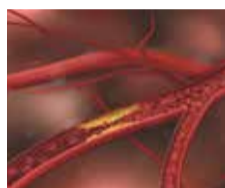


# Kurzemes

## veselības avīze



### MAZINĀT RISKU

Speciālists skaidro, kāpēc visiem cilvēkiem zema blīvuma jeb *sliktā* holesterīna norma nav vienāda. **2.-3. lpp.**



### VIEGLĀK SASNIEDZAMI

Daudziem Kurzemes onkoloģiskajiem pacientiem ārstēties iespējams tuvāk mājām – Liepājas reģionālajā slimnīcā. **16.-17. lpp.**

# Profesionalitāte. Godīgums. Cieņa.

Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca nosauc savas vērtības



Foto: No Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas arhīva

**LABĀKAS IESPĒJAS**  
Liepājā – jaunākās paaudzes lāzers.

**6. lpp.**

**GAIDA VENTSPILĪ**  
Lielākā acu klīnika ārpus Rīgas.

**7. lpp.**

**SĀP MUGURA**  
Īpašs jaunums – akupresūras korsete.

**8. lpp.**

**PLAŠA PALĪDZĪBA**  
Gan ārstē, gan pieņem dzemdības.

**18.-19. lpp.**





# Zāles holesterīna līmeņa mazināšanai

TOMS ZVIRBULIS

Paaugstināts holesterīna līmenis ir viens no galvenajiem sirds un asinsvadu slimību riska faktoriem, kam bieži vien netiek pievērsta nepieciešamā uzmanība. Tomēr šī problēma ir jārisina, un to iespējams veiksmīgi izdarīt gan ar daudzu gadu garumā sevi pierādījušajiem statīniem, gan jaunākās paaudzes injicējamām holesterīna līmeni mazinošām zālēm.

Vairāk par holesterīna līmeņa mazināšanas iespējām sarunā ar Liepājas reģionālās slimnīcas kardiologu **Kristapu Šablinski**.

**– Kādas ir pozitīvās lietas, kas pēdējā laikā Liepājas reģionālajā slimnīcā (LRS) ir notikušas un kuras jūs vēlētos izcelt?**

– Šis ir grūti atbildams jautājums. Pārdomājot pēdējā laikā notikušās pārmaiņas, diemžēl neko īpaši pozitīvu neredzu. Ārstu LRS kardioloģijas nodaļā ir palicis mazāk. Mazliet šo faktu mikstina tas, ka ir izdevies piesaistīt vairākus topošos speciālistus, kas, cerams, nākotnē šo situāciju kompensēs. Arī runājot par izmeklējumu pieejamību un citām lietām, jāteic, ka situācija aizvien ir saspringta. Rindas uz ehokardiogrāfiju, pie ambulatorajiem kardiologiem ir garas. Nedaudz tās ir mazinājušās uz koronāro angiogrāfiju. Arī šajā jomā liels izaicinājums ir personāla nodrošinājums. Līdz ar to varētu teikt, ka mēs patlaban strādājam maksimālas noslodzes režīmā un ļoti gaidām papildspēkus. Reizēm godīgi pateikt, ka situācija nav viegla, ir daudz labāk, nekā krāsot visu rožainos toņos.

**– Personāla trūkums ir lielāks izaicinājums lielajās universitāšu slimnīcās vai tieši reģionos?**

– Es varu runāt tikai par kardioloģiju, kur speciālistu trūkums ir ļoti jūtams. Sacītu, ka reģionos tas ir izteiktāks, jo universitāšu slimnīcās lielu darba nastu uzņemas rezidenti, kuri apmācību primāri iziet Rīgas lielajās slimnīcās. To arī diezgan labi raksturo fakts, ka rezidentūrā 2023./2024. gadā kardioloģijai bija atvēlētas 11 valsts apmaksātas vietas, kas ir daudz, salīdzinot ar astoņiem neatliekamās medicīnas ārstiem vai deviņiem neirologiem. Pašlaik daudzi speciālisti jau ir pirmspensijas vai pensijas vecumā, un pieprasījums pēc «svaigām asinīm» nozarē noteikti mazāks nekļūš. Līdzīgas tendences vērojamas citur pasaulē:

mediķi noveco, un ir lielas problēmas piesaistīt pietiekami daudz jaunu speciālistu pakalpojumu nodrošināšanai. Noveco arī sabiedrība, līdz ar to pieprasījums pēc kardiologiem būs. Saslimstībai ar sirds un asinsvadu slimībām pagaidām nav tendences samazināties. Tieši pretēji – tā nepārtraukti pieaug.

**– Bieži tiek uzsvērti ārstu sadarbības nozīme pacientu ārstēšanā. Kā jūs raksturotu Liepājas slimnīcas kardiologu sadarbību ar reģiona ģimenes ārstiem?**

– Man pašam šķiet, ka sadarbība ar ģimenes ārstiem ir ļoti laba. Viņiem ir pieejami nodaļas kontakti, un, ja radies kāds sarežģītāks jautājums, mēs padomu neatsakām.

Parasti ģimenes ārsti ir tie, kuri nosūta pacientus uz izmeklējumiem, – ambulatoro kardiologu akūti trūkst, un nereti ģimenes ārsti nevar gaidīt līdz brīdim, kad pacients nonāks pie kardiologa, tādējādi pašam ir jāpieņem lēmums par pierakstu uz ehokardiogrāfiju, koronarogrāfiju un, ja nepieciešams, – uz sirds ritma atjaunošanu. Diemžēl situācija ir tāda, ka ģimenes ārstam jāuzņemas papildu slogs un jāpieņem nozīmīgas izvēles par to, kā pacientu izmeklēt, jo ne vienmēr operatīvi ir pieejams speciālista viedoklis. Tiesa, Liepājas un apkārtnes ģimenes ārsti aktīvi piedalās tālākizglītības pasākumos, kur speciālisti viņus iepazīstina ar jaunākajām tendencēm pacientu izmeklēšanā un ārstēšanā.

**– Vai Liepājas slimnīcas pacientiem ir pieejamas tādas pašas zāles paaugstināta holesterīna līmeņa ārstēšanai kā pacientiem Rīgā? Vai, salīdzinot ar Rietumeiropu, ir kādi holesterīna līmeni normalizējoši medikamenti, kuri pacientiem Latvijā nav pieejami?**

– Šajā ziņā gan situācija ir laba. Standarta terapija ar statīnu un ezetimibu ir pieejama ar valsts atbalstu. Tātad veselības politikas veidotāji apzinās, cik svarīgi ir panākt adekvātu lipīdu kontroli. Līdz ar to pacientiem, kuriem šie preparāti ir nepieciešami sekundārajā profilaksē – gadījumos, kad jau ir attīstījusies koronārā sirds slimība vai bijis ievietots stents, – valsts tos pilnībā kompensē, un aptiekās šie preparāti ir pieejami. Ja runājam par otrās līnijas zālēm holesterīna mazināšanai, tad arī šajā ziņā esam labā situācijā, jo Liepāja ir viena no divām pilsētām Latvijā ārpus Rīgas, kur gadījumos, kad īpaši augsta riska pacienti nevar sasniegt zema blīvuma lipoproteīnu holesterīna (ZBLH) mērķi ar pieejamajiem medikamentiem vai ir kontraindikācijas šo zāļu lietošanai, ar konsilija lēmumu var izrakstīt jaunās paaudzes holesterīnu pazeminošos preparātus ar valsts kompensāciju. Par šo situāciju ir informēti arī ģimenes ārsti. Viņi zina, ka var sūtīt savus pacientus pie kāda no slimnīcā strādājošajiem speciālistiem, un mēs izvērtēsim, vai organizēt konsiliju un piešķirt pacientam jaunus medikamentus.

**– Vai LRS konsultē pacientus ar ģimenes hiperholesterinēmiju?**

– Pie mums nāk arī tādi pacienti, kuriem ir izteikti paaugstināts holesterīna līmenis (ZBLH  $\geq 5$  mmol/l) un pašam vai ģimenei ir konstatēta priekšlaicīga (<55 g. v. vīriešiem, <60 g. v. sievietēm) koronārā sirds slimība vai perifēro artēriju slimība. Šajos gadījumos mums var rasties aizdomas par ģimenes hiperholesterinēmiju. Tajā pašā



Foto: No Kristapa Šablinska personīga arhīva

**Kristaps Šablinskis: «Ja cilvēks vēlas dzīvot ilgi un laimīgi, ar veselu sirdi un asinsvadiem, tad zema blīvuma lipoproteīnu holesterīna līmenis spēlē būtisku lomu.»**

laikā, lai to pierādītu, mēs sadarbojamies ar Latvijas Ģimenes hiperholesterinēmijas reģistru, kas atrodas Rīgā, Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā. Mēs varam saviem pacientiem pieņemt konsultācijas pie šiem speciālistiem, pirms tam veicot visus nepieciešamos izmeklējumus, lai ārsti Rīgā varētu veikt ģenētiskās analīzes, ar kuru palīdzību pierādā šo slimību. Tālāk seko konkrētā pacienta iekļaušana reģistrā un ģimenes locekļu pārbaude.

**– Šādu pacientu nav pārāk daudz vai arī problēma ir pietiekoši izplatīta?**

– Nevarētu teikt, ka pacientu ir daudz, taču apzinās, ka daudzos gadījumos slimība vienkārši nav apzināta. Kad runājam par zema blīvuma lipoproteīnu holesterīna līmeni, ģenētikai ir sava loma, taču biežāk šī problēma vairāk ir saistīta ar dzīvesveidu nevis iedzimtu slimību.

Bieži vien tas ir saistīts ar ģimenes dzīvesveida paradumiem. Svarīgi ir, ko ģimenes locekļi ēd un cik aktīvi ir.

**– Gandrīz katrā publikācijā par sirds un asinsvadu slimībām esam centušies pacientus izglītot par šo slimību riska faktoriem, vēlamajām dzīvesveida pārmaiņām profilakses nodrošināšanai. Vai bieži pieredzat situāciju, kad pacienti patiešām izmaina savu dzīvesveidu – atmet smēķēšanu, uzsāk regulāras fiziskās aktivitātes?**

– Daļa pacientu to spēj, bet drīzāk tas ir izņēmums. Es tiešām vēlētos, lai šādu cilvēku būtu vairāk. Pārmaiņām nereti ir jābūt radikālām, kaut arī pat tās varbūt nespēs pietiekami ātri ievērojami mainīt holesterīna līmeni. Tomēr veselīgs dzīvesveids ir rekomendējams visiem pacientiem, jo ieguvumi ir daudz lielāki par izmaiņām vienā asins analīzē rādītājā, lai cik tas arī nebūtu nozīmīgs. Pilnvērtīgs un sabalansēts uzturs, kurā iekļauts daudz pilngraudu produktu, augļu, dārzeņu, pākšaugu, riekstu, sēklu, tādējādi samazinot arī uzņemto piesātināto taukskābju daudzumu, atstās pozitīvu efektu uz veselību. Tajā pašā laikā uztura ietekmei

## 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.

Kurzemes veselības avīzes izdošanu atbalsta:



**Kurzemes**  
veselības avīze



# – bez aizspriedumiem

uz holesterīna līmeni ir robežas. Es teiktu, ka lielākajā daļā gadījumu samazinājums būs līdz aptuveni 20 procentiem no esošā ZBLH līmeņa. Vēl nelielus uzlabojumus var panākt ar fiziskajām aktivitātēm. Protams, nozīme ir arī tam, vai pacientam nav liekā svara un citu slimību. Daudzos gadījumos šis efekts nebūs pietiekams, lai varētu iztikt bez zāļu lietošanas.

**– Kādi holesterīna skaitļi jūs kā speciālistu dara bažīgu attiecībā uz pacienta sirds un asinsvadu slimības turpmāko prognozi, ja viņam iepriekš ir bijis infarkts?**

– Kardioloģijā riski tiek modelēti divos veidos: kāds ir pacienta nākotnes kardiovaskulāro notikumu risks, ja viņam jau ir sirds un asinsvadu slimība vai ja tādas nav. Otrajā gadījumā tiek ņemts vērā arī pacienta vecums, dzimums, asinsspiediens, holesterīna līmenis u.c. Tādējādi varam samērā precīzi paredzēt pacienta kardiovaskulāro notikumu (miokarda infarkts, insults utt.) iespējamību tuvāko desmit gadu laikā. Un atkarībā no tā mēs zinām, kāds būtu vēlamo holesterīna līmenis konkrētajam cilvēkam. Jāņem vērā, ka ir neapgājami pierādīts – jo zemāks ZBLH līmenis cilvēkam asinīs, jo mazāks ir risks saslimt ar kādu no sirds un asinsvadu slimībām. Tiek pamatoti uzskatīts, ka tas ir saistīts ar dzīvesveidu. Tiem, kuri aizvien dzīvo pirmatnējo cilvēku dzīvesveidu, – daudz kustas, pārtiek no tā, ko paši izaudzē vai atrod dabā, neizmanto uzturā rūpnieciski apstrādātus pārtikas produktus – ZBLH rādītājs ir starp 1,3 līdz 1,9 mmol/l. Mūsdienās cilvēkam, kurš nelieto holesterīna līmeni mazinošas zāles, tas ir liels retums. Tas tikai norāda, ka sabiedrības vidējais holesterīna līmenis nav «norma». Mēs fizioloģiski neesam radīti tik augstam holesterīna līmenim asinīs. Jo ilgāk mēs dzīvojam ar paaugstinātu holesterīnu, jo lielāks ir mūsu risks saslimt. Nereti mūsdienās cilvēks par holesterīna līmeni aizdomājas tikai tad, kad parādās pirmās problēmas. Tas gan nenozīmē, ka viss jau ir nokavēts, bet daudz labāks efekts būtu, ja holesterīnam tiktu sekots līdz profilaktiski. Sākotnēji to var mēģināt koriģēt ar dzīvesveida pārmaiņām. Ja tas neizdodas, jāsāk lietot medikamentus. Ja cilvēks vēlas dzīvot ilgi un laimīgi, ar veselū sirdi un asinsvadiem, tad ZBLH līmenis spēlē būtisku lomu.

**– Kādi ir izplatītākie mīti par holesterīnu, kurus jūs vēlētos atspēkot?**

– Cilvēki nereti domā, ka holesterīna analīzes obligāti ir jānodod tukšā dūšā, citādi tās nebūs derīgas. Jā, triglicerīdu līmenis nedaudz mainās, ja cilvēks ir paēdis, bet kopumā arī šādi mērījumi ir precīzi. Atsevišķās vadlīnijās pat tiek uzsvērts, ka uz analizēm var nākt arī paēdis, jo tas uzlabo līdzestību izmeklējumam – vairāk pacientu var nodot analīzes, jo nav jāpārķārto visa diena, lai aizbrauktu uz laboratoriju. Saistībā ar zālēm visbiežāk nākas saskarties ar dažādiem mītiem par statīniem. Sabiedrībā vēl arvien pastāv uzskats, ka statīni bojā aknas, izraisa Alcheimera slimību vai noteikti bojā muskuļus. Tas viss nav patiesība. Statīni ir viens no lielākajiem atklājumiem 20. gadsimta medicīnā, tie ir izglābuši dzīvību miljoniem cilvēku un ir efektīvi un droši. Statīniem, tāpat kā pilnīgi visiem medikamentiem, ir iespējamas blaknes, taču tās ir retas un ar tām var tikt galā. Es aicinu cilvēkus nebaidīties no statīniem, bet gan no augsta holesterīna līmeņa.

**– Vai jums ir kāds padoms, kā veicināt hronisku slimību pacientu līdzestību, kuriem medikamentozā terapija nav atceļama?**

– Manā skatījumā mūsdienu medicīnas problēma, it īpaši ambulatorajā sektorā, ir

speciālistu pārslodze. Pacientu ir ārkārtīgi daudz. Šā iemesla dēļ vizišu garums ir ierobežots un speciālists nav spējīgs līdz galam iedziļināties katrā pacienta stāstā un pilnvērtīgi izrunāt visas nianšes par slimību un tās ārstēšanu. Nereti šādos gadījumos nevar izveidoties pilnvērtīgas pacienta un ārsta attiecības. Turklāt ārstam vēl ir jāaizpilda medicīniskā dokumentācija. Ja vizīte ir īsa, tad pat acu kontakta uzturēšana ir sarežģīta. Ārsts piefiksē visu nepieciešamo informāciju, sniedz korektas rekomendācijas, bet bieži vien no pacientiem dzirdam, ka viņi nav tikuši uzklausti vai nav sapratuši, kas ar viņiem notiek. Šādas situācijas noteikti mazina līdzestību, un medicīnu rekomendācijām noteikti būs mazāks svars nekā tad, ja pacientam būtu iespēja saņemt pilnvērtīgu informāciju par sev nozīmēto ārstēšanu.

**– Vai ir kādi uzticami un brīvi pieejami izglītojoši resursi latviešu valodā, ko jūs ikdienā iesakāt saviem pacientiem?**

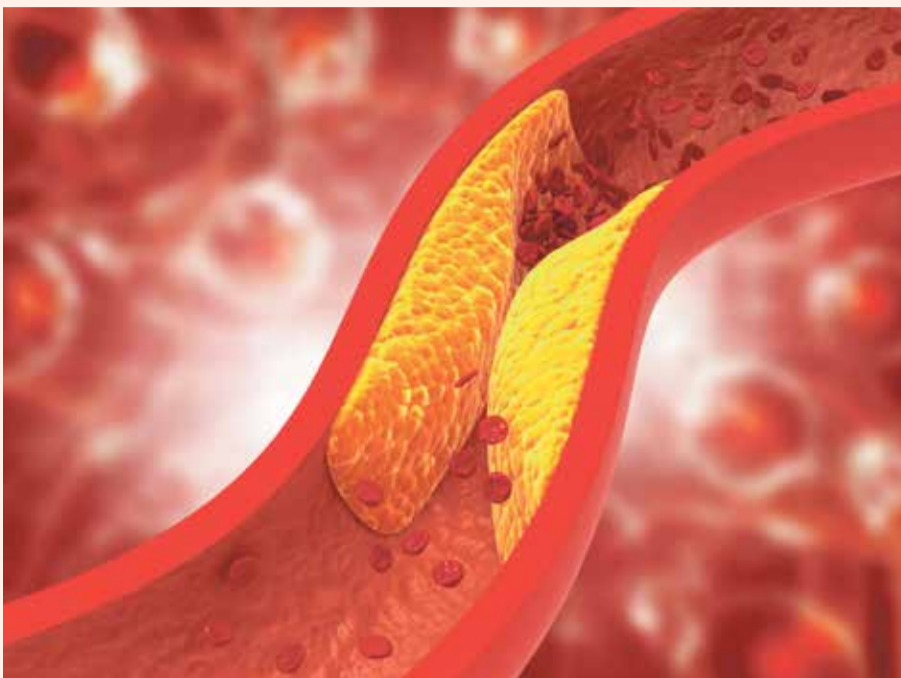
– Diezgan daudz informācijas ir pieejams vietnē [parsi.lv](http://parsi.lv). Slimību profilakses un kontroles centra mājaslapā ir ievietotas interesantas infografikas, kur ir iespēja uzzināt daudz ko jaunu par dažādām slimībām. Pats parasti informāciju meklēju angļu valodā. Mūsdienās, pateicoties tehnoloģiju iespējām, materiālus var apskatīt jau iztulkotus, jo tulkošanas kvalitāte ir ievērojami augusi, un cilvēki bez svešvalodu prasmēm ir spējīgi lasīt kvalitatīvus un atzītus materiālus, piemēram, Eiropas Kardiologu biedrības sagatavoto informāciju. Manā skatījumā, tas ir ļoti pozitīvi, jo šādā veidā tehnoloģijas palīdz uzlabot ikdienas dzīvi. Vēlos uzsvērt, ka noteikti ir jāpievērš uzmanība informācijas avotam – vai tā ir profesionāla biedrība, sertificēts speciālists.

Mūsdienās pastāv liela viedokļu dažādība, it īpaši masu medijos un sociālajos tīklos, un pašam sevi nodēvēt par speciālistu ir ļoti vienkārši. Tikpat vienkārši ir savai auditorijai stāstīt šķietami fantastiskas lietas, kas nav pamatotas ar pierādījumiem. Šādi cilvēki spēj pārliecināt citus, jo velta viņiem savu uzmanību. Ārstam ne vienmēr ir laiks izskaidrot, kādi konkrētajai terapijai ir pierādījumi. Mēs zinām, ka efekts ir pierādīts pētījumos, bet to izstāstīt un pamatot savu izvēli pacientam ne vienmēr ir iespējams. Taču cilvēks nāk pie ārsta kā pie zinoša savas jomas profesionāļa. Diezin vai katrs pats lasīs pētījumus par to, kādas ir konkrēto zāļu priekšrocības un riski. Vēl bieži vien lielāka nozīme ir nevis tam, ko mēs pasakām, bet kā mēs to pasakām: kāda ir ārsta sejas izteiksme sarunas laikā, vai viņš ir pārliecināts par to, ko saka, vai sarunas laikā ārsts nav izklaidīgs. Ir jāņem vērā ļoti daudzas nianšes. Komunikācija, kurā ir saglabāts acu kontakts, ir daudz efektīvāka nekā bez tā.

**– Ko jūs ieteiktu līdzestīgam pacientam, kuram jau ir ievietoti vairāki stenti, kurš ir atmetis smēķēšanu, uzlabojis dzīvesveidu, bet ZBLH par spīti medikamentu lietošanai vēl arvien ir ap 4 mmol/l?**

– Iesaku vērsties pie speciālistiem Paula Stradiņa Kliniskajā universitātes slimnīcā, Rīgas Austrumu kliniskajā universitātes slimnīcā, Liepājas reģionālajā slimnīcā vai Daugavpils reģionālajā slimnīcā, lai nepieciešamības gadījumā varētu sasaukt ārstu konsiliju un pacientam nodrošinātu jaunās paaudzes zāles, kuras ļoti efektīvi mazina holesterīna līmeni arī šādos gadījumos, kad, neskatoties uz maksimālu terapiju, ZBLH saglabājas virs 3 mmol/l. Tātad primāri būtu jāvērsas ārstniecības iestādē, lai varētu pēc iespējas operatīvi atrast risinājumu nopietnai problēmai.

## 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.

### 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 (ĶMI) 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.

### Profilakse

Tie paši veselīga dzīvesveida principi, kas palīdz pazemināt holesterīna līmeni, var palīdzēt izvairīties no augsta holesterīna līmeņa:

- Lietojiet uzturā maz sāls, uzsvāru liekot uz augļiem, dārzeņiem un pilngraudu produktiem.
- Ierobežojiet dzīvnieku tauku daudzumu uzturā un lietojiet labos taukus ar mēru.
- Zaudējiet liekos kilogramus un saglabājiet normālu svaru.
- Atmetiet smēķēšanu.
- Vingrojiet vismaz 30 minūtes gandrīz katru dienu.
- Lietojiet alkoholu ar mēru.
- Nepakļaujieties stresam.

Avots: [mayoclinic.org](http://mayoclinic.org), [laboratorija.lv](http://laboratorija.lv)



# Laboratoriskie izmeklējumi – ceļš uz precīzu diagnozi

ILONA NORIETE

Lai ikdienā varētu justies droši par savu veselību, medicīnas speciālisti rekomendē reizi gadā doties pie ģimenes ārsta un veikt asins analīzes. Pilnas asins ainas izmeklējums var sniegt vispārēju informāciju par organisma veselības stāvokli kopumā un arī norādīt uz iespējamu saslimšanu. Savukārt konkrētu sūdzību vai simptomu gadījumā ir nepieciešama padziļināta orgānu sistēmu izpēte ar specifiskām analizēm. Nereti tieši sākotnējās pārbaudes, kad vēl nekādas slimības pazīmes nav jūtamas, ļauj konstatēt dažādu, arī onkoloģisku, slimību aizmetņus.

Vairāk par dažādiem laboratoriskajiem izmeklējumiem un to nozīmi labas veselības uzturēšanā stāsta Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas laboratorijas ārste ar specializāciju mikrobioloģijas jomā **Evija Skrode**.

**– Katram cilvēkam ir jāpūpējas par savu veselību. Tāpat kā automašīnai reizi gadā jāiziet tehniskā apskate, arī ikvienam no mums vismaz tikpat bieži ir jāatnāk pie sava ģimenes ārsta un jāveic asins analīzes. Cik liela loma veselības uzturēšanā ir regulārai analīžu nodošanai?**

– Iedzīvotājiem, kas vērsušies pie ģimenes ārsta ar sūdzībām par veselības problēmām vai arī profilaktiski, reizi gadā rekomendējams veikt pilnas asins ainas izmeklējumu. Šis izmeklējums sniedz vispārēju informāciju par mūsu organisma veselības stāvokli kopumā. Pilnas asins ainas izmeklējumā ir iekļauti dažādi rādītāji – eritrocītu, leikocītu, limfocītu, trombocītu skaits, hemoglobīna daudzums, leikocītu frakciju sadalījums u.c. Šie rādītāji sniedz informāciju, vai organismā ir iekaisuma procesi, kādas izcelsmes tie varētu būt (virāli, bakteriāli vai alerģiski), vai ir vērojama mazasinība (samazināts eritrocītu daudzums) un kāds varētu būt tās iespējamais cēlonis, vai ir traucēti asins recēšanas procesi un ir vērojams trombu veidošanās risks vai hematoloģisko slimību attīstības risks.

**– Ja organismā ir ieperinājies ļaundabīgais audzējs, – vai asins analīzes arī tad kaut ko parādis?**

– Viss ir atkarīgs no audzēja izcelsmes un lokalizācijas, arī no tā, kādā attīstības stadijā tas atrodas laboratorisko izmeklējumu nodošanas laikā. Ja ļaundabīgais process ir tikko sācies, bieži vien nenovēro nekādas izmaiņas asins analīzēs. Pilna asins aina vairāk spēj sniegt informāciju par hematoloģiskiem audzējiem – limfomu, leikoziju, mielomu, u.c., savukārt noteiktu orgānu sistēmu ļaundabīgo audzēju izmeklēšanai būs nepieciešamas krietni specifiskākas analīzes.

**– Ja cilvēks vēlas veikt sava organisma pilnu apskati un pārliet, kā viss ir kārtībā, – vai viņam to vajadzētu pārrunāt ar ģimenes ārstu, nodot visas analīzes, iekļaujot arī aknu un nieru rādītājus, vai tomēr tas nepieciešams tikai specifiskos gadījumos?**

– Visbiežāk pacienti pie ģimenes ārsta vērsas jau ar konkrētām sūdzībām, kuras ārsts izvērtē un izlemj, kādus izmeklējumus nepieciešams veikt, lai saprastu, kas ir noticis ar konkrēto orgānu sistēmu, kāpēc tā ir izgājusi no ierastas un rada simptomus.

Piemēram:

● Pacients sūdzas par biežu urinēšanu, izteiktām slāpēm, sausu muti un nogurumu, ģimenes anamnēzē parādās informācija, ka viņa tēvs



**Evija Skrode:**  
«Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas laboratorija aktīvi iesaistījusies laboratorijas modernizācijā, aprikojot to ar jaunākās paaudzes hematoloģiskajiem, bioķīmiskajiem, urīna un infekciju izmeklējumu analizatoriem, tādā veidā nodrošinot vēl ātrākus, plašākus un precīzākus izmeklējumu rezultātus.»

Foto: No Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas arhīva

slimo ar cukura diabētu. Šādā situācijā ārsts papildus pilnas asins ainas izmeklējumam noteikti rekomendēs veikt testus cukura diabēta diagnosticēšanai, piemēram, noteikt tukšas dūšas glikozes rādījumu un/vai glikēto hemoglobīnu, pilnu urīna analīzi.

● Pacientiem, kuriem ir sūdzības par nieru darbības traucējumiem, viens no būtiskiem papildu laboratoriskajiem izmeklējumiem būs kreatinīns un glomerulu filtrācijas ātrums, pacientiem ar aknu darbības traucējumiem – ALAT, pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām – lipīdu profils un specifiski marķieri, piemēram, proBNP un troponīns.

● Pacientiem ar biežu un sāpīgu urinēšanu papildus būs jāveic urīna klīniskā izmeklēšana un mikrobioloģisks uzsvējums infekcijas ierosinātāja noteikšanai un pareizai antimikrobiālo līdzekļu piemeklēšanai terapijā.

**– Vai tad, ja pacientam nav sūdzību, bet viņš vienkārši grib pārliet, kā ar organismu viss ir kārtībā, pietiek ar pilnu asins analīzi?**

– Ja nav nekādu sūdzību un cilvēks jūtas labi, tad veikt laboratoriskos izmeklējumus nav nepieciešams. Pilna asins aina var kalpot kā vispārējs skrīninga izmeklējums, taču jāatceras, ka asins parauga ņemšana ir invazīva procedūra ar noteiktiem komplikāciju riskiem, piemēram, hematomas veidošanos, pastiprinātām sāpēm dūriena vietā, infekcijas attīstību vai pastiprinātu asiņošanu pēc parauga paņemšanas.

**– Vai arī urīna analīzi būtu vēlams nodot reizi gadā?**

– Urīna analīze ir ļoti informatīvs izmeklējums, kas sniedz pārskatu par nieru funkcionālajām spējām, vielmaiņas procesiem organismā, iekaisuma vai cita veida patoloģijām nierēs un urīnceļos. Ja cilvēkam nav sūdzību, kas varētu liecināt par nieru vai urīnceļu slimībām, tad veikt urīna analīzi reizi gadā nav nepieciešams.

**– Vēl vienas svarīgas analīzes ir slēpto asiņu noteikšana fecēs. Kā zināms, tās var signalizēt par zarnu vēzi.**

– Slēpto asiņu noteikšana fecēs tiek plaši izmantota kā skrīninga izmeklējums resnās zarnas vēža diagnosticēšanai. Taču būtiski ir atcerēties, ka pozitīvam vai negatīvam testa rezultātam var būt dažādi iemesli. Arī citas slimības – resnās

zarnas polipi, iekaisīgās zarnu slimības vai hemoaroidi – var radīt asiņošanu zarnās un dot viltus pozitīvu testa rezultātu. Arī diētas neievērošana (piemēram, alkohola, nepietiekami apstrādātas gaļas, mārurku lietošana uzturā u.c.) un noteiktu medikamentu (piemēram, dzelzs preparātu, aspirīna, C vitamīna) neatcelšana pirms izmeklējuma var dot viltus pozitīvu rezultātu. Savukārt resnās zarnas vēzis sākuma stadijās var nerādīt nekādus simptomus un sniegt viltus negatīvu rezultātu. Taču, ja pacientam šis tests ir pozitīvs un ir simptomi vai papildu riska faktori, kas varētu liecināt par resnās zarnas vēzi, noteikti ir jāvērsas pie ģimenes ārsta un jāveic papildu izmeklējumi.

**– Vai cilvēkiem vecumā līdz 50 gadiem arī vajadzētu regulāri nodot fecu analīzes? Zarnu vēzis var parādīties arī 30 gados, it sevišķi, ja ir ģenētiski riska faktori.**

– Būtiski ir vērtēt kopainu – vai pacientam ir raksturīgās sūdzības un simptomi, vai pastāv slimības attīstību veicinoši riska faktori, vai ir izslēgtas citas slimības, kas var radīt asiņošanu, un vai ir veikti kādi radioloģiskie izmeklējumi. Ja ārstējošajam ārstam ir pamatotas aizdomas par iespējamu resnās zarnas vēzi, tad noteikti šādu izmeklējumu var veikt arī vecumā līdz 50 gadiem.

**– Vai ir vēl kādas specifiskākas analīzes?**

– Onkoloģisko slimību diagnostikā tiek pielietoti dažādi papildu diagnostikas marķieri. Kā vieni no biežākajiem ir CEA, CA 125, CA 19-9, CA 15-3, HER 2 u.c. Katrs no šiem marķieriem var norādīt par iespējamu onkoloģisku saslimšanu, taču tie mēdz būt paaugstināti arī pie neoplāziskām slimībām.

**Ko parāda glikētais hemoglobīns?**

– Glikētais hemoglobīns atšķirībā no tukšas dūšas glikozes izmeklējuma norāda, kāds ir bijis glikozes līmenis asinīs pēdējo trīs četru mēnešu laikā. Šo rādītāju pamatā izmanto cukura diabēta terapijas efektivitātes izvērtēšanai. Glikētais hemoglobīns ir krietni stabilāks glikozes rādītājs asinīs nekā tukšas dūšas glikozes rādītājs, jo to īpaši neietekmē pārtikas vai saldīnātu dzērienu lietošana tieši pirms analīžu nodošanas.

**– Pēdējos gados sevišķi akcentēts normāla D vitamīna līmeņa svarīgums. Vai arī šīs analīzes ir jānodod tukšā dūšā, un vai uz tām**

**var nākt bez ģimenes ārsta nosūtījuma, jo ir jāmaksā pašam?**

– D vitamīna līmeņa noteikšanai ārsta nosūtījums nav nepieciešams un arī īpaša sagatavošanās pirms parauga nodošanas nav vajadzīga. Šo analīzi var nodot jebkurā sev vēlamā laikā.

**– Kāda ir D vitamīna loma organismā?**

– D vitamīna viena no galvenajām funkcijām organismā ir laba skeleta un zobu veselības uzturēšana. D vitamīns piedalās arī imūnās sistēmas regulācijā, inhibē autoimūno slimību attīstību, samazina iekaisīgo zarnu slimību, reimatoīdā artrīta un 1. tipa cukura diabēta attīstības risku. Samazināts D vitamīna daudzums organismā var izraisīt nespēku, nogurumu, miega traucējumus, apātiju un depresiju. Cilvēkiem, kuriem ir vērojami aknu un nieru darbības traucējumi, būtu nepieciešams pievērst īpašu uzmanību D vitamīna līmenim organismā. Abi šie orgāni ir iesaistīti D vitamīna pārvēršanā aktīvā formā, kuru tālāk organisms var izmantot dažādos sev nepieciešamos procesos.

**– Asins analīžu atbildē pie rādītājiem ir bultiņas, kas norāda uz paaugstinātu vai pazeminātu līmeni, kam būtu jāpievērš uzmanība. Cik būtiski ir nodot asins analīzes tajā pašā laboratorijā, kur tas darīts iepriekš?**

– Faktiski nav būtiskas atšķirības, kurā no laboratorijām pacients ir nodevis analīzes. Ja ir vērojamas laboratorisko testu vērtību izmaiņas ārpus normas robežām, tad tas tiks atspoguļots jebkuras laboratorijas veiktajos izmeklējumos. Vienīgi nedaudz var atšķirties referentie jeb normas intervāli, jo katra laboratorija savā ikdienas darbā izmanto dažādu firmu aparāturu un reagentus. Praksē esmu novērojusi, ka pacienti parasti izvēlas laboratoriju, kas atrodas tuvāk dzīvesvietai vai laika gaitā vairāk iemantojusi uzticību un simpātijas.

**– Kas vēl no svarīgām lietām būtu palicis nepieminēts?**

– Saistībā ar Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas laboratoriju noteikti jāatzīmē, ka esam aktīvi iesaistījusies laboratorijas modernizācijā, aprikojot to ar jaunākās paaudzes hematoloģiskajiem, bioķīmiskajiem, urīna un infekciju izmeklējumu analizatoriem, tādā veidā nodrošinot vēl ātrākus, plašākus un precīzākus izmeklējumu rezultātus. Patlaban laboratorijā esam uzsākuši tādu infekcijas slimību ierosinātāju diagnostiku kā *Helicobacter pylori*, Epšteina-Barras vīruss, *Herpes simplex vīruss*, ērcu encefalīta vīruss, *varicella-zoster vīruss*, garā klepus un Laimas slimības ierosinātāju, u.c. diagnostiku. Pavasarī plānojam uzsākt pašu ērcu izmeklēšanu uz ērcu encefalīta vīrusa un Laimas slimības ierosinātājiem. Vēl būtisks jaunums ir dažādu reimatoloģisko un saistaudu slimību diagnostikas uzsākšana, nodrošinot kalprotektīna, reimatoīdā faktora, antikardiolipīnu, antitransglutamināzes, ANCA, ANA, ENA skrīninga izmeklējumus u.c.

Visprecīzākais laboratorisko izmeklējumu rezultāts būs iegūstams tikai tad, ja pirms analīžu nodošanas iepazīsieties ar informāciju, kas jāņem vērā, procedūrai sagatavojoties. Būtiski zināt, vai analīzes jānodod tukšā dūšā, vai tās var nodot jebkurā diennakts laikā, kurā menstruālā cikla dienā labāk nodot sieviešu hormonu analīzes, vai ir kādi medikamenti, kurus būtu vēlams pirms analīžu nodošanas nelietot, vai urīna izmeklējumiem jāņem pirmā urīna strūklas porcija vai vidējā. Visi iepriekš minētie faktori būtiski spēj ietekmēt analīžu rezultātus. Visa informācija par pieejamajiem izmeklējumiem un pareizu paraugu savākšanas kārtību ir pieejama slimnīcas laboratorijas reģistratūrā un slimnīcas mājaslapā (<https://ziemelkurzemes slimnica.lv/>).



# Krista Ošeniece: «Ar pašreizējo situāciju varam būt apmierināti»

TOMS ZVIRBULIS

No 2023. gada septembra sirds mazspējas pacienti Latvijā ar valsts kompensāciju var saņemt ļoti efektīvus medikamentus – SGLT-2 inhibitorus. Pirms kompensācijas noteikumu izmaiņām tā bija ļoti «karsta» tēma veselības politikas veidotāju, ārstu un pacientu sarunās, jo zāļu efektivitāte bija nenoliedzama, taču tās vajadzēja pirkt par savu naudu. Ja politiķi tiek vērtēti pēc pirmajām 100 dienām amatā, tad šīs zāles savu efektivitāti pierāda trīs reizes ātrāk, kas daudziem ģimenes ārstiem un speciālistiem ievērojami atvieglojis darbu ar viņu sirds mazspējas pacientiem.

Sarunā ar ģimenes ārsti **Kristu Ošenieci** uzzinājām, kāds ir bijis laiks kopš kompensācijas politikas izmaiņām, kādu pozitīvu efektu tas sniedzis viņas pacientiem un kāda ir šo zāļu loma dažādu hronisku slimību ārstēšanā.

**– Kāda ir ģimenes ārstu pieredze ar SGLT-2 inhibitoru klases medikamentiem, un ko jaunās kompensācijas iespējas nozīmē gan ģimenes ārstiem, gan pacientiem?**

– Pieredze ir pozitīva. Tiem pacientiem, kuri saņem SGLT-2 inhibitorus, ir ļoti ārstēšanas rezultāti. Izmeklējumi rāda, ka uzlabojas sirds izviedes frakcija, slimniekiem atzīmē labāku pašsajūtu, ir mazāk jūtama aizdusa. Tas ceļ dzīves kvalitāti. Pacientiem ar sirds mazspēju un cukura diabētu samazinās arī cukura līmenis. Tā kā medikaments tiek plaši pielietots, jaunā kompensācijas sistēma jāvērtē pozitīvi, jo tā pieļauj zāļu nonākšanu pie lielāka ārstējamo skaita. Agrāk lielai daļai pacientu par medikamentu vajadzēja maksāt pilnu cenu un daudzi nevarēja atļauties šādu summu atdot par vienām zālēm. Lēmums par kompensāciju ir liels ieguvums gan valstiskā līmenī, gan manas prakses pacientiem.

**– Kādi ir jūsu pacientu lielākie ieguvumi, ņemot vērā, ka daudz vairāk viņu var iegādāties SGLT-2 inhibitorus?**

– Tā vispirms noteikti ir dzīves kvalitāte – samazinājies aizdusa, nogurums un citi ar sirds mazspēju saistīti simptomi. Tāpat mazinās ķermeņa svārstības, kura paaugstināšanās sirds mazspējas pacientiem parasti ir saistīta ar šķidruma aizturi un tūsku. Tā kā mazinās nogurums un nespēks, tad šie cilvēki kļūst aktīvāki, jo fiziskās aktivitātes vairs nesagādā tādas grūtības. Neskatoties uz to, ka slimības simptomi mazinās, pacienti tiek regulāri kontrolēti. Mums ir jāzina, kā viņi panes šo medikamentu, vai nerodas blaknes. Lietojot SGLT-2 inhibitorus, ir jāuzrauga arī urīna analīzes, jo šīs zāles palielina glikozes daudzumu urīnā, kas savukārt veicina urīnceļu infekciju risku. Jāpārliecinās, ka pacientiem šādu sūdzību nav. SGLT-2 inhibitoru grupas zāles palīdz arī asinsspiediena normalizēšanā. Savā praksē skaidri varu redzēt starpību starp pacientiem, kuri SGLT-2 inhibitorus lieto ilgstoši, un tiem, kas to ir uzsākuši darīt tikai tagad. Tajā pašā laikā gribu uzsvērt, ka šo medikamentu pozitīvais efekts nav jāgaida gadiem ilgi. Parasti tas ir pāris mēnešu jautājums. Pārsvārē es zāles izrakstu mēnesim. Tad pacients ierodas uz kontroles vizīti, lai salīdzinātu viņa stāvokli pirms un pēc tam, kad uzsāka zāļu lietošanu. Pirmās pozitīvās iezīmes var novērot jau šajā laikā, un, jo ilgāk zāles tiek lietotas, jo labāks ir efekts. Lai gan devas ir standartizētas, katram pacientam



**Krista Ošeniece: «Pacientiem, kuri saņem SGLT-2 inhibitorus, ir ļoti ārstēšanas rezultāti. Izmeklējumi rāda, ka uzlabojas sirds izviedes frakcija, slimniekiem atzīmē labāku pašsajūtu, ir mazāk jūtama aizdusa. Tas ceļ dzīves kvalitāti.»**

tās tomēr nedaudz ir jākorrigē, un tieši tāpēc mēs vēlamies viņu redzēt pēc mēneša. Nākamā vizīte gan var būt pēc trim vai sešiem mēnešiem.

**– Sirds mazspēja nav slimība, kura rodas pati no sevi. Parasti tai fonā ir citas slimības, piemēram, arteriālā hipertensija, koronārā sirds slimība, cukura diabēts, kura ārstēšanai sākotnēji bija paredzēti SGLT-2 inhibitori. Kādi ir jūsu novērojumi attiecībā uz šīs zāļu grupas efektivitāti cukura diabēta ārstēšanā?**

– Cukura diabēta pacienti slimības ārstēšanai parasti saņem vairāk nekā tikai vienas zāles. Īpaši tas attiecas uz tiem, kuri slimo jau gadiem. Turklāt ne visiem šo medikamentu varēs izrakstīt, un es katru pacientu vērtēju individuāli. Parasti SGLT-2 inhibitori ļauj normalizēt cukura līmeni, taču zāļu lietošanai komplektā līdzīgi jābūt gan pareizai ēšanai, gan pietiekošām fiziskām aktivitātēm. Nevar paļauties uz vienām brīnumzālēm, ja ikdienā nekas netiek mainīts. No kā ir jāuzmanās cukura diabēta pacientiem, tas ir lielāks urīnceļu infekciju risks, jo medikaments veicina glikozes izdalīšanos caur urīnu. Tāpēc tas ir jākontrolē. Ir cilvēki, kas atzīmē svara zudumu.

Ar cukura diabēta pacientiem ir vieglāk strādāt, kad runājam par valsts kompensāciju zāļu iegādei, jo tur nosacījumi ir skaidri saprotami un ērti. Viņiem šo medikamentu pievienot terapijai bija vieglāk, nekā tas ilgu laiku bija sirds mazspējas pacientiem. Tagad gan situācija ir ievērojami uzlabojusies, un mēs lietas labā varam darīt daudz vairāk.

**– Ir pagājis labs brīdis kopš Covid-19 pandēmijas. Tās laikā bija spēkā ierobežojumi plānveida veselības aprūpei, kas veicināja dažādu hronisku veselības problēmu saasināšanos. Kāda bija situācija ar jūsu cukura diabēta un sirds mazspējas pacientiem? Vai viņu veselības stāvokli ietekmēja tas, ka nebija iespējams pēc nepieciešamības doties pie ārsta?**

– Ne visus, bet daļu pacientu tas ietekmēja. Valsts apmaksāto pārbaūžu gaidīšanas laiks ietilpa, jo rindas kļuva garākas gan ierobežojumu, gan pacientu saslimšanas dēļ. Skatoties manu no citiem ārstiem pārņemto pacientu kartītes, redzu, ka pirms četriem gadiem asinsspiediens bijis 130, bet tagad tas ir 160, uz kājām ir parādījusies tūska, kas var liecināt par sirds mazspēju. Tāpat ir ar cukura diabētu. Ja pirms 3–4 gadiem rādītāji bijuši normas robežās, tad tagad šim pacientam var noteikt diagnozi cukura diabēts. Daudziem cilvēkiem pandēmijas laikā bija bail doties pie ārsta tā brīža situācijas dēļ. Tagad pārcilājot pacientu kartītes, var redzēt, ka dažiem iepriekšējais apmeklējums bijis pirms 3–4 gadiem.

**– Vai, jūsuprāt, ģimenes ārsti, kardiologi un endokrinologi ir pietiekami zinoši par pašu medikamentu un jauno izrakstīšanas kārtību, lai to varētu saviem pacientiem pareizi izrakstīt un uzraudzīt lietošanu?**

– No ģimenes ārsta skatpunkta es varu teikt, ka mums regulāri tiek sūtīti pārskati gan par medikamentu pieejamību, gan izmaiņām kompensācijā ar visiem apakšnoteikumiem. Tāpat

laikus saņemam ziņas par to, kas nav pieejams. Arī zāļu ražotāji stāsta, kā darbojas jaunie medikamenti un kādas ir to priekšrocības. Ja ikdienas darbā ir nianse, kuras tiek piemirstas, tad ir ļoti labi, ka laiku pa laikam kāds mums par tām atgādina. Pēc izmaiņām kompensācijas kārtībā sākumā bija nedaudz grūtāk, līdz pie jaunās sistēmas pieradām. Tagad ir pagājis laiks un problēmu ir arvien mazāk. Internetā ir pieejama arī kompensējamo medikamentu rokasgrāmata, kur varam pārbaudīt zāļu izrakstīšanas nosacījumus. Ja vēl rodas jautājumi, tad varam sazināties ar NVD vai citām instancēm, kuras konsultē šādos jautājumos.

**– Vai laikā, kad valsts vēl nekompensēja SGLT-2 inhibitoru iegādi, bija cilvēki, kuri bija gatavi zāles pirkt paši?**

– Nevar teikt, ka pacienti paši atrada šīs zāles un vēlējās, lai ārsts viņiem tās izraksta. Pārsvārē viņi informāciju par medikamentiem iegūst vai nu pie ģimenes ārsta, vai pie speciālista. Tā kā speciālisti ir ļoti noslogoti, tad daudziem pacientiem izglītošanas procesu vadīja tieši ģimenes ārsts, kurš stāstīja par konkrēto zāļu lietošanas ieguvumiem. Neapšaubāmi, tā ir gara saruna, jo smalki jāizstāsta par visām niansēm, lai pacients saprastu un pieņemtu lēmumu, vai būs gatavs par zālēm maksāt. Protams, līdz ar kompensācijas ieviešanu daudz vairāk cilvēku lieto SGLT-2 inhibitorus. Pirms valsts atbalsta bija atsevišķi pacienti, kuri zāles pirka paši vai to darīja viņu radnieki. Ja pacients pats bija ar mieru zāles pirkt, mēs nekad to neierobežojām, jo ģimenes ārstam ir jāinformē par visām ārstēšanas iespējām, pat ja zāles netiek apmaksātas, bet tām ir pierādīts pozitīvs efekts. Tālāk jau viss ir paša cilvēka rokās – vai viņš to var atļauties vai nē, taču ārstam ir svarīgi, lai pacients lieto sev nozīmētos medikamentus. Ja tas nav iespējams, mums ir jāmeklē alternatīvas.

**– Vai ir pacienti, kuri no SGLT-2 inhibitoru lietošanas atsakās, un tādi, kam ir kontrindikācijas to lietošanai?**

– Pagaidām nav novērotas izteiktas blaknes, kuru dēļ jāpārtrauc zāļu lietošana. Biežākais pacientu arguments, ja viņi nevēlas zāles lietot, ir pārāk liels tablešu skaits. Tad atkal ar viņiem jārunā, jāizskaidro, kāpēc konkrētais medikaments vajadzīgs, kādi ir ieguvumi. Lielākoties mēs esam palikuši pie SGLT-2 inhibitoriem, ja vien nav bijis specifisku norāžu no speciālistu puses, ka terapija jāmaina. Tiesa, ne visi pacienti zāles lieto pareizi. To mēs lieliski varam redzēt pēc tā, kādi ir rezultāti un cik bieži tiek lūgti medikamentus izrakstīt.

**– Kādas zāles ģimenes ārsta skatījumā būtu nepieciešams no valsts puses kompensēt pēc iespējas drīzāk, jo tām būtu līdzīgs pozitīvs efekts kā SGLT-2 inhibitoriem cukura diabēta, sirds mazspējas un hroniskas nieru slimības gadījumā?**

– Uzreiz pat ir grūti nosaukt vēl kādus medikamentus. Ar pašreizējo situāciju varam būt apmierināti. Vairāk mani satrauc tas, ko no kompensējamo zāļu saraksta izsvītro. Ja pacients ilgstoši ir lietojis vienas asinsspiediena zāles, bet tās pēkšņi no Kompensējamo zāļu saraksta tiek izņemtas, tas rada jaunus izaicinājumus. Teikšu tā. Man kā ģimenes ārstam, kurš periodiski konsultējas ar speciālistiem, pagaidām zāļu piedāvājums ir pietiekams. SGLT-2 inhibitoru lietotājiem tiek novērota arī nieru funkcijas uzlabošanās, kas varētu stimulēt šo zāļu kompensēšanu arī nieru mazspējas pacientiem nākotnē.

Foto: No Kristas Ošenieces personīgā arhīva



# Liepāja apsteidz Rīgu

TOMS ZVIRBULIS

Liepājas reģionālās slimnīcas paspārnē izveidotais Kurzemes uroloģijas centrs pašlaik ir vienīgā vieta valstī, kur pieejams jaunākās paaudzes lāzers mazināzīvu ķirurģisko manipulāciju veikšanai. Sekojot līdzī tendencēm pasaulē, ķirurģija bez liekiem griezieniem un paliekošām redzamām rētām kļūst arvien populārāka arī Latvijā, bet šo tehnoloģiju ieviešanas priekšplānā izvirzīsies reģionālā slimnīca, nevis kāds no mūsu veselības aprūpes flagmaņiem. Jaunākās paaudzes ķirurģisko *Quanta Systems* lāzeriekārtu *Cyber Ho 100* piegādāja *Arbor Medical Korporācija*, kas ne vien uzstādīja iekārtu, bet arī veica apmācību, parādot iekārtas plašās iespējas pacientu ārstēšanā.

Sarunā ar urologu **Mihailu Menisu** noskaidrojām, kādas priekšrocības sniedz jaunā iekārta un kād uroloģijā valējas operācijas varētu kļūt par vēsturi.

**– Liepājas reģionālā slimnīca Kurzemes uroloģijas centra vajadzībām pērn iegādājās jaunu ķirurģisko lāzeriekārtu. Kādas jaunas ārstniecības iespējas šī iekārta sniedz?**

– Salīdzinājumā ar iepriekšējo iekārtu tā ir ievērojami modernāka, kas ārstēšanas iespējas padara daudz plašākas. Liels izrāviens tas ir nierakmeņu slimības ārstēšanā, process ir efektīvāks un jaudīgāks un ļauj mums ātrāk saskaldīt lielāku nierakmeni, kas, protams, ir izdevīgi gan ārstiem, gan pacientiem. Ārstiem tas sniedz iespēju visas procedūras veikt ātrāk, bet pacientiem ātrāka procedūra nozīmē mazāku anestēzijas devu un operācijas laiku. Jo efektīvāk akmeni var saskaldīt mazākās daļiņās, jo daudz mazāk šādu operāciju pacientam būs nepieciešams. Dažreiz lieliem akmeņiem ar vienu procedūru nepietika un operācijas vajadzēja atkārtot. Šāds lāzers lielākoties ļauj aprobežoties ar vienu procedūru.

Jaunā iekārta paver mums jaunas iespējas darīt to, kas netika darīts līdz šim. Mēs varam strādāt ar mīkstajiem audiem – ar šo iekārtu var griezt vai vaporizēt (iztvaicēt) urīnceļu audzējus. Tas ir svarīgi labdabīgas prostatas hiperplāzijas gadījumā, kad ir jāizņem daļa prostatas. Ar šo iekārtu var veikt prostatas lāzera enukliāciju. Tas nozīmē, ka bez griezieniem caur urīnizvadkanālu var izņemt daļu no prostatas. Ja agrāk pie ievērojamas prostatas palielināšanās bija jāveic vajēja operācija, kas ir daudz traumatiskāka pacientam un saistīta ar ilgāku un smagāku atveseļošanās procesu, tad šeit mēs runājam par mazināzīvu ķirurģiju, kur pacients jau nākamajā dienā (bez jebkādam caurulītēm) var doties mājās.

**– Kādām procedūrām visvairāk tiek izmantota jaunā lāzeriekārta? Nierakmeņu skaldīšanai, prostatas operācijām vai vēl kam citam?**

– Galvenokārt tā tiek izmantota nierakmeņu skaldīšanai un prostatas operācijām labdabīgas prostatas hiperplāzijas gadījumā. Prostatas operēšana ar lāzeru gan vēl ir tikai vēlme, jo tam ir vajadzīgs papildaprīkojums, kas vēl nav iepirkts, bet to ir plānots izdarīt šī gada laikā. Audzēju operācijas ir retākas, bet tās mēs veicam jau diezgan sen. Ar jauno iekārtu operēt var daudz ātrāk un efektīvāk.

**– Kādi pacienti pie jums ierodas ar nierakmeņu slimību? Vai tie ir gados vecāki cilvēki, vai arī šai slimībai vecums nav noteicošais faktors?**



**Mihails Meniss:** «Jaunā lāzeriekārta galvenokārt tiek izmantota nierakmeņu skaldīšanai un prostatas operācijām labdabīgas prostatas hiperplāzijas gadījumā. Ar jauno iekārtu operēt var daudz ātrāk un efektīvāk.»

– Agrāk mēs runājām, ka nierakmeņi pārsvarā sastopami cilvēkiem vecumā starp 40 un 50 gadiem, bet pēdējo 20 gadu laikā gan ikdienas pieredze, gan pieejamie pētījumi un medicīniskā literatūra ļauj secināt, ka šis vecums ir ievērojami samazinājies. Arvien biežāk mēs redzam jaunus cilvēkus vecumā starp 20 un 30 gadiem, kuriem pēkšņi ir atklāti nierakmeņi. Nav retums sastapt arī nepilngadīgus pacientus – slimības gadījumi ir konstatēti arī bērniem. Tas nozīmē, ka kaut kas netiek darīts pareizi. Vai nu cilvēks pārstāj ievērot veselīgu un aktīvu dzīvesveidu, vai arī pārtika, kuru lietojam uzturā, nav gana kvalitatīva. Visticamāk, tas ir vairāku faktoru kopums, kas noved pie situācijas, kad nierakmeņi ir sastopami arvien biežāk. Ir arī akūti gadījumi, kad nierakmens no nierēs bļodiņās iekrīt urīnvadā. Tie rada obstrukciju un izraisa asas sāpes, ko sauc par nieru koliku. Var pievienoties arī nieru mazspēja un urīnceļu iekaisums. Tādā gadījumā situācija tiek risināta akūtā kārtā. Dažreiz mēs atklājam, ka nierēs ir liela izmēra akmeņi, un jau preventīvi plānojam, kā cilvēku ārstēsīm, – vai nu ar lāzera palīdzību, mazināzīvu operāciju, vai ar distances litotripsiju. Terapijas iespējas ir ļoti plašas. Agrāk bija jāveic liels grieziens vēderā, lai atrisinātu situāciju, kad urīnvars ir iesprūdis nierakmens.

**– Kāda ir pirmā izvēle efektīvai nierakmeņu ārstēšanai? Tie ir medikamenti, dzīvesveids vai kas cits?**

– Viss ir atkarīgs no konkrētās situācijas. Runājot par diētu, dzīvesveidu un citiem profilaktiskajiem pasākumiem, – tie vairāk seko pēc nierakmeņu ārstēšanas. Ja mēs zinām, kāds ir akmens veids, kuru nosaka ar specifiskām analizēm, varam ieteikt konkrētus profilaktiskus pasākumus. Ja ir akūta situācija un akmens pats no organisma neizvada, tad tiek veikta endoskopiska operācija, kas ir mūsdienīgu standartu nierakmeņu ārstēšanā. Tāpat var izmantot distances litotripsiju, kad ar ultraskaņas viļņiem, kurš notēmēts pret akmeni, tas tiek saskaldīts. Šai metodei gan ir savi ierobežojumi. Nav garantijas, ka akmens tiks saskaldīts pilnībā un organisms pats varēs šos fragmentus izvadīt. Pat ja tas tiks izvadīts, pacientam var būt

stipras sāpes. Šo metodi var izmantot kombinācijā ar endoskopisko metodi, un mēs esam to vairākkārt darījuši. Atkarībā no akmeņu skaita, izmēra un lokācijas varam izvēlēties katram pacientam piemērotāko metodi.

**– Kā vērtējat Kurzemes uroloģijas centra tehnisko nodrošinājumu, salīdzinot ar Rīgas klīnikām?**

– Domāju, ka mums ir visa aparatūra, kāda ir pieejama Rīgā. Jaunā lāzeriekārta pašlaik ir vienīgā Latvijā. Protams, nākotnē tādas noteikti parādīsies arī citur, bet patlaban mēs esam jomas lideri. Mums ir tādas pašas ārstēšanas iespējas kā galvaspilsētā – pilns uroloģijas spektrs. Gan onkoloģisko, gan pārējo uroloģisko slimību ziņā – visas nepieciešamās procedūras mēs varam nodrošināt.

**– Tad varbūt lūkosim vēl tālāk – kāda ir situācija, salīdzinot jūsu iespējas ar labākajām Eiropas klīnikām?**

– Te priekšplānā izvirzās ekonomiskā situācija valstī un medicīnā kopumā. Ja runājam par uroloģiju ārpus Latvijas, – lielākā daļa nopietno operāciju notiek laparoskopiski, ar robotiem. Latvijā pagaidām neviena robotu vēl nav. Onkoloģiskās operācijas mēs varam veikt laparoskopiski un to arī cenšamies darīt, bet vadošajās Eiropas valstīs šādās operācijās jau izmanto robotu. Otra lieta, ka ir dažāda veida lāzeriekārtas dažādām situācijām. Pašlaik nešķiet reāli, ka mums klīnikā būtu trīs dažādi lāzēri, jo to izmaksas ir ļoti lielas. Citur Eiropā esmu redzējis centrus, kuros ir trīs jaunas un jaudīgas lāzeriekārtas, ko izmanto tikai konkrētās situācijās. Daļā Eiropas valstu nieru operācijās katrs instruments tiek izmantots vienreiz. Pie mums tās ir vairākkārt izmantojamas iekārtas. Turīgākās valstīs ekonomiskā situācija atļauj pacientam izmantot vienreiz lietojamo endoskopu un pēc operācijas to izmest. Šie instrumenti ir labāki, bet Latvijā to nevaram atļauties.

**– Ja jums būtu iespēja tikt pie kaut viena no šiem dārgajiem instrumentiem, kurš tas pirmām kārtām būtu un kāpēc?**

– Grūti to iztēloties. Mums ir liels centrs, kurš aptver visu Kurzemi. Ir liela gan onkoloģisko, gan ne-onkoloģisko pacientu plūsma. Nezinu,

## Skaidrojošā vārdnīca

**Lāzera enukliācija** – izplatīta labdabīgas prostatas hiperplāzijas ārstēšanas metode. Izmantojot intensīvu lāzera starojumu, tiek iztvaicēti vai izgriezti prostatas audi. Vienlaikus lāzera ģenerētais karstums tiek izmantots, lai noslēgtu asinsvadus.

Tāpēc šai ķirurģiskajai procedūrai ir raksturīgs mazs asins zudums.

Avots: patients.uroweb.org



vai ir vajadzīgas papildu iekārtas, kuras būtu paredzētas tikai vienai no šīm plūsmām. Runājot par Latviju kopumā, – es noteikti gribētu, lai vienā no klīniskajām universitātes slimnīcām būtu robots. Tas pavērtu jaunas iespējas ne tikai uroloģijā, bet ķirurģijā vispār. Ieguvēji būtu gan ārsti, gan pacienti. Jā, izmaksas ir mežonīgas. Ar mūsu apmaksas sistēmu tas nav paceļams ne pacientiem, ne slimnīcām. Ja kaut kas medicīnas nozarē valstī mainīsies, tad tas būtu ļoti vērtīgi.

**– Saistībā ar cilvēkresursiem – vai izjūtat medicīnas personāla trūkumu?**

– Tā, manuprāt, ir aktuālākā problēma visā valstī. Katastrofāla ir situācija ar medmāsām, un gaismu tuneļa galā redzēt nevar. Cik nav runāts ar Veselības ministriju, tomēr risinājuma pagaidām nav. Viss «atduras» pret algām. Šajā ziņā mēs atpaukam arī no tuvākajiem kaimiņiem, nemaz nerunājot par Rietumeiropas valstīm. Tā ir ļoti akūta problēma. Tāpēc vispirms vajadzētu risināt medmāsu jautājumu. Arī ārstu trūkst gan Rīgā, gan reģionos. Mēs šos speciālistus sagatavojam, bet viņi lielā skaitā dodas prom.

**– Kādas varētu būt efektīvākās metodes palielinātas prostatas ārstēšanai? Jūs pieminējāt lāzeru. Kas vēl varētu tikt izmantots?**

– Lāzers ir viena no iespējām. Ja prostata nav pārāk palielināta, var izmantot transuretrālo prostatas rezekciju, kas ir standarta metode un tiek izmantota ilgstoši. Lielai prostatai tiks izmantota lāzera enukliācija. Eiropā medicīnā pēti dažādas mazināzīvas ārstēšanas metodes. Viena no tādām ir selektīvā prostatas asinsvadu embolizācija. Tiek embolizēti pievadītie asinsvadi, un prostata samazinās izmēros, jo netiek tik intensīvi apasiņota. Tas tiek darīts caur galveno asinsvadu, un procedūru veic invazīvais radiologs. Šāda veida ārstēšana ir pieejama pacientiem, kuriem nav piemērota ķirurģiska ārstēšana blakusslimību vai vispārējā stāvokļa dēļ. Tiek pētītas arī prostatas stentu iespējas. Tā ir ļoti dārga procedūra. Latvijā, šķiet, tādas vēl nav veiktas. Stentu darbības princips ir līdzīgs kā asinsvadiem – urīnizvadkanāls ar palīgierīci tiek noturēts vajā. Mums ir pieejamas dažādas tehnoloģijas, lai prostatu samazinātu līdz tādām izmēriem, lai tā nepasliktinātu dzīves kvalitāti. Kā piemērus varu minēt ūdens ablāciju, augstas frekvences ultraskaņas ablāciju. Tās ir mazināzīvas metodes, bet pašlaik atrodas pētniecības procesā.

**– Pēc jūsu teiktā var secināt, ka mazināzīvu operāciju piedāvājumam ķirurģisko procedūru klāstā ir tendence palielināties. Vai minimāli invazīvas procedūras ar laiku varētu aizstāt atvērta veida operācijas uroloģijā?**

– Domāju, ka tas ir reāli. Visa Eiropa iet šajā virzienā. Es nerunāju par to, vai robots kādreiz aizstās ķirurgu. Tādu situāciju es nevaru iztēloties. Taču ķirurģiskās manipulācijas kļūst mazināzīvākas. Ja agrāk mēs visas onkoloģiskās operācijas veicām ar vaļējiem griezieniem, tad tagad tā būs mazāka daļa, jo mēs to darīsim endoskopiski vai laparoskopiski, vai robotu asistēti. Konvencionālu vaļējo operāciju skaits tikai samazināsies.

Foto: No Liepājas reģionālās slimnīcas arhīva



# Labā redze – gaišs skats uz apkārtējo pasauli

ILONA NORIETE

Redze ir viena no vissvarīgākajām cilvēka maņām. Tieši ar tās palīdzību uztveram teju vai lielāko daļu no visas informācijas par apkārtējo pasauli. Tāpēc ir svarīgi jau no bērnības ne tikai rūpēties par savām acīm un ievērot pareiza redzes režīma priekšnoteikumus, bet arī sekot līdzi redzes kvalitātei. Savukārt pamanot problēmas, negaidīt, ka tās pāries pašas no sevis, jo ar vislielāko varbūtību tāds brīnums nenotiks, bet gan vērsties pie oftalmologa jeb acu ārsta.

Vairāk par dažādām acu problēmām un to ārstēšanas iespējām sarunā ar Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas oftalmologu, Kurzemes Acu centra vadītāju **Kasparu Ozolu**.

**– Vērtējot pēc savas prakses laikā iegūtās pieredzes, – ar kādām acu problēmām pie jums visbiežāk vēršas pacienti?**

– Pacientus varētu iedalīt vairākās grupās. Bērniem lielākoties ir sastopams tāds redzes pasliktinājums kā tuvredzība un nepieciešamība pēc brillēm. Pieaugušiem darbspējīgiem cilvēkiem problēmas lielākoties ir saistītas ar acu pārslozdi, nogurumu un sausumu, ko rada sausās acs sindroms. Savukārt pirmspensijas un pensijas vecuma cilvēkiem dominējošās problēmas ir katarakta, glaukoma un dažādi tīklenes deģenerācijas veidi.

**– Bērnam augot un kļūstot par pusaudzi, – cik bieži būtu jāapmeklē acu ārsts? Vairāk aiziej pie oftalmologa vai un vajag arī profilaktiski, nevis tikai tad, kad radušās kādas problēmas?**

– Valstī noteiktā kārtība paredz, ka vecākiem bērns uz pārbaudēm pie acu ārsta jāved viena un trīs gadu vecumā, tad pirms skolas gaitu uzsākšanas – sešu vai septiņu gadu vecumā. Biežāk to darīt nav nepieciešams, izņemot gadījumus, ja radušās problēmas vai arī vecāki pamana, ka bērns, piemēram, piemiedz acis. Ja šīs trīs vizītes ir savlaicīgi un korekti veiktas un ja nekādu sūdzību nav, profilaktiskās pārbaudes nav nepieciešamas.

**– Kā vecāki var konstatēt, ka bērnam, iespējams, radušās redzes problēmas?**

– Gan pats bērns, gan vecāki, tāpat arī skolotāji var pamanīt, ka bērns tālumā slīktāk redz, nespēj atšķirt lietas. Viņš piemiedz acis, ilgāk ieskatās, lai varētu izlasīt to, kas rakstīts. Tie arī ir galvenie simptomi.

**– Oftalmologi uzsver, ka pieaugušajiem noteikti vajadzētu reizi gadā apmeklēt acu ārstu un izmērīt acu spiedienu, lai varētu laikus konstatēt iespējamu glaukomas veidošanos un uzsākt ārstēšanu. Droši vien divdesmitgadniekiem to nevajag darīt tik bieži kā 60 gadu vecumā?**

– Vecuma posmā no 20 līdz 40 gadiem pilnīgi pietiek ar darbā veiktajam obligātajam veselības pārbaudēm. Arī autovadītāju medicīniskās komisijas laikā acu spiediens tiek noteikts, tādēļ papildu mērījumi nav nepieciešami.

**– Ko darīt tiem, kuriem nav paredzētas obligātās veselības pārbaudes vai, piemēram, cilvēks ir pašnodarbinātais?**

– Es gribētu teikt, ka pie acu ārsta jānāk tad, ja ir konkrētas sūdzības, kā arī hroniskas slimības, piemēram, cukura diabēts vai paaugstināts asinsspiediens. Regulāras vizītes pie oftalmologa vajadzīgas, ja ir nelabvēlīga ģimenes anamnēze – vecākiem konstatētas smagas acu slimības. Veselam cilvēkam, kurš nav pakļauts minētajiem riska faktoriem, būtu vēlams atnākt reizi divos trijos gados.



Foto: No Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas arhīva

**Kaspars Ozols: «Pie acu ārsta jānāk tad, ja ir konkrētas sūdzības, kā arī hroniskas slimības. Regulāras vizītes pie oftalmologa vajadzīgas, ja ir nelabvēlīga ģimenes anamnēze – vecākiem konstatētas smagas acu slimības. Veselam cilvēkam, kurš nav pakļauts minētajiem riska faktoriem, būtu vēlams atnākt reizi divos trijos gados.»**

**– Mēs ļoti daudz strādājam ar viedierīcēm, pie datora, tāpat ziemā apkures dēļ telpās mēdz būt nepietiekams gaisa mitrums. Kā šie faktori ietekmē acu sausumu? Vairāk nopietni jādomā par regulāru acu mitrināšanu, vai arī ieteikums lietot acu mitrinātājus ir tikai reklāma un modes lieta?**

– Iedzīvotājiem darbspējīgā vecumā absolūtais vairākums ar acīm saistīto sūdzību ir tā dēvētais sausās acs sindroms. Tā kā mēs ļoti daudz laika pavadām iekštelpās pie datoriem, dokumentiem, tad patiešām veidojas sekundārs sausās acs sindroms un būtu ļoti labi acis mitrināt. Bet arī tas nepieciešams tikai tiem cilvēkiem, kuriem ir sūdzības par acu nogurumu, graušanas sajūtu, diskomfortu. Es teiktu, ka profilaktiski tas nav nepieciešams.

**– Biežākās acu slimības ir glaukoma, katarakta, tīklenes distrofija. Cik tās ir izplatītas? Vai vienam pacientam var būt vairākas slimības, piemēram, gan katarakta, gan glaukoma?**

– Nevar teikt, ka šīs slimības kļūtu izplatītākas. Tās nav sastopamas biežāk, taču, pieaugot cilvēku vidējai dzīvlīdzībai, kā arī diagnostikas iespējām, daudzas slimības tiek atklātas savlaicīgāk un lielākam pacientu skaitam. Piemēram, katarakta mūsdienās ir ļoti labi ārstējama, operējama. Tā īsti pat nav slimība – ja cilvēki nodzīvo gana ilgi, tad katarakta attīstās visiem. To var vienkārši pieveikt – nomainīt esošo duļķaino lēcu pret jaunu mākslīgo lēcu. Operācijas izdošanās procents ir ļoti augsts, sasniedzot 99%. Līdz ar to katarakta ir mazākā bēda. Senioriem pēc 60 gadu vecuma gan vajadzētu reizi gadā nākt uz pārbaudi, galvenokārt interokulārā jeb acs iekšējā spiediena mērījumu dēļ, lai diagnosticētu glaukomu. Arī šī slimība mūsdienās ir ļoti labi ārstējama ar šim nolūkam domātu medikamentu palīdzību. Ļoti maz ir tādu pacientu, kuriem glaukoma nepāpildās medikamentozajai terapijai. Pacientiem gados mēdz attīstīties tīklenes problēmas, senila makulas deģenerācija. Mūsdienās šīm slimībām ir iespējama ārstēšana, tāpēc vajag apmeklēt acu ārstu, lai laikus pamanītu to parādīšanos. Svarīgi arī rūpēties par labu kopējo veselību, kontrolēt holesterīnu, asinsspiedienu, cukura līmeni.

**– Jūs minējāt, ka katarakta ar gadiem attīstās praktiski visiem. Vai tas nozīmē, ka gandrīz katram arī būs nepieciešama operācija?**

– Katarakta tiešām pakāpeniski veidojas visiem. Jautājums – vai cilvēks nodzīvo gana ilgi, lai katarakta attīstītos līdz operējamam līmenim. Principā, ņemot vērā, ka dzīvlīdzība un prasības pret dzīves kvalitāti pieaug, visticamāk, teju katram būs nepieciešama kataraktas operācija.

**– Cik liela nozīme ir šai operācijai? Pacienta redze uzlabojas?**

– Kataraktas gadījumā cilvēks slīkti redz tāpēc, ka viņa acs lēca ir kļuvusi duļķaina. Šo lēcu nomainot pret jaunu, caurspīdīgu lēcu, redze atjaunojas praktiski pilnībā, ja vien cilvēkam nav kādu citu acs slimību.

**– Cik liela uzmanība ir jāpievērš astigmātismam, jo arī tas ir pietiekami izplatīts?**

– Astigmātisms nav slimība, tā ir refrakcijas anomālija, ko var koriģēt ar speciālām lēcām vai brillēm. Ja astigmātisms noteikts vienu reizi, tas paliek nemainīgs visas dzīves laikā. Lai tas netraucētu ikdienas dzīvi, acu ārsts ņem vērā astigmātisma pakāpi, izrakstot brilles, bet mūsdienās ar lāzera korekcijas palīdzību šo problēmu ir iespējams arī likvidēt.

**– Kā jūs vērtējat lāzerveroperācijas redzes uzlabošanai, lai, piemēram, likvidētu tuvredzību? Tā ir laba iespēja vai arī nav domāta katram un ar to nevajadzētu aizrauties?**

– Lāzerveroperācijas uzlabo dzīves kvalitāti. Es domāju, ka jau drīzā nākotnē brilles vairs nebūs nepieciešamas, jo lāzerveroperācijas kļūs ļoti plaši pieejamas un vairs nebūs tik dārgas. Protams, daudz ir atkarīgs no katra pacienta. Ja kādam patīk brilles un tās nerada nekādus sarežģījumus, bet citam varbūt pat kalpo par modes aksesuāru, tad operācija nav nepieciešama. Savukārt, ja cilvēks ir fiziski aktīvs, daudz sporto un viņam brilles traucē, tad lāzerveroperācija ir labs risinājums. Tas ir jautājums par dzīves komfortu – pacientam pašam ir jālemj, kā viņš jūtas ērtāk.

**– Ja cilvēkam 20 gados tiek veikta lāzerveroperācija, lai likvidētu tuvredzību, vai ar gadiem tā nevar parādīties atkal?**

– Vairumam cilvēku pietiek lāzerveroperāciju veikt vienu reizi, jo tās efekts saglabājas uz visu atlikušo dzīvi.

**– Vai cilvēkam dzīves laikā var tikt veikta vairākas acu operācijas? Vai kādreiz veikta lāzerveroperācija nevar radīt šķērslī citai nepieciešamai acs korekcijai, piemēram,**

## INFORMĀCIJAI

Kurzemes acu centrs Ziemeļkurzemes reģionālajā slimnīcā Ventspilī tika atvērta 2014. gadā. Kopš atklāšanas brīža centrs ir ievērojami attīstījies, ir iegādātas modernas diagnostikas iekārtas, kā arī mērķtiecīgi strādāts, lai piesaistītu kvalificētus speciālistus. Tā ir lielākā acu klinika ārpus Rīgas. Pieņem pacientus Ventspilī, Talsos, Kuldīgā.

**Kurzemes acu centrs Ventspilī piedāvā:**

- ambulatorās konsultācijas;
- profilaktiskās redzes pārbaudes bērniem;
- acu traumpunktu – akūtos gadījumos acu ārsti konsultē darba dienās paralēli ambulatorajām konsultācijām, savukārt brīvdienās no 8:00 līdz 9:00;
- optometrista pakalpojumus;
- optiskās koherences tomogrāfijas (OCT) izmeklējumus;
- valsts apmaksātas kataraktas operācijas ar gaidīšanas laiku līdz gadam;
- glaukomas operācijas un mazās operācijas (krusas grauds, plakstiņa veidojumu likvidēšana);
- intravitreālās injekcijas.
- botulina injekcijas (pieres, starpuzacu, acu zona jeb «vārnu kājiņas») – iepriekš nepieciešama konsultācija pie oftalmologa.

**Kontaktinformācija:**

+371 63624665 (reģistratūra – pieraksts uz konsultāciju)

**ja vecumdienās parādās glaukoma vai katarakta?**

– Nē, acu operāciju skaits nav limitēts. Veikta lāzerveroperācija neietekmē citas operācijas. Operēt kataraktu vai glaukomu var arī pacientiem, kuriem ir veikta lāzerveroperācija.

**– Vēl viena problēma, ar ko pacienti bieži vēršas pie oftalmologa, ir acu asarošana. Ar ko tā saistāma?**

– Biežākais asarošanas iemesls ir sausas acis. Acis ir nogurušas no kairinājuma un tāpēc asaro. Retāks cēlonis acu asarošanai ir asaru novadīšanas ceļu problēmas vai alerģija. Acu asarošanas gadījumā gan vajadzētu vērsties pie acu ārsta un noskaidrot tās cēloni.

**– Mūsdienās daudz brīļu vietā izvēlas kontaktlēcas. Vai tās var lietot visi? Vairāk ir zināma taisnība tiem, kuri uzskata, ka kontaktlēcas bojā acis?**

– Ir pacienti, kuriem kontaktlēcas neder, un iemesls tam ir paaugstināts acu jutīgums. Tomēr absolūtajam vairākumam kontaktlēcas ir ļoti piemērots redzes korekcijas veids. Lietojot tās atbilstoši instrukcijai, sarežģījumu nav.

**– Ko mums vajadzētu, bet ko savukārt nebūtu ieteicams darīt, lai pasargātu acis un paši nebojātu savu redzi? Ir dzirdēts un lasīts, ka vajag ik pēc laiciņa atpūtināt acis no datora un paskatīties tālumā, ārā pa logu. Zināmas arī dažādas tautas medicīnas metodes, piemēram, melleņu ēšana redzes uzlabošanai, pieejami arī uztura bagātinātāji. Ko varat ieteikt?**

– Strādājot pie datora, būtu ļoti labi ik pēc 40 minūtēm vai stundas piecelties, izkustēties, ļaut atpūties mugurai, visam ķermenim, arī acīm. Svarīgi šo atpūtas laiku nepavadīt, lūkojoties telefonā. Ogu sezonā, protams, var ēst mellenes, jo tās satur daudz vērtīgu un labu vielu, tostarp vitamīnu. Savukārt uz melleņu bāzes izgatavotu uztura bagātinātāju efektivitāte nav pārliecinoši apstiprināta. Acīm paredzētos vitamīnus vajadzētu lietot tikai pēc acu ārsta norādījumiem, jo tie var palīdzēt tikai ļoti specifiskos gadījumos. Atpūta acu veselībai ir ļoti būtiska, tā ir mana rekomendācija profilaksei. Ar tautas medicīnas metodēm aicinu nenodarboties, bet nepieciešamības gadījumā konsultēties ar speciālistu. Tas attiecas gan uz oftalmologiju, gan citām nozarēm.



# Masāža dienas garumā

TOMS ZVIRBULIS

Muguras sāpes nav svešas nevienam no mums, bet daudziem šī problēma ir hroniska un muguras sāpju dēļ nereti nākas mainīt ne tikai plānus dienai, bet arī dzīvei kopumā. Ierobežotas kustības, zaudētas darba spējas un no tā izrietošās sekas ievērojami pasliktina dzīves kvalitāti. Šeit palīgā var nākt inovācija medicīnas palīgierīču jomā, kuras saknes meklējamas tepat Latvijā, Liepājā, un tās ir akupresūras korsetes.

Idejas autors ir traumatologs ortopēds, mugurkaula ķirurgs **Agris Mertens**, kuram doma par šādu produktu radās pēc ikdienas sarunām ar pacientiem un vēlmes palīdzēt pēc iespējas ātrāk un vieglāk atbrīvoties no sāpēm, atgriezties pilnvērtīgā dzīvē.

**– Muguras sāpes ir vienas no izplatītākajām sāpēm, ar kurām saskaras liela daļa sabiedrības. Kas tās izraisa dažāda vecuma cilvēkiem, pat ja nav bijis nopietnu traumu?**

– Muguras sāpju izcelsme var būt dažāda. Daļa ir saistītas ar muguras nervu struktūru kompresiju, kas plašāk zināma kā diska trūce. Tiek nospiests durālais maiss, kurā atrodas muguras smadzenes, vai nervu saknītes, līdz ar to rodas sāpes. Daļa muguras sāpju ir saistītas ar muskuļu sāpēm. 90 procentos gadījumu muguras sāpes ārstē konservatīvi, tas ir, bez ķirurģiskas iejaukšanās – ar fizioterapiju, medikamentiem vai spēclīdzekļiem, tostarp akupresūras korsetēm.

**– Vai var teikt, ka, salīdzinot ar situāciju pirms 20–30 gadiem, cilvēkiem muguras problēmas tiek novērotas biežāk, vai arī tas nav būtiski mainījies?**

– Domāju, ka šis skaitlis radikāli nav mainījies, jo būtiski nav mainījies mūsu dzīvesveids. Mēs tāpat izmantojam automašīnas un strādājam birojās. Dzīves intensitāte ir ļoti līdzīga. Ja cilvēkam sāp mugura, viņš sākotnēji mēģina ārstēties pats un uzreiz neiet pie daktera. Tiek iedzerti pretsāpju medikamenti, un terapija turpinās bez izmaiņām, kaut arī rezultāts netiek sasniegts. Ambulatorie gadījumi arī netiek precīzi uzskaitīti. Līdz ar to mums nav datu par to, cik daudziem Latvijas iedzīvotājiem sāp mugura. Runājot par pasauli, – ASV, piemēram, muguras sāpes ir lielākais darba nespējas iemesls un rada lielākos finansiālos zaudējumus. Šīs sāpes parasti tiek ārstētas visilgāk, jo atšķirībā no citām sāpēm ir ilgstošas un to iespējams grūti pastrādāt. Ja cilvēkam sāp roka vai kāja, tad viņš vismaz var sēdēt vai izmantot otru roku. Ja sāp mugura, tad bieži vien ir grūti atrast komfortablu pozu, kurā var veikt savus darba pienākumus. Ilgstoši sēžot piespiedu pozā, sāpes tikai pieaugs un cilvēks nevarēs pilnvērtīgi strādāt. Otra lieta, kas jāņem vērā, – šādas sāpes, to intensitāte traucē koncentrēties.

**– Kā jums radās doma, ka muguras sāpes var efektīvi ārstēt ar jauna veida korsetēm?**

– Ar mugurkaula ķirurģiju nodarbojos jau vairāk nekā 15 gadus. Pie manis pēc magnētiskās rezonanses izmeklējumiem nāca pacienti, kuriem nebija vajadzīga operācija, bet viņi turpināja sūdzēties par hroniskām muguras sāpēm. Viņi regulāri vingroja, peldēja un gāja pie sava fizioterapeita uz procedūrām, taču jūtamus uzlabojumus sasniegt nevarēja un bija spiesti ilgstoši izmantot darbnespējas lapas. Tad es mēģināju atrast jaunus veidus, kā varētu samazināt sāpju



**Akupresūras korsete ir vienīgā šāda veida palīgierīce pasaulē. Korsete ļauj veikt visus ikdienas darbus, neierobežojot kustību apjomu. Kustoties muskuļi turpina strādāt, uzlabojas asinsrite un muskuļi neatrofējas.**

intensitāti un atgriezt cilvēkus darba tirgū. Problēma ir tā, ka gados jaunāki cilvēki sagaida, ka ārstēšanas laiks būs īss nevis vairāku mēnešu garumā. Ilgstoši neestrādājot, arī finansiāli cilvēks daudz zaudē, tāpēc lielākoties ir gatavs izmēģināt citas metodes, lai pēc iespējas ātrāk atgrieztos darbā. Akupresūras korsete ir vienīgā šāda veida palīgierīce pasaulē. Tā atšķiras no klasiskās korsetes, kuras darbības principi ir novecojuši un pasaulē tiek izmantoti jau aptuveni 50 gadus.

Muguras ārstēšanā viens no galvenajiem veidiem, kā tiek panākts vēlamais rezultāts, ir ārstnieciskā vingrošana. Tāpēc daudzi pacienti dodas pie fizioterapeita, un šeit rodas disonanse. Cilvēks tērē savu laiku un naudu, lai uzlabotu kustības mugurā, bet tajā pašā laikā izmanto cieto korseti, kas ierobežo kustības. Pie manis nāk daudz klientu, kuri izmanto klasiskās korsetes, un stāsta, ka pēc darba viņiem ir grūti pat pakustēties. Tāpēc pirmais uzdevums, ko izvirzīju, radot šo produktu, – lai netiktu ierobežotas kustības. Korsete ļauj veikt visus ikdienas darbus, neierobežojot kustību apjomu. Kustoties muskuļi turpina strādāt, uzlabojas asinsrite, un muskuļi neatrofējas, kas ilgstošas klasisko korsetu lietošanas gadījumos ir problēma. Nekas nenotiks, ja jūs izmantosiet klasisko korseti 1–2 dienas, bet ilgtermiņā jūs jutīsieties labi, tikai to valkājot. Tāpēc mūsu uzdevums bija izveidot mīkstu korseti, ar kuras palīdzību cilvēks pats var kustēties un attīstīt muskulatūru. Ja salīdzinām divus dažādus cilvēkus – fiziski aktīvu un neaktīvu –, tad cilvēkam, kurš sporto, muskulatūra būs labāk attīstīta. Otrs korsetes izveidošanas uzdevums bija ārstēšana. Zinām, ka masāža pastāv gadsimtiem ilgi un tai ir labs efekts. Tā uzlabo asins piekļuvi muskuļiem, savukārt, ja muskuļiem piekļūst vairāk asinī, tad attiecīgi mazinās arī sāpes. Mūsu uzdevums bija iestrādāt korsetes akupresūras elementus, kas uzlabo asins piekļuvi muskuļiem. Ar akupresūras korseti nošauj divus zaķus ar vienu šāvienu: netiek ierobežotas kustības un akupresūras elementi uzlabo mikrocirkulāciju. Akupresūras priekšrocība pret masāžu ir arī tīri praktiska. Uz masāžu mums ir jādodas pie speciālista, un pati procedūra ilgst vismaz 40 minūtes. Pie lielām sāpēm turklāt masāžas nav ieteicams veikt. Akupresūras elementu lietošana var būt ilglaicīgāka, jo to iedarbība nav tik intensīva, asins pieplūde ir mērena un mierīga. Parasto korsetu valkātāji sūdzējās arī par ļoti lielu priekšējo aizdares mehānismu, kurš nospiež vēderu. Cilvēks ir radīts kustībām. Ar nospiestu vēderu kustēties var mazāk, un efektu no klasiskajām korsetēm var salīdzināt ar situāciju it kā cilvēks būtu iespiests caurulē. Pēc kāda laika viņš sāk sūdzēties par aizcietējumiem, jo mazāk

kustību nozīmē arī mazāk kustīgas zarnas. Cilvēkiem gados ar klasiskajām korsetēm nospiests vēders pie aizcietējumiem novedīs diezgan droši. Mūsu akupresūras korsetes fiksējas zem vēdera, kas netraucēs vēdera darbību. Otra ļoti svarīga funkcija ir elpošana. Ja vēders tiek saspiests, tad elpot kļūst grūti. Elpošanā vēders piedalās ar diafragmu, kura vēderā pārvietojas uz augšu un leju. Ja vēders ir nospiests, tad diafragmas kustības ir ierobežotas un vēderā pieaug spiediens, līdz ar to grūtāk ir arī elpot. Tāpat ar klasiskajām korsetēm tiek ierobežotas cilvēka kustības, atrofējas muskuļi, tiek traucēta normāla vēdera darbība un elpošana. Taču viss tiek pasniegts tā, it kā lietojot šādas palīgierīces, cilvēks būs veselīgāks. Mēs ar akupresūras korsetēm cenšamies situāciju mainīt. Cilvēki, kuri tās lieto, šo produktu arī novērtē. Vēders nav nospiests, kustības nav ierobežotas, un akupresūras elementi uzlabo muskuļu apasiņošanu. Šīs korsetes var izmantot ne tikai ārstniecības nolūkos, bet arī vienkārši vakarā pēc darba kā relaksējošu un veselīgu procedūru.

**– Cik ilgā laikā, lietojot korseti, var sajūst uzlabojumus?**

– Ir dažādi cilvēki un dažādi mērķi, ko katrs no ārstēšanas sagaida. Viens grib, lai sāpes pārietu pilnībā. Parasti tie ir gados jauni cilvēki. Tā kā es šo produktu esmu radījis pats, tad arī pirmais to testēju. Ja man sāpēja mugura pēc sportošanas, tad, mājās uzliekot korseti, sāpes mazinājās jau pēc pirmajām 40 minūtēm, līdz pārgāja pavisam. Agrāk mana pirmā reakcija bija dzert pretsāpju zāles, bet tagad to darīt vairs nevajag. Tāpat man sāpēja mugura pēc gariem pārbraucieniem, piemēram, no Liepājas uz Rīgu. Tagad pirms došanās ceļā es uzvelku akupresūras korseti un pēc 2–3 stundu brauciena šādu problēmu nav. Jaunākiem cilvēkiem, kuriem sāpes ir tikai muskuļos, akupresūras korsete rezultātu sniegs ātri. Nebūs izmaiņu pēc 10–15 minūtēm, bet pēc aptuveni 40–60 minūtēm sajūtīsiet tirpšanu mugurā. Tas nozīmē, ka konkrētajai vietai pieplūst asinis. Gados vecākiem pacientiem jāsaprot, ka muguras sāpes pilnībā izārstēt ne vienmēr būs iespējams. Viņiem ir svarīgi uzlabot dzīves kvalitāti un pēc iespējas ilgāk saglabāt kustību apjomu. Vienai no mūsu pirmajām gados vecākajām pacientēm bija problēma ar kustībām, kā rezultātā palielinājās svārs. Viņa bija nonākusi bezizejas situācijā, jo operāciju veikt nebija iespējams. Ieteicām izmēģināt akupresūras korseti. Tā kā pacientei bija palielināts svārs, tad korseti nācās sūtīt individuāli. Vēl viens bonuss akupresūras korsetei ir tāds, ka tā padara stāju staltāku, jo stiprinās zem vēdera. Paciente pie mums atgriezās pēc divām dienām ar patiesu prieku seļā, jo atkal varēja normāli pastaigāt. Šādi labie stāsti izveido produkta uzticamību

un veiksmi. Vēl viens stāsts ir par tālbraucēju, kura darbs ir visā Eiropā. Ja agrāk mugura sāka sāpēt, jau iebraucot Polijā, tad tagad viņš var izbraukt visus maršrūtus bez sāpēm. Katrs šajā produktā var atrast sev svarīgu lietu. Viens sevi izārstēs pilnībā, kāds cits to lieto tikai pēc slodzes, vēl kādam tā būs jālieto ilgstoši, jo sāpes traucē kustēties. Svarīgi ir katram cilvēkam saņemt to, ko viņš vēlas.

**– Vai akupresūras korsetei, pēc jūsu domām, varētu sekot līdzīgs produkts, kurš domāts kādai citai ķermeņa daļai? Vai nav bijusi doma to pilnveidot?**

– Mēs nepārtraukti attīstāmies. Tā kā interese ir ļoti liela, cenšamies piedāvāt arvien jaunus produktus. Akupresūras korsete ir domāta cilvēkiem ar muguras sāpēm. Lielākā daļa manu pacientu sūdzas par sāpēm krustos, kas ir ļoti svarīga vieta, jo pie iegurnā stiprinās viss mūsu mugurkauls. Tieši šī iemesla dēļ sākotnējais produkts bija tieši tam domātā korsete. Nākamais produkts bija korsete jostas daļai, un tai sekoja korsete krūšu daļai. Krūšu daļai domātajā korsetē apvienojām divas svarīgas lietas. Liela daļa cilvēku sēž pie datora, kā rezultātā mainās mūsu muguras forma. Tāpēc ir ļoti svarīgi, lai pleci būtu atvilkti atpakaļ. Tirgū ir sastopami plecu atvilkēji, bet tie nav ērti lietošanā un, ilgstoši lietojot, var noberzt paduses, kas savukārt palielina iekaisuma risku. Mēs izveidojām korseti, kas atvelk plecus, bet stiprinājumi ir daudz zemāk, līdz ar to neierobežo kustības un izslēdz noberzumu veidošanos. Tāpat mēs iestrādājām jau zināmos akupresūras elementus, kuri palīdz muskuļu apasiņošanā. Patlaban piedāvājumā ir korsetes gan krūstiem, gan jostasvietai, gan pleciem. Pašlaik strādājam pie korsetes kakla daļai. Produkta izstrāde ir laikietilpīgs process, kura laikā jāizvēlas labākie materiāli un pats produkts jātestē. Protams, vēlamies, lai šo korseti var izmantot ilgtermiņā, tāpēc tiek testēti materiāli, kas ir dārgāki, bet arī kalpo ilgāk. Mums ir svarīgi, lai produkts būtu efektīvs attiecībā pret izmaksām. Tas nozīmē, ka korsete nezaudēs savas īpašības un ar katru dienu tās lietošana kļūs arvien lētāka patērētājam. Tai ir jābūt viegli kopjamai, bet tajā pašā laikā tā nedrīkst zaudēt savas fiziskās ārstnieciskās īpašības. Mūsu korsetes var mazgāt kaut katru dienu. Viens no maniem klientiem regulāri sporto un dara to akupresūras korsetē. Korsete tiek mazgāta diendienā jau vairākus gadus, un tā nav zaudējusi savas labās īpašības. Kvalitāte ir ļoti būtiska. Ja ar to viss ir kārtībā, tad cilvēks šo produktu arī gribēs lietot ilgtermiņā un ieteiks to citiem. Bieži vien pie mums nāk cilvēki, kuri korsetes iegādājas sev, bet pēc mēneša nāk atkal, lai nopirktu ko līdzīgu saviem tuviniekiem. Tie ir stāsti, kuri iedvesmo.

Foto: No Agra Mertena personīgā arhīva



# Kas ļauj veiksmīgi cīnīties ar atvilni

ILONA NORIETE

Daudzi no mums ikdienā ir saskārušies ar diskomfortu kuņģa un zarnu traktā. Vairumā gadījumu problēmas pāriet pašas no sevis, jo organisms saviem spēkiem tiek galā ar to cēloņiem. Tomēr dažreiz mēdz gadīties arī nopietnāki sarežģījumi, kad nepatīkami simptomi spītīgi neatkāpjas un rada traucējumus ikdienas dzīvē. Arī ierastās zāles vairs nepalīdz. Tādos gadījumos, lai noskaidrotu problēmu cēloņus un cīnītos ar slimību, nereti nākas meklēt gastroenterologa palīdzību.

Vairāk par dažādām kuņģa un zarnu trakta slimībām, to izpausmēm un ārstēšanas iespējām mūsu sarunā ar Liepājas reģionālās slimnīcas, Kuldīgas slimnīcas, Vecleipājas primārās veselības aprūpes centra un Veselības centru apvienības gastroenteroloģi internisti **Lindu Erni**.

## – Ar kādām gastroenteroloģiskajām slimībām visbiežāk sastopaties savā praksē?

– Pārsvarā nāk pacienti ar gastroezofageālā refluksa jeb atvilņa slimību. Ar to saskaras visu vecumu un abu dzimumu pacienti, it īpaši rudenī un pavasaros, kad nereti novērojami šīs slimības saasinājumi. Tāpat pacienti pie gastroenterologa bieži ierodas ar aizkuņģa dziedzera problēmām, dažādām hroniskām slimībām, ar fermentu trūkumu. Noteikti jāatzīmē arī anēmija jeb mazasinība, kam bieži nav diagnosticēts iemesls, bet kuru kā blakus slimību mēs nejausi konstatējam pacientiem konsultācijas laikā vai ar analīžu palīdzību. Mēdz būt arī dažādi funkcionāli traucējumi, tostarp burkšķēšana vēderā un vēdera pūšanās.

## – Ar kādiem gastroenteroloģiska rakstura simptomiem pacientam būtu jāvēršas pie ārsta? Kādus simptomus noteikti nedrīkst ignorēt un atlikt vizīti? Un pie kāda ārsta doties – ģimenes ārsta vai gastroenterologa?

– Pacienti vispirms var doties pie ģimenes ārsta. Pie gastroenterologa jāiet tad, ja ir jākorģē terapija vai arī ģimenes ārsta nozīmētā terapija nepalīdz. Vēl es ieteiktu pacientam pēc pirmreizējās diagnozes noteikšanas doties pie gastroenterologa un pastāstīt visu par slimību, iedziļinoties detaļās.

Arī pacientam ar hroniskām slimībām der vienu reizi atnākt pie gastroenterologa, lai izrunātos par problēmām un pēc tam ārstētos ambulatori ģimenes ārsta uzraudzībā. Gastroenterologs var nozīmēt diētu, terapiju, nepieciešamības gadījumā to mainīt. Pacienti var nākt arī tieši pie gastroenterologa, ko viņi arī bieži dara.

Simptomi, kuru gadījumā noteikti vajadzētu iet pie ārsta, ir sekojoši: svara samazināšanās, ilgstoša dedzināšana, sāpes vēderā, apetītes zudums, vēdera izejas izmaiņas. Piemēram, ja visu laiku bijusi normāla vēdera izeja, bet kādā brīdī parādās aizcietējumi vai caureja, asiņošana, arī melna vēdera izeja. Tie ir tā dēvētie «sarkanie karogi», kad nepieciešama tūlītēja rīcība – vizīte pie ārsta. Svarīgs simptoms nereti ir arī vemšana, slikta dūša, tāpat iepriekš nebijusi mazasinība.

## – Kādus pakalpojumus jūs nodrošināt savā praksē?

– Es galvenokārt sniedzu ambulatorās un stacionāra konsultācijas, pie manis uz novērošanu nāk hronisku slimību pacienti. Izmeklējumi tiek veikti citos kabinetos. Tāpat vērtēju un kontrolēju analīžu un izmeklējumu rezultātus, nozīmēju pacientam tālāko rīcības plānu un ārstēšanu, arī konsultēju par diētu.

## – Kā pacientiem vajadzētu sagatavoties izmeklējumiem?

– Pastāv zināmi noteikumi. Visbiežāk pacienti tiek sūtīti uz ultrasonogrāfiju, augšējo vai apakšējo endoskopiju (gastroskopiju un kolonoskopiju). Gatavojoties augšējai endoskopijai, iepriekšējā vakarā pacientam ir jāēd tikai vieglas vakariņas. Ārsti iesaka to darīt ne vēlāk kā septiņos vakarā. Izmeklējuma dienā uz gastroskopiju ir jāierodas tukšā dūšā, no rīta nedrīkst ēst un dzert. Četras stundas pirms izmeklējuma neiesaka lietot nekādu šķidrumu, tāpat arī nav jālieto medikamentus. Šī noteikuma neievērošanas gadījumā ēdiens vai dzēriens traucēs ārstam apskatīt kuņģa gļotādu. Tāpat arī pastāv aspirācijas drauds, proti, ja pacientam veic izmeklējumu narkozē un barība iet atpakaļ, tā var nokļūt elpceļos.

Izmeklējuma laikā pacientam apskata gļotādas, var noņemt polipus, apturēt asiņošanu, izvilkt svešķermeņus, noteikt helikobaktēriju esamību, paņemt gļotādas biopsiju. Ar augšējo endoskopiju iegūst samērā daudz informācijas, un šo procedūru var veikt gan diagnostiskos, gan ārstnieciskos nolūkos.

Kolonoskopijai arī nepieciešama īpaša sagatavošanās jau apmēram septiņas dienas iepriekš – sākot ar diētu un beidzot ar speciāliem medikamentiem, kurus lieto tieši pirms izmeklējuma vai iepriekšējā dienā.

Ultrasonogrāfijas izmeklējums jāveic tukšā dūšā. Ja ir vēdera pūšanās, ieteiktu lietot medikamentu vai tējas, kas to samazina, lai varētu izvērtēt aizkuņģa dziedzera.

## – Viena no biežāk sastopamajām gastroenteroloģiskajām slimībām ir gastroezofageālā atvilņa slimība jeb GEAS.

– GEAS ir ļoti izplatīta, nereti var būt arī neatpazīta. Tipiskie simptomi ir dedzināšana, barības atgrūšana atpakaļ jeb tā sauktā regurgitācija, grēmas. Pacienti sūdzas, ka bieži kuņģī esošā skābe nonāk mutē, dedzina mēli, zobus, pat rada sāpes. Ir arī mazāk tipiski simptomi, kad pacientam var būt slikta dūša, atraugas, klepus, aizsmakums, sāpes kaklā. Dažkārt cilvēks iet pie otolaringologa ar sūdzībām par sāpēm kaklā, un nereti šādā gadījumā tiek nozīmētas antibiotikas. Taču šādas sāpes var radīt arī atvilņa radītā skābe, un pacienti bieži pie mums nonāk ar LOR ārsta nosūtījumu, kad novēro tādu kā balss saišu apdegumu, apsārtumu. Iespējami arī dažādi citi, piemēram, miega, traucējumi, kad naktī pacients mostas skābes radītā diskomforta dēļ.

## – Kādu vecuma grupu pacientus šī problēma skar visbiežāk?

– Es teiktu, ka GEAS skar pilnīgi visas vecuma grupas, nevar īpaši izcelt vienu, kam šī slimība būtu sastopama biežāk. Tie ir gan jauni, gan pusmūža cilvēki, gan seniori. Vienīgi vecākiem cilvēkiem ir dažādas citas hroniskas slimības, un tās viņus uztrauc krietni vairāk.



Foto: Shutterstock

«GEAS ir ļoti izplatīta, nereti var būt arī neatpazīta. Tipiskie simptomi ir dedzināšana, barības atgrūšana atpakaļ jeb tā sauktā regurgitācija, grēmas. Ir arī mazāk tipiski simptomi, kad pacientam var būt slikta dūša, atraugas, klepus, aizsmakums, sāpes kaklā.»

Biežāk ar šo problēmu pie ārsta vēršas sievietes, bet tas nenozīmē, ka vīrieši slimotu mazāk.

## – Kā GEAS izpaužas?

– GEAS tipiskos simptomus, kas saistīti tieši ar barības vadu un kuņģi, jau minēju. Mēdz būt arī atipiskas, tā dēvētās ārpuskuņģa izpausmes. Jau pēc sūdzībām var pateikt, ka pie vainas ir GEAS. Pacienti bieži nāk arī ar augšējās endoskopijas izmeklējumu, un tādos gadījumos mēs varam labāk apspriest šo problēmu, it īpaši, ja ir barības vada vai kuņģa iekaisums. Vēl var taisīt arī pH-metriju, kas mēra skābes daudzumu. Šāds izmeklējums gan Liepājā nav pieejams, tikai Rīgā.

## – Kā diagnosticē GEAS?

– Ar gastroskopiju, pēc sūdzībām. Lai noteiktu diagnozi, nereti jāizvērtē arī pacienta histoloģiskā aina, ko parāda augšējā endoskopija. Respektīvi, ja, veicot augšējo endoskopiju, ir konstatēts iekaisums, tad endoskopists ņem mazu šūnu gļotādas paraudziņu un sūta to uz histoloģisko laboratoriju, kur tiek izvērtēts, vai pacientam nav helikobaktērijas, kāda ir iekaisuma smaguma pakāpe, vai nav vēža. Helikobaktērijas testu var veikt arī endoskopijas laikā, nosakot ureāzi. Tāpat izvērtē, vai pacientam nav kuņģa gļotādas izmaiņu – gļotādas atrofijas vai iestāšanās metaplāzijas. Tās ir galvenās lietas, ko izvērtē histoloģiskā izmeklējuma laikā. Paņemot paraugu no divpadsmitpirkstu zarnas gļotādas, var noteikt, vai nav maizes un miltu nepanesības – celiakijas.

## – Kā šo slimību ietekmē cilvēka dzīvesveids, dienas režīms, kaitīgie ieradumi? Kādi diētas nosacījumi būtu jāievēro GEAS pacientiem?

– Viss jūsu minētais ļoti ietekmē pacienta ikdienu, tāpat kā nepareiza ēšana, piemēram, trekni, cepti, kūpināti, žāvēti ēdieni, saldumu lietošana, it sevišķi pirms gulētiešanas. Bieži pacienti atklāti stāsta, ka pārnāk mājās, kārtīgi pieēdas un teju vai uzreiz iet gulēt. Tādā situācijā nakts stundās, cilvēkam esot miegā, notiek gremošanas process, kura laikā pastiprināti izdalās skābe. Tādējādi ēšanas režīmam ir ļoti liela nozīme.

GEAS pacientiem ieteicamās diētas pamatā ir vāriņi, sautēti ēdieni, savukārt jāatsakās no trekniem, ceptiem, kūpinātiem, žāvētiem produktiem. Arī saldumi nav veselīgi. Svarīgi ēst regulāri, mazām porcijām, lai kuņģa skābe visu laiku ir darbībā, nepārēsties. Kārtīgi sakošājāt ēdienu, ēst lēni, samazināt alkohola patēriņu. Speciālisti iesaka arī neieturēt maltīti vismaz divas vai pat trīs stundas pirms gulētiešanas. Nav ieteicams lietot gāzētus dzērienus, piparmētru tēju, citrusaugļus, asus ēdienus, sinepes un mairutkus, arī sīpolus un ķiplokus.

Gulēšanai būtu noderīgi mazliet (par 5–10 cm) pacelt galvgali, lai cilvēks gultā neatrastos pilnīgi horizontāli un skābei būtu grūtāk tikt uz augšu.

Pacienti nereti jautā, vai nebūtu jāpērk funkcionālā gulta. Nē, šajā gadījumā akcents tiek likts tikai uz spilvenu, lai galva nav pilnīgi horizontāli. Tāpat speciālisti iesaka sekot līdzī savam svaram, nepieļaut adipozitāti, kā arī pārtraukt smēķēšanu, jo bieži arī smēķētājiem rodas skābes radīti barības vada apdegumi un iekaisumi. Nav ieteicams nēsāt ļoti ciešu apģērbu, jo arī tas veicina atvilni.

## – Kā ārstē GEAS un vai to var izārstēt?

– Parasti to pavisam izārstēt nevar, jo bieži slimības iemesls slēpjas apstākļi, ka cilvēkam pilnībā nenoslēdzas vārsts starp kuņģi un barības vadu. Toties situāciju var koriģēt ar pareizu ēšanu un periodisku medikamentu lietošanu.

## – Kādi medikamenti var palīdzēt GEAS pacientiem? Kā tie darbojas?

– Kā es stāstu saviem pacientiem, pamatā tiek izmantoti medikamenti, kuri nodrošina funkciju «trīs vienā». Šīs zāles atjauno no skābes apdegušo kuņģa gļotādu, respektīvi, veicina tās atjaunošanos, veido sargājošu apvalku, kā arī bloķē skābes izdalīšanos un aizsargā. Visas šīs funkcijas veic viens medikaments. Pamatā tie ir protonu sūkņa inhibitori.

## – Cik ilgi GEAS slimniekiem tie ir jālieto?

– Parasti protonu sūkņa inhibitoru lietošanas ilgums ir no divām nedēļām līdz mēnesim, un tie veicina jūtamu situācijas uzlabošanu. Nepieciešamības gadījumā šīs zāles var lietot arī ilgāk, bet tas rūpīgi jāizvērtē. Šie medikamenti ir dažādi, pieejami gan ar receptēm, gan bez tām. Izvēle ir ārsta ziņā, jo zāles, kas der vienam pacientam, otram bieži neder.

## – Ar ko vēl atšķiras GEAS ārstēšanai domātie medikamenti?

– Medikamenti atšķiras ar darbības ilgumu. Tāpat pēc tā, vai konstatēts žults gastrīts vai kuņģa skābes gastrīts, vai pacientam iekaisums vairāk skar barības vadu, kuņģi vai divpadsmitpirkstu zarnu. Atkarībā no šādām niansēm mēs izvērtējam, kāda zāļu forma – tablete vai kapsula – konkrētajā gadījumā būs efektīvāka, kā arī medikamenta darbības ilgumu. Jaunās zāles darbojas ilgāk. Parasts atvilņa ārstēšanas kurss, kura laikā jālieto medikamenti, ilgst no divām nedēļām līdz mēnesim, bet pēc nepieciešamības pacients var lietot tos arī ilgāk.

## – Ko jūs vēl gribētu piebilst mūsu sarunas noslēgumā?

– Galvenais ieteikums – ja pašsajūta neuzlabojas, nevajadzētu atlikt konsultāciju pie gastroenterologa. Atvilnis ir slimība, kas skar ļoti daudzus cilvēkus, bet tā ir ārstējama, un simptomi ir novēršami. Galvenais, ja novērojami simptomi, kuri divu trīs mēnešu laikā nepāriet, un ja vēl pievienojas iepriekš pieminētie «sarkanā karoga» simptomi, tad noteikti laiks vērsties pie ārsta.



# Jābūt gataviem uz jauno iespēju radītajiem izaicinājumiem

TOMS ZVIRBULIS

SGLT-2 inhibitori plašākai sabiedrībai sākotnēji bija zināmi kā medikamenti cukura diabēta ārstēšanai. Laika gaitā arvien pārliecinošāk tika pierādīts, ka to lietošana acīmredzami palīdz arī sirds un nieru mazspējas pacientiem, papildus palīdzot risināt problēmas ar lieko svaru. Pavisam nesen šīs zāles sirds mazspējas pacientiem kļuva pieejamas ar valsts kompensāciju, kas ievērojami palielinās to aptveri un potenciālo pozitīvo efektu.

Sarunā ar Liepājas reģionālās slimnīcas kardiologu **Valteru Stirnu** noskaidrojām, kādus pozitīvus izrāvienus šie medikamenti varētu dot sirds mazspējas ārstēšanā, tajā pašā laikā neaizmirstot par potenciālajām problēmām, ko tās var radīt.

**– Tā kā ir mainījusies SGLT-2i izrakstīšanas kārtība un tie ar kompensāciju ir pieejami arī pacientiem ar sirds mazspēju – kādi varētu būt lielākie ieguvumi gan pacientiem, gan ārstiem pēc jaunajām izmaiņām?**

– Pēc izmaiņām, kuras ir stājušās spēkā, domāju, ka būs potenciāli liels sirds mazspējas pacientu pieplūdums, kam šīs grupas medikamentus varētu izrakstīt. Sirds mazspējas ārstēšana ir kompleksa lieta. It kā ir daudz medikamentu, bet ir arī daudz problēmu, daudz iesaistīto speciālistu. Daļai pacientu ar kompensāciju nevarēja izrakstīt medikamentus, piemēram, hipotensijas dēļ, tāpēc gribētu teikt, ka SGLT-2 inhibitoru iekļaušana kompensējamo zāļu sarakstā ir liels solis pareizajā virzienā. Es pats jau esmu izrakstījis šos medikamentus vairākiem pacientiem un prognozēju, ka izmaiņas būtiski uzlabos sirds mazspējas ārstēšanu. Pacientiem būs daudz mazāk hospitalizāciju, kā arī labāka dzīves kvalitāte un, iespējams, ilgāks mūžs.

**– Varbūt tas izklausīsies nedaudz pretrunīgi, bet – kādi izaicinājumi varētu rasties speciālistiem, ņemot vērā šīs izmaiņas?**

– Ar pirmo izaicinājumu mēs jau sastapāmies, un tas ir liels mīnuss, kas varētu radīt nopietnas problēmas un samazināt to cilvēku skaitu, kuri zāles lieto. Pirmais uzvaras priekšs, ka mēs šos medikamentus varēsīm izrakstīt daudz plašākam pacientu lokam, bija liels, jo iepriekšējie nosacījumi to atļāva tikai atsevišķos gadījumos, kā arī pacientiem, kuri paši medikamentu varēja nopirkt. Taču pēc tam galvenā aizķeršanās bija saistīta ar situāciju, ka kardiologs gan piešķir kompensāciju, gan turpina zāles izrakstīt ik pēc 1–3 mēnešiem. Parasti speciālists, izvērtējot kritērijus, piešķir kompensāciju un tālāk šo medikamentu pacientam regulāri izrakstīt turpina ģimenes ārsts. Acīmredzot tas radīja lielu neapmierinātību speciālistu vidū, un drīz vien pēc tam – no 2023. gada 1. novembra – kompensācijas noteikumi tika vēlreiz koriģēti, lai zāles nozīmētu un kompensāciju piešķirtu speciālisti, bet tālāk tos ar kompensāciju turpinās izrakstīt ģimenes ārsts – līdzīgi kā tas ir ar daudziem citiem kompensējamiem sirds mazspējas medikamentiem. Tas ir normāls veids, kā iesaistīt gan speciālistu, gan ģimenes ārstu sirds mazspējas pacienta ārstēšanā un aprūpē.

**– Vai sirds mazspējas pacienti zina, ka šīs zāles tagad no valsts puses tiek kompensētas, vai arī jums ir viņiem tas jāizskaidro?**



Foto: No LRS arhīva

**Valters Stirna: «SGLT-2 inhibitoru iekļaušana kompensējamo zāļu sarakstā ir liels solis pareizajā virzienā. Es pats jau esmu izrakstījis šos medikamentus vairākiem pacientiem un prognozēju, ka izmaiņas būtiski uzlabos sirds mazspējas ārstēšanu.»**

– Par to, ka šādas zāles ir pieejamas, mēs ar pacientiem runājam jau ilgstoši. Protams, pieminējām, ka tās nav kompensētas un ir relatīvi dārgākas par citiem sirds mazspējas medikamentiem. Tā kā kompensācija tika uzsākta tikai septembra sākumā, tad pacienti varētu arī nezināt, ka viņiem ir pieejami jauni medikamenti ar augstu efektivitāti un valsts kompensāciju. Lielākajai daļai šīs būs jaunums.

**– Viens no kompensācijas priekšnosacījumiem ir klīniski pierādīta sirds mazspēja, kur ir nepieciešama ehokardiogrāfija un BNP analīzes. Cik ilgu laiku aizņem šis process, lai pacients pēc tam varētu zāles saņemt ar kompensāciju?**

– Cilvēkiem ar sirds mazspēju un samazinātu izviedes frakciju parasti šī nav liela problēma, jo viņi labu laiku ir kardiologa aprūpē. Šiem pacientiem kompensācijas noteikumi ir pietiekami draudzīgi, jo ehokardiogrāfiju un BNP analīzes veikt nav sarežģīti. Jā, tas prasīs ieguldījumu no pacienta puses, jo par BNP analīzēm ir jāmaksā pašam (tās nav valsts apmaksāto analīžu sarakstā), bet nevajadzētu rasties problēmām saņemt šo medikamentu ar kompensāciju.

**– Pieņemsim, ka dzīvojam ideālā pasaulē un SGLT-2 inhibitorus var izrakstīt ģimenes ārsts. Cik bieži šādā gadījumā pacientam būtu jāatrodas pie speciālista?**

– Zāļu iedarbības efektu varētu konstatēt jau pēc 3–6 mēnešiem. Tad attiecīgi būtu jāplāno

pirmā pacienta vizīte pēc medikamenta izrakstīšanas. Ambulatorie sirds mazspējas pacienti, kuri ir līdzestīgi un seko nozīmētajai terapijai, pie sirds mazspējas speciālista varētu doties reizi 6–12 mēnešos. Ģimenes ārsts šo cilvēku novēro regulāri un ilgstoši, un viņam ir iespēja «noķert» brīdi, kad pacienta sirds mazspēja netiek pietiekami kompensēta vai rodas kāda cita problēma ar ārstēšanu. Tādā gadījumā ģimenes ārsts var nozīmēt papildu vizīti pie kardiologa.

**– Ņemot vērā, ka liels skaits sirds mazspējas pacientu nonāk slimnīcā, – cik lielā mērā varētu tikt atslogota neatliekamā medicīniskā palīdzība pēc kompensācijas noteikumu izmaiņām?**

– Uz šo jautājumu viennozīmīgi atbildēt nav iespējams, jo sirds mazspēju ietekmē pārāk daudz faktoru. Biežs dekompensētas sirds mazspējas iemesls ir nelīdzestība, kur pacients nenovērojas pie ārstiem, pareizi nelieto savus medikamentus dažādu, tostarp finansiālu, iemeslu dēļ. Šādi pacienti biežāk nonāk stacionārā. Ja viņiem kļūst pieejams jauns kompensējams medikaments, kur ir jāveic neliels līdzmaksājums, arī tad rezultāti var būt dažādi, jo līdzestību tas ne vienmēr uzlabo. Tiem sirds mazspējas pacientiem, kuriem slimība jau ir attīstījusies tālāk, noteikti pie speciālista ir jādodas biežāk, jo terapija ir jākorģē. Šādiem pacientiem hospitalizācijas ir mazāk paredzamas un potenciāli var būt arī biežākas. Ideālā pasaulē vizītēm būtu jāsamazinās, bet daudz

kas ir atkarīgs no paša pacienta, slimības profila, finansiālajām iespējām, ģimenes ārsta iesaistes, blakusslimībām un citiem faktoriem.

**– Kāda ir situācija ar sirds mazspējas pacientiem un jaunajiem medikamentiem Liepājas slimnīcā? Minejāt, ka dažiem zāles ar kompensāciju esat jau izrakstījis. Vai palielinās interese arī no citu pacientu puses?**

– Par to ir grūti spriest, jo kopš jauno noteikumu stāšanās spēkā ir pagājis vien neilgs laiks. Tāpat pieļauju, ka informācijas šajā jautājumā trūkst arī ģimenes ārstiem, līdz ar to viņi savus pacientus pie kardiologa nenosūta. Tam ir jādod nedaudz vairāk laika. Protams, pēc tam cilvēki par to savā starpā noteikti runās, un ģimenes ārsti viņiem par to stāstīs, un pacienti zinās, ka šāda iespēja ir pieejama.

**– Kādi varētu būt lielākie šķēršļi, lai ģimenes ārsti šīs zāles sirds mazspējas pacientiem varētu sākt izrakstīt jau tuvākajā nākotnē?**

– Domāju, ka tā ir Veselības ministrijas un Valsts zāļu aģentūras finansiālā kapacitāte, un tāpēc sākotnēji viņi nevēlas dot pārāk plašas iespējas. Vadlīnijas šajā sakarā ir skaidras. Kardiologiem par zāļu efektivitāti nav šaubu, bet ir tāda lieta kā klīniskā inerce, un ir nepieciešams laiks, kamēr ģimenes ārsti apradīs ar šīm inovācijām sirds mazspējas pacientu ārstēšanā. Ar līdzīgu situāciju saskaras katra valsts un katra medicīnas apakšnozare. Ir nepieciešams laiks, lai šī jaunā ārstēšanas metode tiktu iestrādāta ikdienas praksē. Sirds mazspēja gan ir pietiekami sarežģīta diagnoze ar sarežģītu ārstēšanu un pacientu menedžmentu, lai tikai ģimenes ārsti varētu pēc iespējas labāk šo jauninājumu iekļaut medikamentozās terapijas sistēmā, un tāpēc, protams, nepieciešama arī speciālistu iesaiste. Starp kardiovaskulārajām slimībām tieši sirds mazspējas ārstēšana pēdējo gadu laikā uzlabojas visstraujāk, salīdzinot ar jebkuru citu kardioloģijas apakšnozari. Lai to izjustu pilnā mērā, ir vajadzīgs laiks.

**– Ko varētu darīt kardiologi, lai saīsinātu šo laika periodu?**

– Domāju, ka efektīvākais paņēmieni ir tas, ko mēs jau izmantojam, – profesoriem, docentiem, lektoriem informēt un runāt ar ģimenes ārstiem. Organizēt seminārus, lekcijas, lai ģimenes ārsti un arī citu medicīnas nozaru speciālisti pēc iespējas labāk un operatīvāk uzzinātu par visām inovācijām. Tas strādā un sevi ir pierādījis ne tikai kardioloģijā un ne tikai Latvijā.

**– Kādu jūs redzat nākamo gadu sirds veselības aprūpē? Kādi ir jūsu mērķi nākamajam darba cēliņam?**

– Ir grūti nospraust lielus mērķus pašreizējos finansiālajos apstākļos, redzot, kā veicas ar lielo slimnīcu finansēšanu un naudu kompensējamajiem medikamentiem. Nākamo gadu es nosauktu par sirds mazspējas gadu. Arteriālajai hipertensijai, koronārajai sirds slimībai visas ārstēšanas nianšes ir atstrādātas. Sirds mazspējai vajadzētu būt tai, kuras ārstēšana būtiski uzlabosies. Tas attiecas gan uz tiem pacientiem, kuri lieto SGLT-2 inhibitorus, gan citu medikamentu lietotājiem. Saistībā ar sirds mazspēju mēs nevaram runāt tikai par SGLT-2 inhibitoriem, jo šis stāsts ir daudz komplicētāks. Tāpat jāturpina sadarboties ar ģimenes ārstiem, viņus informējot par pieejamajiem medikamentiem. Prognozēju, ka priekšplānā izvirzīsies ne tikai atsevišķu medikamentu sniegtās iespējas, bet sirds mazspējas ārstēšana kopumā.



# SIRDS MAZSPĒJA

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

Sirds mazspēja atšķiras no citiem kardiovaskulāriem traucējumiem.<sup>1,2,3</sup>



## 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:<sup>4</sup>



**ELPAS TRŪKUMS**



**ŠĶIDRUMA UZKRĀŠANĀS, PIEMĒRAM, TŪSKA AP POTĪTĒM**

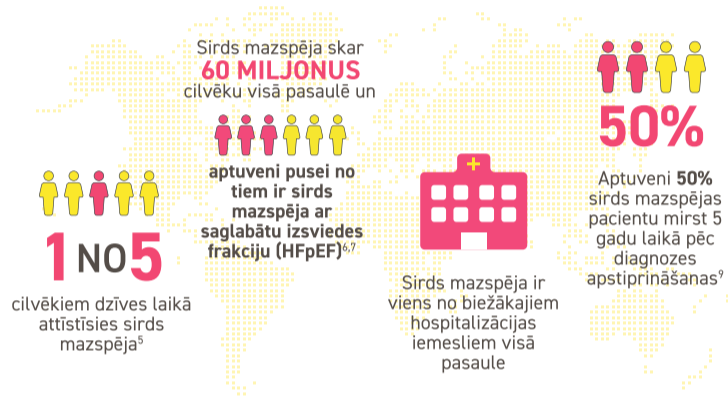


**NESPĒKS**

Citi simptomi:<sup>4</sup>

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

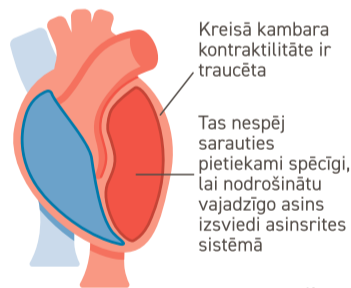
### Sirds mazspēja ir nozīmīga problēma pasaulē:



### Izšķir 2 galvenos sirds mazspējas veidus,

pamatojoties uz kreisā kambara izsviesto asins tilpumu – kreisā kambara izsviedes frakciju (KKIF)<sup>10</sup>

#### 1 SIRDS MAZSPĒJA AR SAMAZINĀTU IZSVIEDES FRAKCIJU (HF<sub>rEF</sub>)<sup>11</sup> jeb sistoliska disfunkcija



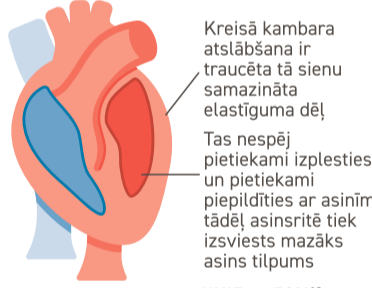
KKIF = <40%<sup>12</sup>

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

#### PIEEJAMĀ ĀRSTĒŠANA<sup>13,14,15</sup>

- Beta blokatorus
- Angiotensīnu konvertējošā enzīma (AKE) inhibitorus
- Angiotensīna receptoru neprilazīna inhibitorus (ARNI)
- Minerālkortikoidu receptoru antagonistus (MRA)<sup>15</sup>
- Angiotensīna II receptoru blokatorus (ARB)
- SGLT-2 inhibitorus

#### 2 SIRDS MAZSPĒJA AR SAGLABĀTU IZSVIEDES FRAKCIJU (HF<sub>pEF</sub>)<sup>11</sup> jeb diastoliska disfunkcija



KKIF = >50%<sup>12</sup>

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 ĀRSTĒŠANA<sup>16</sup>

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:<sup>17</sup>



**NIERU SLIMĪBA**



**2. TIPA CUKURA DIABĒTS**

Savlaicīga citu orgānu darbības izvērtēšana un traucējumu novēršana var aizkavēt slimību attīstību.<sup>18,19,20</sup>

**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](mailto:lv.rig@boehringer-ingelheim.com)  
Saskaņošanas datums 19.07.2023. PC-LV-100961



# Hroniskas nieru slimības ārstēšana – komandas darbs

GUNTA FREIMANE

Liepājas reģionālās slimnīcas Hemodialīzes nodaļas virsārste, Kurzemes Uroloģijas centra ārste **Arta Gertnere sarunā īpaši uzsvēr nozīmīgo lomu, kāda ārstēšanā ir sarunai ar pacientu, pacienta informēšanai un izglītošanai. Pats par sevi tas nebūtu pārsteidzoši, ja vien daktere nebūtu vienīgā nefroloģe Kurzemes reģionā.**

leklausīsimies, ko par hronisku nieru slimību stāsta daktere, kura mīl savu darbu un nav zaudējusi entuziasmu sasniegt labus rezultātus katrā pacienta ārstēšanā.

**– Uzsākot sarunu par hronisku nieru slimību, vispirms vēlētos noskaidrot, kā to varam raksturot un cik izplatīta šī slimība ir Latvijā?**

– Latvijā ar hronisku nieru slimību slimo ap 200 000–300 000 cilvēku. Hroniska nieru slimība ir katram trešajam cukura diabēta pacientam, tātad – ap 30 000 cukura diabēta pacientu.

Ja salīdzinām hroniskas nieru slimības izplatību Latvijā un citās valstīs, tad Latvijā saslimstība ir lielāka nekā citur – pasaulē ar hronisku nieru slimību slimo vidēji 16 procenti populācijas, Latvijā – 20 procenti.

**– Kādi ir hroniskas nieru slimības riska faktori? Jūs dažus jau nosaucāt.**

Hroniskas nieru slimības riska faktori ir:

- 1) Cukura diabēts, slikta diabēta kompensācija, glikētāis hemoglobīns HbA<sub>1c</sub> augstāks par mērķa rādītāju – 7%.  
Dienmēž šādu pacientu ir daudz. Piemēram, pēdējās nedēļas laikā Kurzemes Uroloģijas centrā ārstējās trīs sievietes, 50–60 gadus jaunas (jauns cilvēks mūsdienās ir līdz 64 gadu vecumam), ar aptaukošanos un dekompensētu 2. tipa cukura diabētu (glikētāis hemoglobīns ir augstāks par 11%).
- 2) Paaugstināti lipīdu (īpaši zema blīvuma lipoproteīnu holesterīna (ZBLH)) rādītāji. Mērķa rādītājs, kas būtu jāsasniedz diabēta pacientiem – ZBLH ir zemāks par 2,5 mmol/l; diabēta pacientiem ar hronisku nieru slimību, citiem riska faktoriem (hipertensiju, smēķēšanu) – zemāks par 1,8 mmol/l.
- 3) Proteīnūrija – olbaltumvielu izdalīšanās ar urīnu.
- 4) Smēķēšana.
- 5) Palielināts ķermeņa svars, mazkustīgs dzīvesveids.
- 6) Paaugstināts asinsspiediens – virs 130/80 mm dzīvsudraba staba.
- 7) Ilgstoša, nekontrolēta nesteroido pretiekaisuma līdzekļu grupas medikamentu lietošana. Protonu sūkņa inhibitoru grupas medikamentu ilgstoša lietošana.
- 8) Lielāks vecums, vīriešu dzimums.

**– Diabēta pacientiem jālieto vairāki medikamenti – glikozes līmenim, asinsspiedienam, holesterīnam un citām veselības problēmām. Kā nekaitēt nierēm?**

– Es aicinu pacientus ņemt līdzi lietoto zāļu sarakstu un izvērtēju, ko pacients var turpināt lietot un kas būtu jāmaina, atbilstoši viņa nieru funkcijai. Īstenībā šo darbu vajadzētu veikt ģimenes ārstam, jo viņš pacientu redz daudz biežāk un var veikt korekcijas pēc tam, kad pacients bijis uz konsultāciju pie neirologa, traumatologa un citiem speciālistiem, kuri rekomendējuši konkrētus medikamentus.

Dažkārt arī pacietīgi jāskaidro, kāpēc katrs no medikamentiem jālieto, jo pacienti vēlētos medikamentus lietot pēc iespējas mazāk. Tomēr bieži vien man nākas nevis izvītrot kādas zāles no pacienta saraksta, bet pievienot klāt.

**– Nopietns hroniskas nieru slimības riska faktors ir paaugstināts asinsspiediens. Kāpēc cilvēkam neizdodas sasniegt mērķa asinsspiedienu (ne augstāku par 130/80 mm dzīvsudraba staba)?**

– Vispirms – medikamenti paaugstināta asinsspiediena ārstēšanai jālieto regulāri. Tomēr daudzi pacienti konstatē, ka asinsspiediens ir normāls, un domā, ka medikamentus var nelietot, jo «tie taču ir kaitīgi, ķīmija».

Negatīva ietekme ir arī zāļu biežai un nevajadzīgai mainīšanai. Pacienti mēdz gaidīt medikamentu iedarbību uzreiz, bet iedarbība nav tūlītēja, novērtējamais efekts gaidāms ne ātrāk kā pēc divām nedēļām. Ja «nestrādā», pacients apmeklē citu speciālistu, kurš iesaka citus medikamentus. Ģimenes ārstam būtu jāuzņemas koordinators loma un jānorāda visa nepieciešamā informācija jau pacienta nosūtījumā pie speciālista.

Vēl viens no šķēršļiem, kas traucē sasniegt mērķa asinsspiedienu, ir pacienta pašsajūta, kas sākumā var arī nedaudz pasliktināties, kamēr organisms adaptējas jaunajam asinsspiedienam.

Par visiem šiem jautājumiem ar pacientu būtu jārunā jau tad, kad uzsāk ārstēšanu, lai novērstu apjukumu un zāļu lietošanas pārtraukšanu.

**– Vai hroniska nieru slimība pati par sevi var traucēt sasniegt normālu asinsspiedienu?**

– Grūtāk ārstēt paaugstinātu asinsspiedienu gan varētu būt tikai tiem, kuriem jāveic nieru aizstājterapija (hemodialīze vai peritoneālā dialīze), jo šiem pacientiem asinsspiediens svārstās – pirms procedūras, procedūras laikā un pēc tās. Vēl grūti kontrolēt asinsspiedienu ir tiem pacientiem, kuriem ir sašaurināta nieru artērija – nieru artērijas stenoze, bet tā ir ļoti reta slimība.

**– Vai zemāks asinsspiediens nevar «traucēt nieru filtrāciju»? Pacienti dažkārt no tā baidās...**

– Nieru filtrācijas spēja pasliktinās, ja sistoliskais (augšējais) asinsspiediens ir zemāks par 90 mm dzīvsudraba staba.

**– Kādas pazīmes var liecināt par hronisku nieru slimību?**

– Hroniskai nieru slimībai nav brīdinošu pazīmju. Tāpēc šīs slimības savlaicīgai diagnosticēšanai un kontrolei regulāri jāveic izmeklējumi.

**– Vai sāpes nieru apvidū var liecināt par hronisku nieru slimību?**

– Hroniska nieru slimība neizraisa sāpes. Protams, pacientam var būt nieru blodiņas iekaisums



vai urīnceļu infekcija, un tad novēro sāpes. Arī šo slimību diagnosticēšanai būs nepieciešami izmeklējumi.

Nieru apvidū sāpes var izraisīt arī mugurkaula bojājums, zemāk par jostasvietu – gūžas locītavas bojājums.

**– Kādi izmeklējumi būtu jāveic, lai slimību laikā diagnosticētu un izvērtētu hroniskas nieru mazspējas progresēšanu?**

– Regulāri ir jāveic laboratoriskie izmeklējumi – urīna, asins un bioķīmiskās analīzes.

1) Jānosaka kreatinīna līmenis, GFĀ (pašlaik GFĀ aprēķināšanai lieto CKD-EPI formulu).

2) Jānosaka iespējamā proteīnūrija (olbaltums urīnā). Ja nav proteīnūrijas, tad diabēta pacientiem jānosaka mikroalbuminūrija. Šis izmeklējums jāveic trīs reizes pēc kārtas 1–3 mēnešu laikā.

3) Ieteicams noteikt arī albumīna/kreatinīna attiecību urīnā, kas sniedz iespēju priekšpar hroniskas nieru mazspējas smaguma pakāpi.

Hroniskas nieru mazspējas gadījumā izmeklējumi jāatkārto reizi trīs mēnešos.

**– Kas ir nozīmīgākie rādītāji – GFĀ vai albuminūrija/proteinūrija?**

– Abi rādītāji ir vienlīdz nozīmīgi. Nevar iztikt tikai ar vienu no šīm analīzēm.

**– Kā varam aizkavēt hroniskas nieru slimības attīstību, progresēšanu?**

– Slimības attīstības aizkavēšanai jālieto noteiktu grupu medikamenti, kas aizsargā nieres, kavē mikroalbuminūrijas progresēšanu, t.s. prīlus vai sartānus, vai tiešo renīna inhibitoru grupas medikamentus. Šo trīs grupu medikamentiem ir vienāds darbības mehānisms – tie samazina aterosklerozes veidošanos glomerulos (nieru kamoliņos) un palēnina filtrācijas procesa pasliktināšanos. Vēl pielieto minerālkortikoidu receptoru antagonistu grupas medikamentu. Hroniskas nieru slimības progresēšanu aizkavē arī nesen nefrologu praksē ienākušie SGLT-2i grupas medikamenti, ko 2. tipa cukura diabēta pacienti jau pazīst, jo šie medikamenti pazemina glikozes līmeni asinīs un tos lieto 2. tipa cukura diabēta ārstēšanā.

**– Kāda ir jūsu kā nefrologa pieredze ar SGLT-2i grupas zālēm hroniskas nieru slimības ārstēšanā?**

– Jau vairāk nekā gadu sastopu pacientus, kuriem endokrinologi uzsākuši lietot šīs grupas medikamentus. Izpētot klīniskos gadījumus no savas prakses, secināju, ka pacientiem, kuri lieto SGLT-2i, kreatinīna līmenis samazinās, GFĀ palielinās un pacientu stāvoklis uzlabojas. Klīniskajā praksē apstiprinās tas, kas ir secināts pētījumos

(piemēram, EMPA-KIDNEY) par SGLT-2i nieru funkciju, – šīs grupas medikamenti palīdz aizkavēt hroniskas nieru slimības progresēšanu.

Medikamenta ietekme uz nieru funkciju saistīta ar to, ka pacientam uzlabojas glikozes līmenis asinīs, līdz ar to samazinās glomerulārā hiperfiltrācija, tiek novērsta nieru izmēra palielināšanās, samazinās intraglomerulārais (nieru kamoliņu iekšējais) spiediens. Tas tālāk samazina tubuliņu (nieru kanāliņu) šūnu slodzi. Medikamenti arī nedaudz pazemina arteriālo asinsspiedienu, jo izvada lieko nātriju un normalizē tā līmeni asinīs, kā arī palielina izdalītā urīna daudzumu. Tā rezultātā mazinās tūska. Ļoti svarīgs ir arī cits galaiznākums – par 30 procentiem samazinās kardiovaskulāro notikumu (infarktu, insultu, pēkšņas nāves) skaits. Diemžēl nefrologs nevar izrakstīt šīs grupas medikamentus ar valsts kompensāciju, tomēr rekomendēju to ģimenes ārstam un endokrinologam.

**– Kad pacientam būtu jāvērsas pie nefrologa?**

– Pacientam būtu jākonsultējas ar nefrologu, kad hroniska nieru slimība sasniedz 3. stadiju – GFĀ 59–30 ml/min. Nefrologa konsultāciju biežums (reizi trīs mēnešos, reizi sešos mēnešos vai biežāk) atkarīgs no kreatinīna līmeņa, GFĀ, kā arī no tā, vai pacientam ir samazināta eritropoētīna sintēze nierēs, paaugstināts urīnskābes līmenis, parathormona līmenis.

Pacientiem ar 3.–4. hroniskas nieru slimības stadiju svarīgi, lai stāvoklis nepasliktinātos, lai nenonāktu līdz terminālai nieru mazspējai, lai ar pacientu nebūtu jāuzsāk grūtā saruna par to, ko mēs izvēlēsimies, – hemodialīzi vai peritoneālo dialīzi. Ja kopīgi pārrunā, kā izvairīties no riska faktoriem, tad pacienti nieru veselību saglabā diezgan ilgi.

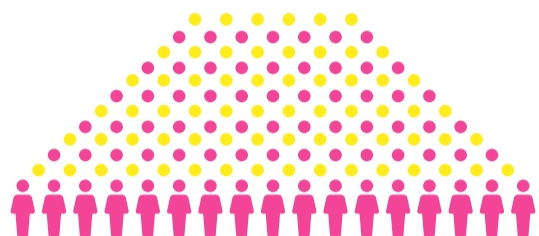
**– Kā vērtējat diabēta pacientu un nieru slimību ārstēšanu Liepājā?**

– Jau 11 gadus Liepājā (ne tikai Liepājā, bet visā Kurzemē) esmu vienīgais nefrologs – pacientiem pēc transplantācijas, akūtiem pacientiem, neatliekamajiem pacientiem, pacientiem stacionārā un ambulatori pacientiem, tāpēc ļoti daudzi nesaņem nepieciešamo palīdzību, kas būtu jāsaņem. Liepājā ir divi endokrinologi un vēl viens endokrinologs brauc konsultēt no Rīgas. Ārstu ir par maz. Labā ziņa ir tā, ka Liepājas reģionālā slimnīca ir piesaistījusi divus endokrinoloģijas rezidentus, kuri pēc pāris gadiem uzsāks darbu ar diabēta pacientiem. Šī gada otrajā pusē mums būs arī jauns nefrologs, un viena jauna daktere būs gada beigās vai 2025. gada pašā sākumā. Tad varēsim strādāt jaudīgāk, komanda būs lielāka.



# 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** cilvēku<sup>1</sup>

Šīs slimības ir pasaulē biežākais nāves cēlonis<sup>2</sup>

20 miljoni nāves gadījumu katru gadu<sup>2,3</sup>



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

SM, HNS VAI 2. TIPA CD IR SAVSTARPĒJI SAISTĪTI, KAS PAAUGSTINA CITU KARDIOVASKULĀRU, NIERU UN VIELMAIŅAS SLIMĪBU RISKU<sup>1,5,6</sup>

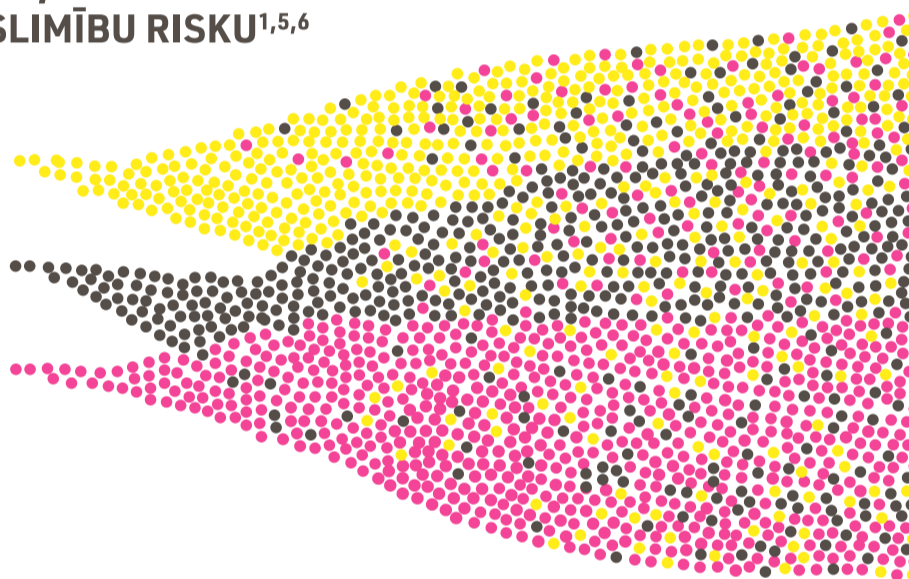
Līdz pat **60%** pacientu ar hronisku nieru slimību ir KV slimība<sup>7</sup>



Līdz pat **40%** pacientu ar 2. tipa CD ir HNS<sup>8,9</sup>



Līdz pat **45%** pacientu ar SM ir 2. tipa CD<sup>10</sup>

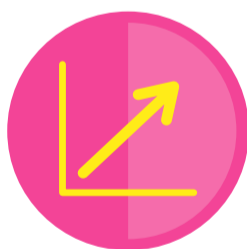


LAIKS

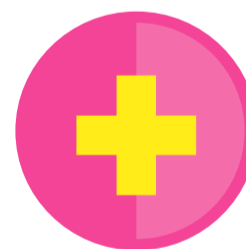
LAI NOVĒRSTU ŠO SLIMĪBU ATTĪSTĪBU NEPIECIEŠAMA HOLISTISKA PIEEJA



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**<sup>7,11,12</sup>



**Agrīna izmeklēšana, diagnostika un terapija** var **aizkavēt** SM, HNS un 2. tipa CD komplikācijas, tai skaitā **kardiovaskulāro nāvi**<sup>13-15</sup>

## 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](http://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.



# 2. tipa diabēta pacienta ārstēšana – ar gaišāku skatu nākotnē

GUNTA FREIMANE

Sarunā ar endokrinoloģi Ilzi Lagzdiņu cieši savijas 2. tipa cukura diabēta pacientu ārstēšanā tik raksturīgais: medicīnas attīstība – tās ir jaunas iespējas, kas ārstiem un pacientiem sniedz lielāku optimismu, tomēr neatceļ veselīga dzīvesveida, atbilstoša uztura, fiziskās aktivitātes nozīmīgo lomu diabēta ārstēšanā. Un, tāpat kā iepriekš, svarīgs ir diabēta ABC – jāsaņiedz visi trīs nozīmīgākie mērķa rādītāji – normāls glikozes līmenis asinīs, lipīdu rādītāji (holesterīns, triglicerīdi) un normāls asinsspiediens.

– Cukura diabēta slimnieki bieži ir «sarežģīti» pacienti ar daudzām diagnozēm vienlaikus, un dažkārt diagnožu saraksts katru gadu papildinās un paplašinās.

– 2. tipa cukura diabēts ir multifaktoriāla slimība. Tās attīstību ietekmē gan ģenētika, gan dzīvesveids. Pacientam ir jāmaina uztura ieradumi – jāapgūst veselīga uztura principi un ir jābūt motivētam ieviest tos savā ikdienā, kā arī jābūt kustīgam – regulāri, katru dienu sevi fiziski jānodarbina papildus ikdienas fiziskajai slodzei mājās un darbā. Tomēr 90 procentos gadījumu ir jāuzsāk lietot arī antidiabētiskos medikamentus. Bieži pirmajā sarunā pacients man jautā: «Kāpēc jāārstējas, ja man cukura līmenis asinīs ir tikai nedaudz paaugstināts un es jūtos labi?» Tad es atbildu: «Cukura diabēts nesāp, bet ievērojami palielina risku, ka jums jau ir sirds un asinsvadu slimība. Diabēts ir jāārstē, lai tā neprogresētu.» Kāpēc pacientam ar 2. tipa diabētu ir arī citas slimības? 2. tipa cukura diabēta pacientiem ir daudz riska faktoru sirds un asinsvadu slimībām – liekais ķermeņa svars vai aptaukošanās, paaugstināts holesterīna līmenis, paaugstināts arteriālais asinsspiediens, mazkustīgs dzīvesveids. Daudzi 2. tipa diabēta pacienti arī smēķē, un smēķēšana pati par sevi ir nopietns riska faktors gan cukura diabēta, gan arī sirds un asinsvadu slimību attīstībai, to straujāki progresēšanai.

Daži skaitļi, kas ilustrē iepriekš teikto.

Pacientiem ar 2. tipa cukura diabētu

- par 53 % pieaug nestabilas stenokardijas risks,
- par 54 % – miokarda infarkta,
- par 56 % – sirds mazspējas,
- par 72 % – insulta,
- par 28 % perifēro artēriju slimību risks, kas nozīmē, ka ir ļoti liels gangrēnas attīstības risks.

Tātad ārstēt 2. tipa cukura diabētu nozīmē ne tikai pazemināt glikozes līmeni asinīs, bet arī ārstēt paaugstinātu holesterīna līmeni, normalizēt asinsspiedienu, samazināt ķermeņa svaru, palielinot fiziskās aktivitātes un veselīgi ēdot, atmet smēķēšanu. 70 procentu no tā visa ir pacienta atbildība. Ir vajadzīga motivācija un gribasspēks, lai mainītu dzīvesveidu un sadarbotos ar endokrinologu, diabēta māsu un ģimenes ārstu, ievērojot viņu ieteikumus.

– Vai ir pietiekami daudz norādījumu un pierādījumu no pētījumiem, kā vajadzētu ārstēt pacientus, kuriem vienlaikus ir gan cukura diabēts, gan sirds mazspēja, gan arī hroniska nieru slimība?

– Patlaban Latvijā 2. tipa cukura diabēta ārstēšanai ir iespēja izmantot septiņu dažādu grupu antidiabētiskos medikamentus.

Pēdējos desmit gados endokrinologu rīcībā nonākušie jaunākie antidiabētiskie medikamenti ir ar «pievienoto vērtību». Tas nozīmē, ka tie palīdz ne tikai normalizēt glikozes līmeni asinīs, bet arī samazināt sirds un asinsvadu notikumu (infarkta, insulta, pēkšņas nāves) risku, aizkavēt sirds mazspējas progresēšanu un mazināt tās simptomus, palēnināt hroniskas nieru slimības attīstību un samazināt ķermeņa svaru. Vieni no tādiem ir SGLT-2i grupas medikamenti. **Pētījumos gūtie pierādījumi par SGLT-2i grupas zālēm liecina:**

- Nāves risks no sirds un asinsvadu slimībām, hroniskas sirds mazspējas progresēšanas risks un hospitalizācijas risks sirds mazspējas dēļ samazinās vidēji par 25 % gan pacientiem ar cukura diabētu, gan arī pacientiem bez diabēta (pētījumi DAPA-HF un EMPEROR-REDUCED).
- Hroniskas nieru slimības progresēšanas risks, risks attīstīties terminālai nieru mazspējai, nāves risks no sirds un asinsvadu, kā arī hroniskas nieru slimības samazinās par 39 % (pētījums DAPA-CKD).
- Hroniskas nieru slimības progresēšanas sirds un asinsvadu slimību izraisītas nāves risks samazinās par 28 % gan pacientiem ar cukura diabētu, gan pacientiem bez diabēta (pētījums EMPA-KIDNEY).

**SGLT-2i grupas medikamentu darbības mehānisms** veicina glikozes pazemināšanos asinīs, neļaujot glikozei no nieru kanāliņiem uzskūties atpakaļ asinīs, tāpēc glikoze pastiprināti izdalās ar urīnu un pazeminās ne tikai glikozes līmenis asinīs, bet arī nedaudz ķermeņa svars, jo tiek zaudētas kalorijas, urīnskābes līmenis, asinsspiediens, palielinās diurēze.

**Pacientam ar sirds mazspēju**, lietojot SGLT-2i, mazinās tūskas, nogurums, elpas trūkums, un cilvēks ikdienā spēj veikt lielāku fizisko slodzi. Tieši šo efektu dēļ es no pacientiem esmu saņēmusi visvairāk pateicību. Svarīgi ir arī tas, ka pacienti hroniskas sirds mazspējas dekompensācijas dēļ vairs nenokļūst stacionārā.

**Pacientiem ar hronisku nieru slimību** SGLT-2i samazina hiperfiltrāciju un mikroalbuminūriju, kas ir nozīmīgi hroniskas nieru slimības progresēšanas riska faktori.

Šīs grupas medikamenti arī samazina ķermeņa svaru, Svara zudums ir cieši saistīts ar glikozes vielmaiņu. Jo mazāks svars, jo labāki glikozes vielmaiņas rādītāji. Uzlabojas glikētā hemoglobīna HbA<sub>1c</sub> rādītāji un aktuālie glikozes rādītāji. Pašlaik šie medikamenti vairs nav kaut kas ekskluzīvs, bet gan ieņēmuši stabilu vietu 2. tipa cukura diabēta ārstēšanas algoritma augšdaļā. Ja pacientam jau ir sirds un asinsvadu slimības, piemēram, viņam bijis infarkts, infarkts, ir stenokardija, hroniska sirds mazspēja, ir veikta revaskularizācija, kā arī, ja ir nozīmīgi sirds un asinsvadu slimību riski (arteriālā hipertensija, hiperlipidēmija jeb paaugstināts holesterīna līmenis asinīs), tad iesaka uzsākt ārstēšanu ar SGLT-2i vai GLP-1 grupas medikamentiem. Svarīgi arī tas, ka šos preparātus var izrakstīt ne tikai endokrinologs, bet arī ģimenes ārsts. Pašlaik SGLT-2i ar valsts kompensāciju var uzsākt un izrakstīt arī kardiologi, pavisam drīz to varēs darīt arī nefrologi.



Foto: Shutterstock

– Šos medikamentus bieži kombinē ar citām zālēm...

– Jā, visbiežāk šīs grupas medikamentus lieto kombinācijā ar citām zālēm, ir pieejamas arī fiksētās kombinācijas (divas aktīvās vielas vienā tabletē). Šīs grupas medikamentus var kombinēt praktiski ar visām citām pret diabēta zāļu grupām, tostarp arī ar insulīnu. Uzsākot ārstēšanu ar SGLT-2i, pozitīvos efektus var redzēt jau pirmajās nedēļās.

– Kas 2. tipa diabēta pacientiem vēl būtu jāzina par ārstēšanos ar SGLT-2i grupas medikamentiem?

– Jebkuru medikamentu lietošanas uzsākšanas laikā ārsts izvērtē, vai tas ir piemērots konkrētajam pacientam.

Pacientu informējam, ka palielināsies izvadītā urīna daudzums, tāpēc papildus jāizdzer vismaz viena glāze ūdens dienā. Urīnā būs konstatējama glikoze, bet par to var neuztraukties – tas šajā gadījumā nenozīmē, ka diabēts ir sliktāk kontrolēts. Būdinām pacientu, ka tad, ja ir sliktā dūša un vemšana, šīs grupas medikamentu lietošana īslaicīgi jāpārtrauc un jāatsāk pēc atveseļošanās. Vēl viens būtisks ārstēšanās nosacījums ir regulāra (katru dienu!) higiēnas ievērošana, apmazgāšanās, lai samazinātu uroģenitālās sēnīšu infekcijas risku. Pacients, uzsākot ārstēšanos, saņem bukletu ar visiem ieteikumiem, lai tos būtu vieglāk atcerēties.

Manā praksē apmēram 10 procentiem pacientu ir bijušas blakusparādības, bet lielākajai daļai ir izdevies tās novērst.

Pacienta informēšanai ir ļoti liela nozīme arī tāpēc, lai viņš bez iemesla un vienkārši aiz apmulsma nepārtrauktu lietot zāles.

– Kā jūs kā endokrinologs vērtējat izmaiņas pacientu dzīvē pēc tam, kad ārstēšanā plašāk ienākuši SGLT-2i?

– Uz šo medikamentu vietu 2. tipa diabēta ārstēšanā raugos ar optimismu. Tas nozīmē, ka tagad efektīvāk varam aizkavēt diabēta komplikāciju attīstību. Noteikti ir uzlabojusies diabēta pacientu dzīves kvalitāte. Vēl viens no

aspektiem ir tāds, ka diabēts kļūst jaunāks. Un tie cilvēki, kas ir iesaistīti darba tirgū, ir vairāk motivēti saglabāt savu veselību, izvairīties no komplikācijām.

Vienlaikus gan pacientam, gan ārstam ir būtiski iespējami attālināt ārstēšanās uzsākšanu ar insulīnu, jo šis process prasa daudz laika un resursu gan no ārsta, gan pacienta. Tieši tāpēc svarīgi sasniegt normālu glikozes līmeni asinīs, normālu holesterīna līmeni un asinsspiedienu.

– Dažkārt vērojam lielu inerci attiecībā uz jauniem medikamentiem. Drošāk šķiet turēties pie jau ierastā.

– Es savā praksē turpinu telefoniskās konsultācijas, piemēram, 1–2 nedēļas pēc jauna ārstēšanas veida uzsākšanas, lai pārlicinātos, ka pacientam nav radušās problēmas un viņš jūtas labi. Tas atvieglo jaunu medikamentu lietošanas uzsākšanu un rada drošību gan ārstam, gan pacientam.

– Ko ārstēšana ar SGLT-2i nozīmē cukura diabēta pacientiem viņu dzīves ikdienā un perspektīvā – īstermiņā un ilgtermiņā?

– Pirmkārt, lai jaunais medikaments būtu efektīvs, es iesaku pacientiem darīt visu, kas ir atkarīgs no paša, – veselīgs uzturs, fiziskās aktivitātes, stresa menedžments, pietiekošs miega ilgums. Tad arī SGLT-2i dos gaidītos rezultātus. Šīs grupas medikamenti būtiski uzlabo dzīves kvalitāti pacientiem ar hronisku sirds mazspēju un hronisku nieru slimību. Un mēs, ārsti, redzam šos pozitīvos efektus savā praksē.

No 2. tipa diabēta pacientiem ar sirds mazspēju, kuriem esmu nozīmējusi šīs grupas medikamentus, neviens nav ticis hospitalizēts sirds mazspējas dekompensācijas dēļ. Izņemot vienu, kurš uz trim mēnešiem bija pārtraucis SGLT-2i lietošanu. Pēdējos gados daudz mazākam pacientu skaitam nepieciešams uzsākt insulīna terapiju, jo ir iespējas veiksmīgi ārstēt 2. tipa diabētu un sirds asinsvadu slimības ar SGLT-2i un GLP-1 grupas medikamentiem. Tā ir absolūti jauna perspektīva, kas ļauj ar lielāku optimismu vērtēt 2. tipa diabēta pacienta ārstēšanas iespējas.



# Endoprotezēšana palīdz atgūt mobilitāti un dzīvesprieku

ILONA NORIETE

Dažādu iemeslu dēļ daudzi cilvēki saskaras ar locītavu bojājumiem. Visbiežāk tās izraisa skrimšļa nodilums jeb deģenerācija, kuras rezultātā veidojas locītavas deformācija, kas ierobežo funkcionalitāti un rada sāpes. Lielākie riska faktori ir traumas, liekais svars, pastāvīga palielināta slodze un dažādi locītavu iekaisumi. Laika gaitā slimībai progresējot, cilvēkam kļūst grūtāk pārvietoties, sāpes parādās arvien biežāk un nepazūd pat naktīs. Šādos gadījumos ir laiks apsvērt domu par bojātās locītavas endoprotezēšanu.

Vairāk par to sarunā ar Liepājas reģionālās slimnīcas traumatologu ortopēdu, Traumatoloģijas un ortopēdijas nodaļas virsārstu **Uldi Ārgali**.

**– Ir cilvēki, kas ir fiziski aktīvi un daudz kustas, bet netrūkst arī tādu, kuri dažādu iemeslu dēļ to nedara. Viens no iemesliem var būt ar veselību saistītas problēmas, tostarp sāpošas ceļu un gūžu locītavas. Medikamenti kādu brīdi palīdz, bet problēmas būtību neatrisina. Kā pareizi rīkoties šādos gadījumos?**

– Ja sāp, ir jādodas pie ārsta. Mediķi ārstēšanu iedala konservatīvajā un ķirurģiskajā. Konservatīvā medicīna paredz terapijā izmantot visus līdzekļus, kas nav saistīti ar operatīvu iejaukšanos. Tā ir fizioterapija, vingrošanas nodarbības, dažāda veida injekcijas slimajās locītavās, diēta, režīms. Ja tas nēlīdz, tad atliek veikt locītavas nomainītu endoprotezēšanu.

**– Parasti sāk ar fizioterapiju, un diezgan bieži tā arī palīdz. Tomēr reizēm nepieciešamas zāles. Cik ilgi tās var lietot, un kas liecina, ka šāda ārstēšana nepalīdzēs?**

– Medikamenti ir dažādi. Skrimšļu virsmu aizsargājošus līdzekļus var lietot ilgstoši. Tie bieži vien ir pārtikas piedevas, glikozamīnu, kolagēnu saturoši preparāti. Nekādi brīnumi to lietošanas rezultātā nenotiek, bet pozitīvu ietekmi arī šādi preparāti dod.

**– Tomēr pārsvarā tiek izmantoti pretsāpju medikamenti jeb nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi.**

– Tā var būt, taču šīs zāles ilgi lietot nedrīkst, jo visām ir mazākas vai lielākas blaknes. Biežāk sastopamās ir kuņģa gļotādas kairinājums, kas var novest līdz pat kuņģa čūlai un tās plīsumiem. Otrs nereti sastopams kaitējums ir nieru audu bojājums, kas var izraisīt pat nieru mazspēju. Tāpēc nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus nav ieteicams lietot ilgstoši.

**– Pie kāda ārsta pacientam vispirms vajadzētu vērsties? Ja ģimenes ārsts nav varējis neko palīdzēt un pretsāpju medikamentu lietošana jau ir ielgusi, tad jāmeklē ceļš pie traumatologa ortopēda?**

– Mūsu medicīnas sistēmā pirmā persona, pie kuras jāvērstas ar sūdzībām, ir ģimenes ārsts. Ja sadarbībā ar ģimenes ārstu problēma nav atrisināta, tad nākamais solis ir vizīte pie traumatologa ortopēda. Vēlams līdzī ņemt jau kādu izmeklējumu rezultātus. Labāk, ja sāpošajai locītavai ir veikts vismaz rentgens, lai pirmā saruna izdotos pilnvērtīgāka.

**– Balstoties uz savu pieredzi, – kādas problēmas jūs visbiežāk redzat un ko parasti iesakāt pacientiem?**

– Vispirms es pats cenšos saprast, kāds katram pacientam būtu labākais ārstēšanas veids. Vai viņam vēl var izmantot konservatīvo ārstēšanu, vai arī ir vajadzīga ķirurģiska iejaukšanās. Tas tiek



**Uldis Ārgalis: «Ir iespējams veikt daļēju ceļa locītavas endoprotezēšanas operāciju, kad tiek mainīta tikai nodilusi puse, nevis visa locītava. Pēc šādām operācijām pacients jūtas ievērojami labāk, atveseļojas ātrāk un ar laiku aizmirst, ka šāda operācija ir veikta.»**

noskaidrots mūsu sarunā. Attiecībā gan uz gūžām, gan ceļiem es pacientiem bieži vien uzdodu četrus jautājumus. Pirmais: vai jūs varat iztikt bez pretsāpju līdzekļiem? Otrais: vai jūs varat naktī pilnvērtīgi izgulēties, vai nav jāmostas sāpju dēļ? Trešais: vai jūs spējāt pildīt savus darba pienākumus un nav ilgstoši nepieciešamas darba nespējas lapas? Ceturtais jautājums attiecas uz to, vai pacients var nodarboties ar saviem iemīļotajiem hobijiem, piemēram, ceļošanu, dārza darbiem, makšķerēšanu vai pastaigām. Ja cilvēks atbild, ka nevar iztikt bez sāpēm, naktī normāli izgulēties, ir grūti strādāt savu darbu, nevar atpūsties, tad visdrīzāk ir pienācis laiks ķirurģiskai ārstēšanai.

**– Mūsdienās daudziem cilvēkiem ir liekais svars. Vai pie jums vērstas arī tādi pacienti?**

– Šis ir diezgan sāpīgs jautājums. Sarunas par to pieņemšanas laikā gadās samērā bieži. Cilvēki ar lieko svaru nereti nāk pēc glābīņa, bet paši neko nevēlas darīt savas veselības labā. Viņi negrib kaitīgi iesaistīties risinājuma meklēšanā, lai atbrīvotos no liekā svara. Ja uz šo lietu raugās nopietni, tad samazināt svaru ir iespējams ar diētas palīdzību. Tagad ir arī medikamenti, kas palīdz atbrīvoties no liekās ķermeņa masas. Taču biežāk es cilvēku acīs redzu vienaldzību. Turklāt pacientu ar lieko svaru kļūst arvien vairāk, un tā ir nopietna problēma. Pirmkārt, šādus pacientus ir grūti operēt, otrkārt, ir ievērojami augstāki operācijas riski. Tāpat varētu samazināties arī protēzes kalpošanas laiks pat veiksmīgas operācijas gadījumā.

**– Cik lielam skaitam pacientu, kuri vērstas pie jums ar ceļu un gūžu problēmām, ir nepieciešama endoprotezēšana?**

– Pie manis bieži vien ierodas pacienti, kuri jau bijuši pie citiem speciālistiem un pamazām ir nonākuši līdz domai, ka pienācis laiks operācijai. Tad viņi nāk pie ķirurga, kurš veic šādas operācijas. Tāpēc man operējamo ir visai daudz, varbūt pat puse no visiem pacientiem. Savukārt citiem kolēģiem bieži ir operējams labi ja viens no 20 pacientiem.

**– Ja ir pieņemts lēmums par gūžu vai ceļu endoprotezēšanu, – kā notiek sagatavošanās**

**operācijai, kāds ir tālākais rīcības plāns? Vai par operāciju ir jāmaksā, vai varbūt uz to ilgi jāgaida rindā?**

– Ja ir nolēmts veikt operāciju, es uzreiz pieņemšanā izsniedzu īpašu veidlapu, kurā uzrakstīts viss, kas jādara, lai tai sagatavotos, kādas analīzes jāveic un kādi speciālisti jāapmeklē. Ar šo veidlapu pacients dodas pie ģimenes ārsta un sāk pildīt visus nepieciešamos priekšrakstus. Gaidīšanas rinda Liepājas slimnīcā, kur es strādāju, ir nedaudz īsāka nekā citās Latvijas slimnīcās. Pacients nokļūst uz operācijas galda vidēji trīs līdz sešu mēnešu laikā pēc vizītes, kurā ticis pieņemts lēmums par operāciju. Vairumā Latvijas slimnīcu cilvēki rindā gaida apmēram divus gadus.

**– Vai protēzes, kuras tiek izmantotas pacientiem, mēdz būt atšķirīgas?**

– Mēs vienmēr lietojam iespējami labākos implantus. Tas nozīmē, ka izdarām labu ne tikai pacientam, bet reizē arī sev. Jo kvalitatīvāku implantu izvēlamies un labāk veicam operāciju, jo laimīgāks pacients no arī ārsts. Protī, mēs esam drošāki, ka šis pacients neatgriezīsies pie mums ar sarežģījumiem un sūdzībām.

**– Vai pastāv risks, ka implants var salūzt, ja, piemēram, cilvēks neveiksmīgi nokrīt?**

– Implanta lūzums ir ļoti reti sastopama problēma. Taču var gadīties citas lietas: tas var izkustēties vai var salūzt kauls, kurā fiksēts implants. Pēc gūžas operācijām parasti rezultāts ir īpaši labs. Pacienti bieži vien vispār aizmirst, ka ir veikta operācija, jo locītava strādā tieši tāpat kā vesela savējā.

Ar ceļiem ir mazliet citādāk. Tipiskā jeb tā dēvētā totālā ceļa endoprotezēšana, ko izmanto vairumā gadījumu, ne vienmēr ir tik veiksmīga. Apmēram piektdaļai pacientu ir zināms diskomforts. Viņi jūt, ka tas nav gluži savs celis, nav tā, kā bija agrāk, ir novērojama zināma neveiklība vai sāpes pie noteiktām kustībām. Arī kustību apjoms var būt ierobežots, cilvēks nevar pilnībā salocīt ceļa locītavu, jo celis lokās ne vairāk kā 120 grādu leņķī. Aptuveni šāda statistika ir visā pasaulē, ka apmēram 20 procenti pacientu nav pilnībā apmierināti ar savu jauno ceļa locītavu,

tomēr 80 procenti ir priecīgi un gandarīti par operācijas iznākumu.

**– Ko darīt tiem, kas nav apmierināti un uzskata, ka labāk nevajadzēja operāciju taisīt?**

– Neapmierinātie ir dažādi. Ir tādi, kuri saka: es cerēju, ka būs labāk, bet nekas, var tīri labi iztikt, dzīvoju un priecājos. Citi saka: nē, es tā dzīvot nevaru. Tādos brīžos mēs faktiski atgriežamies izejas situācijā, kad kaut kas jādara. Tad notiek revīzijas endoprotezēšana, iepriekš ieoperētā protēze tiek ņemta ārā un veikta izmaiņas. Bet tas notiek ļoti reti. Lai to darītu, vispirms jāsaprot, kāds ir sūdzību cēlonis, lai nākamreiz viss izdodas sekmīgāk. Mums, ārstiem, zināmā mērā jābūt ne tikai ortopēdiem, bet arī psihologiem.

Runājot par tiem 20 procentiem pacientu, kuri nav apmierināti ar jaunajiem ceļiem, jāpiebilst, ka medicīna attīstās, ir jauna veida implantu, kurus mēs esam sākuši izmantot arī Liepājā. Tā ir daļēja ceļa locītavas endoprotezēšana, kad tiek mainīta tikai nodilusi puse nevis visa ceļa locītava (totāla protezēšana). Cilvēkiem biežāk nodilst mediālā daļa jeb iekšpuse, kas atrodas tuvāk otram celim. Tagad var veikt operāciju, kuras laikā nomaina tikai nodilušo daļu. Pēc šādām operācijām pacients jūtas ievērojami labāk, atveseļojas ātrāk un ar laiku vispār aizmirst, ka šāda operācija ir veikta, jo celis kalpo tikpat labi kā veselais.

**– Cik ilgs laiks pēc operācijas paiet, pirms cilvēks var sākt staigāt?**

– Pēc daļējām ceļa protezēšanas operācijām celis ir pilnībā lietojams uzreiz, jau nākamajā dienā. Arī nekāda īpaša rehabilitācija nav vajadzīga, jo celis strādā ļoti labi. Totālās protezēšanas gadījumā atveseļošanās periods ir garāks un mazliet grūtāks. Vairākas nedēļas jāizmanto krukļi, tāpat jāvingrina celis. Tas no sākuma bieži vien negrib pietiekami labi locīties, tāpēc pirmais mēnesis ir grūtāks.

**– Vai kādu laiku pēc operācijas ir jāturpina lietot pretsāpju medikamentus?**

– Pirmajā atveseļošanās posmā, kamēr viss sadzīst, medikamenti jālieto. Sevišķi pēc totālas ceļa locītavas endoprotezēšanas. Tad celis var sāpēt, īpaši naktīs.

**– Kāda ir protēzi ieguvušā pacienta turpmākā dzīve?**

– Apmēram divus mēnešus pēc operācijas pacientu uzaicina uz pirmo apskati, un bieži vien šī pārbaude ir arī pēdējā. Atsevišķos gadījumos, kad kavējas rehabilitācija (radušās aizdomas, ka ir novirzes no normas, kaut kas nav īsti labi), tad pēc diviem mēnešiem pacientam jāatnāk vēlreiz. Rentgens ne vienmēr ir nepieciešams. Pēc gūžas endoprotezēšanas vairākus mēnešus jāievēro kustību ierobežojumi, lai jaunā locītava neizmežģītos.

**– Kādas pozitīvas atsauksmes jūs esat dzirdējis no saviem pacientiem, un kas jums pašam vislabāk ir palicis atmiņā?**

– Sajūsma un prieks no pacientiem ir dzirdams diezgan bieži. Tagad varbūt mazāk, bet agrāk, kad šīs operācijas veica retāk, pacienti mēdza teikt: ja es būtu zinājis, ka tas ir tik vienkārši, būtu jau sen to izdarījis, nevis gaidījis un baidījies. Tas ir viens, ko saka pacienti. Otrs aspekts ir personīgā pieredze no laika, kad mēs sākām veikt daļēju ceļa locītavu endoprotezēšanu. Man iespiedies atmiņā, cik ātri pacienti atveseļojās un cik labi viņi jutās, salīdzinot ar tiem, kuriem veikta pilnā ceļa endoprotēzēšana. Tāpēc esmu kļuvis par lielu šīs operācijas piekritēju un cenšos pēc iespējas biežāk veikt daļēju ceļa protezēšanu.

Es pacientiem parasti atgādinu, ka uz operāciju nevajag skatīties kā uz nelaimi vai likteņa sodu, bet tieši otrādi – kā uz veiksmīgu problēmas atrisinājumu.

Foto: No LRS arhīva



# Liepājas slimnīcā ir visas iespējas savlaicīgi

ILONA NORIETE

Onkoloģiskās slimības ir milzīga mūsdienu problēma. Tās pārsvarā pielavās slepus un rada nopietnas, dažkārt ļoti smagas un pat nāvējošas veselības likstas. Jaunākie pētījumi rāda – lai gan lielu lomu aizvien spēlē iedzimtības faktors, tomēr nelabvēlīga ģenētika nav noteicošais onkoloģisko slimību rašanās cēlonis. No vēža nav pasargāts neviens – ļaundabīgie audzēji var attīstīties praktiski katram cilvēkam jebkurā vecumā.

Vairāk par onkoloģiskajām slimībām un veidiem, kā ar tām cīnīties, mūsu sarunā ar Liepājas reģionālās slimnīcas Ķīmijterapijas, hematoloģijas un paliatīvās aprūpes nodaļas virsārsti, onkoloģi Ķīmijterapieti Zinaīdu Štara.

## – Ar kādām onkoloģiskajām slimībām jums ikdienā nākas saskarties Liepājas reģionālajā slimnīcā?

– Ķīmijterapija tiek izmantota visām vēža lokalizācijām. Diezgan skumji, ka ne tikai Liepājā, bet arī visā Latvijā pieaug saslimšana ar dzemdes kakla vēzi. Lai arī šim ļaundabīgajam audzējam ir skrīninga programma, bieži nākas konstatēt slimību jau vēlīnā stadijā, kad mums ir ļoti grūti pacientēm palīdzēt. Otra liela grupa ir cilvēki ar nejausi, bet bieži vien novēloti atklātu plaušu vēzi. Šādos gadījumos parasti nenosakāmu laiku ir bijušas dažādas sūdzības, nereti pacients it kā saslīkst ar kaut ko citu vai arī atnāk uz uzņemšanas nodaļu ar domu, ka tā varbūt ir pneimonija vai elpas trūkums. Taču tā vietā tiek konstatēts plašs, neoperējams un arī neārstējams plaušu vēzis. Šādā gadījumā mēs varam pacientam piedāvāt tikai paliatīvo aprūpi, simptomātisku terapiju.

## – Cilvēki ir dažādi – daļa rūpējas par savu veselību, bet citi uzskata sevi par veselīgiem un nedomā ārstu apmeklēt. Vismaz līdz brīdim, kamēr viss ir kārtībā. Runājot par dzemdes kakla vēzi, – vai to var laikus konstatēt, ja sievietē reizi gadā aiziet pie ginekologa, kurš cita starpā parasti arī paņem citoloģisko uztriepi?

– Jā, ginekologs paņem uztriepi un nosūta analīzes uz pārbaudi. Taču vajag atcerēties, ka Latvijā ikvienai sievietei vecumā no 25 līdz 67 gadiem reizi trijos gados ir iespēja veikt valsts apmaksātu dzemdes kakla vēža profilaktisko pārbaudi. Protams, kontrole un izmeklēšana neizslēdz saslimšanu. Minēto pārbaudi priekšrocība ir iespēja dzemdes kakla audzēju konstatēt ļoti agrīnā stadijā, kad tas ir veiksmīgi ārstējams, vai pat pirmsvēža stāvoklī. Laikus veikts skrīnings palīdz novērst risku diagnosticēt šo vēzi jau vēlīnās stadijās. Uzaicinājuma vēstule veikt dzemdes kakla vēža skrīningu tiek nosūtīta pa pastu uz sievietes deklarēto adresi vai elektroniski uz e-pastu. Diemžēl atsaucība nav pārāk augsta, un tās ir lielākās bažas. Tādēļ diezgan daudz pacientu nonāk pie ārsta jau ar audzējiem vēlīnā stadijā, kad mēs vairs daudz nevaram palīdzēt.

## – Jūs minējāt, ka daudz ir pacientu ar plaušu vēzi. Protams, mēs labi zinām par smēķēšanas negatīvo ietekmi, bet no plaušu vēža nav pasargāti arī cilvēki, kuri nesmēķē. Kā pēc iespējas savlaicīgāk var konstatēt plaušu vēzi? Reizi gadā profilaktiski veikti rentģenizmeklējumi to var arī neuzrādīt.

– Tā ir taisnība, jo rentģenā neredz plaušu galotnes, tādēļ tas plaušu vēzi var arī neuzrādīt. Šim audzēja veidam nav skrīninga un, visticamāk, arī nebūs (vismaz tuvākajā laikā). Katram



Zinaīda Štara: «Ķīmijterapija pēdējos gados ir strauji progresējusi. Tāpēc es ļoti gaidu ārstu, kurš rudenī Liepājā plāno kļūt par otru ķīmijterapietu, jo, pilnīgi godīgi, es viena visu vairs nespēju aptvert. Onkoloģisko pacientu ārstēšana ir ļoti plaša un smalka, katras vēža lokalizācijas gadījumā atšķirīga, bet tā dod lielas iespējas.»

pašam vajadzētu censties pamanīt sākotnējos simptomus – piemēram, ja ir elpas trūkums vai diskomforts krūškurvī, sajūta, ka nevar ievilk elpu vai ilgstoši turas neskaids klepus. Manuprāt, jau minimālu simptomu parādīšanās gadījumā vajadzētu doties pie ģimenes ārsta, kurš pēc tam varētu sūtīt pacientu pie pulmonologa, lai speciālists izvērtē, vai būtu jāveic plaušu datortomogrāfija.

## – Varbūt arī tad, ja ar elpu viss kārtībā un klepus nav, it īpaši, ja cilvēks smēķē, viņam vajadzētu reizi gadā vai divos uztaisīt zemas devas datortomogrāfiju? Lai nepieļautu, ka šis audzējs tiek atklāts tikai trešajā vai ceturtajā stadijā?

– Hroniskiem smēķētājiem kaut kādas sūdzības parasti būs – vai nu klepus (kā viņi paši saka, pīpētāju klepus), vai elpas trūkums. Tad cilvēkam pašam jādomā, ko darīt. Mans ieteikums būtu patiešām aiziet pie plaušu speciālista, izrunāties, izstāstīt savus simptomus. Būtu vēlams uztaisīt plaušu datortomogrāfiju, jo ļoti bieži slimība tiek konstatēta nejausās atradnēs. Proti, kad cilvēks pievērš uzmanību nepatīkamiem simptomiem un aiziet pie pulmonologa, nereti arī tiek atklāts plaušu vēzis.

## – Cik bieži vajadzētu veikt zemas devas datortomogrāfiju? Reizi gadā, varbūt divos?

– Es domāju, ka šo pārbaudi, ja iepriekšējā datortomogrāfijā nekas nav atrasts, varētu izdarīt reizi

divos gados. Tomēr noteicošais faktors šajā jautājumā ir paša pacienta pašsajūta un sūdzības – vai neparādās elpas trūkums, nespēks, novājšana vai asins splaušana, varbūt klepus kļūst savādāks.

## – Kādas vēža lokalizācijas vēl ir biežāk sastopamas?

– Dzemdes kakla un plaušu vēzi es gribēju izcelt tādēļ, ka šo slimību gadījumā mēs pēdējā laikā visbiežāk saskaramies ar ielaistām stadijām, kad pacientam varam piedāvāt tikai un vienīgi simptomātisku terapiju. Bet pirmajā vietā pēc gadījumu skaita nemainīgi paliek krūts vēzis, tāpat bieži sastopams ir kolorektālais vēzis. Ir daudz LOR orgānu vēžu gadījumu, kur lielā mērā pie vainas ir smēķēšana un alkohols. No kuņģa un zarnu trakta audzējiem izplatīts ir kuņģa vēzis. Tāpat melanoma – ļaundabīgs ādas audzējs, kas gan var būt ne tikai ādā, bet arī gļotādās, ļoti reti iekšējos orgānos, acī.

## – Kā vajadzētu rīkoties cilvēkam, lai pārliecinātos, ka viņam nav vēža? Un kā aizdomu gadījumā iespējami savlaicīgāk konstatēt tā klātbūtni, lai izdotos sekmīgāka ārstēšana un garāka dzīvidze?

– Rūpēties par savu veselību nozīmē sekot līdzī dažādiem medicīnas definētiem priekšrakstiem. Saistībā ar krūšu pārbaudi svarīga ir pašizmeklēšanās. Tāpat nepieciešams regulāri apmeklēt valsts organizētos mamogrāfijas izmeklējumus, uz kuriem sievietes no 50 līdz 69 gadiem saņem

īpašas uzaicinājuma vēstules. Ļoti daudz tiek runāts par smēķēšanas kaitīgo ietekmi, kas rada lielu vēža rašanās risku ne tikai plaušās, bet arī citos orgānos. Tāpat jāievēro veselīgs dzīvesveids – pareiza ēšana, fiziskās aktivitātes, normāls svars – tās ir galvenās atziņas, kuras īstenībā visi zina. Runājot par kolorektālo vēzi, – skrīningā paredzēta kolonoskopija, bet slēpto asiņu tests kolorektālā vēža izslēgšanai. Skrīnings veicams reizi divos gados cilvēkiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem. Šajā gadījumā uzaicinājums uz pārbaudēm netiek sūtīts cilvēkam uz mājām, bet atrodas pie ģimenes ārsta. Tādēļ varbūt cilvēkiem, kuri sasnieguši 50 gadu vecumu, pašiem jāizrāda iniciatīva un jāapjautājas ģimenes ārstam par šī bezmaksas testa veikšanu.

## – Ko jūs vēl varētu cilvēkiem ieteikt šajā jomā?

– Cilvēki no daudz kā baidās, un tas ir tikai cilvēciģi. Aprunājoties ar pacientiem, var konstatēt, ka bieži savlaicīgā vēža atklāšanā nostrādājušas bažas par veselību. Tās parasti ir atsevišķas sūdzības, kuras daudzi cenšas ignorēt. Iespējams, tā ir liela sistēmas kļūda, ka cilvēks laikus netiek pie ārsta, viņam nav, kam prasīt padomu, un ir jāgaida rindās, lai tiktu uz izmeklējumiem. Es uzskatu, ka ikvienam reizi gadā vajadzētu uztaisīt vēdera ultrasonogrāfiju. Sievietēm, kuras apmeklē ginekologu, būtu nepieciešama ne tikai ginekologa apskate un citoloģiskā analīze no dzemdes kakla, bet arī ginekoloģiskā



# konstatēt vēzi un to uzveikt

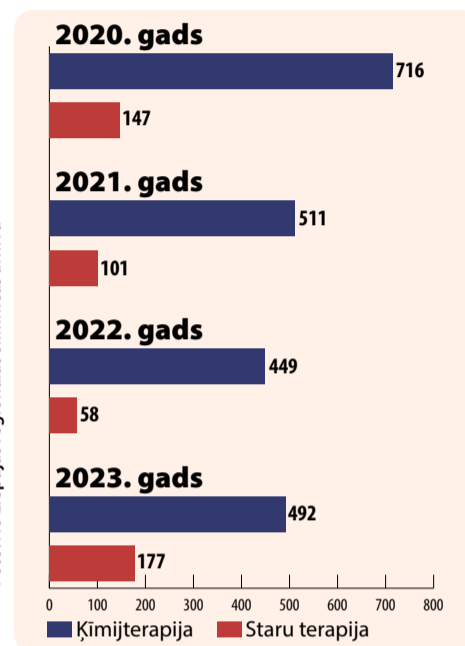


2023. gada sākumā tika nodots ekspluatācijā jaunais Liepājas reģionālās slimnīcas lineārais paātrinātājs Varian TrueBeam STX, kas ļauj sniegt staru terapijas pakalpojumu pacientiem daudz augstākā kvalitātē.



Liepājas reģionālās slimnīcas Ķīmijterapijas, hematoloģijas un paliatīvās aprūpes nodaļa.

## Ķīmijterapiju un staru terapiju stacionārā saņēmušie onkoloģiskie pacienti



ultrasonogrāfija, kas ietver mazā iegurņa orgānu apskati. Pie citiem izmeklējumiem jāatzīmē rentgens plaušām, asins analīzes, kuras arī bieži daudz ko parāda. Jāieklausās arī objektīvās pacientu sūdzībās, protams, nerunājot par kancerofobiju un dažādiem pārspilējumiem.

Taču pastāv arī daži traucējoši aspekti. Kā jau minēju, cilvēks, kurš nebaids un zina, ka jāiet pie ārsta, realitātē bieži vien atdurās kā pret sienu. Milzīgi garo rindu dēļ viņš netiek pie nepieciešamā speciālista, tādēļ nevar veikt arī vajadzīgos izmeklējumus. Jā, pastāv *zaļais un dzeltenais koridors*, bet tie atveras tikai tad, ja ir aizdomas par onkoloģisku slimību. Taču kā lai veic tās pārbaudes, kas vajadzīgas vienkāršai kontrolei? Arī speciālistu trūkst. Par to jau ir jādama valstiskā līmenī. Citādi deķis tiek rauts uz visām pusēm, un rodas tāda sajūta, ka pa vidu tas ir caurs un tirkšķ. Tā ir mūsu medicīnas problēma. Tādēļ nereti cilvēks beigās atmet ar roku visām pārbaudēm, jo netiek tālāk. Katram ir sava dzīve, darbs, ģimene, savi plāni, tādēļ, protams, viņš nevar visu laiku veltīt, lai tiktu uz ultrasonogrāfiju – vienalga, vai par maksu vai bez. Arī privātajā sektorā, maksājot pašam, uz šo izmeklējumu nemaz tik viegli nevar nokļūt. Manuprāt, šis lietas ir vajadzīgas, un es varu pateikt, kā vajadzētu rīkoties, bet vai pie mums to tik vienkārši var paveikt? Domāju, ka nē.

**– Minējāt, ka ļoti daudz ko var parādīt asins analīze. Nerunājot par asins jeb hematoloģiska rakstura vēzi, – vai arī citām onkoloģiskajām slimībām asins analīzes kaut ko var uzrādīt?**

– Protams, var, bet ne vienkārša asins analīze, ir jābūt arī bioķīmiskajai analīzei, kurā ir nedaudz vairāk rādītāju. Tajā pašā laikā asins analīze nebūs noteicošais faktors, kas ļaus ārstam pieņemt galīgo lēmumu. Ja cilvēkam ir ļoti labi asins analīzes rādītāji, tas nozīmē, ka viss tiek kompensēts. Bet vienalga nepieciešami dažādi izmeklējumi, piemēram, vēdera ultrasonogrāfija, sievietēm arī ginekoloģiskā ultrasonogrāfija. Savukārt vīriešiem tā būtu PSA jeb prostatas specifiskā antigēna noteikšana, rentgens plaušām. Būtu normāli, ja reizi gadā šādus izmeklējumus veiktu visai populācijai.

**– Ja asins analīzes uzrāda mazasinību, vai tā var signalizēt par onkoloģisku slimību? Varbūt anēmija liecina vienkārši par nepilnvērtīgu uzturu?**

– Mazasinība noteikti var kalpot par brīdinājumu, bet vispirms jāskatās, kāda veida anēmija ir konstatēta. Tā kā nepastāv tikai viena veida mazasinība, arī iemesli tai ir vairāki. Ja ir konstatēta anēmija, ir jāmeklē tās cēloņi. Jā, mazasinība var liecināt par onkoloģisku vainu, bet tā var būt arī saistīta ar nepareizu diētu. Ja cilvēkam anēmija ir konstatēta pirmo reizi mūžā un nekad agrāk tās nav bijis, tai noteikti jāpievērš uzmanība un jāveic tālāki izmeklējumi, uz kuriem norīkos ārsts. Piemēram, var būt B12 vai folkābes anēmija, iespējama arī kombinēta anēmija. Taču to nekad nevar pateikt, ja cilvēks 20 gadus nav bijis pie ārsta un šī ir pirmā analīze pēc tikpat ilga laika. Saņēmis niepriešināto rezultātu, viņš domā, ko nu iesākt. Uzreiz neko darīt nevar, vispirms ir jāskatās, kāpēc uzrādās problēma, tādēļ noteikti būs vajadzīgi izmeklējumi, lai saprastu, vai šādai novirzei ir kāds nopietnāks iemesls vai tie ir tikai vienkārši uztura traucējumi. Var būt arī parasts izskaidrojums, piemēram, ja cilvēks ēd tikai vienkāršus pārtiku vai ir vegāns. Arī bioķīmijā ir zināmi rādītāji, kas signalizēs par novirzēm no normas un attiecīgu izmeklējumu nepieciešamību. Bet, kā jau teicu, asins analīze var arī pilnīgi neko neuzrādīt.

**– Daudzi cilvēki, kuriem atklāj onkoloģisku slimību, nereti atzīstas, ka pēdējā laikā izjutuši nogurumu, bet saistījuši to ar pārslozdi darbā.**

– Nogurums ir viena no sākotnējām pazīmēm, ka organismā kaut kas nav kārtībā, un onkoloģiskajām slimībām tas ir ļoti raksturīgi. Neskaidrs, hronisks nogurums, kam nav acimredzama iemesla, liecina, ka nepieciešama nopietna izmeklēšana. Tas var signalizēt, ka ķermenī slēpjas onkoloģiska vaina, bet, protams, tā var arī nebūt. Nevēlos cilvēkus biedēt, tomēr tas ir viens no sarkanajiem brīdinājuma karodziņiem. Tādā gadījumā vajadzētu pierakstīties pie ārsta, nodot analīzes, saņemt nosūtījumu uz ultrasonogrāfiju, rentģenu un veikt šos izmeklējumus, lai noskaidrotu problēmu cēloni.

**– Kāda ārstēšana paredzēta dažādu onkoloģisko slimību gadījumā, cik tā ir efektīva? Ar kādu dzīvildzi pacienti var rēķināties, ņemot vērā vēža veidu, lokalizāciju un attīstības stadiju ārstēšanas sākumā?**

– Ķīmijterapija pēdējos gados ir strauji progresējusi. Tāpēc es ļoti gaidu ārstu, kurš rudenī Liepājā plāno kļūt par otru ķīmijterapeitu, jo, pilnīgi godīgi, es viena visu vairs nespēju aptvert. Onkoloģisko pacientu ārstēšana ir ļoti plaša un smalka, katras vēža lokalizācijas gadījumā atšķirīga, bet tā dod lielas iespējas. Tiek izdalīta pirmās, otrās, trešās līnijas ārstēšana. Bet gribu atgādināt to, ka pirmās un otrās stadijas gadījumā patiešām ir ļoti liela iespēja, ka vēzi izdosies uzveikt, savukārt trešajā un ceturtajā stadijā mēs arī tagad to nespējam izārstēt.

Tieši vēlākām stadijām, metastātiskam vēzim, ir parādījušies medikamenti, ar kuru palīdzību diezgan ievērojami spējam pagarināt pacientu dzīvildzi un uzlabot viņu dzīves kvalitāti. Ārstēšana iet uz priekšu milzu soļiem, var ļoti daudz palīdzēt, rodas jaunas iespējas. Tāpēc ne velti universitātes slimnīcās jau tiek praktizēts sadalījums, kad katrs ķīmijterapeits vairāk atbild par konkrētām lokalizācijām. Visu vienam cilvēkam vairs nav iespējams aptvert, tam nepietiek pat ar 24 stundām diennakti.

**Ja tiek atklāta onkoloģiska slimība, ir vairākas rīcības iespējas. Pirmais ir ķirurģiska ārstēšana, bet vēl ir arī staru terapija un ķīmijterapija. Cik liela nozīme ir staru terapijai?**

– Onkoloģisko slimību ārstēšanā nekas būtiski nav mainījies. Joprojām pastāv trīs milzīgie stūrakmeņi – ķirurģija, staru terapija un ķīmijterapija, kura gan tagad saucama par medikamentozo ārstēšanu. Staru terapija ir un neapšaubāmi paliks viens no pamatārstēšanas veidiem. To, kāds ārstēšanas veids pielietojams katram pacientam, neizlemj viens speciālists, bet ārstu konsilijā, un kopā tiek piemeklēts labākais variants, efektīvākais un perspektīvākais veids, kā pacientam palīdzēt. Vai tā būtu staru terapija kopā ar ķīmijterapiju pirms operācijas, vai pēc operācijas, – to visu nolemjam konsilijā.

**– Cik spēcīga jūtas Liepājas reģionālā slimnīca onkoloģisko pacientu izmeklēšanā un**

**ārstēšanā? Iespējams, dažam šķiet, ka ir vērts ārstēties tikai Latvijas Onkoloģijas centrā.**

– Latvijā ir četras vietas, kur ārstē vēzi. Tās ir Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca un Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, kā arī Daugavpils reģionālā slimnīca un Liepājas reģionālā slimnīca. Liepājā ir ļoti spēcīgs Uroloģijas centrs, kur notiek viss, sākot ar diagnostiku un beidzot ar operāciju un ārstēšanu. Par krūts vēža ārstēšanu mums atbild asociētais profesors Jānis Eglītis, kurš operē, konsultē pacientes. Sarežģītāk Liepājā ir ar ginekoloģiskajām pacientēm. Protams, ķīmijterapiju var saņemt šeit, bet, ja ir nepieciešama lielāka operācija, tad es sūtu pacientes uz Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centru. Mums ir ļoti labi ārsti, piemēram, daktere Diāna Aigare-Rude, kura nodarbojas ar ādas veidojumu un melanomu diagnostiku, ārstēšanu, operēšanu. Ja viņa redz, ka nepieciešama palīdzība vai gaidāmā operācija ir tik plaša, ka papildus vajadzīgs vēl kāds ķirurgs vai plastikas ķirurgs, tad viņa pati visu saskaņo ar kādu no universitātes slimnīcām. Pie mums operē arī zarnu un kuņģa audzējus, neraugoties uz to, ka šīs operācijas parasti ir apjomīgas, sarežģītas un pacienti nereti ir ar daudzām blakus slimībām. Jāņem gan vērā, ka pie mums strādā vispārējie abdominālie ķirurgi, kuriem ir daudz citu pacientu ar akūtām kaitēm. Līdz ar to nevaram līdzināties Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Onkoloģijas centram, kur pamatā ārstē tikai onkoloģiskos pacientus. Taču zarnu un kuņģa vēža pacienti tiek operēti, šeit viņi saņem arī ķīmijterapiju. Tāpat mēs varam veikt plašu diagnostiku. Tomēr ir izmeklējumu veidi, kas Liepājā nav pieejami, piemēram, pozitronu emisijas tomogrāfija jeb PET, skeleta scintigrāfija. Šāds izmeklējums jāizdara citur, un tālāk mēs strādājam ar iegūtajiem rezultātiem. Visu pārējo izmeklēšanu veicam tepat, atskaitot magnētisko rezonansi krūtīm. Pacientes, kurām vajadzīgs šis izmeklējums, tiek sūtītas to veikt Rīgā. Sarunas noslēgumā gribu atgādināt, ka mums pašiem jāizdara savi mājasdarbi, kas saistīti ar veselību, lai būtu veseli, dzīvotu laimīgi un izbūvētu katru dienu.



# Regulāras vizītes pie ginekologa – palīgs

ILONA NORIETE

Mums visiem ir jābūt par savu veselību. Ikvienam vajadzētu vismaz reizi gadā aiziet pie ģimenes ārsta un nodot asins analīzes, kas labi parāda organisma veselības stāvokli un ļauj novērtēt, cik labi tas spēj veikt dažādas funkcijas. Šāda pārbaude palīdz konstatēt arī iespējamo slimību iedīgļus un atrast labākos risinājumus. Sievietēm turklāt, neatkarīgi no vecuma, papildus šīm pārbaudēm noteikti nepieciešams arī regulāri apmeklēt ginekologu, lai pārliecinātos par savas reproduktīvās sistēmas veselību. Šādas apskates ļauj arī laikus konstatēt iespējamu onkoloģisku slimību aizmetņus un novērst dažādu vēža veidu rašanos un attīstību.

Par to visu vairāk stāsta Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas Ginekoloģijas un dzemdību nodaļas vadītājs onkoginekologs **Sergejs Tarasovs**.

**– Kā gadu gaitā ir mainījusies sieviešu attieksme pret savu veselību? Arvien vairāk tiek runāts par krūts vēzi, dzemdes kakla vēzi, vakcinām pret cilvēka papilomas vīrusu (CPV) un citām saistītām lietām. Kā varat vērtēt pašreizējās tendences?**

– Var teikt, ka parādās pozitīvas pārmaiņas. Šobrīd fokuss lielākoties ir vērsts uz dzemdes kakla vēža skrīninga aptveres palielināšanu un vakcināciju pret CPV. Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija organizē dažādas kampaņas, un šādas aktivitātes arī sniedz pozitīvu piensūmumu. Kas attiecas uz CPV vakcinām, publiskajā telpā tiek plaši skaidrots to drošums, ko noteicis Pasaules Veselības organizācijas (PVO) slēdziens. Šīs vakcīnas ir pārbaudītas, turklāt jau sen pierādīts, ka tām nav absolūti nekādas negatīvas iedarbības. Vakcīnas pret CPV tiek uzskatītas par «*extremely safe*», proti, tās ir vienas no nedaudzajām, kuras PVO ir atzītas par maksimāli drošām, līdz ar to izmantojamām arī bērniem. Tiesa, mūsu valstī joprojām vakcinācijas aptvere ir samērā maza, daļēji atsevišķu cilvēku kontrpropagandas dēļ, izplatot melus un biedējot sabiedrību gan par šīm vakcinām, gan vakcināciju kopumā. Es kā speciālists no zinātniskās vides neredzu nevienu iemeslu, kāpēc nevajadzētu vakcinēties, ja tā ir iespēja nesaslimt. Turklāt atsevišķi CPV apakštipi var veicināt arī balsenes, dzimumlocekļa, anālā kanāla, vulvas vēža attīstību, par to tik bieži nerunā, bet tas arī ir ļoti svarīgi. Vienmēr mudinu vecākus vakcinēt savus bērnus un ļaut saviem bērniem izvairīties no šīm diagnozēm. Līdz šim vakcinēja tikai meitenes, taču no pagājušā gada valsts apmaksātajā vakcinācijas kalendārā iekļauti arī puīši. Pašlaik pret CPV vakcinē gan meitenes, gan puīšus no 12 līdz 18 gadiem.

Cetur pasaulē atsevišķas valstis savstarpēji cīnās par to, kura pirmā pilnībā izskaudīs dzemdes kakla vēzi, un šī sacensība balstās uz diviem aspektiem – skrīningu un vakcināciju. Vietumis vairs pat nav iespējams veikt korektus dzemdes kakla vēža pētījumus, jo trūkst pacientu, lai nodrošinātu izlases grupu.

**– Kāda ir situācija ar dzemdes kakla vēža izmeklējumiem Latvijā?**

– Sievietēm vecumā no 25 līdz 60 gadiem reizi trīs gados tiek izsūtīta vēstule ar aicinājumu uz skrīningu. Der iegaumēt, ka šai vēstulei nav derīguma termiņa, proti, ja tā atnākusi



**Sergejs Tarasovs: «Sekojo tendencēm un labāko kliniku praksei, visas lielās ginekoloģiskās operācijas, kur tas ir tehniski iespējams, veicu ar mazināto laparoskopisko pieeju, tādējādi nodrošinot labu kosmētisko efektu, kā arī pacientu ātru atgriešanos ikdienas dzīvē saistībā ar zemo pēcoperācijas sāpju līmeni. Cenšos palīdzēt visām pacientēm jebkuru ginekoloģisku problēmu gadījumā.»**

pat pirms 2,5 gadiem, tik un tā sieviete var nākt uz skrīningu. Mana personīgā statistika rāda, ka apmēram astoņas no desmit sievietēm atnāk bez atsūtītās vēstules – visbiežāk viņas aizmirst to paņemt līdzī vai nav saņēmušas pastkastē, jo dzīvesvieta deklarēta citur. Jebkurā gadījumā, pirms ielānotās vizītes es visām savām pacientēm kārtējās vēstules esamību pārbaudu sistēmā un piedāvāju veikt skrīningu arī tad, ja vēstule nav paņemta līdzī. Vēl svarīgi atzīmēt, ka patlaban, ja ir aktivizēts oficiālais [latvija.lv](http://latvija.lv) e-pasts, skrīninga vēstules tiks sūtītas arī tur, un tas varētu palīdzēt atvieglot pacientu sasniedzamību.

**– Cik daudzām no jūsu pacientēm tiek atklāts dzemdes kakla vēzis?**

– Ir diezgan pārliecinoši zinātniski apstiprināts – lai veidotos dzemdes kakla vēzis, ir nepieciešama CPV klātbūtne. Ja CPV nav, dzemdes kakla vēzis praktiski neattīstās. Labā ziņa ir tā, ka, pirmkārt, mēs esam pārgājuši uz CPV skenēšanu ārpus minētā skrīninga ietvariem. Mēs vairs nemeklējam tikai šūnu izmaiņas, bet raugāmies, ir vai nav CPV. Ir izstrādāts konkrēts rīcības algoritms atkarībā no skrīninga rezultātiem, pēc kura arī rīkojamies. Otrkārt, šis vēzis

neattīstās ātri, jo no inficēšanās brīža ar CPV līdz dzemdes kakla vēzim paiet vismaz septiņi līdz desmit gadi. Pirms vēža rašanās vēl notiek dažādas pirmsvēža izmaiņas, un tieši uz šo izmaiņu konstatēšanu balstās skrīnings. Mēs atrodam novirzes no normas, pirms vēl tās ir attīstījušās par vēzi. Līdz ar to ārstēšana ir preventīva – tiek ārstētas izmaiņas, lai nepieļautu vēža attīstību. Tāpēc arī daudzās valstīs samazinās dzemdes kakla vēža biežums, jo tas tiek efektīvi «izķerts» un izārstēts, pirms vēl pats vēzis ir radies, kā arī izteikti plašāka vakcinācijas aptvere kopumā mazina CPV izplatību.

**– Cik lielam skaitam sieviešu tiek konstatēta CPV infekcija?**

– Pēc oficiālās statistikas, vidēji pasaulē CPV ir apmēram 12 procentiem sieviešu, bet izplatība ir ļoti atkarīga no reģiona sociālā un veselības aprūpes līmeņa, kā arī izteikti atšķiras dažādās vecuma grupās. Piemēram, Centrālāfrikā izplatība ir ap 25 procentiem, Rietumāzijā – zem 2 procentiem. Rietumeiropā, kuras zonai piederam arī mēs, to atrod ap 20 procentiem sieviešu. Oficiālās Latvijas statistikas man nav, bet savā praksē CPV konstatēju apmēram katrai desmitajai sievietei.

**– Vai ir zināms, kā var izsargāties no CPV? Ne mazums taču ir tādu sieviešu, kurām partneri mainās.**

– Pirmkārt, jāvakcinējas pret noteiktiem CPV tipiem, kas izraisa vēzi, – tas ir visdrošākais pasākums, ko jauna sieviete vai meitene pēc vecāku ieteikuma var veikt. Turklāt to var darīt arī pieaugušas sievietes, kurām nav aktīva CPV. Tiesa, pēc 18 gadu vecuma par vakcīnu jāmaksā pašām. Taču tagad vairs nav jāvakcinējas trīs reizes, kā tas bija agrāk, pietiek ar divām. Otrkārt, ja runājam ne tikai par CPV, bet arī par jebkurām seksuāli transmisīvajām slimībām, – dzimumattiecībās ar jauniem partneriem vienmēr jālieto prezervatīvs. Jācenšas izvairīties no gadījuma sakariem. Galvenie aizsardzības veidi ir vakcinācija un prezervatīvs.

**– Vai sievietēm, kurām jau ilgāku laiku ir dzimumattiecības, arī vajadzētu vakcinēties, piemēram, 30 vai pat 40 gados?**

– To var darīt jebkura sieviete, kurai nav aktīva CPV, taču lielāka nozīme ir tieši jaunām sievietēm līdz 26 gadu vecumam.

**– Vai ir kādas izmaiņas saistībā ar krūšu pārbaudēm, un kādas sekmes ir cīņā ar krūts vēzi?**



# cīņā ar onkoloģiskajām slimībām



Ik gadu Ventspils slimnīcas Dzemdību nodaļā tiek sagaidīti ap 500 bērniņu. Te jaunajiem vecākiem tiek piedāvātas mājīgas, labiekārtotas palātas un gādīgs personāls. Vecākā vecmāte Baiba Mincenberga ir viena no viņiem.



## INFORMĀCIJAI

### 2023. gads Ventspils slimnīcas Dzemdību nodaļā

2023. gads Ventspils slimnīcas Dzemdību nodaļā bijis patiesi ražens – sagaidīti turpat 500 bērniņi, tai skaitā pasaulē nākuši seši dvīņu pāri. Ventspils Dzemdību nodaļā mazulišus sagaidījušas ģimenes no dažādiem Latvijas reģioniem.

Lai sagaidītu savu atvasīti Ventspilī, topošie vecāki mērojuši ceļu uz Ventspili pat no Alūksnes, Madonas, Valmieras un Jelgavas. Visvairāk Ventspils slimnīcu izvēlējušās ģimenes no Ventspils, Talsu, Tukuma, Kuldīgas, Liepājas un Saldus novadiem un pilsētām.

Visbiežāk vecāki devuši saviem dēliņiem vārdu Oliveris (tā 2023. gadā nosaukti deviņi puisēni), Roberts (5) un Emīls (5). Savukārt Ventspili dzimušajām meitenītēm populārākie vārdi pērn bija Amēlija (9), Emīlija (8) un Estere (8).

Foto: No Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas arhīva

– Mūsu valstī vēsturiski ir iegājies, ka ginekologi pārbauda arī krūtis. Bet vispār pie mums krūtis vēzi neārstē ginekologi, šim nolūkam ir izveidota īpaša apakšspecialitāte – mamoloģija, kas faktiski ir atsevišķa ķirurģijas nozare. Jāatceras, ka sievietēm no 50 līdz 70 gadiem tiek rekomendēts reizi divos gados veikt valsts apmaksātu mamogrāfijas izmeklējumu. Iemesls ir ļoti vienkāršs – krūtis vēzis ir biežāk sastopamā onkoloģiskā slimība sievietēm. Un nav iespējams paredzēt, kurā brīdī kas tāds var parādīties. Šis izmeklējums ir iekļauts valsts apmaksātajā skrīninga programmā, un to noteikti vajag izmantot.

Tāpat es visām savām pacientēm vienmēr stāstu, ka jau no jaunības ir ļoti svarīgi veikt pašizmeklēšanos. Proti, vismaz reizi mēnesī vai divos nostāties pie spoguļa un paskatīties, vai krūtis ir tikpat simetriskas kā agrāk, vai nav parādījušies neparasti veidojumi, ko var konstatēt, tikai iztaustot. Pati sieviete vienmēr vislabāk zinās savu ķermeni. Ja kādā brīdī sāk parādīties izmaiņas, tad ir vērts vērsties pie attiecīgā speciālista vai ģimenes ārsta. Taču onkoginekologa darba laukā Latvijā, atšķirībā no dažām citām valstīm, neietilpst krūtis vēža diagnostika, ārstēšana un novērošana, mūsu valstī šī slimība ir mamologu uzraudzībā.

– **Vai ir kādi vēnā ņemami panākumi cīņā ar olnīcu vēzi?**

– Olnīcu vēzim diemžēl nav specifisku agrīnu pazīmju, un tas apgrūtina audzēja savlaicīgu atklāšanu. Ginekoloģiskās ultrasonogrāfijas laikā var konstatēt aizdomīgas cistas vai veidojumus, taču pat tad, ja sieviete nesen bijusi pie ginekologa, viņai ir veikta ultrasonogrāfija un vispārēja izmeklēšana, nav garantijas, ka pēc pusgada neizveidosies olnīcu vēzis. Diemžēl šajā gadījumā nav pieejams skrīnings.

– **Vai sieviete var pēc kādām pazīmēm pamanīt, ka viņas organismā ieperinājies olnīcu vēzis?**

– Sākotnēji var nebūt nekādu pazīmju. Ja olnīcu vēzis tiek konstatēts agrīnā stadijā, tad tas parasti notiek nejauši. Taču bieži vien pacientes ar olnīcu

vēzi atnāk tad, kad sāk zaudēt svaru, parādās šķidrums vēderā (ascīts) vai kādi citi nespēciski traucējoši simptomi. Minēto problēmu dēļ ārstēšanas rezultāti ir sliktāki, taču, ja olnīcu vēzi atklāj laikus, ar to diezgan veiksmīgi var tikt galā. Noteikti ir vērts regulāri apmeklēt ginekologu. Kaut arī pat šādā gadījumā nevar garantēt, ka visas problēmas tiks konstatētas, tomēr, regulāri izmeklējoties, iespēja laikus atrast onkoloģiskus veidojumus ir nesalīdzināmi augstāka.

– **Kāda ir situācija ar dzemdes endometriju vēzi?**

– Tam ir savi riska faktori. Pirmkārt, ja dzemdes kakla vēzis ir jaunāku sieviešu slimība, tad endometrija vēzis pārsvarā sastopams vīrs 55–60 gadu vecumā. Protams, tas skar arī jaunākas sievietes – jaunākajai pacientei, kurai manā praksē tika konstatēts endometrija vēzis, bija tikai 36 gadi. Starp riska faktoriem šajā gadījumā ir liekais svars, cukura diabēts, smēķēšana, vēlīna menopauze. Labā ziņa saistībā ar endometriju vēzi ir tāda, ka tas bieži vien par sevi liek manīt jau agrīnā stadijā, parasti ir salīdzinoši mazāk agresīvs un tā ārstēšana ir salīdzinoši vienkāršāka un efektīvāka.

– **Runājot par endometriju vēzi, – kādām pazīmēm sievietei būtu jāpievērš uzmanība?**

– Pirmā izpausme parasti ir asiņošana menopauzē, tā var būt arī vienreizēja smērēšanās. Pilnīgi iespējams, ka tā saistīta ar maksts gļotādas atrofiju vai nelielu plaisāšanu maksts vai vulvas apvidū, bet tikpat labi tās var būt pirmās vēža pazīmes. Tāpēc nevajadzētu tādus signālus ignorēt, īpaši, ja ir riska faktori.

Sievietes bieži vien šādu nelielu asiņošanu neņem vērā vai domā, ka tā pāries, kaut arī ir ļoti svarīgi tai pievērst uzmanību. Laikus neievērojot šādus signālus, pastāv risks atnākt pie ārsta tad, kad audzējs jau būs attīstījies. Dažreiz paveicas, ka vēzis joprojām ir agrīnā stadijā, bet, jo ilgāk tas attīstās, jo vairāk pieaug slimības ielaišanas iespēja, kas neizbēgami nozīmē sarežģītāku ārstēšanu un lielāku recidīva risku. Sievietēm pirms menopauzes vienmēr vajadzētu pievērst uzmanību, ja parādās starpmenstruāla

asiņošana vai pēkšņi ir spēcīgākas menstruācijas, īpaši, ja tas atkārtojas, kā arī ir asiņošana vai smērēšanās pēc dzimumdzīves.

– **Daudzas sievietes gados, kurām ir iestājusies menopauze, joprojām uzskata – ja reiz reproduktīvais periods ir beidzies, vairs nav ko iet pie ginekologa. Taču, neraugoties uz vecumu, sievietēm tomēr ir jāveic pārbaudes.**

– Tieši tā, vismaz reizi divos trijos gados noteikti vajadzētu atnākt. Vai arī tādā gadījumā, ja parādās sūdzības, nepatīkamas izpausmes.

Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas ambulatorajā daļā Ventspilī man ir valsts apmaksātas pieņemšanas. Protams, rindas tur ir nedaudz garākas, tādēļ pieņemu pacientes arī par maksu, ja kādai vajag tikt ātrāk un ir finansiālas iespējas. Tāpat, es veicu arī dažādas ginekoloģiskas operācijas gan atvērta, gan mazinvasīvas – laparoskopiskas, gan dažādas mazās ginekoloģiskās operācijas, tostarp arī estētiskās. Sekojot tendencēm un labāko klīniku praksei, visas lielas ginekoloģiskās operācijas, kur tas ir tehniski iespējams, veicu ar mazinvasīvo laparoskopisko pieeju, tādējādi nodrošinot labu kosmētisko efektu, kā arī pacientu ātru atgriešanos ikdienas dzīvē saistībā ar zemo pēcoperācijas sāpju līmeni. Cenšos palīdzēt visām pacientēm jebkuru ginekoloģisku problēmu gadījumā. Operācijas arī ir valsts apmaksātas. Līdz ar to nav jāmaksā ne simti, ne tūkstoši, tikai valsts noteiktā pacienta iemaksa, kas ir 30–50 eiro. Protams, ir arī maksas operācijas, jo, piemēram, estētiskā ginekoloģija un ķirurģiskā kontracepcija diemžēl pagaidām no valsts puses netiek apmaksāta.

Tā kā esmu sertificēts onkoginekologs, konsultēju un veicu arī dinamisku novērošanu onkoginekoloģiskajām pacientēm, tādējādi nodrošinot vieglāku piekļuvi pie onkoginekologa mūsu reģiona iedzīvotājiem un atslodot Latvijas Onkoloģijas centra ārstus.

– **Pēdējais gads sabiedrībā daudzi sūdzas par zemo dzimstību. Vai ir noticis kāds būtisks izrāvieni, kopš sievietes izmanto valsts apmaksātās mākslīgās apaugļošanās procedūras?**

– Baltijas valstīs un Eiropā kopumā ir novērojams dzimstības kritums. Baltijas valstīs pēdējos gados dzimstības līmenis katru gadu samazinās vidēji par 10–15 procentiem. Pagājušajā gadā jaundzimušo skaits mūsu valstī samazinājās par aptuveni 14 procentiem. Arī Lietuvā un Igaunijā skaitļi nav iepriecinoši. To nosaka vairāki faktori, tostarp emigrācija. Vērtējot pagājušo gadu, tieši Ziemeļkurzemes reģionālajā slimnīcā Ventspilī dzimstības krišanās ir salīdzinoši neliela, reģistrēts ap 500 dzemdību. Iepriecina, ka mums nav augsts ķeizargriezienu procents un neviens bērniņš nav aizvests uz Rīgu ar veselības problēmām. Līdz ar to var teikt, ka pie mums dzemdību kvalitāte ir salīdzinoši laba.

Ja saistībā ar neauglības problēmām runājam par mākslīgo apaugļošanu, – sievietes to izmanto, šī procedūra atrisina problēmu konkrētajā ģimenē, bet gadījumu nav tik daudz, lai tie atstātu jūtamu iespaidu uz kopējo dzimstību.

– **Vai ir topošās māmiņas, kas izvēlas dzemdēt tieši Ventspilī un speciāli brauc šurp?**

– Varu apstiprināt, ka šādu grūtnieci ir diezgan daudz. Man grūti komentēt, kā bijis iepriekš, jo par nodaļas vadītāju strādāju tikai gadu, bet šajā laikā esam saņēmuši ļoti labas atsauksmes par mūsu dzemdību nodaļu, par speciālistiem, vecmāte gan forumos, gan cilvēku savstarpējā saziņā. Līdz ar to aug arī grūtnieču skaits, kuras dod priekšroku dzemdēt tieši mūsu slimnīcā. Šeit ir patīkama atmosfēra, skaistas telpas, visa nepieciešamā aparatūra, kā arī pieredzējuši ārsti un vecmātes. Līdz ar to pie mums brauc topošās māmiņas gan no Liepājas, gan Kuldīgas, tāpat arī no Rīgas, dažreiz pat no Vidzemes un Zemgales. Vienmēr ir ļoti patīkami, ka sievietes izvēlas mūs, pateicoties labajām atsauksmēm. Un tieši tāpēc, ka daudzas topošās māmiņas izvēlas atbraukt no citiem reģioniem, dzemdību procenta kritums mūsu slimnīcā ir diezgan mazs – salīdzinot ar iepriekšējo gadu, tie ir tikai 3,6 procenti. Tādējādi var teikt, ka dzemdību skaits pie mums ir stabils.

– **Vai dzemdībās izmantojat arī epidurālo anestēziju?**

– Tā ir valsts apmaksāta procedūra un tiek nodrošināta visā valstī. Mēs, protams, neatpaliekam – lietojam gan epidurālo anestēziju, gan smieklu gāzi. Topošā māmiņa var dzemdēt arī ūdenī – pie mums tāds piedāvājums ir bez maksas. Starp citu, ir grūtnieces, kuras brauc uz mūsu slimnīcu tieši tādēļ, ka vēlas dzemdēt ūdenī. Šajā gadījumā gan ir vajadzīgs līgums ar konkrētu vecmāti, jo šādu dzemdību laikā pastāvīgi jābūt klāt zinošam speciālistam.



# Par sirdi domā caur vēderu

TOMS ZVIRBULIS

Mūsdienu medicīnā arvien biežāka kļūst vairāku specialitāšu ārstu sadarbība pacienta ārstēšanā. Vienas problēmas risināšana bieži vien nav iespējama bez vairāku citu problēmu sakārtošanas. Kardiologu un gastroenterologu sadarbība savu pacientu aprūpē šajā ziņā nav izņēmums.

Sarunā ar Liepājas reģionālās slimnīcas kardiologu **Kristapu Šablinski** noskaidrojām, kāda ir kardiologu un gastroenterologu sadarbība dažādu slimību ārstēšanā, kā kardioloģisko slimību ārstēšana var ietekmēt gremošanas traktu un kādas iespējas vēl būtu nepieciešams rast nākotnē.

## – Kāda ir saistība starp kardioloģiskajām un gastroenteroloģiskajām slimībām?

– Pirmās publikācijas par iespējamo saistību parādījās jau pirms vairāk nekā simts gadiem, kad zinātnieki sāka runāt par tā saucamo gastrokardiālo sindromu – ar sirds un asinsvadu sistēmu saistītu sūdzību buketi (sirdsklauves, sāpes krūtīs, elpas trūkums, u.c.), kuru iemesls ir gremošanas sistēmas problēmas. Šī hipotēze laika gaitā sevi nav pilnībā pierādījusi, un patlaban mēs ar to pamatā saprotam atvīļna slimības izraisītas sāpes krūtīs, kas imitē koronārajai sirds slimībai raksturīgos stenokardijas simptomus. Mūsdienu skatījumā saistība starp kardioloģiju un gastroenteroloģiju ir diezgan plaša, jo aizvien lielāku slogu veselības aprūpei uzliek tā sauktās dzīvesstila slimības: koronārā sirds slimība, cukura diabēts, daudzi audzēju veidi, u.c., kas ir galvenais priekšlaicīgas nāves iemesls pasaulē. Viena no šādām slimībām ir ļoti plaši izplatītā, taču nepietiekami apzinātā nealkohola taukainā hepatozē jeb aknu aptaukošanās, kas saistīta ar ievērojami paaugstinātu koronārās sirds slimības un sirds mazspējas risku.

## – Vai, rūpējoties par gremošanas sistēmu, var pasargāt savu sirdi un otrādi?

– Gan sirdi, gan kuņģa un zarnu traktu var pasargāt (un arī bojāt) ar to, ko mēs ēdam. Ir grūti pārvērtēt, cik svarīgu lomu uzturs spēlē gremošanas un sirds-asinsvadu sistēmas normālā darbībā. Mūsdienās parādās arvien vairāk pētījumu par ēšanas paradumu ietekmi uz veselību, īpaši daudz pētīta ir Vidusjūras diēta, kas aktuāla ne tikai tiem, kuriem jau ir kardioloģiskas slimības, bet arī cilvēkiem ar paaugstinātu šo slimību attīstības risku.

## – Ko ir pierādījuši pētījumi par Vidusjūras diētu? Kardiologi par tās pozitīvo ietekmi runā visnotaļ regulāri.

– Ir pierādīts, ka Vidusjūras diētas pamatprincipu ievērošana – daudz dārzeņu, augļu, pilngraudu produktu, riekstu un sēkļu, mono- un polinepiesātināto taukskābju (pirmā spieduma jeb *extra virgin olive*), treknās zivis, nedaudz liesas gaļas un piena produktu – samazina kardiovaskulāro slimību attīstības (un arī mirstības) risku. Kā jau noprotošs no nosaukuma, tad dzīvesstila slimības, pie kurām pieskaitāmas arī sirds-asinsvadu slimības, lielā mērā ir saistītas ar dzīvesveidu, tostarp uzturu. Mainot dzīvesveidu, šīs slimības iespējams veiksmīgi novērst. Dzīvesstila slimību pamatā bieži ir līdzīgi attīstības mehānismi – iekaisums, oksidatīvais stress, endotēlija disfunkcija u.c. Ievērojot Vidusjūras diētas principus, mazinās iekaisuma līmeni organismā, tiek uzņemts daudz antioksidantu un uzlabojas asinsvadu iekšpusi izklājošo šūnu – endotēlija – funkcija, tādējādi uzlabojas veselība.

– **Var teikt, ka dažādām ārstniecības nozarēm – gastroenteroloģijai, kardioloģijai, endokrinoloģijai utt. – ir daudz saskares punktu, un mūsdienās arvien biežāk vienu problēmu risina vairāki speciālisti. Vai arī jūs savā darbā to izjūtat?**

– Jā, protams. Liepājas reģionālā slimnīca ir lielākā daudzprofilu ārstniecības iestāde Kurzemē, kurā strādā plašs speciālistu loks, līdz ar to sadarbība starp kolēģiem notiek. Ceru, ka nākotnē izveidosies ciešāka sadarbība arī ar gastroenterologiem taukainās hepatozes pacientu aprūpē, jo tā ir uzskatāma par neatkarīgu kardiovaskulārā riska faktoru. Tas ir likumsakarīgi, jo, tuvāk izpētot slimības, atklājas, ka bieži tās ir savstarpēji saistītas. Piemēram, aptaukošanās var novest pie paaugstināta asinsspiediena vai 2. tipa cukura diabēta, kas savukārt var izraisīt miokarda infarktu, sirds vai nieru mazspēju. Līdz ar to, ārstējot vienu slimību, mums ir jādomā par to, lai pozitīvi iedarbotos ne tikai uz vienu orgānu sistēmu, bet palīdzētu arī citām. Ļoti bieži cilvēkam vienlaikus ir vairākas hroniskas slimības, jo sabiedrība noveco un arī mūsu dzīvesveids ir tālu no optimālā.

– **Dzīvesveida slimībām uzturs ir viens no veselības stūrakmeņiem, tostarp veselīgs uzturs palīdz normalizēt arī kuņģa-zarnu trakta darbību. Jūs jau minējāt likumsakarīgo ķēdīti: liekais svars un aptaukošanās – cukura diabēts – kardiovaskulārās slimības. Īpaši satraucošs ir fakts, ka vairāk nekā vienam no pieciem cukura diabēta pacientiem (22 procentiem) pēc 65 gadu vecuma attīstās sirds mazspēja.**

– Lielā mērā tieši uztura paradumi ir saistīti ar lieko svaru, kas vērojams vairāk nekā pusei Latvijas iedzīvotāju. Tālāk jau ir risks attīstīties cukura diabētam, kas savukārt ir ļoti nopietns sirds mazspējas riska faktors. Lai arī ir pieejami moderni un efektīvi medikamenti sirds mazspējas ārstēšanai, jāatceras, ka viens no efektīvākajiem veidiem, kā ar šo problēmu cīnīties, ir vispār nesaslīmt. Tāpēc ir jāēd un jādzīvo veselīgi.

## – Vai ir kāds medikaments, kas iedarbojas gan uz kardioloģisko, gan gastrointestinālo sistēmu? Kāds ir to darbības mehānisms?

– Primāri būtu jārunā par aspirīnu (antiagregantiem) un antikoagulantiem. Tās ir divas medikamentu grupas, kuras plaši tiek izmantotas kardioloģijā. Aspirīns pamatā tiek lietots, ja ir atklāta nozīmīga aterosklerotiska slimība (sašaurināta artērija) vai ir ticis ievietots stents. Tad šis medikaments pacientam būs jālieto visu mūžu. Tas pasargā no kardiovaskulārām problēmām nākotnē, bet tam ir sava cena – palielināts kuņģa un zarnu trakta asiņošanas risks. Aspirīns samazina kuņģa gļotādas aizsardzības spējas, kas savukārt paaugstina kuņģa čūlas attīstības un sekojoši asiņošanas risku. Paaugstināts asiņošanas risks ir arī antikoagulantiem, ko lieto mirdzaritmijas gadījumā. Tāpēc vienmēr ir jāsalāgo plānotās terapijas ieguvumi un potenciālie riski konkrētajam pacientam. Dažkārt riski ir pietiekami augsti, taču, par laimi, ir medikamenti, kas palīdz tos samazināt. Vieni no tiem ir protonu sūkņa inhibitori (pantoprazols, esomeprazols u.c.), kas palīdz aizsargāt kuņģa gļotādu. Diemžēl bieži vien šie medikamenti tiek lietoti ilgstoši un bez pārliedzinošām indikācijām, tāpēc gan ārstam, gan arī pacientam vajadzētu zināt, kāpēc un uz cik ilgu laiku tiek izrakstītas un lietojamās konkrētās zāles.

– **Ja pacientam ir jālieto kardiovaskulārās sistēmas veselību uzturošas zāles, vai kontrindikācija tam var būt fakts, ka viņam ir hroniskas kuņģa un zarnu trakta problēmas?**



Foto: Shutterstock

Viena no dzīvesstila slimībām ir ļoti plaši izplatītā, taču nepietiekami apzinātā nealkohola taukainā hepatozē jeb aknu aptaukošanās, kas saistīta ar ievērojami paaugstinātu koronārās sirds slimības un sirds mazspējas risku.

– Kā jau minēju, katrs gadījums ir individuāls un ir jāizsver ieguvumi un riski, ideālajā gadījumā to darot kopā ar speciālistu, lai nonāktu pie cilvēkam labākā varianta gan no efektivitātes, gan drošības viedokļa.

Vēl viena lieta, kas palielina kuņģa un zarnu trakta asiņošanas risku, ir helikobaktērijas. Ja tās tiek konstatētas un iznīdētas, tad asiņošanas risks vismaz īstermiņā samazinās.

Savukārt, ja runājam par gastrointestinālās sistēmas medikamentiem, kuri var ietekmēt kardiovaskulāro sistēmu, tad atzīmējami prokinētiķi. Šos preparātus izmanto gastroenteroloģijā pie funkcionāliem kuņģa un zarnu trakta traucējumiem. Vairākiem prokinētiķiem ir proaritmiskas īpašības – tas nozīmē, ka tie palielina dzīvībai bīstamu aritmiju risku. Pirms uzsākt šo zāļu lietošanu būtu jāvērtē pacienta kardiovaskulārās sistēmas stāvoklis – pastāv arī citi stāvokļi un preparāti, kas vēl vairāk palielina aritmiju attīstības risku. Tāpat vienmēr būtu vēlams izvērtēt, vai ir iespējams izmantot citus medikamentus, kuriem šādu risku nav.

## – Gastroenteroloģijā būtisks aspekts ir kuņģa un zarnu mikroflora jeb mikrobiota, kas kopā ar tās radītajiem produktiem veido zarnu mikrobiomu. Vai zarnās mītošo baktēriju dabiskā līdzsvara izmaiņas var ietekmēt kardiovaskulārās sistēmas veselību?

– Arī šī ir joma, kur mūsdienās notiek plaši pētījumi, un zarnu mikrobioms tiek uzvertts kā atsevišķs endokrīns orgāns, jo tas izdala bioloģiski aktīvas vielas, kas ietekmē mūsu organisma funkcijas. Mikrobiota – tās baktērijas, kuras dzīvo mūsu kuņģa un zarnu traktā, – ietekmē visus orgānus – gan sirdi, gan plaušas, gan smadzenes utt. Uztura paradumu maiņas rezultātā un arī lietojot antibiotikas, zarnu mikrofloras sastāvs mainās un līdz ar to mainās arī mikrobioma funkcijas un ietekme uz organismu. Ja runājam par zarnu mikrobioma sasaisti ar kardiovaskulārajām slimībām, tad noteikti vēlētos pieminēt trimetilamīna-N-oksīdu (TMAO). Tā ir viela, kas veidojas no ar uzturu uzņemtiem dzīvnieku valsts produktiem (gaļa, olas, u.c.), kad tos pārstrādā mūsu zarnās esošās baktērijas. Šī viela ir pierādījusi sevi kā neatkarīgu kardiovaskulārās un

visa veida mirstības riska faktors. Regulāri lietojot uzturā sarkano gaļu, šīs vielas koncentrācija organismā ievērojami palielinās. Interesanti, ka, lietojot balto gaļu, TMAO pieaugums nebija nozīmīgs, salīdzinot ar kontroles grupu. Tas ir viens no mehānismiem, kas izskaidro, kā sarkanās gaļas patēriņš ir saistīts ar palielinātu kardiovaskulāro risku. Tas arī varētu būt viens no skaidrojumiem Vidusjūras diētas labvēlīgajam efektam, jo tajā gaļa (un īpaši sarkanā gaļa) tiek lietota maz. Jāatceras, ka sarkanā ir ne tikai liellopa, bet arī jēra gaļa un cūkgaļa.

## – Kādu jūs redzat sadarbību starp kardiologiem un gastroenterologiem nākotnē? Kādi būtu nākamie soļi, kurus jūs kā speciālists spertu, lai to uzlabotu?

– Sadarbībai ir jākļūst ciešāka. Domāju, viens no virzieniem, kur nākotnē saikne noteikti uzlabosies, ir nealkohola taukainās hepatozes (kas ir uzskatāma par metabolā sindroma izpausmi aknās) pacientu aprūpe. Pieaugot aptaukošanās rādītājiem, šo pacientu skaits diemžēl arvien palielinās. Primārā saskarsme ar šiem pacientiem ir gastroenterologiem, un varbūt konkrētajā brīdī viņiem sirds slimības nav, taču šiem cilvēkiem ir izteikti paaugstināts risks nākotnē attīstīties sirds un asinsvadu slimībām. Tāpēc būtu vēlams steatohepatozes pacientus profilaktiski nosūtīt pie kardiologa, kurš izvērtēs, vai nav papildu riska faktoru, un nepieciešamības gadījumā nozīmēs terapiju. Lielai daļai taukainās aknu slimības pacientu ir dislipidēmija, kas veicina aterosklerozes attīstību. Viens no veidiem, kā šiem pacientiem varam palīdzēt, ir statīnu terapijas uzsākšana, kas kardioloģijā ir pierādījusi sevi kā drošu un efektīvu terapijas līdzekli gan primārajā, gan sekundārajā sirds un asinsvadu slimību profilaksē. Papildus tam samērā nesen publicēta meta analīze parādīja, ka statīnu lietošana pacientiem ar steatohepatozī bija droša un saistīta ar mazāku steatozes/iekaisuma līmeni aknās, zemāku aknu enzīmu līmeni asinīs, kā arī ar labvēlīgākiem kardiovaskulārajiem iznākumiem. Lai veicinātu sadarbību starp abām specialitātēm, būtu nepieciešams vairāk informēt gan profesionāļus, gan sabiedrību kopumā, lai efektīvāk apzinātu un ārstētu šo slimību.



# Latvijas pacientiem ir nepieciešams plaušu vēža skrīnings

TOMS ZVIRBULIS

Onkoloģisko slimību skrīnings Latvijā nav jaunums. Lielāka daļa sabiedrības noteikti ir dzirdējuši par rozā lentītēm un ūsu mēnesi, kur ar abiem šiem notikumiem saistītas krūtis un prostatas vēža skrīninga programmas. Plaušu vēzim, kas ir viena no agresīvākajām onkoloģiskajām slimībām, Latvijā, vismaz pagaidām, skrīninga programmas nav.

Par to, kā šāda programma varētu izskatīties, kāpēc būtu svarīgi to izstrādāt pašiem, nevis aizgūt no citiem, un kādi būtu lielākie ieguvumi, ja tāda tiktu ieviesta, jautājām pneimonologam **Gustam Ancānam**.

**– Kādi simptomi var liecināt, ka cilvēkam ir plaušu vēzis?**

– Pirmie simptomi var būt gan specifiski, gan nespecifiski. Tas var būt klepus gan ar, gan bez asins piejaukuma, elpas trūkums. Tāpat var būt nespecifiskas pazīmes – nespēks, svara zudums. Pirmie simptomi diemžēl parādās jau vēlīnās slimības stadijās, kad ārstēšana ir apgrūtināta un slimība ir praktiski neārstējama. Agrīna stadija parasti ir asimptomātiska. Tā ir galvenā problēma, kāpēc plaušu vēzis tiek atklāts novēloti.

**– Smēķēšana ir viens no plaušu vēža riska faktoriem. Runājot par smēķēšanu, bieži tiek izmantots termins «paku gadi». Kas tas nozīmē?**

– Smēķēšanai ir liela loma plaušu vēža attīstībā. Lai smēķēšanas stāžu klasificētu, tiek izmantots termins «paku gadi». Tas ir gadu skaits, kad pacients ir izsmēķējis vienu paciņu cigarešu dienā. Piemēram, ja pacients smēķē vienu paciņu dienā 20 gadus, tad tie ir 20 paku gadi. Ja pacients 30 gadu garumā dienā izsmēķē aptuveni pus paciņu, tad tie ir 15 paku gadi.

**– Kā tas tiek izmantots plaušu vēža diagnostikā vai prevencijā?**

– Kad pacients atnāk pie ārsta, tad viņam tiek uzdots jautājums par smēķēšanu, un mēs konkrēti rēķinām arī paku gadus. Riska grupas pacientiem ar pietiekami lielu smēķēšanas stāžu tiek izvērtēti, kāds ir viņu plaušu vēža risks, un attiecīgi veikti nepieciešamie izmeklējumi.

**– Kāda ir paku gadu gradācija – kad risks saslimt pieaug visvairāk?**

– Nav vienotas gradācijas, un arī pētījumos tiek izmantotas dažādas paku gadu robežas. Jo vairāk paku gadu, jo lielāks risks saslimt ar plaušu vēzi. Taču dažādiem pacientiem ar vienādu smēķēšanas stāžu risks nav vienāds – jāņem vērā arī dažādi citi faktori, piemēram, ģenētiskā predispozīcija. Parasti par nozīmīgu smēķēšanas stāžu saslimšanai ar plaušu vēzi tiek uzskatīts paku gadu skaits virs 15–20.

**– Minējāt, ka ir sarežģīti ārstēt vēlīni diagnosticētu plaušu vēzi. Kāpēc Latvijā šī slimība bieži vien tiek atklāta novēloti?**

– Kā jau minēju, plaušu vēzis agrīnās stadijās ir asimptomātisks vai ar nelieliem simptomiem, un pacienti laikus nevērsas pie ārsta. Pie nopietnākām sūdzībām slimība jau ir attīstījusies. Tāpat Latvijā nav plaušu vēža skrīninga programmas augsta riska pacientiem. Mums nav mehānisma, kas palīdzētu «izķert» slimību agrīnā stadijā.

**– Kāds ir mehānisms, lai pacients varētu pēc iespējas ātrāk nonākt pie ārsta, ja rodas aizdomas par plaušu vēža attīstību?**

– Vispirms cilvēks vērsas pie sava ģimenes ārsta, kurš izvērtē viņa stāvokli. Pēc tam pacients tiek nosūtīts pie pneimonologa. Ja ir konkrētas aizdomas par plaušu vēzi, tad pa zaļo koridoru pacientu nosūta pie tā paša pneimonologa vai torakālā ķirurga.

**– Cik ilgs laiks zaļā koridora ietvaros pāiet no brīža, kad pacients vērsas pie ārsta ar aizdomām par audzēju, līdz brīdim, kad tiek noteikta precīza diagnoze?**

– Nepietiek tikai ar konsultāciju, kura ir jānodrošina nedēļas vai divu laikā. Ir nepieciešams veikt arī padziļinātu izmeklēšanu, kas iespējama specializētos plaušu slimību centros. Latvijā tādi ir divi – *Stradiņos* un *Austrumu* slimnīcā. Pamatizmeklēšana ir pieejama arī citās slimnīcās, tostarp Ziemeļkurzemes reģionālajā slimnīcā Ventspilī, kur strādāju arī es. Ideālā gadījumā visu izmeklēšanu vajadzētu veikt aptuveni mēneša laikā, bet diemžēl sakarā ar dažādām organizatoriskām problēmām šis periods var būt arī ilgāks.

**– Kā pneimonologs var palīdzēt pacientam šajā procesā? Vai tiek piesaistīti arī citi speciālisti?**

– Pneimonologs ir tas speciālists, kurš nosaka diagnozi un ārstēšanas gaitu. Padziļinātu izmeklēšanu pacientiem ar aizdomām par plaušu vēzi organizē tur, kur tas ir iespējams. Šādos gadījumos nepietiks tikai ar datortomogrāfiju, bet bieži būs nepieciešami arī citi izmeklējumi, piemēram, bronhoskopija (elpceļu endoskopiska izmeklēšana) un audzēja audu biopsija. Tādus izmeklējumus veic tikai lielajos centros – *Stradiņos* un *Austrumu* slimnīcā. Ar prieku varu teikt, ka tagad arī Ventspils slimnīcā tāda iespēja ir pieejama. Uz šiem izmeklējumiem pacientu var nosūtīt gan pneimonologs un ģimenes ārsts, gan arī citu specialitāšu ārsti. Parasti izmeklēšanas gaitā tiek piesaistīti arī citi speciālisti – torakālie ķirurgi, radiologi, onkologi ķīmijterapieti un staru terapieti. Par tālāko ārstniecības gaitu tiek lemts ārstu konsilijā, kura sastāvā ir visi iepriekš minētie speciālisti.

**– Latvijā patlaban darbojas četru vēža lokalizāciju skrīninga programmas. Cik drīz varētu un cik reāli būtu ieviest arī plaušu vēža skrīningu?**

– To ir grūti pateikt. Par šo tēmu ir publicēti vairāki pētījumi, no tiem divi lielākie ASV 2011. gadā un Eiropā 2020. gadā, kuri ir pierādījuši, ka plaušu vēža skrīnings, izmantojot zemas devas datortomogrāfiju, ir efektīvs. Tas samazina pacientu mirstību no plaušu vēža, jo slimība tiek diagnosticēta agrīnā stadijā, kad to vēl ir iespējams izārstēt. Latvijā nākamais solis varētu būt plaušu vēža skrīninga pilotprojekts kādā konkrētā reģionā. Ir jāanalizē projekta dati, jānosaka agrīnā stadijā atklāto plaušu vēža gadījumu skaits, saņemta ārstēšana un arī izmaksu efektivitāte. No šī projekta rezultātiem varētu izstrādāt skrīninga sistēmas modeli visai valstij. Tāpat būtiski ir izstrādāt programmu, kā pacients ar skrīninga laikā atklātu plaušu vēzi pēc iespējas ātrāk veic tālākus izmeklējumus un saņem adekvātu ārstēšanu. Skrīninga programmas ir efektīvas tikai tad, ja pacientam pēc iespējas ātrāk ir pieejama efektīva ārstēšana.

**– Kam ir lielākais risks saslimt ar plaušu vēzi? Vai šo grupu sadalījums laika gaitā ir mainījies?**



Gusts Ancāns: «Plaušu vēža skrīnings, izmantojot zemas devas datortomogrāfiju, ir efektīvs. Tas samazina pacientu mirstību no plaušu vēža, jo slimība tiek diagnosticēta agrīnā stadijā, kad to vēl ir iespējams izārstēt.»

## Par plaušu vēzi

### Plaušu vēža simptomi

- Klepus, kas kļūst stiprāks vai nepāriet
- Pat neliela asins atklepošana
- Elpas trūkums
- Sāpes krūtīs
- Aizsmakums
- Svara zaudēšana bez iemesla
- Kaulu sāpes
- Galvassāpes

### Plaušu vēža riska faktori

- Smēķēšana
- Pasīvā smēķēšana
- Staru terapija
- Radona gāzes iedarbība
- Plaušu vēža gadījumi ģimenē

### Plaušu vēža veidi

Izšķir divus plaušu vēža veidus:

- **Sīkšūnu plaušu vēzis.** Tas pārsvarā rodas gandrīz tikai smagiem smēķētājiem un ir retāk sastopams nekā nesīkšūnu plaušu vēzis.
- **Nesīkšūnu plaušu vēzis.** Tam ir vairāki veidi – plakanšūnu karcinoma, adenokarcinoma un lielo šūnu karcinoma.

Avots: mayoclinic.org

– Galvenais riska faktors ir smēķēšana, kas pēc dažādiem datiem ir iemesls 75 procentos saslimšanas gadījumu. Pārsvarā tas attiecas uz parastajām cigaretēm, taču arī uz cigāriem un citiem tabakas produktiem. Mazāk ir datu par elektronisko cigarešu smēķētājiem. Kopumā plaušu vēža gadījumu skaits pasaulē pieaug. Turklāt pieaug arī nesmēķētāju skaits, kuri saslimst ar plaušu vēzi. Biežāk tās ir sievietes, un ap 50 procentos gadījumu – nesmēķētājas. Riska faktori šiem pacientiem var būt pasīvā smēķēšana, gaisa piesārņojums, kaitīgi arod faktori un saskare ar toksiskām vielām.

**– Vai sabiedrības un likumdevēju pārliecināšanai varētu izmantot citu valstu piemērus, kur šāda programma darbojas ilgstoši?**

– Jā, citu valstu piemērus var un vajag izmantot. Taču jāpatur prātā, ka citās valstīs iespējas ir krietni vien atšķirīgas, runājot gan par finansēm, gan darbaspēku. Tāpēc ir svarīgi Latvijā izveidot savu programmu, izmantojot manīs piemēnēto pilotprojekta sistēmu. Pierādīt, ka tas efektīvi var darboties šeit, un pārliecināt gan sabiedrību, gan likumdevējus, ka Latvijā šāda programma ir nepieciešama.

**– Ja pacientam nosaka diagnozi «plaušu vēzis», kādas ir tālākās darbības no speciālista puses?**

– Nākamais solis ir izvērtēt audzēja izplatību, veicot datortomogrāfijas izmeklējumus, bieži kombinējot ar pozitronu emisijas tomogrāfiju. Tāpat ir nepieciešama audzēja audu biopsija histoloģiskai izmeklēšanai, ko visbiežāk veic bronhoskopijas izmeklējuma laikā, kad endoskopiskā veidā tiek iegūts paraugs. Retāk, ja audzējs atrodas plaušu perifērijā un nav sasniedzams endoskopiski, to dara transtorakāli. Tāpat jāveic arī plaušu funkcionālie testi, jo plaušu vēža pacienti bieži ir smēķētāji ar samazinātu plaušu funkciju. Pats svarīgākais ir noteikt audzēja stadiju, lai tālāk konsilijā varētu lemt par ārstēšanas gaitu.

**– Kādi ir ārstēšanas rezultāti, ja slimība tiek diagnosticēta pirms metastāžu izveidošanās?**

– Ja mēs runājam par prognozi un ārstēšanu, ir svarīgi atšķirt divus galvenos vēža veidus – sīkšūnu un nesīkšūnu. Nesīkšūnu plaušu vēzim, ja tas ir atklāts 1. vai 2. stadijā, ir iespējama ķirurģiska ārstēšana. Piecu gadu dzīvildze ar 1. stadijas plaušu vēzi ir 70–90 procentiem pacientu un 2. stadijai – no 53 līdz 60 procentiem. Slimniekiem ar 3. un 4. stadijas plaušu vēzi prognoze jau ir daudz sliktāka, jo ķirurģiska ārstēšana parasti vairs nav iespējama. 4.

stadijas nesīkšūnu plaušu vēža pacientiem piecu gadu dzīvildze ir tikai līdz 10 procentos gadījumu. Sīkšūnu vēzim, kurš ir ļoti agresīvs un diagnozes brīdī visbiežāk jau ir izplatījies, kopējā prognoze ir sliktāka, salīdzinot ar nesīkšūnu vēzi.

**– Kādas ir jaunākās metodes plaušu vēža ārstēšanā?**

– No jaunākajām metodēm var minēt imūnterapiju un mērķterapiju. Tie ir konkrēti medikamenti plaušu vēža ārstēšanā. Notiek aktīva to pētniecība, un ir pieejamas arvien jaunas zāles, kuras ir efektīvākas tieši diseminēta plaušu vēža gadījumā, salīdzinot ar tradicionālo ķīmijterapiju. Šīs ārstēšanas metodes ievērojami palielina pacientu dzīvildzi.

**– Vai ķirurģiska audzēja izņemšana vēl arvien ir efektīvākā metode plaušu vēža ārstēšanā?**

– Jā, tā arvien ir efektīvākā metode plaušu vēža ārstēšanā. To pielieto 1. un 2. stadijas, retos gadījumos arī 3. stadijas, nesīkšūnu plaušu vēža ārstēšanā. Ja ķirurģiska ārstēšana nav iespējama, tad 1. stadijai kā alternatīva var tikt izmantota arī staru terapija.

**– Cik efektīva ir mērķterapija un imūnterapija? Kādi ir to galvenie ieguvumi, salīdzinot ar ķīmijterapiju?**

– Imūnterapiju un mērķterapiju var pielietot pacientiem ar specifiskām audzēja gēnu mutācijām vai imūno receptoru ekspresiju. Salīdzinot ar klasisko ķīmijterapiju, kura iedarbojas uz visām strauji augošajām organisma šūnām, mērķterapijas medikaments pacientiem ar specifiskām vēža šūnu gēnu mutācijām bloķē specifiskus vēža šūnu signālus un bloķē to augšanu. Līdz ar to ir arī mazāk sistēmisko blakņu. Imūnterapija savukārt ir ārstēšanas metode, kad ar zālēm tiek aktivizēta organisma imūnsistēma, kura atrod un iznīcina audzēja šūnas. Pētījumi ir parādījuši, ka tās nozīmīgi palielina pacientu dzīvildzi. Pārsvarā šīs metodes izmanto nesīkšūnu plaušu vēža ārstēšanā, bet pēdējos gados ir parādījušies pētījumi par to efektivitāti sīkšūnu plaušu vēža terapijā. Kopumā plaušu vēža ārstēšana vēlīnās stadijās virzās personalizētās medicīnas virzienā, kad ir jāveic pilna audzēja histoloģiskā, ģenētiskā un imūnreceptoru diagnostika, lai pacientam piemēlētu labāko iespējamo ārstēšanu.

Plaušu vēža attīstības riska kalkulators

<https://vezarisks.lv>



# Diabēta pacients ceļā uz normālu asinsspiedienu

Par asinsspiedienu, šķiet, ikvienam ir savs viedoklis. Kā gan ne – mēs salīdzinām ārstu ieteikumus ar vecmāmiņas pieredzi, kaimiņa stāstiem, draugu teikto, dažādām sazvērestības teorijām, mītiem, un tas nav nekas nosodāms. Katram pacientam ir svarīgi izstrādāt savu viedokli, savus uzskatus par slimību, kas viņam konstatēta. Īpaši svarīgi tas ir cukura diabēta pacientiem. Tomēr veiksmes atslēga ir nevis dažādu viedokļu vākšana, bet gan visu neskaidro jautājumu pārrunāšana ar ārstu. Tas, ka jums ir jautājumi un šaubas, – tas ir normāli. Jautājiet, un saņemiet atbildes, kas balstās uz jaunākajiem pētījumiem gūtiem secinājumiem.

Šajā rakstā daži vienkārši fakti par to, kāpēc vajag ārstēt paaugstinātu asinsspiedienu, un kā to kontrolēt.

## Kas ir asinsspiediens?

Asinsspiediens ir asins plūsmas spiediens uz artēriju sienām. Asinsspiedienu ietekmē daudzi faktori – asinsvadu paplašināšanās vai sašaurināšanās, dažādi hormoni, fiziskā slodze, stress, alkohola lietošana, smēķēšana.

## Kādam jābūt normālam asinsspiedienam?

Cukura diabēta pacientam asinsspiediens nedrīkstētu pārsniegt 130/85 mm Hg staba. Gados vecākiem cukura diabēta pacientiem asinsspiediena norma nemainās.

## Kā un kad mērīt asinsspiedienu?

Lai mērītu asinsspiedienu mājās apstākļos, var izvēlēties gan automātisko, gan mehānisko asinsspiediena mērītāju. Kā jau ierīcēm, katram aparātam ir savi plusi un minūši, piemēram, mehāniskais aparāts neuzrāda pulsu, bet automātiskais mēdz būt neprecīzs, ja cilvēkam ir aritmija vai mirdzaritmija. Tomēr katrā mājā jābūt šādam aparātam, ar kuru cilvēks var jebkurā laikā pārbaudīt savu asinsspiedienu, – tas var glābt pat dzīvību!

Jāatceras, ka asinsspiediena mērīšana mājās nevar aizstāt vizīti pie ārsta. Ja ir diagnosticēta arteriālā hipertensija, tad nepieciešams arī regulāri apmeklēt ārstu un nekādā gadījumā nepārtraukt ārstēšanos arī tad, ja pašsajūta ir uzlabojusies un asinsspiediens ir normalizējies.

Jūsu ārstam būtu jāizmēra asinsspiedienu katrā apmeklējuma reizē. Ārsts var mērīt asinsspiedienu vairākkārt, kā arī veikt citas asinsspiediena pārbaudes, ja tas nepieciešams.

Jums ieteicama asinsspiediena paškontrolē, ja ārsts vēlas noskaidrot, kāds ir jūsu asinsspiediens ilgākā laika posmā, kā arī, ja jums jau konstatēts paaugstināts asinsspiediens (hipertensija) un jūs lietojat zāles tā pazemināšanai.

Mēriet asinsspiedienu miera stāvoklī (vismaz piecas minūtes pēc fiziskās slodzes pārtraukšanas). Asinsspiediena mērīšanas biežums atkarīgs no jūsu ārsta ieteikumiem. Ieteicams šim mērķim iegādāties mēraparātu, lai jūs to varētu darīt mājās, neatkarīgi no citu cilvēku palīdzības un medicīnas iestāžu darba laika.

Ja jums ir slikta pašsajūta, galvassāpes, reiboni vai citas nepatīkamas sajūtas, izmēriet asinsspiedienu! Iespējams, ka šo sajūtu cēlonis ir paaugstināts vai pazemināts asinsspiediens.

Asinsspiediena mērījuma rezultātu pierakstiet paškontroles burtnīcā. Informējiet ārstu par asinsspiediena paškontroles rezultātiem.

1. Pirms uzsākt asinsspiediena mērīšanu, ir svarīgi apmēram 5–10 minūtes mierīgi atpūsties, piemēram, sēžot pie tā paša galda, kur spiediens tiks mērīts. To nebūtu vēlams mērīt uzreiz pēc aktīvām kustībām, piemēram, strauji ienākot telpā vai pēc kāpšanas pa kāpnēm. Tāpat jāņem vērā, ka stress, smēķēšana, aukstums, fiziskās aktivitātes, kofeīns un noteikti medikamenti (piemēram, fenilefrīnu saturoši nazālie dekonģestanti) spiedienu palielina, tāpēc no šiem faktoriem būtu jāizvairās vismaz pusstundu pirms spiediena mērījuma.

2. Roka jātur sirds līmenī, atbalstīta uz stabilas pamatnes, ar plaukstu uz augšu. Svarīgi ir ērti iekārtoties (mērot asinsspiedienu būtu jābūt, ar abām kājām atbalstoties pret grīdu), lai spētu pilnībā atslābināties. Tāpēc būtu vēlams pirms mērīšanas iztukšot urīnpūsli, jo arī tas var ietekmēt rezultātu.

3. Asinsspiediena mērītāja manšete jāliek uz kairas rokas aptuveni 5 cm virs elkoņa locītavas. Ja asinsspiedienu mēra pirmo reizi, ar mehānisko mērītāju to vajadzētu izdarīt abās rokās, jo ir cilvēki, kam var nedaudz atšķirties asinsspiediena rādījumi (tādā gadījumā par pareizo pieņem augstāko spiedienu). Savukārt, lietojot automātisko aparātu, mērījumu veic tikai uz kreisās rokas.

4. Ja priekšroka tiek dota automātiskajam asinsspiediena mērītājam, labāk būtu izvēlēties tādu ierīci, kam manšete ir jāliek uz augšdelma. Šādi mērītāji ir precīzāki par tiem, kuriem manšete stiprinās uz apakšdelma.

5. Ir svarīgi pievērst uzmanību manšetes izmēram, kas jāizvēlas atbilstoši pacienta rokas apkārtmēram, lai manšete cieši piegulētu. Ja tā roka būs par mazu (piemēram, standarta manšete adipoziem cilvēkiem), tad spiediens uzrādīsies augstāks, nekā tas ir patiesībā. Savukārt, ja manšete būs par lielu, asinsspiediens kļūdaini uzrādīsies zemāks. Tāpēc arī bērniem ir speciālas bērnu manšetes.

6. Ja asinsspiediens ir paaugstināts, tad nepieciešams to pārmērīt vēlreiz, taču vismaz 10 minūtes pēc pirmā mērījuma, pretējā gadījumā artēriju spiediens būs nedaudz saspiests no pirmās mērīšanas reizes, un rezultāts katru reizi būs citāds. Lai būtu pavisam droši, var pārmērīt to arī nākamajā dienā. Cilvēkiem, kam jau ir diagnosticēta arteriālā hipertensija, asinsspiediens jāizmēra aptuveni reizi nedēļā, ja pašsajūta ir laba un tiek ievērota ārsta noteiktā ārstēšanās terapija. Nevajag mērīt pārāk bieži, jo tas rada tikai liekus satraukumus, taču ieteicams vienmēr izmērīt asinsspiedienu, ja jūtaties slikti vai arī ir pašsajūtas izmaiņas.

7. Tāpat būtu ieteicams asinsspiedienu pēc katras mērīšanas reizes pierakstīt «asinsspiediena dienasgrāmatā», lai paši un arī ārsts spētu labāk novērtēt spiediena izmaiņas laika gaitā.

8. Nevajadzētu mērīt pēc sportošanas vai ēšanas, vislabāk to darīt rīta pusē.

## Kāpēc diabēta pacientam ir īpaši vēlams regulāri kontrolēt asinsspiedienu?

Diabēta pacientiem paaugstinātu asinsspiedienu konstatē daudz biežāk nekā cilvēkiem, kas neslimo ar cukura diabētu. No 30 līdz 60 procentiem diabēta pacientu konstatē paaugstinātu asinsspiedienu.

Cukura diabēts palielina sīko asinsvadu izmaiņu un nervu darbības traucējumu, kā arī aterosklerozes, sirds slimību, infarkta un insulta risku. Ja diabēta pacientam ir paaugstināts asinsspiediens un



Foto: Shutterstock

**Cukura diabēta pacientam asinsspiediens nedrīkstētu pārsniegt 130/85 mm Hg staba. Gados vecākiem cukura diabēta pacientiem asinsspiediena norma nemainās.**

to neārstē, tad šo slimību risks ir vēl lielāks. Augsta asinsspiediena gadījumā diabēta sarežģījumi progresē straujāk, ir daudz grūtāk ārstēt infarktu un insultu. Ja jums ir diabēts un jūs neārstējat paaugstinātu asinsspiedienu, jums ir mazāk iespēju nodzīvot aktīvu un ilgu mūžu.

## Kādi simptomi liecina par paaugstinātu asinsspiedienu?

Ja asinsspiediens ir mēreni paaugstināts, cilvēka pašsajūta nemainās. Tomēr pat mēreni paaugstināts asinsspiediens ilgākā laika periodā negatīvi ietekmē asinsvadus. Tieši tāpēc, īpaši cukura diabēta pacientiem, ļoti liela nozīme ir regulārai asinsspiediena paškontrolei.

## Vai ir iespējams pazemināt asinsspiedienu bez zālēm?

Ja jums konstatēts paaugstināts asinsspiediens, liela nozīme ir dzīvesveida izmaiņām.

- Pārtrauciet smēķēšanu.
  - Samaziniet alkohola patēriņu.
  - Samaziniet lieko svaru.
  - Iekļaujiet nodarbības ar fiziskūru savā ikdienā.
  - Ierobežojiet vārāmā sāls patēriņu līdz 2 gramiem (nepilnai tējkarotei) dienā.
  - Vairāk ēdiet dārzeņus, šķiedrvielām bagātus produktus, mazāk – trekņus produktus. Ierobežojiet kūpinājumu, desu, treknu sieru lietošanu uzturā, jo šie produkti vienlaikus satur arī daudz sāls.
- Ārsts un diabēta apmācības māsa palīdzēs sastādīt jums vispiemērotāko veselīgu dzīvesveida programmu veselīgam dzīvesveidam.

## Kādas zāles izmanto asinsspiediena pazemināšanai?

Ārsts izvēlēsies zāles, kas ir jums piemērotas, ņemot vērā sirds un asinsvadu sistēmas stāvokli, cukura diabēta sarežģījumus un citas veselības problēmas.

Dažkārt diabēta pacienti kavējas uzsākt ārstēšanos ar asinsspiediena pazemināšanai domātajiem medikamentiem, jo baidās no zāļu blakusparādībām, kaitīgas iedarbības uz aknām vai citu iemeslu dēļ. Pārrunājiet šīs bažas ar savu ārstu – speciālists izskaidros, vai ir pamats jūsu šaubām un uztraukumam, kā arī informēs par konkrēto zāļu iespējamajām blakusparādībām. Ja zāles slikti ietekmēs jūsu pašsajūtu, ārstēšanos varēs nekavējoties mainīt.

## Ja zāles nepalīdz...

Ja diabēta pacients uzsācis lietot zāles, bet asinsspiediens vēl joprojām ir paaugstināts, nedrīkstētu pārtraukt asinsspiediena paškontroli un ārstēšanu. Dažkārt jānogaida zināms laiks, lai precizētu zāļu ietekmi uz asinsspiedienu. Ja tomēr tā nav pietiekama, jāizvēlas cits medikaments vai jālieto zāļu kombinācija. No tā nevajadzētu baidīties. Lielākajai daļai cukura diabēta pacientu nepieciešami divi vai pat trīs preparāti, lai asinsspiediens sasniegtu mērķa līmeni.

## Cik ilgi jāārstē paaugstināts asinsspiediens?

Zāles asinsspiediena pazemināšanai jālieto ilgstoši. Pagaidām vēl nav pieejami medikamenti, kas izārstētu paaugstinātu asinsspiedienu. Šajā ziņā asinsspiediena pazemināšanai ir daudz līdzīga ar cukura diabēta ārstēšanu. Pārtraucot injicēt insulīnu vai lietot tabletes glikozes līmeņa pazemināšanai, glikozes līmenis asinīs paaugstinās. Arī asinsspiediens atkal pārsniegs normālos skaitļus, ja jūs pārtrauciet lietot zāles tā pazemināšanai.

## Kāpēc nevaru zāles dzert tikai tad, kad jūtos slikti?

Mēreni paaugstinātu asinsspiedienu nevar sajūt. Tomēr tas kaitīgi ietekmē organismu un var izraisīt smagas, pat dzīvībai bīstamas sekas. Tieši tāpēc ir svarīgi regulāri (bet ne tikai reizi pa reizi) lietot ārsta ieteiktās zāles un veikt asinsspiediena paškontroli.

## Par ko liecina pētījumi?

Diabēta pacientiem ar paaugstinātu asinsspiedienu –

- infarkta, insulta, pēkšņas nāves risks palielinās četras reizes;
  - mirstība no sirds un asinsvadu slimībām (sistoliskais asinsspiediens apmēram 210 mm Hg staba) palielinās piecas reizes, salīdzinot ar tiem diabēta pacientiem, kuriem asinsspiediens ir normāls (sistoliskais asinsspiediens zemāks par 120 mm Hg staba).
- Paaugstināta asinsspiediena normalizēšana –
- samazina diabēta vēlino sarežģījumu (ieskaitot arī aterosklerozi, infarktu, insultu, sirds mazspēju) risku par 24 procentiem;
  - samazina ar diabētu saistīto nāves gadījumu skaitu par 32 procentiem;
  - samazina miokarda infarkta risku par 21 procentu;
  - samazina insulta risku par 21 procentu;
  - samazina diabētiskās nefropātijas, retinopātijas, citu sīko asinsvadu bojājumu risku par 37 procentiem;
  - samazina proliferatīvās retinopātijas risku par 34 procentiem;
  - samazina redzes zuduma risku par 47 procentiem;
  - samazina proteīnūrijas risku par 39 procentiem;
  - samazina olbaltumvielu izdalīšanos ar urīnu par 29 procentiem.

**Tie ir skaitļi, kas liek diabēta pacientam nopietni domāt par asinsspiediena ārstēšanu un paškontroli.**

**Kopā ar ārstu jūs varat sasniegt asinsspiediena ārstēšanas mērķus, ievērojami samazinot diabēta sarežģījumu risku.**

Informāciju no ārvalstu publikācijām apkopojusi  
**GUNTA FREIMANE**



# OMRON

Visās  
Latvijas  
aptiekās



## *Asinsspiediena mērītāji no Japānas firmas OMRON*

[www.HealthProducts.LV](http://www.HealthProducts.LV)

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



# PIECI JĀ VESELĪBAI AR Imunosil<sup>®</sup> Virufix

## STIPRAI VESELĪBAI STIPRA IMUNITĀTE\*



**Ātrāka vīrusu uzveikšana**  
un īss atveseļošanās laiks!



**Zinātniski pierādīts sastāvs** pret  
elpceļu un vīrusu saslimšanām!



**Latvijas ārstu ieteikts** vīrusu  
profilaksei un aizsardzībai!



**Piecas vērtīgas sastāvdaļas**  
**organisma veselībai!**



**Efektīvs un izdevīgs** risinājums  
jūsu maciņam!

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



\*CINKS, VITAMĪNI C UN D VEICINA NORMĀLU IMŪNSISTĒMAS DARBĪBU

lotos pharma

UZTURA BAGĀTINĀTĀJS NEAIZSTĀJ PILNVĒRTĪGU UN SABALANSĒTU UZTURU.