budžetam un veselības aprūpes sistēmai. Mūsdienās daudz runā par kvalitatīvi nodzīvoto gadu skaitu. Hroniskas nieru slimības pacients



leva Ziediņa: «Mūsdienu medikamenti – SGLT-2i, minerālkortikoidu receptoru antagonisti un, pēc jaunākās informācijas, arī GLP-1 grupas medikamenti – var attālināt nieres aizstājterapijas uzsākšanu. Ar SGLT-2i grupas medikamentiem to varam aizkavēt par desmit gadiem.»

hemodialīzes vai peritoneālās dialīzes laikā nevar dzīvot kvalitatīvi. Šajā posmā visa dzīve ir pakārtota dialīzei – cilvēks nevar strādāt, nevar pavadīt laiku ar ģimeni, jo jāveic dialīze un pēc dialīzes nav spēka neko darīt, pašsajūta bieži ir slikta. Tātad, pacients saglabā dzīvību, bet ir ievērojams kvalitatīvi nodzīvoto mūža gadu zudums. Īpaši svarīgas ir tāpēc, ka dialīzi Eiropā uzsāk vidēji 45–47 gadu vecumā, tātad, tieši tajā mūža posmā, kad cilvēks ir visefektīvākais darba tirgū.

Savukārt labā ziņa ir tā, ka mūsdienu medikamenti – SGLT-2i, minerālkortikoidu receptoru antagonisti un, pēc jaunākās informācijas, arī GLP-1 grupas medikamenti – var attālināt nieres aizstājterapijas uzsākšanu. Ar SGLT-2i grupas medikamentiem to varam aizkavēt par desmit gadiem.

– Kādi izmeklējumi būtu jāveic, lai savlaicīgi diagnosticētu hronisku nieru slimību?

– Galvenie rādītāji, kas būtu jānosaka, veicot nieru funkcijas pārbaudi, ir:

- Kreatinīna daudzums asinīs, ko izmanto arī GFĀ aprēķināšanai.
- Mikroalbuminūrijas analīze (jāņem vērā, ka tas ir atsevišķs laboratorisks urīna izmeklējums, kas neietilpst vispārīgajā urīna analīzē).
- Urīna analīze.
- Nieru ultrasonoskopija.

– Kādas pazīmes var liecināt par hronisku nieru slimību? Vai varam pajauties, ka sajūtīsim nieru funkcijas pasliktināšanos?

– Slimības sākumā cilvēkam nav nekādu sūdzību un slimības simptomu. Kad nieru filtrācijas spēja

samazinās zem 50 procentiem, rodas nespēcīgi simptomi, jo organismā uzkrājas toksiskie gala produkti, kas būtu jāizvada nierēm, bet kas netiek izvadīti. Viens no pirmajiem simptomiem ir vajadzība iet urinēt naktī, vēlāk rodas tūskas, ādas nieze, muskuļu krampji, nogurums.

– Atgriezoties pie jaunumiem no nesena kongresa, – vai ir kādi jauni dati par jūsu minētajiem medikamentiem, kas var aizkavēt hroniskas nieru slimības progresēšanu?

– Viens no plašākajiem pētījumiem par hronisku nieru slimību *EMPA-Kidney* tika pabeigts 2022. gadā. 2023. gadā publicēta metaanalīze (vairāku pētījumu rezultātu apkopojums) par 13 pētījumiem, kas kopā ietvēra vairāk nekā 90 000 pacientu. Šajā nozīmīgajā publikācijā pierādīts, ka SGLT-2i vienlīdz labi, kopumā par 37 procentiem (pacientiem ar diabētu – par 38 procentu), samazina hroniskas nieru slimības progresēšanu pacientiem ar diabētu un bez diabēta. Tas ir īpaši svarīgi tāpēc, ka pacienti dažkārt šaubās, vai būtu jālieto SGLT-2i grupas medikamenti, kas sākotnēji bija izstrādāti 2. tipa cukura diabēta ārstēšanai. Pētījumu datu analīzē arī konstatēts, ka SGLT-2i grupas medikamenti ir efektīvi pacientiem, kuriem hronisku nieru mazspēju izraisījuši glomerulonefrīti, kā arī pacientiem ar arteriālās hipertensijas un aterosklerozes izraisītu hronisku nieru slimību. Metaanalīzes dati liecina, ka SGLT-2i lietošana dialīzes uzsākšanu var attālināt par 10–11 gadiem. Un, jo ātrāk pacientu sāk ārstēt

ar SGLT-2i, jo lielāks ir ieguvums. Vienlaikus nav tā, ka pacientiem ar smagāku hronisku nieru slimību vairs nebūtu vērts uzsākt lietot šīs grupas medikamentus. Ieguvums ir pacientiem jebkurā hroniskas nieru slimības stadijā.

– Kādi pētījumi pašlaik tiek veikti ar SGLT-2i grupas medikamentiem?

– Pašlaik notiek SGLT-2i pētījumi pacientiem, kurus ārstē ar dialīzi, lai noskaidrotu, vai SGLT-2i sniedz iespēju samazināt dialīzes pacientu mirstību. Notiek arī pētījumi ar pacientiem pēc nieres transplantācijas, lai izpētītu, vai SGLT-2i palielina transplantātu dzīvildzi.

– Ir zināmas vairākas medikamentu grupas, kas palīdz aizsargāt nieres, samazināt hroniskas nieru slimības progresēšanu, piemēram, šādas īpašības ir t.s. –priļiem un –sartāniem. Vai pacientiem pēc SGLT-2i lietošanas uzsākšanas ir jāturpina iepriekš uzsāktā ārstēšana ar minēto grupu medikamentiem?

– Jā, jo pētījumi ar SGLT-2i ir veikti pacientiem, kuri lieto arī bāzes terapiju (*-priļus* vai *-sartānus*). Vēl viena jauna medikamentu grupa hroniskas nieru slimības aizkavēšanai ir minerālkortikoidu receptoru antagonisti. Pašlaik gan vēl nav plašāku pētījumu, kur pacienti saņemtu vairāku jauno grupu medikamentus.

– Kā jūs motivētu uzsākt SGLT-2i terapiju, ja pacients jautā, kāpēc būtu klāt pie citiem jālieto vēl viens medikaments?

– Es pacientam teiktu, ka ar paša nieri dzīvot vienmēr ir labāk nekā ar mākslīgu vai transplantētu. Un viena tablete reizi dienā daudz pūļu neprasa. Pat zobi ir jāmazgā biežāk.

– Ko varat atbildēt pacientam, kurš uzskata, ka «zāles ir ķīmija un bojā nieres»?

– Nesen kāds no maniem pacientiem pēc nieres transplantācijas pirms došanās uz mājām iegādājās visus medikamentus, kas būs jālieto, un ar tiem bija pilns lielais sarkanais RIMI maisiņš. Mājās viņš nosvēra medikamentus uz virtuves svariem, un šie medikamenti svēra kilogramu!

Sabiedrībā ir mīts par nieres transplantāciju – ir priekšstats, ka tas ir kā iebraukt autoservisā un nomainīt detaļu, lai pēc tam varētu dzīvot bez rūpēm. Bet cilvēki nestādās priekšā, cik daudz zāļu jālieto pēc nieres transplantācijas, piemēram, pārstādītā orgāna pretatgrūšanas medikamenti jālieto četras reizes dienā. Un šiem medikamentiem ir daudz nevēlamu blakusparādību.

Arī dialīze nepasargā no medikamentu lietošanas. «Mākslīgā niere» dara 10–15 procentus no nieres funkcijām, lai cilvēks nenomirtu. Dialīze nenodrošina hormonālo regulāciju, ko veic nieres, piemēram, neregulē asinsspiedienu, neražo eritropoētīnu eritrocītu veidošanai, aktīvo D vitamīnu, bet tikai izvada šlakvielas un lieko ūdeni. Tāpēc šīs funkcijas atkal jāmēģina aizstāt ar medikamentiem.

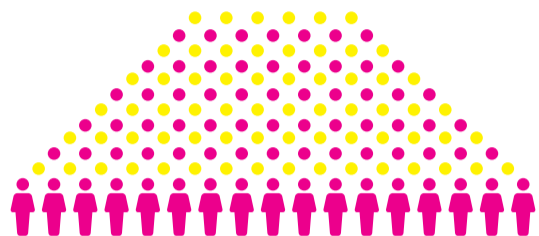
– Kā Latvijā pietrūkst hroniskas nieru slimības pacientu efektīvai aprūpei?

– Veselības ministrija plānojuši ieviest hroniskas nieru slimības skrīninga plānu, kas pašlaik tiek izstrādāts. Tas nozīmē, ka būs noteiktas pacientu grupas, kurām izmeklējumi savlaicīgi hroniskas nieru slimības diagnostikai būs jāveic reizi gadā vai reizi piecos gados. Tas būs iekļauts ģimenes ārsta kvalitātes vērtēšanas kritērijos, tāpēc ir lielāka iespēja, ka pacientu nosūtīs uz izmeklējumiem. Tomēr diagnostika ir tikai pirmais solis. Svarīgi, lai kompensējamo zāļu sarakstā tiktu iekļauti visi medikamenti, kas sniedz iespēju aizkavēt hroniskas nieru slimības progresēšanu, – SGLT-2i, minerālkortikoidu receptoru antagonisti un arī GLP-1, jo šogad publicēti pētījuma rezultāti par šīs zāļu grupas medikamentu pozitīvo ietekmi. Mums jāiet līdzī laikā!

Foto: No levas Ziediņas personīgā arhīva

Kardiovaskulārās, nieru un vielmaiņas slimības ir savstarpēji saistītas

KARDIOVASKULĀRAS, NIERU UN VIELMAIŅAS SLIMĪBAS, PIEMĒRAM, SIRDS MAZSPĒJA (SM), HRONISKA NIERU SLIMĪBA (HNS) UN 2. TIPA CUKURA DIABĒTS (2. TIPA CD), IR GLOBĀLA VESELĪBAS PROBLĒMA



Pasaulē ar SM, HNS un 2. tipa CD slimo vairāk nekā **1 miljards** cilvēku¹

Šīs slimības ir pasaulē biežākais nāves cēlonis²

20 miljoni nāves gadījumu katru gadu^{2,3}



Hospitalizētie pacienti veido vienu trešdaļu no kopējām stacionāra izmaksām, kas ir augsts klīniskais un ekonomiskais slogs.⁴

SM, HNS VAI 2. TIPA CD IR SAVSTARPĒJI SAISTĪTI, KAS PAAUGSTINA CITU KARDIOVASKULĀRU, NIERU UN VIELMAIŅAS SLIMĪBU RISKU^{1,5,6}

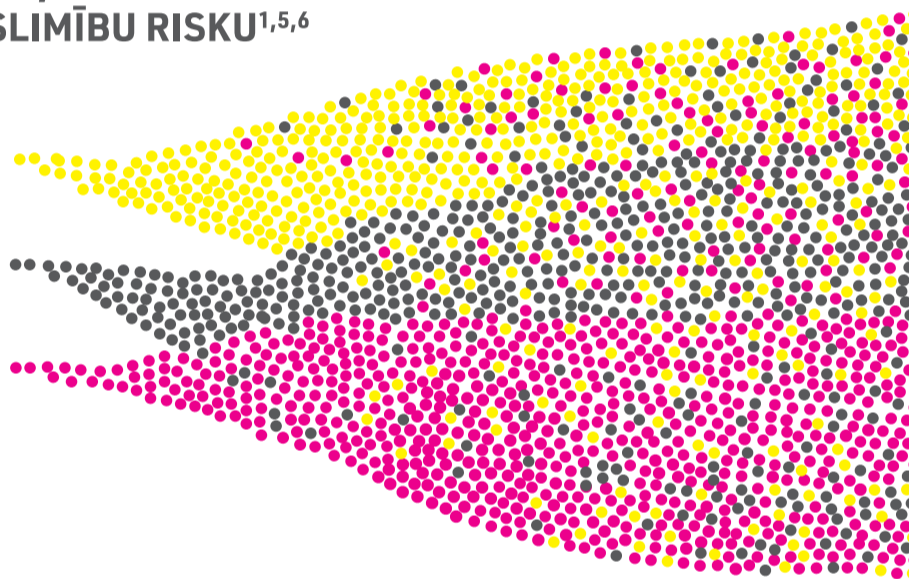
Līdz pat **60%** pacientu ar hronisku nieru slimību ir KV slimība⁷



Līdz pat **40%** pacientu ar 2. tipa CD ir HNS^{8,9}



Līdz pat **45%** pacientu ar SM ir 2. tipa CD¹⁰

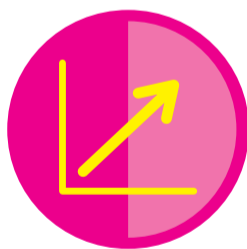


LAIKS

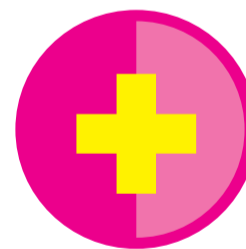
LAI NOVĒRSTU ŠO SLIMĪBU ATTĪSTĪBU NEPIECIEŠAMA HOLISTISKA PIEEJA



Kardiovaskulārām, nieru un vielmaiņas slimībām agrīnajās stadijās bieži nav simptomu, **tādēļ daudzos gadījumos tās netiek diagnosticētas**



Vienlaicīga divu vai vairāk kardiovaskulāru, nieru un vielmaiņas slimību esamība ir saistīta ar **palielinātu mirstību**^{7,11,12}



Agrīna izmeklēšana, diagnostika un terapija var **aizkavēt** SM, HNS un 2. tipa CD komplikācijas, tai skaitā **kardiovaskulāro nāvi**¹³⁻¹⁵

Atsauces

1. Schechter M, et al. *Cardiovasc Diabetol*. 2022;21:104. 2. Factsheet detailing the top 10 causes of death. World Health Organization. Available at: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death. Accessed: July 2023. 3. GBD 2015. *The Lancet*. 2016;388(10053):1459–544. 4. UK NIS report. Non-elective in-patient burden of Cardio-Renal-Metabolic (CRM) conditions in England: February 22, 2021, submitted to EASD 2021. 5. Bragazzi N, et al. *Eur J Prev Cardiol*. 2021;28(15): 1682–1690. 6. Braunwald E. *Prog Cardiovasc Dis*. 2019;62(4):298–302. 7. Lovre D, et al. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2018;47:237. 8. Afkarian M, et al. *JAMA*. 2016;316:602. 9. International Diabetes Foundation. Diabetes Atlas 9th Edition. Available at: <http://www.diabetesatlas.org>. Accessed: July 2023. 10. Packer M. *Diabetes Care*. 2018;41:11-13. 11. Birkeland K, et al. *Diabetes Obes Metab*. 2020;22:1607. 12. Afkarian M, et al. *J Am Soc Nephrol*. 2013;24:302. 13. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2023;46:S. 14. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. *Kidney Int*. 2022;102:S1. 15. Heidenreich P, et al. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79:e263.



Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG Latvijas filiāle Matrožu iela 15A, Rīga, LV-1048, Latvija.
Tālr.: +371 67 240 011, e-pasts: lv.rig@boehringer-ingelheim.com
Saskaņošanas datums 2.10.2023. PC-LV-101001

Plaušu vēža galvenais riska faktors

ILONA NORIETE

Plaušu vēzis ir viens no biežāk sastopamajiem ļaundabīgajiem audzējiem. Sākotnējās stadijās to atklāt ir diezgan grūti, jo šim audzējam nav specifisku simptomu. Aizdomas var rasties, ja cilvēku regulāri moka nespēks, arī elpas trūkums, sāpes krūšu apvidū, tāpat ilgstošāks un nepārejošs klepus. Nopietns signāls ir asins piejaukums krēpās. Taču plaušu vēzis prot ļoti labi maskēties, tādēļ rentgens ne vienmēr spēj to atklāt. Drošāku spriedumu izdarīšanai ārsti iesaka veikt zemas starojuma devas plaušu datortomogrāfiju.

Vairāk par plaušu vēzi, tā riska faktoriem, diagnosticēšanu, ārstēšanu un profilaksi sarunā ar ģimenes ārsti, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas vadītāju Līgu Kozlovsku.

– Viena no izplatītākajām onkoloģiskajām slimībām pasaulē ir plaušu vēzis, it īpaši vīriešu vidū. Arī Latvijā ir liels saslimušo skaits. Kādi ir galvenie šīs slimības rašanās iemesli?

– Plaušu vēža izraisīšanā darbojas ļoti daudz riska faktoru. Pats galvenais no tiem ir smēķēšana un jebkāda veida tabakas patēriņš. Protams, ir arī citi faktori, tādi kā bieža alkohola lietošana, un, ja tie kombinējas, tad arī risks pieaug. Diemžēl mūsu valsts izceļas ar to, ka, pēc OECD datiem, patērējam visvairāk alkohola Eiropas Savienībā – 12,8 litrus uz cilvēku gadā. Tāpat arī smēķēšana pie mums ir ļoti izplatīta. Ne velti Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) dati, analizējot izziņas par nāves cēloni, liecina, ka mirstība no plaušu vēža lielākoties ir saistāma ar smēķēšanu. **– Vai šī slimība apdraud arī pasīvos smēķētājus?**

– Neapšaubāmi. Uzturēšanās piesmēķētās telpās ir tikpat nozīmīgs riska faktors plaušu vēža attīstībā. Ja cilvēks pats nepīpē, bet otrs ģimenes loceklis tajās pašās dzīvojamās telpās smēķē, kā bieži arī ir, efekts ir praktiski tāds pats kā smēķētājam.

Kādi vēl apstākļi var stimulēt plaušu vēža rašanos?

– Šai slimībai ir ļoti daudz riska faktoru. Starp tiem ierindojams arī stress, neveselīgs uzturs un mazkustīgs dzīvesveids, kam bieži seko virsvars, aptaukošanās. Tādēļ daudz ko nosaka cilvēka ieradumi, tostarp tas, cik aktīvi esam savā ikdienas dzīvē. Katram no mums ir dažādi ēšanas paradumi, bet vajadzētu vairāk domāt par to, ko ikdienā patērējam, – vai ēdam pietiekami daudz dārzeņu, augļu. Ja gribas ēst gaļu, tad varbūt nepērkam tik daudz desu vai dažādu pusfabrikātu, bet izvēlamies vietējās zemnieku saimniecībās ražotus gaļas produktus. Protams, izmaksas būs lielākas, toties tā ir dabīga pārtika, kas labāka veselībai. Tāpat es neiesaku pārāk aizrauties ar uztura bagātinātājiem, kas turklāt gana daudz maksā. To vietā labāk nopirkt dārgākus, bet veselīgākus produktus.

Vēl viens ļoti svarīgs riska faktors, tāpat kā visām onkoloģiskajām slimībām, ir paaugstināts un/vai pastāvīgs stress. Tas var rezultēties dažādās, tostarp ļoti nozīmīgās, garīgās veselības problēmās, tādās kā smaga vai vidēji smaga depresija. Tāpat plaušu vēža rašanos var stimulēt multimorbiditāte, kad cilvēkam ir daudz dažādu slimību. Tās viena otru papildina un kopā paaugstina arī plaušu vēža attīstības risku. Ir vēl viena ļoti svarīga lieta, ko mums noteikti būtu jāņem vērā, turklāt ne tikai attiecībā uz plaušu vēzi, bet visām



Foto: Shutterstock

citām onkoloģiskajām slimībām. Proti, mums ļoti nepieciešams kvalitatīvs miegs, pietiekama atpūta. Veselīgs miegs ir būtisks faktors, lai cilvēka organisms otrā rītā mostos atjaunināts un enerģijas pilns, spētu veikt visas darbības, kas tam ir paredzētas.

– Latvijā darbojas vairākas skrīninga programmas – dzemdes kakla, krūts, zarnu, prostatas vēža. Ja cilvēks veic šos izmeklējumus regulāri, attiecīgās onkoloģiskās slimības var atklāt jau agrīni. Vai plaušu vēzi var diagnosticēt savlaicīgi?

– To noķert agrīnā stadijā ir gana grūti, jo simptomi ļoti bieži nav izteikti. Var būt nespēks, progresējošs nogurums, iespējams, ka parādās ilgstošāks klepus. Asins piejaukums krēpās jau rada lielākas bažas, ka slimība ir sākusies. Bet pārējie, nespecifiskie simptomi neļauj uzreiz pateikt, ka varētu būt runa par plaušu vēzi. Drīzāk par to varētu domāt tad, ja pastāv galvenais riska faktors, proti, cilvēks smēķē. Tāpat liela nozīme ir tam, cik gadus viņš smēķē un cik daudz cigarešu dienā izpipē. To visu izvērtējot, ir jāveic rentgenoloģiskā izmeklēšana. Taču rentgens ne vienmēr spēj agrīni atklāt plaušu vēzi, turklāt nav arī nekādu analīžu, kas apstiprinātu šo slimību.

Savu artavu plaušu vēža diagnostikā ir devusi Covid-19 pandēmija. Šīs infekcijas izraisītās pneimonijas lielai daļai slimnieku ir bijušas ļoti smagas. Tādēļ daudziem pacientiem tika veikta plaušu datortomogrāfija, kuras laikā paralēli kovidā izraisītajai pneimonijai nereti tika atklāts arī plaušu vēzis. Līdzīgi darbojas arī izmeklējumi, kurus nozīmēja, lai pētītu Covid-19 pārslimošanas sekas, kad cilvēks nepārtraukti jūtas noguris, vēlāk parādās klepus. Tikpat labi tā varētu būt diferenciāldiagnoze ar plaušu tuberkulozi, jo arī šīs slimības gadījumu skaits atkal sāk palielināties. Lai labāk varētu spriest, kāda problēma katrā konkrētajā gadījumā ir pacientam, ārstam ir jādomā daudzās dimensijās un jāizvēlas iespējami precīzākas izmeklēšanas metodes.

– Vai smēķētāji ir pakļauti lielākam tuberkulozes attīstības riskam?

– Jā, šis netikums var veicināt arī tuberkulozes attīstību. Galvenais iemesls ir smēķēšanas izraisītie plaušu bojājumi. Tuberkuloze ir gaisa pilienu infekcija. Tas nozīmē, ka slimības ierosinātājus var otram cilvēkam vienkārši uzklepot vai arī pārnest saskaroties. Var saslimt, arī dzerot ūdeni no vienas glāzes. Ja ir aizdomas par tuberkulozi, noteikti jāveic arī HIV un AIDS analīzes. Visām šīm slimībām – gan plaušu vēzim, gan HIV/AIDS, tuberkulozei, dažreiz arī C hepatītam – ir raksturīgi nespecifiski simptomi, kas pārsvarā izpaužas kā nespēks un nogurums. Ģimenes ārsti jau sen uzskata, ka pacienta temperatūra līdz 37,5°C ir normāla. Tiesa, ar nosacījumu, ka šāda temperatūra viņam parādās tikai stresa apstākļos. Taču, ja tā ilgst trīs četras nedēļas un piedevām vēl ir klepus, nespēks, nogurums, tad mums ir jānoskaidro cēlonis. Vai tā būtu tuberkuloze, plaušu vēzis, vai varbūt HIV/AIDS. Turklāt ir daudzas citas slimības, kurām ir tādi paši vai ļoti līdzīgi simptomi, piemēram, dažādu parazītu izraisītās plaušu helmintozes.

– Vai pārslimota tuberkuloze paaugstina plaušu vēža rašanās risku?

– Tās ir divas dažādas lietas, bet abas saistītas ar plaušām un var viena otru papildināt. Man ir pacienti, kuri saņēmuši terapiju pret tuberkulozi un izārstējušies. Pēc šīs slimības plaušās radušies saaugumi, bet nereti cilvēki turpina smēķēt. Tas nozīmē, ka viņi turpina bojāt savas plaušas, un šāda rīcība var stimulēt arī vēža attīstību.

– Tuberkulozes slimnieki atrodas īpašā uzskaitē, un viņiem regulāri ir jāveic plaušu rentgens. Vai tad, ja šajā izmeklējumā nekas neparādās, viņi var dzīvot mierīgi un lieki neuztraukties?

– Šie pacienti ir uzskaitē pie pneimologa, un atkarībā no katra veselības stāvokļa speciālists nosaka, cik bieži – reizi vai divas gadā – jāveic rentgena pārbaude, jo pacientam papildus vēl var būt dažādas blakusslimības. Ja vēl ir HIV un AIDS, tad pārbaude nepieciešama nevis reizi gadā, bet krietni biežāk. Tādēļ ģimenes ārsts sadarbojas gan ar infektologu, gan pneimologu un vajadzības gadījumā arī ar kardiologu un endokrinologu.

Mēs vienmēr strādājam komandā, lai varētu palīdzēt pacientam. Diemžēl pašiem pacientiem nereti mēdz būt atkarības problēmas – gan tabakas, gan alkohola. Tas nozīmē, ka mūsu komandā bieži vien jāiesaista arī psihiatrs, narkologs, lai varētu nodrošināt kompleksu palīdzību.

– Vai rentgens visos gadījumos atklās, ka plaušās parādījies audzējs? Mēdz teikt, ka plaušu vēzis var būt tā paslēpies, ka to var konstatēt tikai datortomogrāfijā.

– Par plaušu rentgenu – skaidrs, ka tas ir orientējošs izmeklējums, lai noskaidrotu, vai vispār ir iemesls aizdomām. Ja tiek atklāts pastiprināts plaušu zīmējums vai kāds aizēnoojums, papildus pastāv arī klīniskās pazīmes, tad mēs sūtām pacientu uz datortomogrāfiju. Piemēram, pēc Covid-19 pārslimošanas, ja tika konstatēta pneimonijs, lielāko daļu cilvēku mēs uzreiz sūtījām uz datortomogrāfiju plaušām.

Savukārt, atgriezoties pie tēmas par skrīningiem, – Eiropā patlaban aktīvi diskutē, vai tādās plaušu vēzim būtu nepieciešams. Ir atsevišķas valstis, piemēram, ASV, kur tiek veikts plaušu vēža skrīnings, sūtot noteiktu riska grupu pacientus uz zemas devas datortomogrāfijas pārbaudēm. Šajās grupās pirmkārt ietilpst ilgstoši smēķētāji. Otrkārt – cilvēki, kuri strādā kaitīgos darba apstākļos – putekļainā vidē, ar toksiskām vielām. Trešo riska grupu veido pacienti, kuri darbā regulāri saskaras ar paaugstinātu starojumu. Būtībā, neskaitot smēķētājus, pārējie lielākoties ir arodslimību riska faktori. Tāpat paaugstināts plaušu vēža rašanās apdraudējums ir arī cilvēkiem, kas ļoti bieži slimo ar dažādām plaušu slimībām, kaut vai hroniskiem un alerģiskiem bronhītiem.

– Ja datortomogrāfija uzrāda, ka viss ir kārtībā, cik ilgu laiku cilvēks, būdams smēķētājs, var dzīvot mierīgi?

– Ja nekas sliktas nav atklāts, tad cilvēks kādu laiku patiešām var būt mierīgs, taču ilgstošiem smēķētājiem vienmēr galu galā rodas dažādas sūdzības. Katru gadu datortomogrāfiju varbūt arī nevajag taisīt, it sevišķi, ja nav sūdzību. Ģimenes ārsts pacientu izmeklē, izklausās plaušas, izmēra spiedienu, un, ja citi riska faktori

Apmācība un stabila terapija – astmas un HOPS ārstēšanas pamats

Astmas un HOPS ārstēšanā pacientiem ir jālieto inhalatori, taču dažkārt terapija kādu iemeslu dēļ nav sekmīga. Viens no galvenajiem ietekmējošajiem faktoriem ir inhalatora nepareiza lietošana.

Sarunā ar alergologu un pneimonologu LU asociēto profesoru **Māri Bukovski** aktualizējam astmas un hroniskas obstruktīvas plaušu slimības (HOPS) ārstēšanas pamatprincipus.

– Astma un HOPS ir izplatītas elpošanas sistēmas slimības. Lūdzu, pastāstiet par šo slimību ārstēšanā izmantojamiem medikamentiem.

– Astmas un hroniskas obstruktīvas plaušu slimības ārstēšanas pamatā ir inhalatoru lietošana. Tiek izmantoti arī perorāli un injicējami medikamenti, bet krietni retāk, jo inhalatori, pareizi izmantoti, spēj nodrošināt nepieciešamo slimības terapiju.

– Kas pacientiem būtu noteikti jāzina par inhalatoru lietošanu?

– Lietojot inhalatorus, ārkārtīgi svarīga ir apmācība – tā nosaka visu. Ja pareizi lieto inhalatoru, tad ārstēšana ir efektīva, pacientam izveidojas uzticība un līdzestība. Rezultātā iegūstam labāk kontrolētu astmu, mazāk simptomu, uzliesmojumu, ātrās palīdzības izsaukumi un hospitalizācija notiek retāk, samazinās iespēja pacientam nomirt astmas vai hroniskas obstruktīvas plaušu slimības uzliesmojuma laikā. Ja cilvēks neuzticās savām zālēm, tad, visticamāk, viņš tās nelietos. Citu iekšējo slimību ārstēšanai visbiežāk tiek izmantoti perorāli vai injekciju medikamenti. Griebtu teikt – diezin vai jūs pazīstat daudz tādu cilvēku, kuri neprot iedzert tableti. Var, protams, arī sajaukt formas un apēst rektālo svečīti (*smieklī*), tomēr iespēja kļūdīties ir retāka. Savukārt inhalatoru lietošanā, īpaši, ja tie bieži tiek mainīti, kļūdas tiek pieļautas bieži. Tādēļ ārsti tiek aicināti no reizes uz reizi, kad astmas vai hroniskas obstruktīvas plaušu slimības pacienti ierodas, pārliecināties par pareizu inhalācijas tehniku.

– Kādi ir inhalatoru veidi?

– Inhalatorus varam iedalīt divās lielās grupās: dozētie gāzu aerosoli un pulverinhalatori, kur būtiski atšķiras inhalācijas tehnika.

Dozēto gāzu inhalatoru vislabāk būtu lietot kopā ar krājtelu. Zinātnieki strīdas – daļa krājtelas izmantošanu uzskata par nozīmīgu, daļa uzskata, ka krājtelas sarežģī procesu, jo pacientam tā šķiet lieka ierīce, kas traucē, to grūti paņemt līdz ikdienas gaitās. Tomēr mana pieredze un arī pētījumi apliecina, ka krājtelas izmantošana samazina kritiskas kļūdas iespēju. Kas ir kritiska kļūda? Ja izdarām ko tādu, kas inhalāciju padara bezjēdzīgu. Dozēto gāzu inhalatoru pareiza lietošana bez krājtelas saistāma ar **pirksta un elpas koordināciju**. Šeit tieši ieelpas sākumā (nevis pirms, vidū vai beigās) jānospiež aerosols un tālāk jāturpina lēna, mierīga, iespējami dziļa ieelpa, pēc tam vismaz desmit sekundes elpu aizturot.

Ja dozēto gāzu inhalatoru lietošanas tehnika ir savstarpēji līdzīga, tad **sausā pulvera inhalatoru ierīces ir dažādas**, ar atšķirīgu lietošanu. Ir inhalatori, kur nepieciešami trīs četri un pat pieci soļi, lai sagatavotu medikamenta devu inhalācijai, bet ir arī tādi, kur solis ir tikai viens. Pacients noteikti būs līdzestīgāks, ja soļu būs mazāk. Sausā pulverinhalatora lietošanas pamatā ir maksimāli strauja, spēcīga un dziļa inhalācija, pēc tās aizturot elpu 10 sekundes. Atsevišķi jāatzīmē inhalatori,



Foto: No Māra Bukovska personīgā arhīva

Māris Bukovskis: «Lietojot inhalatorus, ārkārtīgi svarīga ir apmācība – tā nosaka visu. Ja pareizi lieto inhalatoru, tad ārstēšana ir efektīva, pacientam izveidojas uzticība un līdzestība. Rezultātā iegūstam labāk kontrolētu astmu, mazāk simptomu, uzliesmojumu, samazinās iespēja pacientam nomirt astmas vai hroniskas obstruktīvas plaušu slimības uzliesmojuma laikā.»

kuri satur sīkas medikamentu daļiņas. Tie veiksmīgi ārstē plaušas līdz pat sīkajiem elpceļiem, un šiem inhalatoriem īpaši nozīmīga ir pietiekami ilga (10 sekundes) **elpas aizture**, lai daļiņas pagātu nosēsties uz elpceļu virsmas. Korektai elpas aizturi ir būtiska loma ikviena inhalācijas medikamenta efektīvā darbībā. Tā ir visbiežāk sastopamā kļūda, ka pacienti elpu aiztur nepietiekoši ilgi.

– Kas varētu veicināt veiksmīgāku inhalatoru lietošanu?

– Optimālu līdzestību noteikti veicinās tas, ka pacients lieto vienu ierīci. Ja lieto, piemēram, divas atšķirīgas ierīces, kur viena ir dozētais gāzu aerosols, bet otra – pulverinhalators, tad korektai ierīču lietošanai jāizmanto dažādas tehnikas, kas laika gaitā noved pie kļūdām ierīču izmantošanā. Nereti pacienti uzskata: ja vienu medikamentu esmu inhalējis, ar to ir gana. Reizēm viņi izmanto tikai vienu no inhalatoriem naudas taupīšanas nolūkos. Tas viss pasliktina astmas kontroli.

Ja ir atrasts sev labākais inhalators, kas sekmīgi ārstē astmu vai HOPS un ko ērti lietot, tad stabila terapija tieši ar šo ierīci un medikamentu kombināciju būs efektīvas ārstēšanas pamats. Palīdzošī ir tas, ka inhalatoriem ir devu skaitītāji. Pateicoties tiem, pacients saprot, cik devu ir atlicis inhalatorā. Lai nav tā, ka inhalācijas veic, bet medikamentu

vairs nesaņem. Pulverinhalatoriem papildu mehānisms, kas palīdz saprast, vai inhalācija ir veikta, ir medikamenta nesējviela – laktoze, kas nodrošina saldu pulvera garšu mutē. Ja pacients ir seniora vecumā vai ar ļoti novājinātu plaušu funkciju, kad nav tik daudz spēka, tad tieši ierīces dažādie palīg-mehānismi palīdz saprast, vai pulverveida inhalators pacientam ir piemērots, vai tomēr jāizvēlas dozētais gāzu aerosols. Dažiem pulverveida inhalatoriem, pareizi veicot inhalāciju, atskan specifisks klikšķis, kas apliecina saņemto medikamenta devu. Kā piemēru varu minēt ierīci *Nexthaler*, kur pacients ieelpojot dzird šo klikšķi, turklāt devu skaitītājs reģistrē tikai tās devas, kas reāli tiek ieelpotas. Šādas ierīces ir ērtas lietošanā un pacientam informatīvas. Protams, izšķirīgi ir tādi manis jau minētie faktori kā inhalatoru tehnikas apmācība un regulāras pārbaudes, vai inhalācijas tiek veiktas korekti.

– Pulverveida inhalatori mēdz būt ļoti atšķirīgi. Vai visi dozētie gāzu aerosoli ir līdzīgi?

– Pēc izskata dozētie gāzu inhalatori ir līdzīgi, bet struktūras ziņā mēdz būt atšķirīgi. Piemēram, ir aerosoli, kas satur sīkas medikamentu daļiņas (daļa frakciju ir mazākas par 1 mikrometru). Tie spēj iekļūt dziļāk elpceļos, īpaši sīkajos elpceļos. Jau pirms 20–30 gadiem bija saprotams, ka

aerosolu iekļūšana sīkajos elpceļos ir nepietiekama, un tas deva impulsu attīstīt šo virzienu.

Sīko daļiņu aerosoliem arī plūsmas ātrums ir mazāks, kas uzlabo medikamenta iekļūšanu plaušās. Īpaši lēna plūsma raksturīga «maigās miglas inhalatoram» – tādējādi pacientam tiek dots ilgāks laiks, lai veiktu inhalāciju. Ja mēs papētītu salbutamola plūsmas ātrumu, tas būtu ievērojami lielāks. Līdz ar to, nekorekti veicot šādu ātras plūsmas inhalāciju, mēs burtiski ietiecām to rīkles mugurējā sienā.

– Zāļu kompensācijas sistēmā patlaban ir situācija, kad ik pa laikam mainās references medikamenti. Kā tas ietekmē astmas un hroniskas plaušu slimības kontroli?

– Lai arī medikamentiem nereti ir tās pašas darbīgās vielas un devas, tomēr mēdz atšķirties ierīces, palīgvielas, medikamenta struktūra, kas ietekmē gan iekļūšanu plaušās, gan ārstēšanas efektivitāti. Ministrijas iniciatīva tika pamatota ar pētījumu, ka biežāka inhalatoru nomaīņa uzlabo pacienta līdzestību. Tomēr inhalatora maiņai ir jānotiek vienlaikus ar jaunā inhalatora apmācību un inhalācijas tehnikas pārbaudi. Pacients nereti ir apmācīts lietot vienu ierīci, bet aptiekā viņš pērkšņi saņem citu. Instrukcija bieži vien ir nepietiekama. Šī un citu iemeslu dēļ vismaz 70–80 procenti pacientu inhalatorus lieto nekorekti. Jāņem vērā, ka, apmācību veicot ārsta kabinetā, pacients saprot, ka tiek novērots, tādēļ cenšas. Savukārt mājās, iespējams, nepievērš tik lielu uzmanību dažādām niansēm. Tādēļ lietošana no reizes uz reizi būtu jāpārbauda. Ja lietojamie inhalatori pastāvīgi mainās, jo mainījies ir references medikaments, tad grūti nodrošināt labu efektivitāti. Būtu labi, ja pacients ārstētos ar vienu un to pašu inhalatoru. Ārstēšana visbiežāk nav efektīva situācijās, kad pacients medikamentu nelieto vai pielieto nepareizu inhalācijas tehniku.

Kā specifiska inhalatora lietošanas nianse jāmin tā sakratīšana pirms lietošanas. Dažus inhalatorus nepieciešams sakratīt, bet dažiem tas ir absolūti nevēlami, jo var samazināt piegādāto medikamenta devu pat par 30–40 procentiem. Tā, piemēram, tāda ierīce kā *Easyhaler* noteikti ir jāsakrata, *Turbuhaler* ierīcei tam nav nozīmes, bet, ja sakratām *Spiromax* ierīci, tad ir slikti. Arī dozētajiem gāzu aerosolu medikamentiem šajā ziņā ir atšķirības. Ja dozētie gāzu aerosoli ir veidoti uz suspensijas bāzes, tad tie ir obligāti jāsakrata, turklāt nedrīkst vilcināties gan medikamenta devas ieelpošanu. Pulverinhalatoru lietošanā būtiska ir pietiekami spēcīga ieelpa. Tās jēga ir, lai straujā gaisa plūsma izšķaida medikamenta daļiņas vēl sīkākās frakcijās, kas spēj nokļūt elpceļos. Ja daļiņas paliek rupjas, tad nogulsņējas mutē un rīklē, bet elpceļos nonāk maz. Vēl jāņem vērā, ka, ārstēšanās rezultātā astmas vai HOPS simptomi samazinoties, pacients medikamentu sāk lietot retāk un retāk, jo jūtas labi. Tomēr ar laiku simptomi atgriežas un var novest pie astmas uzliesmojuma. Neviens pacients nedrīkstētu lietot tikai salbutamolu pēc vajadzības, ir jāsaņem arī glikokortikoids, kas nodrošina sekmīgu terapiju ilgtermiņā. Manā praksē to nenovēroju bieži, tomēr dati liecina, ka salbutamolu lieto krietni par daudz. Saņemot, piemēram, hormonu un formoterolu gan pamata terapijā, gan pēc vajadzības, tiek nodrošināts gan pretiekaisuma, gan bronhus paplašinošs efekts. Reizēm pacienti izlīdzas ar medikamentu kombinācijas lietošanu pēc vajadzības, sajūtot simptomus. Protams, labāk ir lietot šādā režīmā, nekā nelietot nemaz.

veselības problēmas

stūres noguruši un neizgulējušies, kad ļoti nāk miegs. Mēs zinām, cik tas ir grūti. Šiem cilvēkiem tā ir ikdiena. Autobusa šoferim, kurš ved bērnu uz skolu, vai smagā auto vadītājam, kuram piekabē ir 20 tonnas ar kravu, potenciāla aizmigšana pat uz īsu brīdi ir ļoti bīstama, jo viņš var izraisīt avāriju ar ļoti smagām sekām. Profesionālam šoferim, kuru skārusi smaga miega apnoja, pastāv iespēja kontrolēti ārstēties, lai viņš nezaudētu savu darbu. Cilvēks no tā tikai iegūst, jo atbrīvojas no nopietnas slimības. Turklāt viņš var turpināt strādāt, jo vairs nav bīstams apkārtējiem

Pastāstiet, lūdzu, vairāk par īpašo aparātu, kuru gulēšanas laikā izmanto OMA pacienti.

– Cilvēkiem bez OMA šādu situāciju varbūt ir grūti iztēloties. Taču 50–55 gadus vecam pacientam, kuram elpošana apstājas 500 reizu naktī un tas turpinās gadiem ilgi, darbā ir grūti koncentrēties. Vakārā viņam nav spēka neko darīt, neinteresē nekādas sociālās aktivitātes, raizes rada liekais svārs un paaugstināts asinsspiediens, varbūt arī cukura līmenis asinīs. Šāds cilvēks veselības aprūpei izmaksā dārgi, jo viņam regulāri vajadzīga darba nespējas lapa, medikamenti, dažādi izmeklējumi. Ja viņš naktī trīs stundas neelpo, izgulēties nav iespējams. Parasti aparāta izmēģināšanai ir ļoti labs efekts, cilvēks atnāk laimīgs un saka: es vairs nevienu nakti negribu gulēt bez šīs ierīces. Šajā gadījumā galvenais nav aparāta izskats, bet tā sniegtais efekts. Aparāts līdzinās uz deguna uzliekamai maskai, kas ar nelielu spiedienu pūš elpceļos istabā esošo gaisu. Tā nav plaušu ventilācija vai skābekļa padeve, šī ierīce vienkārši ļauj pacientam brīvi elpot. Iespējams, izskats var maldināt, bet aparāta darbības princips zināmā mērā līdzinās brīlēm, kuras mums palīdz labāk redzēt. Šāda ierīce dod iespēju labāk elpot. Cilvēkam, kuram ir OMA smagā formā, būtībā nav lielas izvēles, tikai divi risinājumi. Pirmais – turpināt dzīvot kā iepriekš, pastāvīgā diskomfortā un mokoties ar slimības radītajām sekām, kas parasti paredz arī priekšlaicīgu nāvi. Otra iespēja – gulēšanas laikā izmantot CPAP aparātu un elpot pilnvērtīgi. Dzīves kvalitāte un veselība uzreiz uzlabojas. Tāpēc arī cilvēki izvēlas lietot šo ierīci.

Kā ģimenes ārsts var atpazīt miega apnojas pacientu?

– Šos riskus var pamanīt samērā vienkārši. Ir izveidots «STOP-Bang» tests, kuru katrs var atrast internetā (www.miegacentrs.lv). Tajā ietverti astoņi jautājumi: vai jūs krācat, vai ir liecinieki elpošanas pauzēm, vai jums ir paaugstināts asinsspiediens, vai dienā jūtat miegainību, jūsu vecums, dzimums, ķermeņa masas indekss, kakla apkārtmērs. Ja ir trīs pozitīvas atbildes, tas tiek uzvertts kā paaugstināts risks. Vecuma gadījumā robeža ir 50+ gadu, bet ķermeņa masas indeksam – virs 35 vienībām. 65 gadus vecam vīrietim trīs apstiprinošas testa atbildes vēl nav augsts risks, bet četras piecas gan. Visvairāk riskam pakļauti pusmūža (50+) vīrieši. Pie vainas var būt gan sejas skeleta īpatnības, gan liekais svārs, kas ir viens no dominējošajiem faktoriem. Tipiska pazīme gan vīriešiem, gan sievietēm varētu būt arī resns kakls, kas liecina par aptaukošanās veidu, kad daudz tauku nosēžas kaklā, tādējādi padarot elpceļus šaurākus. Par problēmām var signalizēt arī paaugstināts asinsspiediens un cukura vielmaiņas traucējumi – sākot no prediabēta stadijas, kad glikozes līmenis no rīta tukšā dūšā tuvojas augšējai normas robežai. Vēlāk bieži pievienojas arī 2. tipa diabēts. Uz OMA iespējamību var norādīt arī miegainība, nogurums dienas laikā, ko dažkārt pacienti var neuzrādīt kā sūdzību, ja tieši par to nepajautā.

Kas ģimenes ārstam būtu jā dara šādos gadījumos?

– Pacienti, kam parādās minētie simptomi, ir pakļauti augstam slimības riskam. Viņi būtu jānosūta uz izmeklējumiem vietās, kur veic miega apnojas diagnostiku. Rīgā tādu nav daudz, kādas sešas.

Kā notiek OMA diagnostika? Vai jāpaliek pa nakti Miega centrā?

– Nē, tas nav nepieciešams, jo 90–95 procentos gadījumu diagnostiku var veikt mājās. Tikai ļoti smagās situācijās, pacientiem ar ielaistu OMA un izteiktām blakus slimībām reizēm vajadzīgs stacionārais izmeklējums. Pārsvārā pasaulē vērojama tendence visu pārbaudīt mājās, jo veicamo pārbaudu skaits ir liels un laboratorijā visiem tās uztaisīt nebūtu iespējams. Tas novestu pie milzu rindām un lielas gaidīšanas. Laboratorijā šāds izmeklējums arī dārgi izmaksā. Ir izstrādāta īpaša iekārta, kas palīdz veikt izmeklējumu, ko dēvē par respiratoro poligrāfiju. Cilvēkam tiek iedota ierīce, medmāsa 15–20 minūšu laikā parāda un izstāsta, kā to pareizi lietot. Pēc tam pacients ar šo aparātu aiziet mājās un pirms gulētiešanas piestiprina to sev pie ķermeņa. Tas nav sarežģīti, tādēļ problēmas rodas reti. No rīta cilvēks nes iekārtu atpakaļ, un tad mēs redzam, kādi dati tās darbības laikā ir iegūti. Šī tehnoloģija darbojas līdzīgi kā Holtera monitorēšana, tikai pacients visas mērierīces uzliek pats. Mums vajag miegu reģistrēt. Šajā gadījumā nepietiek tikai ar kardiogrammu, jo interesē arī citi rādītāji, tādi kā skābekļa saturs asinīs, pulsa frekvence, pozīcija, elpošana, krūškurvja un vēdera kustības, arī krākšanas troksnis.

Kā notiek OMA ārstēšana? Kādas metodes tiek izmantotas?

– Vadlīnijās ir iekļautas trīs ārstēšanas metodes. Pirmā ir ķirurģiska iejaukšanās. Otrā paredz izmantot zobu kapes. Šādi risinājumi domāti vieglākām slimības formām un vairāk cīņai pret krākšanu. Piemēram, ķirurģiska operācija, izgriežot pārāk lielas mandeles, tehniski veicama samērā vienkārši un darbojas efektīvi. Savukārt kape notur žokli izbīdītā stāvoklī, neļaujot miega laikā tam slīdēt atpakaļ un sašaurināt elpceļus. Sastopami gadījumi, kad arī pacientus ar smagu OMA var ārstēt ķirurģiski, tomēr galvenokārt šī metode paredzēta vieglākām slimības formām. Savukārt vidēju un smagu OMA pacientu gadījumā ar izteiktiem simptomiem primārā izvēle vienmēr ir elpošanu regulējošie CPAP aparāti, kas izmanto gaisa spiedienu, lai uzturētu elpceļu atvērtu. Aparāts iepūš elpceļos gaisu, notur spiedienu, palīdzot elpceļiem nesaplakt, tikai ļoti delikātā veidā. Der atzīmēt, ka visām trim ārstēšanas metodēm ir viens uzdevums – paplašināt elpceļus un nepieļaut to aizvēršanos.

Ja OMA ir hroniskā stadijā, vai arī tad iespējams ķirurģiski uzlabot pacienta stāvokli?

– Nē. To var novērst jaunam cilvēkam, operējot žokļa patoloģiju. Pacienti, kuriem tiek veiktas šādas operācijas, mums gadās varbūt reizi mēnesī vai divos. Tā ir ļoti nopietna ķirurģiska iejaukšanās piecu sešu stundu garumā. Būtībā notiek žokļu pārtaisīšana. To parasti dara jauniem cilvēkiem vecumā līdz gadiem trīsdesmit. Pusmūža un vecākiem cilvēkiem, ap 50–60 gadiem, bez OMA parasti ir daudz blakus slimību, tādēļ šādai operācijai ir augsts risks. Žokļu paplašināšana un pavirzīšana uz priekšu ir sarežģīta ķirurģiska manipulācija. Tā nav mīksto audu operācija, jo tiek pārveidots pats sejas skelets. Apakšžokli pārzāģē un pavelk uz priekšu, saskrūvē, tāpat rīkojas ar augšžokli, beigās pareizi saliek sakodienu, un cilvēks ir izārstēts.

Medicinā ir ļoti daudz situāciju, kad mēs neizārstējam kaiti, bet palīdzam cilvēkam novērst

problēmas. Piemēram, brilles neārstē tuvredzību, endoprotēzes neārstē locītavas, insulīns neārstē diabētu, bet šādā veidā mēs kontrolējam slimību un atvieglojam pacienta ikdienu. Šajā gadījumā ir līdzīgi – aparāts nelikvidē smago OMA, taču tas novērš smakšanu un tās radītās negatīvās sekas. Tajā pašā laikā mēs nevaram teikt, ka pacienta elpceļš ir kļuvis platāks. Dienā viņam tas absolūti netraucē, bet naktī iekārta palīdz noturēt to pietiekami platu.

Cik ātri parādās ārstēšanas efekts?

– Izoperējot mandeles, efekts liks sevi manīt ļoti ātri, tomēr ne tūlīt, jo pirmajā dienā pēc operācijas vēl ir tūska elpceļos. Ja mandeles bijušas ļoti lielas, pacients jau nākamajā dienā pēc operācijas var sajūt atvieglojumu un situācijas uzlabošanos. Jāatceras, ka dienā viņš nejut neko, problēma parādās naktī. Pacients to izjutīs uzreiz, kad būs izgulējies un no rīta modisies sveigs nevis noguris un miegains. Ar aparātu situācija ir līdzīga. Efekts jāvērtē individuāli, jo visiem pacientiem nav OMA vienādi smaga. Viens ir ļoti miegains, cits varbūt ne tik izteikti. Nereti pacientam jau pēc pirmās nakts ir pilnīgi skaidrs, ka viņš vairs nevēlas gulēt bez iekārtas, jo beidzot ir izgulējies. Citreiz vajadzīga vismaz nedēļa, lai saprastu atšķirību un novērtētu iekārtas devumu. Tieši smagos gadījumos visbiežāk pietiek ar pirmo nakti, jo pacientam no rīta ir pilnīgi citāda sajūta, viņš atkal jūtas možs, enerģisks, asinsspiediens no rītiem vairs nav tik augsts un nav jādzer zāles. Izmantojot zobu kapi, pastāv problēma, ka pie tās ir jāpierod, jo dažiem tā var šķist diezgan traucējoša.

Vai pacients, kurš ārstējas no OMA, var droši braukt pie stūres?

– Jā. Izmantojot aparātu, 70 procenti pacientu gada laikā sasniedz pozitīvu rezultātu. Lietojot iekārtu regulāri, pietiek reizi gadā aiziet pie ārsta, var braukt ar auto, un viss ir kārtībā.

Vai pacientam par to, ka viņam tiek ārstēta miega apnoja, ir jāinformē savs ģimenes ārsts?

– Noteikti. Ja pacientam ir citas slimības, kā bieži mēdz būt, un viņš lieto daudz zāļu, tad pirms aparāta lietošanas uzsākšanas bieži vien medikamentozā terapija ir jākorģē. Piemēram, cilvēkam naktī ir 400 elpošanas apstāšanās epizožu, kad kritas skābekļa līmenis un ir liels stress. Taču pēc ierīces lietošanas pēkšņi stresa miegā vairs nav, tādēļ tā mazināšanai paredzēto zāļu deva bieži vien jāsamazina vai tās jāpārstaļ lietot. Šādos brīžos medikamentozu terapiju vajag koriģēt, tāpēc arī ģimenes ārstam viss noteikti jāzina. Tas gan vairāk attiecas uz smagākām OMA formām, kad jau novērojamas blaknes.

Cik lielā mērā un kādos gadījumos valsts kompensē OMA ārstēšanu?

– Jau apmēram piecus gadus valsts kompensē elpošanas aparāta iegādi visiem pacientiem, kam tas nepieciešams, 80 procentu apmērā no tā vērtības. Aparāta kopējās izmaksas ir 800–1000 eiro, līdz ar to cilvēki no savas kabatas samaksā ap 150–200 eiro. OMA pacienti iekārtu iegādājas tikai tad, kad ir pārlicinājušies, ka viņi var un grib to lietot un tā viņiem palīdz.

Ja rodas jautājumi vai aizdomas, – kur cilvēks var vērsties, lai noskaidrotu, vai esošās veselības problēmas nav radījušas OMA? Vai vispirms pārrunāt situāciju ar savu ģimenes ārstu?

– Sākumā patiešām vislabāk ir vērsties pie ģimenes ārsta. Arī mēs negribam, lai katrs krācejs uzreiz iet pie miega speciālista, jo tas tikai rada liekas rindas un nevajadzīgi tērē laiku. To var darīt tad, ja krākšana kļuvis par ļoti nopietnu problēmu. Bieži vairāk vajadzīga izskaidrošana, jo cilvēks nav slims, viņš nav jāārstē. Arsts tikai pastāsta, kāpēc



STOP-Bang skala

Šis tests palīdzēs novērtēt, vai jums ir obstruktīvas miega apnojas risks. Obstruktīva miega apnoja (OMA) ir elpošanas traucējumi miegā, kas izpaužas kā krākšana, elpas aiztures, nemierīgs miegs, elpošana caur muti, nakts tualetes apmeklējumi. Dienas laikā var būt pastiprināta miegainība, nogurums, koncentrēšanās grūtības.

1. Krākšana

Vai jūs skaļi krācat (skaļāk, nekā runājat, vai pietiekami skaļi, lai to varētu dzirdēt cauri aizvērtām durvīm)?

- Jā
 Nē

2. Nogurums

Vai jūs bieži jūtaties noguris vai esat miegains dienas laikā?

- Jā
 Nē

3. Novērojumi

Vai kāds jums ir novērojis elpošanas apstāšanos miega laikā?

- Jā
 Nē

4. Asinsspiediens

Vai jums ir paaugstināts asinsspiediens?

- Jā
 Nē

5. Ķermeņa masas indekss

Vai jūsu ķermeņa masas indekss pārsniedz 35 (KMI = svārs (kg) : augums (m)²)?

- Jā
 Nē

6. Vecums

Vai esat vecāks par 50 gadiem?

- Jā
 Nē

7. Kakla apkārtmērs

Vai jūsu kakla apkārtmērs pārsniedz 40 cm?

- Jā
 Nē

8. Dzimums

Vai esat vīrietis?

- Jā
 Nē

Ja uz 3 vai vairāk jautājumiem atbildējāt ar "Jā", tad jums ir risks miega apnojai. Ja uz vairāk nekā 5 jautājumiem atbildējāt ar "Jā" – jums ir augsts risks miega apnojai. Ja jums ir risks miega apnojai, vērsieties pie miega speciālista.

Adaptēts Chung F. et al 2008

Avots: Latvijas Miega medicīnas biedrība

un kas notiek. Labāk vizītē doties pārim divatā, jo bieži lielāka problēma ir blakus gulētājam, nevis krācējam. Taču, ja patiešām novērojamas arī citas klīniskās pazīmes, tādas kā liekais svārs, paaugstināts asinsspiediens, nogurums, miegainība dienā, tad gan jā dodas pie speciālista, piemēram, Miega slimību centrā.

Kas ir maksts kandidoze jeb piena sēnīte?

KETA SELECKA

Maksts kandidoze tautā tiek saukta par piena sēnīti, tāpēc ka izdalījumi, kas rodas šīs maksts infekcijas dēļ, ir bieži, balti un līdzīgi biezpienam. Pētījumi liecina, ka aptuveni 70 procentiem sieviešu vismaz reizi mūžā ir bijusi maksts kandidoze.

Ginekoloģe **Dace Matule** un rezidente ginekoloģijā un dzemdniecībā **Elvita Penka** skaidro, kā atpazīt un novērst šo nepatīkamo maksts infekciju un kā efektīvi ārstēt, lai atgūtu labsajūtu un dzīves kvalitāti.

– Cik bieži jūsu pacientes sūdzas par maksts kandidozi? Vai tā ir izplatīta saslimšana Latvijā?

– Piena sēnīte, ko sauc arī par vulvovaginālo jeb maksts kandidozi, ir bieži sastopama infekcija, ko izraisa rauga sēnīte *Candida albicans*. Šī sēnīte var atrasties makstī un uz ādas ap dzimumorgāniem un parasti nerada nekādas problēmas, tomēr dažos gadījumos sēnīte pārmērīgi savairojas, izraisot infekciju.

Pētījumi liecina, ka aptuveni 70 procentiem sieviešu dzīves laikā vismaz reizi ir bijusi šī rauga sēnītes izraisītā infekcija. Tā ir otra biežāk sastopamā vagināla jeb maksts iekaisuma forma pēc bakteriālās vaginozes, ko izraisa nevis minētā rauga sēnīte, bet baktērijas. Līdz ar to šī problēma ginekologa kabinetā ir bieži sastopama.

Ir grūti precīzi noteikt vulvovaginālās kandidozes izplatību vairāku iemeslu dēļ. Rauga grupas sēnīti *Candida albicans* makstī konstatē 10 līdz 20 procentiem veselu sieviešu reprodūktīvajā vecumā, 6 līdz 7 procentiem sieviešu menopauzē un 3 līdz 6 procentiem meiteņu pirms pubertātes, taču tā neizraisa infekciju. Nav arī iespējams noteikt, cik bieži maksts kandidoze tiek ārstēta bez konsultēšanās pie ārsta, jo plaši izplatīta ir dažādu bezrecepšu pretēnīšu līdzekļu lietošana. Turklāt klīniskā diagnoze vai aizdomas par vulvovaginālo kandidozi bieži vien ir balstītas uz simptomiem un netiek apstiprinātas ar mikroskopisko izmeklēšanu.

– Kā sievietes saslīmst ar maksts kandidozi, un kādi ir šīs slimības simptomi?

– Sievietes maksts nav sterila, jo tajā mājā dažādi mikroorganismi, piemēram, baktērijas, vīrusi un sēnītes. Veselīgā maksts vidē ir pienskābo jeb laktobaktēriju pārsvars, taču, ja parādās sliktie, tā sauktie patoloģiskie mikrobi vai sēnītes, rodas infekcija. *Candida* sugas sēnītes ir daļa no normālas maksts floras. Ja sēnīšu nav daudz, tad parasti tās nerada nekādas sūdzības un nav jāārstē, tomēr, ja *Candida* rauga sēnītei ir labvēlīgi apstākļi un tā sāk vairoties, visbiežāk sievietei rodas dažādas sūdzības. Gribu gan piebilst, ka maksts kandidoze nav seksuāli transmisīvā slimība.

80 līdz 92 procentos maksts kandidozes gadījumos ierosinātāja ir rauga sēnīte *Candida albicans*, pārējo gadījumu cēlonis ir *Candida ne-albicans* sugas, piemēram, *Candida glabrata*, tāpēc maksts kandidozes ārstēšana ir atšķirīga.

Starp citu, *Candida* sugas rauga sēnītes mīt ne tikai makstī, bet arī kuņģa un zarnu traktā, urīnizvadsistēmā, kā arī elpceļos un uz ādas. *Candida* sēnītes makstī nokļūst, migrējot no taisnās zarnas pāri starpenes zonai. Maksts kandidoze rodas tad, ja kādu iemeslu dēļ tiek izjaukts maksts

mikroorganismu līdzsvars. Tas var notikt vai nu *Candida* sēnīšu savairošanās dēļ, vai arī tāpēc, ka ir traucētas organisma dabiskās aizsargspējas.

Maksts kandidozes attīstību var veicināt vairāki riska faktori. Piemēram, antibiotiku lietošana iznīcina ne tikai sliktās, bet arī labās baktērijas makstī – laktobacīļus (*Lactobacillus*). Mainoties maksts mikroflorai, labo maksts laktobacīļu vietā savairojas sēnīte. Vāja imūnsistēma palielina sēnīšu vairošanos, jo ķermenis nevar tik labi cīnīties pret tām. Imūnsistēmu novājina dažādas slimības. Daži medikamenti, piemēram, kortikosteroidi un ķīmijterapijas medikamenti, pazemina imunitāti un veicina sēnīšu augšanu. Sievietēm ar hroniskām slimībām, piemēram, cukura diabētu, sēnītes var augt vairāk, jo asinis ir augsts cukura līmenis. Grūtniecības laikā mainās hormonu līmenis, samazinās ķermeņa dabiskās aizsargspējas, un tas veicina sēnīšu augšanu. Citi faktori, kas var palielināt sēnīšu vairošanos, ir stress, pārāk daudz cukura ēdienkartē, silts laiks, ilgstoša uzturēšanās mitrā peldkostīmā, intensīva fiziskā slodze un ciešs apģērbs.

Piena sēnītes simptomi ir nieze, dedzināšana maksts apvidū un ārējos dzimumorgānos, balti, biežpienam līdzīgi izdalījumi, kam parasti nav smakas, citreiz izdalījumi var būt dzeltenīgi, tekoši, caurspīdīgi, zaļgani. Vienlaikus var veidoties iekaisums, kas rada sāpes dzimumakta vai urinācijas laikā. Smagākos gadījumos parādās dzimumorgānu apsārtums un mazas sāpīgas plaisiņas, kas ikdienā rada ļoti nepatīkamas sajūtas.

– Kurā vecumā sievietes ar šo maksts infekciju slimo biežāk?

– Maksts kandidoze var rasties jebkurā vecumā, tomēr visbiežāk tā sastopama reprodūktīvajā vecumā, kas parasti ir no 15 līdz 50 gadiem. Tā retāk sastopama meitenēm pirmspubertātes vecumā. Ja piena sēnīte ir sievietei pēc menopauzes, tad noteikti jāpārbauda glikozes līmenis asinīs, jo maksts kandidoze, iespējams, norāda, ka ir traucējumi glikozes vielmaiņā.

– Vai vaginālās kandidozes gadījumā uzreiz jādodas pie ārsta, vai arī sievietei var mēģināt tikt galā pati saviem spēkiem, piemēram, aptiekā nopirkt vaginālās svēcītes?

– Sieviete, kurai piena sēnītes infekcija ir pirmo reizi, diez vai uzreiz sapratis, kas ir izraisījis nepatīkamos simptomus, vai arī kļūdisies ar diagnozes noteikšanu. Šādā situācijā ir svarīgi doties pie ārsta, nevis meklēt informāciju internetā vai prasīt padomus draudzenēm. Ārsts veiks precīzu diagnostiku, noteiks atbilstošu ārstēšanu un sniegs profilakses ieteikumus, lai novērstu infekcijas atkārtēšanos.

Sieviete, kurai jau iepriekš ir bijusi piena sēnīte, parasti atpazīst simptomus un zina, kā rīkoties. Lai mazinātu simptomus un novērstu infekcijas atkārtēšanos, var lietot bezrecepšu pretēnīšu līdzekļus. Patlaban ir pieejams jauns, efektīvs medikaments, kas satur imidazolu grupas pretēnīšu līdzekli sertakonazolu un lieti noder ātrai palīdzībai sievietei ar nekomplīcētu maksts sēnīšu saslimšanu. Farmaceits šādos gadījumos var būt labs padomdevējs. Tomēr ir svarīgi atcerēties, ka pašārstēšanās ne vienmēr ir labākais risinājums. Ja infekcija ir smaga vai bieži atkārtojas, ieteicams konsultēties ar ārstu, lai veiktu padziļinātu izmeklēšanu un izvēlētos pareizo ārstēšanas taktiku.

Ārstēšana nepieciešama tām sievietēm, kurām ir attiecīgie maksts infekcijas simptomi un ārsta



Foto: Shutterstock

izmeklējumi apstiprina, ka tā ir sēnīšu infekcija. Ja simptomu nav, bet izmeklējumi uzrāda maksts kandidozi (piemēram, citu iemeslu dēļ veikti testi), ārstēšana nav vajadzīga.

– Ja sievietei lieto aptiekā bez receptes pieejamos vaginālos līdzekļus, – cik ilgā laikā nepatīkamajām sajūtām vajadzētu izzust? Kurā brīdī situācijai jāpievērš papildu uzmanība – kad nevar vairs ilgāk gaidīt un jāiet pie ārsta?

– Viegla maksts kandidoze var pāriet pati no sevis dažu dienu laikā. Bezrecepšu maksts svēcītes parasti palīdz izārstēt simptomus trīs līdz septiņu dienu laikā. Sarežģītākās situācijās, iespējams, būs nepieciešama vienas līdz divu nedēļu ārstēšana. Jāatceras gan, ka bezrecepšu pretēnīšu līdzekļi derēs islaicīgam risinājumam, ja vizīte pie ārsta tuvākajā laikā nav iespējama, un tie ir efektīvi tikai vieglas infekcijas gadījumā. Ja infekcija ir smaga, simptomi nepāriet vai bieži atkārtojas, ir svarīgi konsultēties ar ārstu, jo pašārstēšanās ne vienmēr palīdz.

– Kā ārstē maksts kandidozi?

– Maksts kandidozes ārstēšanas taktika un ieteikumi atkarīgi no tā, cik smaga ir infekcija un cik bieži tā atkārtojas. Nekomplīcēta jeb vienkārša maksts kandidoze ir tad, ja piena sēnīte ir mazāk nekā trīs reizes gadā, ja paciente nav grūtniece, ja sievietei nav imūnsistēmas traucējumu, simptomi ir viegli līdz vidēji smagi, piemēram, neliels apsārtums un/vai tūska, bez plaisiņām. Aptuveni 90 procentos gadījumos nekomplīcētās infekcijas izraisītāja ir rauga sēnīte *Candida albicans*.

Nekomplīcētās maksts kandidozes ārstēšanai izmanto pretēnīšu līdzekļus, kurus lieto lokāli, t.i., makstī un uz ārējiem dzimumorgāniem, piemēram, krēmus, želejas, lodītes vai maksts svēcītes. Tāpat izmanto pretēnīšu preparātus, kurus dzer iekšķīgi, piemēram, tabletes vai kapsulas. Iekšķīgi lietojamiem medikamentiem ir vajadzīga ārsta recepte.

Komplīcētās jeb sarežģītās infekcijas pacientes skaitās grūtnieces, sievietes ar smagiem simptomiem vai vāju imūnsistēmu, pacientes, kas

inficējušās ar retākām *Candida* sugām, un arī tās, kurām infekcija atkārtojas trīs vai vairāk reizi gadā. Grūtniecēm maksts kandidozes ārstēšana galvenokārt ir paredzēta simptomu mazināšanai, jo šī infekcija neietekmē grūtniecības iznākumu. Jāpiebilst gan, ka ārstēšana nav sarežģītāka kā citām sievietēm, taču parasti ir ilgāka, tāpēc ka jāņem vērā iespējamā medikamentu ietekme uz augli. Pacientēm, kurām ir smagi infekcijas simptomi vai vāja imūnsistēma, iekšķīgi lietojamo vai lokālo pretēnīšu līdzekļu kurss parasti ir ilgāks, bet tām, kurām maksts kandidoze atkārtojas trīs un vairāk reizi gadā, vajadzīga ilgstoša ārstēšana.

– Vai sievietei, kurai ir piena sēnīte, būtu jāatturas no dzimumattiecībām?

– Nē, dzimumattiecības šīs maksts infekcijas ārstēšanas laikā nav aizliegtas, taču tās var būt nepatīkamas, līdz iekaisums mazināsies.

– Kā sievietei var sevi pasargāt no vaginālās kandidozes?

– Lai samazinātu risku saslimt ar maksts kandidozi, ir svarīgi kontrolēt cukura līmeni asinīs, ieteicams izvēlēties kontracepciju ar mazāku estrogēna devu, jāizvairās no antibiotiku lietošanas, ja tās nav nepieciešamas, un jāstiprina imūnsistēma ar veselīgu uzturu, regulārām fiziskajām aktivitātēm un pietiekamu miegu.

Lai veicinātu maksts kandidozes ārstēšanu un mazinātu simptomus, nevajag izmantot biksiņu ieliktnišus, jo tie rada mitru un siltu vidi, kas veicina *Candida* sēnīšu vairošanos. Izvēlieties kokvilnas apakšveļu, kas ķermenim ļauj «elpot». Nelietojiet maksts skalošanas līdzekļus, jo tie var izjaukt maksts dabisko mikrofloru un padarīt to jutīgāku pret infekcijām. Izvairieties no cieša apģērba, piemēram, biksēm un zeķubiksēm, jo arī tas rada tādu vidi, kas patīk sēnītēm. Daži pētījumi liecina, ka dzērveņu sulas lietošana uzturā palīdz novērst maksts kandidozes atkārtēšanos, lai gan pierādījumi nav pārliecinoši. Ja jums ir sāpes dzimumakta laikā, labāk lietot lubrikantus, kas ražoti uz ūdens bāzes, taču vajadzētu izvairīties no lubrikantiem uz eļļas bāzes, jo tie var veicināt *Candida* sēnīšu augšanu.

orivas



VIENA PESĀRIJA VEIKSMES STĀSTS

ĒRTS
RISINĀJUMS
VAGINĀLĀS
KANDIDOZES
ĀRSTĒŠANAI

BEZRECEPŠU ZĀLES.

Cagynol 300 mg pesāriji (sertaconazoli nitras)

Vaginālas *Candida* sēnišinfekcijas lokālai ārstēšanai pieaugušajiem. Vaginālai lietošanai. **Lietošana:** viens pesārijs jāievada dziļi makstī vienu reizi dienā vakarā pirms gulētiešanas, vislabāk atrodies guļus stāvoklī. Ārstēšanas kurss sastāv no vienas devas. Maksimālā reizes deva ir viens pesārijs (300 mg sertakonazola). Ja klīniskās izpausmes turpinās, pēc 7 dienām jālieto otrs pesārijs. Drošums un efektivitāte bērniem līdz 18 gadu vecumam nav pierādīti. Pirms zāļu lietošanas uzmanīgi izlasiet lietošanas instrukciju vai atbilstošu informāciju uz iepakojuma. Konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu par zāļu lietošanu.

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI.

Reklāmdevējs: Orivas SIA, Artilērijas iela 3 - 20A, Rīga, LV-1001, E-pasts: info@orivas.lv. **Reklāma pārskatīta:** 03/2024.

LVCAGYN/2024/01/02

Zarnu mikrobiota un sievietes veselība ir ļoti cieši saistītas

KETA SELECKA

Vai esi kādreiz domājusi par to, ka gremošanas traucējumi var būt saistīti ar taviem hormoniem? Izrādās, ka estrogēni un progesterons, kas ir svarīgi sievietes dzimumhormoni, ietekmē ne tikai reproduktīvo, bet arī zarnu trakta veselību. Un savu ietekmi atstāj stresa hormoni.

Ginekoloģe **Dace Matule** stāsta, kā zarnu mikrobiota – mikroorganismu kopums mūsu zarnās – nosaka hormonu līdzsvaru un kā hormonu svārstības izraisa dažādus gremošanas traucējumus.

– Kā zināms, estrogēni ir galvenie sieviešu dzimumhormoni, kas palīdz attīstīties un darboties sievietes ķermenim. Kā estrogēni ietekmē zarnu trakta veselību? Kāda ir zarnu trakta mikrobiotas saistība ar sievietes veselību?

– Cilvēka zarnu mikrobiota ir mikroorganismu kopums, kas dzīvo mūsu zarnās un sastāv no baktērijām, vīrusiem, sēnītēm un citiem mikroorganismiem. Zarnu mikrobiota ietekmē vairākas ķermeņa funkcijas, ražojot vielas, kas iesaistītas vielmaiņā, imūnsistēmā un hormonu regulācijā. Ja mikrobiotā ir daudz kaitīgo baktēriju vai tā nespēj ražot pietiekami daudz organismam nepieciešamo savienojumu, var rasties dažādas veselības problēmas, piemēram, gremošanas traucējumi. Neveselīga zarnu mikrobiota vājina imūnsistēmu, līdz ar to palielinās infekciju un autoimūno slimību risks. Pētījumi liecina, ka zarnu baktēriju līdzsvara traucējumi jeb disbioze var būt saistīta ar tādu hronisku slimību attīstību kā aptaukošanās, cukura diabēts, sirds un asinsvadu slimības, alerģijas, astma, depresija un pat vēzis. Estrogēni ietekmē ne tikai reproduktīvos orgānus un sekundārās dzimumzīmes (krūšu attīstību, apmatojumu padusēs utt.), bet arī vielmaiņu, sirds un asinsvadu sistēmu, kaulu augšanu un attīstību.

– Kā tieši zarnu mikrobiota ietekmē estrogēnu līmeni?

– Estrogēns ir hormons, kas galvenokārt veidojas sievietes olnīcās, bet nelielā daudzumā arī virsnierēs un taukaudos. Mikroorganismi, kas atrodas mūsu zarnās, var pārveidot estrogēnu, mainot tā formu vai ķīmisko sastāvu, un tas ietekmē hormonu līdzsvaru organismā.

Zarnu baktērijas ražo fermentu, kas spēj aktivizēt aknu izstrādātos estrogēnus, ļaujot tiem atkal uzsūkties organismā, līdz ar to estrogēna līmenis palielinās. Dažādu baktēriju daudzums zarnās ietekmē to, kā organisms apstrādā estrogēnus, piemēram, noteiktas baktērijas normalizē estrogēna vielmaiņu. Zarnu baktēriju līdzsvara traucējumi (disbioze) var izraisīt iekaisumu, kas savukārt ietekmē estrogēna vielmaiņu, tādējādi mainot darbīgā estrogēna līmeni asinīs. Vienkārši sakot, zarnu baktērijas var ietekmēt to, cik daudz estrogēna ir mūsu organismā, sadalot un atkal uzsūcot to, un mūsu uzturam un dzīvesveidam šajā procesā ir liela nozīme.

– Kāpēc sievietēm aizcietējumi sastopami trīs reizes biežāk nekā vīriešiem?

– Aizcietējumus var izraisīt stress, un sievietes to piedzīvo biežāk nekā vīrieši. Hemoroīdi var traucēt zarnu iztukšošanu, radot hroniskus aizcietējumus. Vēl viens iemesls ir saistīts ar higiēnu – sievietēm bieži nav ērti izmantot sabiedriskās tualetes, tāpēc viņas paciešas un neiet uz tualeti, un tas var izraisīt aizcietējumus. Sievietes biežāk ievēro veselīgu dzīvesveidu un diētas, taču pārāk daudz šķiedrvielu un mazāk



Foto: No Daces Matules personīgā arhīva

Dace Matule: «Zarnu baktērijas var ietekmēt to, cik daudz estrogēna ir mūsu organismā, sadalot un atkal uzsūcot to, un mūsu uzturam un dzīvesveidam šajā procesā ir liela nozīme.»

tauku uzturā var izraisīt aizcietējumus, jo šķiedrvielas palīdz zarnu darbībai, bet tās jālieto kopā ar pietiekamu daudzumu ūdens, lai izvairītos no vēdera aizcietējumiem, savukārt tauki veicina zarnu kustību, tāpēc diēta, kad lieto pārāk maz tauku, var palēnināt gremošanas procesu un izraisīt aizcietējumus.

– Kā hormoni ietekmē vēdera izeju?

– Saistība starp hormoniem un gremošanas sistēmas traucējumiem ir sarežģīta. Estrogēns ietekmē zarnu muskuļu darbību. Ja sievietes organismā ir pārāk maz estrogēna, tas var palēnināt kuņģa un resnās zarnas darbību, izraisot aizcietējumus vai caureju. Estrogēna deficīts var palielināt kuņģa skābes daudzumu, un tas bieži rada gremošanas traucējumus, dedzināšanas sajūtu, čūlas, grēmas, kā arī izraisa vēdera uzpūšanos, sāpes un sliktu dūšu.

– Kas ir estroboloms? Kāda ietekme uz sievietes organismu ir hiperestrogenēmijai un hipoestrogenēmijai?

– Estroboloms ir zarnu mikrobiotas apakškopa, kas sastāv no mikroorganismiem, kuri spēj pārstrādāt estrogēnus. Šie mikroorganismi ražo enzīmus, piemēram, β-glikuronidāzi, kas pārstrādā estrogēnus. Estroboloms palīdz regulēt estrogēna līmeni organismā, kas var ietekmēt hormonālo līdzsvaru un ir saistīts ar dažādām veselības problēmām.

Pārlietu augstu estrogēna līmeni sauc par hiperestrogenēmiju. Tas var būt saistīts ar policistisko olnīcu sindromu un aptaukošanos. Simptomi var būt neregulāras, sāpīgas, pārlietu stipras un ilgas menstruācijas, kā arī diskomforts krūtīs (mastalģija). Pārlietu liels estrogēnu daudzums palielina risku saslimt ar endometriozī un dzemdes vēzi. Savukārt pārāk zemu estrogēna līmeni sauc par hipoestrogenēmiju. Šāds estrogēna līmenis ir menopauzē, kā arī var būt saistīts ar ēšanas traucējumiem, piemēram, anoreksiju.

– Kādi ir biežākie estrogēna deficīta simptomi premenopauzē un menopauzē?

– Estrogēna deficīta simptomi premenopauzē un menopauzē ir karstuma viļņi, nakts svīšana, maksts sausums, urinēšanas traucējumi, menstruālā cikla izmaiņas (neregulāri periodi, asiņošana

starp periodiem) un miega traucējumi. Daudzām sievietēm ir mainīgs garastāvoklis, viegla aizkaitināmība, samazinās seksuālā vēlme. Var rasties svara pieaugums, īpaši vēdera rajonā, bieži sastopamas galvassāpes, iespējama migrēna. Ir sausa āda, izkrīt mati, un samazinās kaulu blīvums un stiprums, padarot tos trauslus un viegli lūstošus (osteoporozē). Šie simptomi ietekmē sievietes dzīves kvalitāti, tāpēc ir svarīgi to pārrunāt ar savu ārstu, lai noteiktu piemērotu terapiju.

– Kādas ir biežākās sūdzības ginekologa kabinetā par gremošanas traucējumiem, kas radušies hormonu ietekmē?

– Manas pacientes bieži sūdzas par aizcietējumiem, caureju, zarnu pūšanas, gāzēm un sāpēm vēderā, kā arī par apetītes izmaiņām.

– Kādu terapiju jūs iesakāt šīm pacientēm?

– Ņemot vērā simptomu smagumu, pacientes vispārējo veselības stāvokli un citus faktorus, katrai pacientei es iesaku individuālu ārstēšanas plānu, taču ir vairāki ieteikumi, kas der visām. Vispirms iesaku mainīt dzīvesveidu, kas sevī ietver veselīgu un sabalansētu uzturu, lietojot vairāk šķiedrvielu (augļus, dārzeņus un pilngraudu produktus), dzerot pietiekami daudz ūdens un izvairīties no kafijas, alkohola, pikantiem ēdieniem, konserviem, saldumiem, gāzētiem dzērieniem utt. Situāciju uzlabos regulāras fiziskās aktivitātes. Pat 30 minūtes mērenas intensitātes fizisko aktivitāšu katru dienu var palīdzēt uzlabot zarnu trakta veselību. Nereti situāciju uzlabo probiotiku jeb tā saukto labo baktēriju lietošana, kas atjauno zarnu mikrobiotas līdzsvaru un līdz ar to uzlabo gremošanu.

Būs situācijas, kad jālieto medikamenti. Piemēram, aizcietējuma gadījumā bezrecepšu līdzekļi, piemēram, makrogols, palīdzēs atvieglot simptomus, bet hroniska aizcietējuma gadījumā nepieciešama makrogola lietošana kursa veidā. Ja ir caureja, īslaicīgi to apturēt varēs ar bezrecepšu medikamentiem (diosmektijs), bet hroniskas caurejas gadījumā jāveic papildu izmeklējumi, lai noteiktu cēloni un atbilstošu ārstēšanu.

Ja ir kairinātās zarnas sindroms, visbiežāk izrakstu spazmolītiskos līdzekļus, kas mazina vai novērš spazmas vēderā, pretsāpju līdzekļus vai citus

medikamentus, ņemot vērā, kādi un cik spēcīgi ir simptomi. Arī menopauzes hormonu terapija, atjaunojot estrogēna līmeni, samazina gremošanas traucējumus.

Ja ir izteiktas sūdzības, ieteicams konsultēties gan ar ģimenes ārstu, gan gastroenterologu.

– Kairinātās zarnas sindroms ir viena no visbiežāk sastopamajām gremošanas trakta slimībām, kas izraisa vēdera sāpes un uzpūšanos, caureju vai aizcietējumus, kā arī citas problēmas. Kāpēc vīriešiem kairinātās zarnas sindroma simptomi paliek nemainīgi visu dzīvi, bet sievietēm, iestājoties menopauzei, simptomi samazinās vai izzūd?

– Kairinātās zarnas sindroms biežāk sastopams sievietēm nekā vīriešiem (attiecīgi 12 un 8,6 procenti), un simptomi var mainīties atkarībā no hormonu līmeņa. Pētījumi liecina, ka kairinātās zarnas sindroma rašanās sievietēm un to, cik smagi ir šie simptomi, ietekmē dzimumhormoni, īpaši estrogēns un progesterons.

Sievietēm kairinātās zarnas sindroma simptomi bieži vien parādās pusaudžu vai agrīnā pieaugušo vecumā. Tas saistīts ar hormonālajām izmaiņām, kas notiek šajā dzīves posmā, īpaši ar estrogēna līmeņa paaugstināšanos. Bet visbiežāk kairinātās zarnas sindroms sievietēm ir, sākot no pusaudžu vecuma, līdz aptuveni četrdesmit gadiem. To ietekmē hormonālās svārstības menstruālā cikla laikā, grūtniecības un menopauzes simptomi. Pēc 40 gadu vecuma sievietēm kairinātās zarnas sindroma simptomi pakāpeniski samazinās. Tas saistīts ar estrogēna līmeņa samazināšanos menopauzes laikā.

Papildus dzimumhormoniem kairinātās zarnas sindroma rašanos var ietekmēt iedzimtība, stress un citi psiholoģiskie faktori, kā arī zarnu mikrobiota.

– Vēlos pajautāt par stresa hormoniem un zarnu peristaltiku, kad zarnu muskuļi ritmiski saraujas un atslābinās, lai pārvietotu pārtiku un šķidrums caur gremošanas sistēmu. Kas tieši kontrolē šo zarnu kustīgo aktivitāti? Kādi būtu ieteikumi sievietēm, ja kortizola jeb stresa hormona līmenis ir augsts?

– Zarnu peristaltiku kontrolē sarežģīts mehānisms, kurā piedalās gan nervu, gan hormonālā sistēma. Stresa laikā organismā izdalās adrenalīns un kortizols. Šie hormoni izraisa sirdsdarbības un elpošanas paātrināšanos un muskuļu sasprindzumu. Stresa hormoni liek asinsvadiem sašaurināties un novirzīt muskuļiem vairāk skābekļa, lai būtu enerģija ātri rīkoties, taču tas paaugstina asinsspiedienu.

Augsts kortizola līmenis var izmainīt zarnu baktēriju līdzsvaru, veicinot kaitīgu mikrobu augšanu un vienlaikus samazinot labvēlīgu baktēriju daudzumu. Šis zarnu mikrobiotas līdzsvara traucējums var ietekmēt zarnu darbību un apdraudēt zarnu barjeru. Tas ir šūnu slānis, kas atdala zarnu iekšējo vidi no asinīm, padarot to caurlaidīgāku pret kaitīgām vielām, piemēram, baktērijām un toksīniem. Tas var izraisīt iekaisumu un tādu simptomus kā vēdera pūšanās, caureja un sāpes vēderā.

Kortizols var radīt gremošanas traucējumus, samazinot zarnu muskuļu kontrakciju spēku un kustību ātrumu, kas savukārt var izraisīt aizcietējumus. Tāpēc ir svarīgi atrast veidus, kā efektīvi samazināt stresu. Tie var palīdzēt regulāras fiziskās aktivitātes, meditācija, joga, elpošanas vingrinājumi un pareizs miega režīms. Ir arī tādas situācijas, kad iesaku vērsties pēc profesionālas palīdzības pie psihologa vai psihiatra.

Raksts tapis sadarbībā ar *Mayoly Baltics*

forlax[®] 10g
Macrogolum 4000

10g pulveris iekšķīgi lietojama
šķīduma pagatavošanai paciņā

FORLAX[®] –

UZTICAMS RISINĀJUMS

AIZCIETĒJUMA GADĪJUMĀ



Reklāmas devējs:
Mayoly Baltic.
Sagatavots 04.2024.
FOR-LV-2024-0007
www.forlax.eu

MAYOLY
Taking your care to heart

Bezrecepšu zāles. Pirms zāļu lietošanas uzmanīgi izlasiet lietošanas instrukciju vai atbilstošu informāciju uz iepakojuma. Konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu par zāļu lietošanu.

**ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA
IR KAITĪGA VESELĪBAI**

Skābekļa terapija palīdz risināt dažādas veselības problēmas

ILONA NORIETE

Mūsu organisma veiksmīgai funkcionēšanai nepieciešama stabila un efektīva gāzu apmaiņa – pastāvīga visu šūnu bagātināšana ar skābekli, kā arī ogļskābās gāzes (CO₂) izvadīšana. Pietiekams skābekļa daudzums ir svarīgs visiem orgāniem, bet īpaši smadzenēm, kas patērē 20 procentus no no ieelpota skābekļa. Ja elpošanas sistēma dažādu iemeslu dēļ nespēj nodrošināt pilnvērtīgu gāzu apmaiņu, organismā cirkulējošajās asinīs var būt novērojams pazemināts skābekļa daudzums jeb hipoksēmija. Parāli nereti var rasties arī hiperkapnija jeb paaugstināts CO₂ daudzums.

Skābekļa trūkuma cēloņi var būt dažādi – pārlietu slikta telpu vēdināšana, pastāvīga uzturēšanās piesārņotā un/vai ar skābekli nabadzīgā gaisā, kā arī dažādas akūtas un hroniskas saslimšanas. Ja asinīs novērojams nepietiekams skābekļa daudzums, pasliktinās visu orgānu funkcijas, parādās izteikts nogurums, kā arī pieaug risks saslimt ar sirds un asinsvadu slimībām. Vesels organisms parasti tiek galā ar īslaicīgu skābekļa deficīta izraisītiem traucējumiem, taču cilvēkiem ar slimībām skābekļa trūkums var saasināt to gaitu un veicināt dažādu papildu problēmu rašanos.

Atsevišķas slimības pašas par sevi rada pastāvīgu skābekļa badu, piemēram, hroniska obstruktīva plaušu slimība (HOPS) vai obstruktīva miega apnoja (OMA). Tādēļ dažādu veselības traucējumu risināšanai bieži tiek izmantota skābekļa terapija. Tā paredz ieelpotā gaisa bagātināšanu ar skābekli, ko veic ar speciālas medicīniskas ierīces – skābekļa koncentratora – palīdzību. Vairāk par skābekļa terapiju mūsu sarunā ar Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas (PSKUS) Plaušu slimību un torakālās ķirurģijas centra pneimonologu **Mārtiņu Purenkovu**.

– Kas ir skābekļa terapija, un kādās situācijās to nozīmē?

– Visus pacientus, kam ordinē skābekļa terapiju, var iedalīt divās lielās grupās. Pirmkārt, jānodala akūtas situācijas, kad šo terapiju izmanto slimības, traumas vai citu pēkšņi radušos veselības sarežģījumu gadījumā. Bieži vien tas ir dažu dienu, stundu vai pat minūšu jautājums, kad skābeklis darbojas kā dzīvību glābjošas zāles. Tādā brīdī skābeklis vajadzīgs nekavējoties, tādēļ vai nu cilvēks pats, vai viņam līdzās esošie parasti sauc Neatliekamo medicīnisko palīdzību vai vērsas pēc akūtas palīdzības slimnīcā un skābeklis pacientam nepieciešamajā apjomā uzreiz arī tiek dots. Otra situācija novērojama, kad cilvēkam ir konstatēta kāda hroniska slimība. Parasti pie vainas ir sirds vai plaušu slimības, kurām progresējot, skābekļa saturs organismā pakāpeniski samazinājies. Tie noteikti būs vismaz vairāki mēneši, dažreiz pat gads un vēl vairāk. Bieži pats cilvēks, iespējams, nemaz nepamana problēmu attīstību, jo piemērojas savai ikdienas dzīvei, kāda tā ir. Tad jau jārunā par hronisku skābekļa terapiju. Šādiem pacientiem skābeklis jāsaņem atkarībā no situācijas, nereti pat visas 24 stundas diennaktī.

– Skābekļa terapija var būt īslaicīga un ilgstoša. Ar ko šie veidi atšķiras un kādās situācijās tiek pielietoti?

– Īslaicīga terapija, kā jau es minēju, tiek izmantota dažādās akūtās situācijās, kad skābeklis darbojas kā dzīvību glābjošs medikaments. Tādos gadījumos mēs to dodam pacientiem tik ilgi, kamēr tas vajadzīgs, – no stundas līdz vairākām dienām. Proti, kamēr tiek stabilizēta situācija vai izārstēta



Mārtiņš Purenkovs: «Ilgstošas skābekļa terapijas nozīmēšanai ir nepieciešamas divas arteriālo asins gāzu analīzes ar trīs nedēļu starpību. Titrējot skābekļa plūsmas ātrumu, var pateikt, aptuveni cik daudz skābekļa cilvēkam jādod papildus.»

pamatslimība, jo, piemēram, plaušu karsonis var izraisīt skābekļa samazināšanos asinīs. Skābekļa terapija skaitās ilgstoša, ja pacientam dodam skābekli vismaz 16 stundas diennaktī. Šādas situācijas raksturīgas, piemēram, HOPS slimniekiem, kad jau konstatētas neatgriezeniskas plaušu izmaiņas. Līdzīgi mēdz būt, ja kādu sirds slimību rezultātā izveidojusies hroniska sirds mazspēja un sirds funkcija faktiski vairs nav atjaunojama vēlamajā fizioloģiskajā stāvoklī. Arī šādiem pacientiem tiek nozīmēta ilglaicīga skābekļa terapija. Gribu pieminēt, ka vēl ir arī cilvēki, kuriem skābekļa saturs pazeminās nakts laikā. Līdz ar to arī viņiem bieži vajadzīga skābekļa terapija.

– Kādi simptomi var liecināt par skābekļa koncentratora nepieciešamību? Vai cilvēks pats to var sajaukt, vai to varēs pateikt tikai ārsts?

– Ir diezgan plašs slimību loks, kuru ārstēšana prasa nodrošināt skābekļa terapiju. Protams, pastāv arī pamatslimību simptomi, un viens no būtiskākajiem ir elpas trūkums. Tāpat iespējama aizdusa pie slodzes, kustību ierobežojumi. Galvenais signāls, ka pacientam varbūt patiešām vajadzīgs papildu skābeklis, ir pulsa oksimetra rādījums. Manuprāt, šodien teju visiem ārstiem jebkurā brīdī jābūt pieejamam pulsa oksimetram. Sākot ar ģimenes ārstu praksi, aptieku un beidzot ar intensīvās terapijas nodaļām, kur pulsa oksimetrs pastāvīgi mēra skābekļa saturu pacienta asinīs un ļoti labi norāda uz tā trūkumu. Jāņem vērā, ka minētie simptomi var būt novērojami ne tikai nepietiekama skābekļa daudzuma gadījumā, ko izraisa sirds mazspēja vai kāda plaušu slimība. Savā būtībā tie ir ļoti nespecifiski un var arī nebūt saistīti ar skābekļa daudzumu asinīs. Piemēram, elpas trūkums samazināta skābekļa līmeņa asinīs dēļ var rasties tikai tad, ja tā saturācija būs zemāka par 90 procentiem. Tādēļ pulsa oksimetrija ir ļoti būtiska lieta. Ja mēs zinām, ka pacientam konstatēts pirmreizējs skābekļa samazinājums, tad nākamais potenciāli veicama solis ir arteriālo asins gāzu analīze, kas precīzi parādīs, cik liels ir skābekļa daudzums tieši asinīs. Šāda papildu pārbaude vajadzīga, jo pulsa oksimetrija dažreiz var būt arī izmainīta vai neprecīza, piemēram,

lakotu nagu vai sliktas perifērās asins perifūzijas uz pirkstu dēļ.

– Minējāt, ka visur vajadzētu būt pieejamam pulsa oksimetram, tostarp arī ģimenes ārstu praksēs. Kā ģimenes ārsts var atpazīt skābekļa trūkumu pacientam un skābekļa terapijas nepieciešamību?

– Ne vienmēr cilvēks, kuram ir samazināts skābekļa daudzums asinīs, sūdzas par elpas trūkumu. Viņa simptomi var izpausties kā dienas miegainība vai nespecifiskas galvassāpes. Līdz ar to pulsa oksimetru vajadzētu uzlikt gandrīz katram cilvēkam, kurš nāk pie ģimenes ārsta – gan uz parastām profilaktiskām vizītēm, gan ar sūdzībām.

– Kurp jānosūta pacients, ja ārstam radušās aizdomas par skābekļa koncentratora nepieciešamību?

– Iespējamā rīcība atkarīga no konkrētās situācijas. Ja cilvēkam novērojamas akūtas sūdzības, kas attīstījušās dažu dienu laikā, un tiek konstatēts samazināts skābekļa saturs asinīs, izšķirošais faktors bieži ir tūlītēja un izlēmīga rīcība. Jāizsauc ātrā palīdzība, uzreiz jādod skābeklis. Tas ir pirmais, uz ko jāreaģē, jo šādā situācijā skābeklis ir dzīvību glābjošas zāles. Hroniskas slimības gadījumā kardiologs vai pneimonologs var veikt asins gāzu analīzi. Šis pārbaudes pieejamība pieaug. To iespējams veikt gan Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā, gan Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā, gan privātklīnikās, piemēram, Miega slimību centrā, un es ceru, ka arī citās slimnīcās Latvijā, kurās pieņem pneimonologi. Ir arī atsevišķas ambulatorās iestādes, kurās var izdarīt šo analīzi. Kopumā, ja konstatētas aizdomas par skābekļa nepieciešamību, tālākais ceļš vedīs pie pneimonologa vai kardiologa. Manuprāt, visvairāk ar šiem jautājumiem nodarbojas tieši pneimonologi, kuri pēc vajadzības veic skābekļa titrēšanu un asins gāzu analīzes. Ilgstošas skābekļa terapijas nozīmēšanai ir nepieciešamas divas arteriālo asins gāzu analīzes ar trīs nedēļu starpību. Titrējot skābekļa plūsmas ātrumu, var pateikt, aptuveni cik daudz skābekļa cilvēkam jādod papildus. Pastāv vēl viens risinājums, ko var izmantot pacientiem ar zināmu hronisku slimību,

piemēram, terminālu sirds mazspēju vai metastātisku plaušu vēzi pa visu organismu, – paliatīvā skābekļa terapija. Šādās situācijās atgriezeniskas slimības ārstēšanas iespējas ir ļoti ierobežotas vai to praktiski nav un bieži tiek nozīmēta paliatīvā terapija. Paliatīvās terapijas dienests var nodrošināt skābekļa terapiju arī cilvēka dzīvesvietā. Tad pacients nav jāsūta pie pneimonologa vai pie kardiologa, bet jācenšas pēc iespējas ātrāk piesaistīt paliatīvās aprūpes dienestu. To var izdarīt ar abu universitātes slimnīcu starpniecību, un pastāv noteikts veids, kā to piesaka. Pēc tam tiek sasaukts konsilijs, kas ne vēlāk kā nedēļas laikā izlemj, vai pacientam nozīmējama paliatīvā aprūpe. Ja lēmums ir pozitīvs, pacients ar šī dienesta starpniecību var saņemt arī skābekļa terapiju. Vislabāk, ja paliatīvās aprūpes dienests tiek piesaistīts vēl pirms skābekļa terapijas nepieciešamības. Savukārt situācijās, kurās skābekļa terapija ir vajadzīga akūti, jāmeklē cits ceļš caur Neatliekamās palīdzības dienestu un slimnīcu uzņemšanas nodaļām.

– Vai skābekļa terapiju apmaksā valsts?

– Jā. Pacientiem, kuri atrodas mājās, stacionāros (paredzēti lietošanai mājās apstākļos) skābekļa koncentratorus apmaksā valsts. Tas tiek darīts ar Tehnisko palīglīdzekļu centra *Vaivari* starpniecību.

– Kāda ir skābekļa koncentratoru izsniegšanas kārtība, un kur šīs iekārtas var saņemt?

– Procesu vada Tehnisko palīglīdzekļu centra *Vaivari* koordinators. Ārsts šajā norisē neiejaucas, viņš tikai nozīmē terapiju, uzrakstot nosūtījumu e-veselības sistēmā, un paziņo par to Tehnisko palīglīdzekļu centram *Vaivari*. Pēc tam koordinators sazinās ar pacientu vai viņa tuvinieku. Ja nozīmēta subakūta skābekļa terapija, skābekļa koncentrators dienas vai divu laikā tiek nogādāts pacienta mājās. Ja runa ir par ilgstošu skābekļa terapiju, process prasa nedaudz vairāk laika, jo bez ārsta atzinuma un nosūtījuma vajadzīgs arī paša pacienta vai viņa tuvinieku iesniegums. Līdz ar to viss process kopā parasti ilgst nedēļu vai divas. Taču šajā laikā cilvēks var saņemt tādu pašu subakūto terapiju kā pārējie. Ja pacientam nepieņemas valsts apmaksāta skābekļa terapija mājās, bet ārsts to rekomendē, tad pacients vai tā pieredzīgā var nomāt skābekļa iekārtu par maksu. Gan pacienti gan ģimenes ārsti vairāk informācijas var atrast mājaslapā www.elpastrukums.lv vai arī zvanīt 28090909 un konsultēties.

– Vai notiek īpašas apmācības skābekļa terapijas izmantošanai?

– Man nav bijis neviena pacienta vai viņa tuvinieka, kurš teiktu, ka nemaz nesaprot, kā lietot aparātu. Tas nav sarežģīti, tādēļ īpaša apmācība nav nepieciešama. Visu svarīgāko iespējams parādīt konsultācijas laikā vai nozīmējot šo terapiju slimnīcā. Cilvēkam, kuram mēs varam ordinēt skābekļa terapiju mājās, kā arī viņa tuviniekiem noteikti jāzina, kā ieslēgt koncentratoru un regulēt skābekļa pievades līmeni no viena līdz pieciem litriem minūtē. Jāmāc ielikt degunā nazālās kanīles, caur kurām skābeklis nokļūst elpceļos un tālāk plaušās, vai uzlikt masku. Varbūt pacienti, kuri vairāk rūpējas par sevi un grib aktīvāk piedalīties terapijas norisē, veic dažādas papildu darbības. Piemēram, viņi paši mēra mājās skābekļa saturāciju un salīdzina to ar ārsta nosprausto mērķa rādītāju, kādam vajadzētu būt. Balstoties uz šiem datiem, viņi paši mēdz regulēt vajadzīgo skābekļa daudzumu.

Uzņēmumi, kas aparātus piegādā pacientiem, visu galveno parāda, instruē, kā aparāts pareizi ekspluatējams, un veic tehnisko uzraudzību. Svarīgi atcerēties, ka skābekļa koncentratora tuvumā ir aizliegts smēķēt vai kaut ko dedzināt, jo skābeklis veicina degšanu.

Foto: No PSKUS arhīva

OMRON

Visās
Latvijas
aptiekās



Asinsspiediena mērītāji no Japānas firmas OMRON

www.HealthProducts.LV

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



Lai cistīts neliek skraidīt!



Canephron®

- Ārstē cistītu
- Mazina dedzināšanas sajūtu urinējot
- Mazina sāpes

Atbalstošai terapijai un specifiskai papildterapijai
vieglu apakšējo urīnceļu iekaisuma slimību gadījumā,
kā arī nierakmeņu veidošanās profilaksei.

Pieaugušajiem un pusaudžiem no 12 g.v.:
2 apvalkotās tabletes 3 x dienā

Tradicionālas augu izcelsmes zāles, ko lieto norādītajām indikācijām,
pamatojoties vienīgi uz ilgstošā laika posmā iegūtiem rezultātiem. Bezrecepšu zāles.
Uzmanīgi izlasiet lietošanas instrukciju vai atbilstošu informāciju uz iepakojuma!
Konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu par zāļu lietošanu!
Reklāmdevējs: Ārvalstu komersanta "BIONORICA SE" pārstāvniecība.

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI!