

Latgales

veselības avīze



IZAUGSME TURPINĀS

Edgars Labsvīrs stāsta, kādu iespaidu Covid-19 pandēmija atstājusi uz slimnīcas darbu un kā slimnīca plāno attīstīties turpmāk. **2. lpp.**



PIRMIE, KAS PALĪDZĒS

Kā tiek uzņemti pacienti Neatliekamās medicīniskās palīdzības klīnikā, un kam gaidīšanas rindā ir priekšroka. **3. lpp.**

Nepietiek

Valsts atbalsts Daugavpils reģionālajai slimnīcai netiek līdzī inflācijai



50 GADU
Poliklinika ar bagātu pieredzi.

4. lpp.

ĀRSTĒT ASINSVADUS
Kāpēc jāmazina holesterīna līmenis?

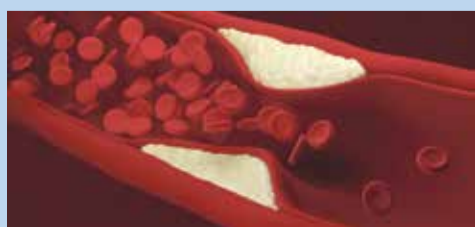
6. lpp.

BŪTISKS IEGUVUMS
Labāka palīdzība diabēta pacientiem.

13. lpp.

VAIRĀK IESPĒJU
Kādu atbalstu gaida nefrologi.

14. lpp.



Cik pamatotas ir runas par maksātnespēju?

TOMS ZVIRBULIS

Viens no lielākajiem izaicinājumiem ne tikai veselības aprūpes jomā, bet jebkurā ar valsts atbalsta iespējām saistītā sfērā, ir limitētie resursi, kurus pakalpojumu nodrošināšanai un (iespējams) izaugsmei katrā no nozarēm var piešķirt. Tikpat būtiski iestāžu vadītājiem ir pārliecināt lēmumu pieņēmējus par to, ka tieši viņa vadītā iestādē ir pelnījusi vairāk eiro nekā kaimiņi.

Daugavpils reģionālās slimnīcas (DRS) valdes loceklis **Edgars Labsvīrs**, stājoties šajā amatā, ir apņēmības pilns turpināt slimnīcas uzņemto izaugsmes kursu un veselības aprūpes ziņā būt vienā līmenī ar galvaspilsētas slimnīcām.

– Daugavpils reģionālās slimnīcas vadītāji pēdējo gadu laikā vairākkārt paziņojuši, ka slimnīcai draud maksātnespēja. Kā un kāpēc šāda situācija izveidojās?

– Domāju, ka šādu retoriku bieži vien izmanto budžeta plānošanas laikā. Diemžēl mēs šādu taktiku piekopjam pietiekami bieži un visā valstī, paziņojot, ka konkrētai ārstniecības iestādei draud bankrots. Ar to parasti tiek domāts, ka konkrēta pakalpojuma pašizmaksu nesēd Nacionālā veselības dienesta (NVD) dotācijas. Bieži vien šādā situācijā netiek ņemta vērā reālā bilde, un paziņojumi tiek sniegti arī tajos gados, kad slimnīca strādā ar peļņu. Otrs iemesls ir Covid-19, kas ir izņēmuma stāvoklis, kad ārstniecības iestādēm bija neprognozējama peļņa un zaudējumi. Pandēmijas ietekme Daugavpils slimnīcas gadījumā bija ļoti liela. Tika piešķirti lieli līdzekļi šo pacientu ārstēšanai, kas savā ziņā aizstāja slimnīcas pamatdarbības ienākumus. Slimnīca pandēmijas beigās nonāca situācijā, kad Covid-19 papildu finansējums beidzās, bet ienākumi par pamatdarbību nebija atgriezies iepriekšējā līmenī. Līdz ar to 2023. gadā slimnīcas apgrozījums bija mazāks nekā 2022. gadā, kas veselības aprūpē ir neierasta situācija, jo veselības aprūpē izmaksām un līdz ar to arī apgrozījumam ir tendence pieaugt. Vēl noteikti jāatzīmē vietējā pārvaldība, kuru vērtējam tagad. Ir uzsākts neatkarīgs audits, lai noskaidrotu, kā slimnīca ir nonākusi šādā situācijā. Tiks vērtēti 2022. un 2023. gada dati un izstrādātas rekomendācijas. Varam spekulēt ar to, ka brīdī, kad beidzās Covid-19 atbalsts, straujāk bija jāoptimizē izmaksas, piemēram, samazinot atalgojuma un virsstundu fondu. Šobrīd mēs varam tikai teoretizēt, vai tika darīts gana daudz.

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.



Publicitātes foto

Edgars Labsvīrs (attēlā kopā ar slimnīcas valdes priekšsēdētāju Intu Vaivodi): «Daugavpils reģionālajā slimnīcā vērojama tendence pieaugt ārstēto pacientu skaitam. Pie mums viņi nonāk arī no citām reģiona slimnīcām. Tas norāda, ka ārsti lokālā līmenī spēj pietiekami operatīvi identificēt problēmu un nodot pacientu tālākai ārstēšanai jau līmeni augstākā ārstniecības iestādē.»

Vēlreiz atgriezoties pie iepriekš teiktā, – mēs esam pieraduši, ka veselības iestāžu vadītāji pielieto šādu retoriku, bet jāsaprot, ka tajā trūkst konsekvences. Sabiedrība bieži vien nesaprot, vai situācija tiešām ir tik slikta, vai ar šādiem paziņojumiem kāds cenšas «izsist» savai iestādei papildu finansējumu. **– Kāda ir finansējuma dinamika pēdējo gadu laikā un kā, plānojot savus izdevumus, tiek ņemts vērā fakts, ka resursi kļūst dārgāki?**

– Izmaksu pieaugumu it īpaši varēja just 2022. un 2023. gadā, kad bija vērojams straujš energoresursu cenu kāpums un medicīnas ierīču izmaksu palielināšanās. Kopumā inflācija, kas atsevišķos mēnešos sasniedza 20 procentu, būtiski ietekmēja arī mūsu darbu. Tas no valsts puses netika kompensēts. Daļēji to sedza ar ēdināšanas tarifa paaugstināšanu, taču kopumā valsts papildu finansējums neatsvēra straujo cenu pieaugumu. Finanšu ministrijas inflācijas prognoze 2024. gadam ir 1,6 procenti, kas ir daudz mazāk nekā pagājušajā gadā. Tāpat nevar teikt, ka ar katru iepirkumu cenas radikāli pieaugtu. Mūsu izdevums ir noturēt cenu pieaugumu zem inflācijas līmeņa. Slimnīcā lielākās izmaksas veido atalgojums, kas ir apmēram 70 procentu no iestādes budžeta. Viens no izaicinājumiem šogad ir minimālās algas paaugstināšana, kas automātiski nozīmē algu pieaugumu arī nozīmīgai daļai slimnīcas personāla. Mums ir jāspēj saglabāt konkurētspējīgu atalgojumu arī jaunajos apstākļos, kas nozīmē virsstundu optimizāciju, piemaksu pārskatīšanu daļā pozīciju un citas darbības.

– Kādi ir lielākie darbi, kas paveikti pēdējā laikā slimnīcas labiekārtošanā un modernizēšanā?

– 2023. gada beigās ekspluatācijā tika nodots slimnīcas 3. stāvs, kurā atrodas Rehabilitācijas centrs. Esam uzbūvējuši liftu Plaušu slimību un tuberkulozes centrā. Tas nodrošina, ka šie slimnieki tiek transportēti atsevišķi no citiem un pacientu plūsmas nekrustojas. Tāpat ir iegādāti jauni rezerves ģeneratori, kuri palīdzēs nodrošināt pakalpojumu nepārtrauktību. Liela daļa no šiem darbiem ir vērsti uz epidemioloģiskās kontroles nodrošināšanu un pacientu plūsmas optimizāciju, mācoties no Covid-19 pandēmijas. Pašlaik tiek paplašināts staru

terapijas bloks, lai tajā varētu uzstādīt otru lineāro paātrinātāju. Ar vienu šādu ierīci pakalpojuma nepārtrauktību nodrošināt nevar. Pacientu plūsma ir liela. Ja aparāts kāda iemesla dēļ nestrādā, tad ir ļoti grūti pārvirzīt mūsu pacientus uz citām iestādēm. Arī Rīgā šis iekārtas ir pārslēgtas un nav tā, ka mūsu pacientus uzreiz kāds varēs apkalpot. Plānojam atjaunot arī Centrālo sterilizācijas nodaļu, endoskopijas iekārtu parku, kā arī vismaz uzsākt centrālā vestibila pārbūvi, kas ir slimnīcas seja un patlaban izskatās daudz sliktāk nekā Latvijas slimnīcas kopumā.

– Vai sevi ir attaisnojuši Plānveida Islaicīgās ārstēšanas nodaļas izveidošana, kas tika darīts, lai nodalītu plānveida pacientu plūsmu no neatliekamās palīdzības?

– Uz šo jautājumu man būs grūti precīzi atbildēt, bet ir pilnīgi skaidrs, ka mums vajadzētu veidot savu dienas stacionāru. Lielās slimnīcas to dara visnotaļ aktīvi. Kopumā ambulatori ārstējamo pacientu skaits tikai pieaug, un dienas stacionārā tiek veiktas arī pietiekami sarežģītas operācijas. Dienas stacionārs atslogo stacionāro ārstu darbu. Hospitalizāciju skaitam valstī pēdējos gados ir tendence samazināties, bet palielinās vienas dienas ietvaros ārstējamo pacientu skaits. Ja kaut kas tika reformēts pacientu plūsmās Covid-19 ietekmē, man ir grūti pateikt, vai tas ir attaisnojies. Vēlos piebilst, ka Daugavpils reģionālajā slimnīcā vērojama tendence pieaugt ārstēto pacientu skaitam. Pie mums viņi nonāk arī no citām reģiona slimnīcām. Tas norāda, ka ārsti lokālā līmenī spēj pietiekami operatīvi identificēt problēmu un nodot pacientu tālākai ārstēšanai jau līmeni augstākā ārstniecības iestādē. Es uzskatu, ka tā ir pozitīva tendence, un mūsu pienākums ir turpināt veicināt mediķu savstarpējo sadarbību pacientu aprūpē. Daugavpils slimnīcas aktivitātei stacionāro un ambulatoro pacientu ārstēšanā būtu jāpārsniedz valsts vidējais līmenis relatīvi lielā iedzīvotāju blīvuma dēļ.

– Vai DRS ir ieviesta sistēma pacientu elektroskopiskai uzskaitē, lai vajadzības gadījumā ārsti varētu operatīvi iegūt nepieciešamo informāciju par konkrēto pacientu?

– Daugavpils reģionālā slimnīca ir viens no lielākajiem dokumentu devējiem E-veselībā. Mūsu stacionāra izraksti ir elektroniski un tiek nodoti sistēmai. Ja pacients šeit ir ārstējies, tad jebkuru mūsu sagatavotu struktūrētu epikrīzi var atrast E-veselībā un tā ir pieejama katram ārstam Latvijā. Onkoloģiskie konsiliji ir pieejami digitāli jau piecus gadus un drīzumā tiks glabāti arī Datamed, lai to atzinumus var iegūt visi ārstēšanas procesā iesaistītie speciālisti. Tikpat svarīgi, ka tiem var piekļūt arī pats pacients. Pateicoties mūsu informācijas sistēmai un cilvēkiem, kuri to uztur, es teiktu, ka līdz ar Bērnu klinisko universitātes slimnīcu (BKUS) mēs esam digitāli advancētākās lielās slimnīcas valstī. Šis ir viens no DRS stratēģiskajiem attīstības virzieniem. Jebkurai datu vienībai ir jābūt ērti pieejamai pašam pacientam, un viņam ir tiesības ar šiem datiem dalīties ar citām ārstniecības iestādēm.

– DRS ir viena no divām vietām ārpus Rīgas, kur ir pieejamas invazīvas kardioloģijas procedūras. Savulaik slimnīcā tika izveidotas invazīvas kardioloģijas brigādes, kuras dežurē 24 stundas un uzlabo akūta infarkta un insulta izārstēšanas iespējas. Kā invazīvas kardioloģijas pakalpojumi tiek nodrošināti pašlaik?

– 24/7 režīmā mēs ārstējam ne tikai infarktus, bet taisām arī trombektomijas, insulta gadījumā izņemot trombu no asinsvada. Pagājušogad sadarbibā ar Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas speciālistiem uzsākām kardiostimulatoru implantāciju. Pašlaik uzskaitē mums ir 900 pacientu ar implantētiem sirds stimulatoriem. Ļoti ceram uz līdzfinansējumu no valsts puses, lai varētu uzturēt aritmoloģijas kabinetu un šiem pacientiem uzsākt telemonitorēšanu. Gan invazīvā kardioloģija, gan kardioloģija kopumā ir identitātes sastāvdaļa, kas mūs atšķir no pārējām reģionālajām slimnīcām. Tas arī ir viens no iemesliem, kāpēc mums ir tik lieli finansiālie zaudējumi, jo manis pieminētā trombektomija no valsts puses netiek apmaksāta, taču tas tuvākajā laikā mainīsies. Līdzīgi ir ar sirds stimulatoriem. Līdzekļus par šādām operācijām mēs uzreiz neatgūstam. Šo naudu iegūsim nākamgad, bet pašlaik tie ir slimnīcas izdevumi. To visu ir grūti apvienot ar slimnīcas izaugsmi un jaunu speciālistu piesaisti.

– DRS tiek ārstēti arī onkoloģiskie pacienti. Kāda terapija viņiem tiek nodrošināta un kādu ārstēšanu var saņemt tikai lielajās Rīgas slimnīcās?

– Mēs nodrošinām gan onkoloģisko ķirurģiju, gan ķīmijterapiju un staru terapiju. Daugavpils slimnīca ir viena no iestādēm, kur darbojas onkoloģiskais konsilijis, lai varētu nonākt pie lēmuma konkrēta pacienta ārstēšanai. Daļa metožu mums nav pieejama, piemēram, onkoloģiskajā ķirurģijā ir lokalizācijas, kuras mēs drīkstam operēt, un daļa, kuras operēt drīkst tikai Rīgā. To nosaka līgums ar Nacionālo veselības dienestu. Attiecībā uz ķīmijterapiju un staru terapiju mūsu iespējas ir līdzvērtīgas. Arī mums pieejamais lineārais paātrinātājs ir jaunākās paaudzes un nodrošina visu lokalizāciju ļaundabīgo audzēju starošanai. Ir ierobežojumi ķirurģiskajā ārstēšanā, bet tas pārsvarā attiecas uz retāk sastopamiem audzējiem. Piemēram, krūts un zarnu audzējus operējam paši. Mēs nodrošinām onkoloģisko pacientu aprūpi, sākot ar zāļu koridoru un beidzot ar pacientu rehabilitāciju un novērošanu, kā arī rekonstruktīvajām operācijām, piemēram, krūts vēža gadījumā.

Latgales veselības avīzes izdošanu atbalsta:



Šķirot pacientus uzņemšanā – nepieciešamība

ILONA NORIETE

Lielākā ārstniecības iestāde Latgalē ir Daugavpils reģionālā slimnīca. Katru dienu vidēji šeit nonāk gandrīz 100 pacientu, kuriem palīdzība jāsniedz nekavējoties.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības klīnikas vadītājs **Aleksandrs Černihovičs** stāsta par cilvēku dzīvību glābšanu.

– Cik daudz pacientu uz Daugavpils reģionālo slimnīcu atved neatliekamā palīdzība un cik ierodas pašu spēkiem?

– Ar neatliekamās medicīniskās palīdzības automašīnām pie mums tiek nogādāta aptuveni puse pacientu, pārējie slimnīcā nokļūst pašu spēkiem. Vidēji diennaktī tie ir 70–80 pacientu, bet dažreiz slimnieku pieplūdums ir 110–115. Piemēram, janvārī kopumā pie mums nonāca 2629 pacienti, no viņiem ar ātro palīdzību atveda 1262, bet paši ieradās 1367 pacienti.

– Ar kādām diagnozēm ikdienā nākas saskarēt biežāk?

– Tā kā pie mums pieņem daudz speciālistu, pacientu plūsma sadalās. Diagnozes ir dažādas – insulti, infarkti, akūtas vēdera vains, bērni ar infekcijām. Pagaidām vēl turpinās gripas epidēmija un ar augstu temperatūru atved gan pieaugušos, gan bērnus. Darbojas arī traumpunkts – tur ierodas pacienti ar akūtiem savainojumiem, sasitumiem, te veicam arī pārsiešanas. Viennozīmīgi nevar pateikt, kādu pacientu ir vairāk vai mazāk. Ja vienā mēnesī ir bijuši 15 infarkti, tad otrā to var būt uz pusi vairāk.

– Minējāt gripu, bet vai kovids ir izzudis?

– Covid-19 patlaban ir izslēgts no bīstamo slimību saraksta un pielīdzināms parastai akūtai respiratorai vīrusa izraisītai slimībai. Janvārī pie mums nonāca 46 kovida pacienti, bet 65 bija slimī ar gripu. Tātad kovids pazudis nav, bet nav vairs ar tik smagām komplikācijām.

– Kā tiek organizēts klīnikas darbs, uzņemot pacientus slimnīcā?

– Mums ir neatliekamā pacientu plūsma, kad slimniekus pārsvarā atved ātrā palīdzība. Otrā ir ambulatorā, kuru veido pacienti, kas paši atnākuši ar akūtām sūdzībām. Vēl sniedzam palīdzību citu nodaļu slimniekiem, kas jau ārstējas, bet kuriem nepieciešami mūsu klīnikā pieejamie papildu izmeklējumi. Tāpat mums jāpalīdz, ja rodas ārkārtas situācija, piemēram, pacientam slimnīcas teritorijā vai arī iekštelpās palicis slīkti. Tad brigāde ar nestuvēm un nepieciešamo aparāturu steidzas sniegt viņam neatliekamo palīdzību.

Katrā plūsmā slimnieku sagaida šķirotājs – mediķis, kurš pirmais pacientu apskata un nosaka viņa prioritāti. Šāda šķirošana ir nepieciešama, jo mēs nevaram vienlaikus apkalpot visus. Piemēram, ja ir viens ārsts, bet vienā un tajā pašā laikā atved piecus pacientus, tad viņš nevar visus slimniekus apskatīt uzreiz. Tāpēc nosaka prioritāti, – kuram palīdzība jāsniedz nekavējoties, bet kurš var nedaudz pagaidīt.

– Pacienti nereti sūdzas, ka viņi atvesti uz Neatliekamās medicīniskās palīdzības klīniku, bet tur viņiem vajadzējis divas, trīs vai pat sešas stundas gaidīt, jo neviens ātrāk nav pievērsis uzmanību. Katram šķiet, ka viņa problēma ir visakūtākā.

– Jā, tā ir mūsu ikdiena, tās varētu saukt par mikro-sūdzībām. Mēs mēģinām slimniekus nomierināt un paskaidrot, kāda ir situācija, ka diemžēl jāpagaida. Šķirotot pacientus, mēs redzam viņu vitālos rādītājus – asinsspiedienu, sirdsdarbību,



Ar neatliekamās medicīniskās palīdzības automašīnām tiek atvesta aptuveni puse pacientu, pārējie slimnīcā nokļūst pašu spēkiem.

elpošanas frekvenci, līdz ar to tiem, kuri var pagaidīt, nekam sliktam nevajadzētu notikt. Protams, jebkurā brīdī var mainīties pacienta stāvoklis, līdz ar to medpersonāls var pasaukt ārstu, kurš izvērtēs visus rādītājus no jauna. Tā darbojas visas slimnīcas – gan Daugavpilī, gan Rīgā, gan citur. Mūsu resursi ir ierobežoti. Diennakts režīmā varam nodrošināt tikai vienu terapeitu, tāpat uz vietas ir tikai viens ķirurgs un traumatologs. Ja

Ja ir viens ārsts, bet vienā un tajā pašā laikā atved piecus pacientus, tad viņš nevar visus slimniekus apskatīt uzreiz. Tāpēc nosaka prioritāti, – kuram palīdzība jāsniedz nekavējoties, bet kurš var nedaudz pagaidīt.

valstī un mūsu pilsētā būtu daudz mediķu un iespēju, ja vienlaikus varētu strādāt divi terapeiti, divi ķirurgi, tad pacientiem noteikti nebūtu tik ilgi jāgaida.

– Vai pacienti pārsvarā ir saprotoši, ja viņus lūdz pagaidīt?

– Tas ir atkarīgs no katra pacienta. No savas pieredzes varu teikt, ka slimnīcā biežāk saskaramies ar negatīvām emocijām, sāpēm, bēdām. Līdz ar to pacienti ir vairāk noskaņoti konfliktēt, nekā būt saprotoši un līdzestīgi. Reizēm cilvēkiem palūdzam, lai palaiž pa priekšu pacientu ar traumu. Agrāk nebija atsevišķas rindas bērniem, un tad mēs lūdzām, lai bērns atļauj paņemt ātrāk. Ir arī saprotoši cilvēki, kas neceļ iebildumus. Slimnīcā ir izveidota Veselības aprūpes kvalitātes nodaļa, kura izvērtē pacientu sūdzības. Pēc tam mēs kopā meklējam, ko varam uzlabot.

– Kuru pacientu uzņemšana ir prioritāra?

– Pirms tikt līdz šķirošanai, priekšroka ir bērniem līdz septiņiem gadiem un grūtniecēm, vēl ir atsevišķa rinda traumpunktam un akūtām saslimšanām. Tāpat ir iespēja, nospiežot īpašu pogu, pieteikties uz pārsiešanu.

– Vai pārsiešana arī ir Neatliekamās medicīniskās palīdzības klīnikas pārziņā? Parasti

pacientiem ir jāiet pie sava ķirurga vai medicīnas māsas.

– Pārsiešana ir maksas pakalpojums, tā pacientiem ir papildu iespēja. Darbdienās no pulksten 8 līdz 16 viņi var iet uz poliklīniku pie sava ārstējošā ķirurga vai traumatologa un tur māsīņa veiks pārsiešanu. Bet sestdienās, svētdienās, garajās svētku brīvdienās vai arī, ja pie ķirurga ir lielas rindas, tad šie cilvēki var nākt pie mums.

– Vai klīnikā ir observācijas gultas?

– Jā, ir. Pirmkārt, observācijas pacienti ir tie, kurus mēs esam izmeklējuši, bet viņiem vēl nepieciešama vai nu papildu diagnostika, vai papildu analīzes, vai vēl kāds izmeklējums. Tad šie pacienti tiek observēti. Otrkārt, šīs gultas izmantojam, ja konkrētā brīdī nav nepieciešams pacientu steidzami stacionēt un mēs varam līdz vienai diennaktij viņu ārstēt vai novērot. Tad, ja kļūst labāk, – izrakstīt un rekomendēt doties pie ģimenes ārsta. Vēl ir gadījumi, kad pabeidzam pacienta izmeklēšanu vēlu vakarā, bet radinieki nevar atbraukt pakal. Tad atļaujam izmantot observācijas gultu līdz rītam, kamēr ierodas tuvinieki.

– Varbūt pacients pats no rīta var ar sabiedrisko transportu aizbraukt mājās?

– Ja stāvoklis atļauj un viņš var iet kājām, tad, protams, mēs laižam viņu mājās. Bet ir arī guloši pacienti ar hroniskām slimībām, kurus atved ar aizdomām par kādu akūtu kaiti. Piemēram, cilvēkam agrāk ir bijis akūts insults, bet tagad ir klepus vai temperatūra. Mēs pacientu apskatām, uztaisām rentģenu, analīzes. Ja konstatējam, ka pneimonijas vai akūtas infekcijas nav, tad rekomendējam radiniekiem atbraukt pakal. Slimnīcā strādā sociālie darbinieki, viņi sazinās ar tuviniekiem vai sociālajiem centriem un mēģina rast risinājumu, kā un kur mēs pacientu nogādāsim.

– Kurā brīdī un kādi pacienti tiek vesti uz slimnīcas nodaļām?

– Tiklīdz ārstējošais ārsts ir noteicis diagnozi un to, kurā nodaļā pacientu vajadzētu ievietot, sazināties ar attiecīgo struktūrvienību. Ja vietu pietiek, tad slimnieku uzreiz vedam uz nodaļu, kur viņam ir jābūt. Dažkārt, ja nodaļā konkrētajā brīdī gultavietu trūkst, zvānām uz līdzīga profila nodaļām un skaidrojam, vai tās var uzņemt slimnieku un ārstēt, kamēr atbrīvosies vieta. Gadās, ka nedēļā atved vairākus pacientus ar infarktu vai citām kardioloģiskām problēmām, akūtiem insultiem. Tad nodaļa ātri aizpildās. Mēs nevaram neko nedarīt un gaidīt, kad vieta

atbrīvosies. Tāpēc darba laikā vecākais ārsts risina jautājumu, kurā nodaļā vēl var saslimušos ievietot. Savukārt vakaros vai brīvdienās tas ir atbildīgā ārsta pienākums.

– Kādas iekārtas slimnīca pēdējā laikā ir iegādājusies neatliekamās palīdzības vajadzībām?

– Uzņemšanas nodaļai ir iegādāts jauns Schiller defibrilators. Tas ir tāds pats kā neatliekamās palīdzības mašīnās, līdz ar to varam ļoti ātri un efektīvi pacientu pārņemt. Laikā, kamēr ātrā palīdzība viņu ved pie mums, pacientam ir uzlimētas speciālas lāpstīņas, kas ar vadiem pievienotas defibrilatoram un monitorē slimnieka stāvokli. Atvesto pacientu mēs uzreiz varam pieslēgt pie sava aparāta. Agrāk, kad ierīces bija dažādas, slimnieku atvienojot, mums nebija iespējas kontrolēt, kas tajā brīdī notiek.

– Iespējams, ir vēl kas būtiski nepieciešams?

– Mūsu ekipējumā svarīgs ir elektrokardiogrāfs, jo bez tā nevar noteikt akūtu infarktu, aritmijas un citas sirds patoloģijas. Protams, mums šādi aparāti ir, bet gribētos labākus. Esam bijuši dažādās konferencēs, izstādēs, kur redzam mūsdienu, kompakta, kvalitatīvākas ierīces.

Vēl mums nodaļā būtu vajadzīgs aparāts, kurš pats nodrošina krūškurvja kompresiju reanimācijas laikā. Šādas ierīces mēs redzējam Rīgā, Gailezerā, tādas ir Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam. Kad to iedarbina, tā masē sirdi, krūškurvi un atbrīvo mediķa rokas, lai varētu efektīvāk un ātrāk darīt citas lietas. Krūškurvja kompresija ir diezgan smags fizisks darbs. Aparāts varētu izglābt daudzas dzīvības.

– Vai mediķu Neatliekamās medicīniskās palīdzības klīnikā un slimnīcā kopumā pietiek?

– Tā tiešām ir problēma jau daudzus gadus. Arī mūsu slimnīcā ir ļoti daudz ārstu vakanču. Patlaban Neatliekamās medicīniskās palīdzības klīnikā mums diennakts dežūrs ir nodrošināts ķirurgs, traumatologs, internists. Infektologs sāk darbu pēc četriem pēcpusdienā, bet dienā viņa funkciju aizpildām ar internista palīdzību. Dežurē reanimatologs, pediatrs, arī ginekologs. Ir arī papildu konsultanti – otolaringologs, okulisti, urologi. Viņi pieņem laikā no pulksten 8 līdz 16. Ja citā laikā pie mums atved kritiski smagu pacientu, kuram vajadzīga, piemēram, bērnu ķirurga vai urologa palīdzība, tad zvānām uz Specializētās medicīnas centru, kas konsultē visas slimnīcas, īpaši reģionos. Viņi piedāvā savu ārstu konsultācijas pa telefonu vai ļoti kritiskos gadījumos, ja ir smags pacients, kurš nav transportējams, brauc pie mums operēt. Ja varam, paši vedam slimniekus uz Rīgu, piesaistām aviāciju.

– Cik ilgi jūs pats jau strādājat slimnīcā?

– Nu jau gandrīz astoņus gadus.

– Ja salīdzinātu laiku, kad sākāt strādāt, ar šodien, – vai slimnīcas darbība ir mainījusies?

– Mēs ejam uz priekšu. Attīstība varbūt nav tik ātra kā galvaspilsētā, jo tur resursi ir lielāki. Bet arī mēs nestāvam uz vietas – pie mums strādāt nāk jauni ārsti, jauni speciālisti. Daugavpilī ir medicīnas koledža, kas sagatavo ārstu palīgus, medmāsas. Astoņu gadu laikā, kopš darbojos neatliekamās palīdzības sniegšanā, ir progress arī šajā jomā. Tas attiecas uz ļoti kritisku pacientu aprūpi, pacientu plūsmu regulēšanu, investīcijām.

Taču vēl daudz arī jāsasniež. Jāattīstās, jāstrādā un jāpiesaista jauni ārsti. Jāslēdz tādi darba līgumi, kas ļauj viņiem pabeigt mācības, rezidentūru un atgriezties pie mums. Tādi ir nākotnes plāni.

Centra poliklīnikas uzmanības centrā – pacients

EVITA HOFMANE

Daugavpils Centra poliklīnikai ir 50 gadu pieredze darbā ar ambulatorajiem pacientiem. Tā izturējusi dažādus laikus un šodien ir lielākais ambulatoro pakalpojumu sniedzējs ārpus Rīgas.

Par poliklīnikas darbu, piedāvāto pakalpojumu klāstu un nākotnes iecerēm runājam ar Centra poliklīnikas vadītāju **Ainu Maskalāni**.

– Kā jūs īsumā raksturotu Daugavpils Centra poliklīniku?

– Poliklīnika tika atklāta pirms 50 gadiem – 1973. gada 1. novembrī, Oktobra revolūcijas 56. gadadienas priekšvakarā. Kā tolaik rakstīja avīzes, tā bijusi vislielākā no jaunceltajām poliklīnikām visā Latvijā. Otrās tādas neesot bijis nevienā Baltijas republikā. Kabineti bija apgādāti ar vismodernāko medicīnisko aparāturu Padomju Savienībā. Viss nepieciešamais piegādāts no Maskavas, Ļeņingradas, Kijivas, Odesas, Budapeštas un citām vietām. Ar jaunās poliklīnikas atvēršanu cēlusies pilsētas iedzīvotāju medicīniskās apkalpošanas kultūra un specializētās medicīniskās aprūpes sniegšanas kvalitāte. Plašāka poliklīnika daugavpiliešiem tobrīd bija ļoti nepieciešama, jo pilsēta auga ļoti strauji, palielinājās iedzīvotāju skaits. Jaunās medicīnas iestādes jauda tobrīd bijusi 800 apmeklējumu dienā.

– Ko patlaban vēsta statistikas dati?

– Poliklīnikā strādā 167 darbinieki, no tiem apmēram 100 ir ārsti, kuri strādā arī mūsu stacionārā un citās ārstniecības iestādēs. Tā kā poliklīnika ir SIA «Daugavpils reģionālā slimnīca» filiāle, tad mūsu zvanu centrs un statistikas daļa reģistrē pacientus un apkopo datus par visiem ambulatorajiem pakalpojumiem, ko sniedz slimnīca ar tās filiālēm – Centra poliklīniku, slimnīcas ambulatoro daļu, Plaušu slimību un tuberkulozes centru un «Olvi» poliklīnikas ginekoloģisko kabinetu. Centra poliklīnika ir lielākais ambulatoro pakalpojumu sniedzējs ārpus Rīgas. Pašlaik mūsu poliklīnikā tiek reģistrēti aptuveni 1000 apmeklējumu dienā, slimnīcas ambulatorajā daļā – vidēji 125 apmeklējumi dienā.

– Daudz tiek runāts, ka pamazām dodamies maksas medicīnas virzienā. Kāda ir maksas un valsts apmaksāto pakalpojumu attiecība poliklīnikā?

– 2023. gadā reģistrēti 296 904 valsts apmaksāti medicīniskie pakalpojumi, kas sniegti poliklīnikā, slimnīcas ambulatorajā daļā un pārējās filiālēs. Maksas pakalpojumu skaits pērn ir bijis 93 917. Attiecība starp maksas medicīnas pakalpojumiem un valsts apmaksātiem pakalpojumiem ir aptuveni 1:3.

– Minējāt, ka esat lielākais ambulatoro pakalpojumu sniedzējs ārpus Rīgas. Kādi ir lielas reģionālās ambulatorās iestādes galvenie uzdevumi?

– Centra poliklīnika Daugavpils reģionālajā slimnīcā ir valsts budžeta finansēta iestāde. Pamatā sniedzam valsts apmaksātus sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus. Nodarbojamies ar ārstniecību, rehabilitāciju, profilakses pasākumiem, diagnostiku. Poliklīnikā medicīnas pakalpojumus sniedz 24 specialitāšu ārsti. Darbojas dienas stacionārs. Tuvākajā laikā dienas stacionārā plānojam uzsākt ambulatoro operāciju veikšanu. Poliklīnikā ir asins sagatavošanas nodaļa, kas pēc kopējiem asins sagatavošanas apjomiem ir lielākā šāda nodaļa ārpus Rīgas. Vienīgā valstī, kas spēj nodrošināt asins komponentu iegūšanu un uzkrāšanu 24 stundas dienā. Poliklīnikā ir arī narkoloģijas ambulatorā



Foto: No Ainas Maskalānes personīgā arhīva

Aina Maskalāne: «Pamatā sniedzam valsts apmaksātus sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus. Nodarbojamies ar ārstniecību, rehabilitāciju, profilakses pasākumiem, diagnostiku. Poliklīnikā medicīnas pakalpojumus sniedz 24 specialitāšu ārsti.»

daļa, kur tiek sniegta narkoloģiskā palīdzība, īsteno metadona programma. Darbojas diabēta apmācības kabinets, pēdu aprūpes kabinets, hronisku obstruktīvu plaušu slimību kabinets. Mūsu iestādes mērķis ir pēc iespējas vienviet sniegt kvalitatīvus pakalpojumus. Cenšamies, lai ārstu izmeklējumi un konsultācijas pacientiem būtu pieejamas pie mums un Daugavpils reģionālās slimnīcas filiālēs. Iedzīvotājiem nodrošinām ārstu komisijas, obligātās veselības pārbaudes u.c.

– Vai poliklīnikā ir pieejami visi biežāk sastopamo diagnožu noteikšanai nepieciešamie izmeklējumi?

– Jā, tie pie mums ir pieejami. Nodrošinām radioģiagnostiku, tostarp skrīningmamogrāfijas, ultrasonogrāfijas, veicam core biopsiju, augšējo un apakšējo endoskopiju, citus funkcionālos izmeklējumus, dermatoskopiju, ārējās elpošanas funkcijas noteikšanu, elastogrāfiju u.c. Lielie izmeklējumi, tādi kā datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse, notiek slimnīcas ambulatorajā daļā. Ļoti ceram, ka izdosies atrast resursus, lai doplerogrāfiju, Holtera monitorēšanu un ehokardiogrāfiju veiktu tādā apjomā, kā tas ir nepieciešams. Šos trīs izmeklējumus par valsts budžeta līdzekļiem diemžēl nevaram nodrošināt pacientiem vajadzīgajā daudzumā.

– Pacienti bieži sūdzas, ka valsts apmaksāto ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu kvotu ir iedalīts pārāk maz. Kā jūs risināt šo jautājumu?

– Mēs ļoti rūpīgi rīkojamies ar valsts piešķirtajiem līdzekļiem. Katra finanšu gada sākumā saņemam informāciju no Nacionālā veselības dienesta par plānoto sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjomu konkrētajam gadam un, pamatojoties uz valsts finansējuma apjomu, nodrošinām pacientu pierakstu visa gada garumā, plānojam, lai nepārsniegtu kvotas. Man ir liels gandarījums, ka pēdējo desmit gadu laikā Daugavpils reģionālajā slimnīcā un filiālēs ne reizi nav nācies pārtraukt sniegt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus sakarā ar to, ka mēs būtu pārtērējuši kvotas. Protams, ka iedzīvotāju pieprasījums pēc šiem pakalpojumiem ir lielāks nekā valsts piešķirtais finansējums un kvotas. Rindas uz visiem pakalpojumiem ir ļoti garas, reizēm pārsniedz pat gadu. Piemēram, endokrinoloģijā, oftalmoloģijā, onkoloģijā. Tā ir arī speciālistu trūkuma problēma. Patlaban ambulatorajā darbā

mums visvairāk nepieciešami onkologi ķīmijterapieti. Šie speciālisti strādā stacionārā un poliklīnikā pieņem darbu savienošanas kārtībā 2–3 stundas nedēļā. Ar to nepietiek. Vēl ļoti nepieciešami ambulatorie traumatologi, gastroenterologi, internisti, kuri pildītu dežūrārstu pienākumus un nodrošinātu pakalpojumus laikā, kad ģimenes ārsti nav pieejami.

– Kādu speciālistu pakalpojumi poliklīnikā ir vispieprasītākie?

– Visi speciālisti ir pieprasīti. Visgarākās rindas ir pie endokrinologa, oftalmologa, onkologa, reimatologa, dermatologa. Pacienti ir neapmierināti, bet samierinās, ka uz valsts apmaksātu speciālistu konsultāciju viņiem ir jāgaida trīs mēnešus un vairāk. Daugavpils iedzīvotāji nelabprāt izmanto maksas pakalpojumus. Ir arī atsevišķi speciālisti – onkologi un flebologi –, pie kuriem pacienti dodas arī tad, ja pakalpojums ir par maksu. Maksas pakalpojumu klāstā ietilpst arī masāžas, fizioterapeita pakalpojumi, fizikālā terapija. Pacienti paši bieži maksā par magnētisko rezonansi, datortomogrāfiju, manuālo terapiju.

– Cilvēki mēdz sūdzēties, ka, zvanot uz ārstniecības iestāžu zvanu centru, ļoti ilgi ir jāgaida savienojums, jo «visi operatori ir aizņemti». Vai jūs savā ikdienas darbā saskaraties ar šādiem pārmetumiem?

– Agrāk cilvēki biežāk sūdzējās, bija neapmierināti, ka ilgi jāgaida, nevar sazināties. Tā kā esam ieinteresēti, lai sūdzību būtu mazāk, analizējam to iemeslus. Esam nomainījuši vairākas zvanu sistēmas, lai uzlabotu zvanu centra darbību, palielinājām operatoru skaitu, un tie tagad strādā divās maiņās no pulksten 7 līdz 19. Šobrīd zvanus uzklauša astoņi operatori. Pieņemt darbā vairāk neatļauj ierobežotās telpas. Esam izveidojuši elektronisko pierakstu pie speciālistiem, lai pacienti varētu izmantot šādu iespēju pieteikties uz pakalpojumiem. Arī slimnīcas tīmekļvietnē var pierakstīties uz vizīti vai izmeklējumiem. Pirms plānotās vizītes pacients telefonā saņem atgādinājuma SMS. Laika gaitā ir ieviesti vēl dažādi uzlabojumi gan pacientiem, gan darbiniekiem, kuri strādā zvanu centrā, lai viss process ritētu raitāk un maksimāli efektīvi. Statistika liecina, ka pašlaik zvanītāju vidējais gaidīšanas laiks ir viena minūte un 51 sekunde. Ja pacienti ir neapmierināti un sūdzas, ka pāriet pusstunda, līdz izdodas sazināties, vai arī nesekmīgi zvana augām dienām, situācijas izpētei noder

statistikas atskaite, kurā tiek reģistrēti visi zvani. Tajā redzams, cik ilgi, cik bieži zvanīts (telefona numurs, datums, laiks), un tas mums ļoti palīdz konfliktu situācijās, kad komunicējam ar neapmierinātajiem, jo ir iespējams pateikt, cik bieži, kad, kurš zvanījis. Arī sarunu ieraksti mums ir daudz palīdzējuši dažādu problēmsituāciju risināšanā.

– Kādas ir slimnīcas ambulatoro pakalpojumu sniedzēja priekšrocības, salīdzinot ar citām ambulatorajām iestādēm?

– Mums ir paveicies – kad vēlamies ieviest jaunus pakalpojumus, paplašināt pieeju esošajiem, mums kā Daugavpils reģionālās slimnīcas filiālei ir priekšroka kā galvenajam pakalpojumu sniedzējam reģionā. Tas ir pluss, ka mūsu ārsti strādā gan ambulatori, gan stacionārā. Strādājot abās vietās, viņiem arī rodas plašāks priekšstats par savu pacientu aprūpi. Pateicoties iestādes programmatūrai *Medoc*, ambulatori strādājošajiem speciālistiem pieejami pacienta izraksti no slimnīcas, informācija par operācijām, izmeklējumiem u.c. Tāpat stacionāra ārsti redz ambulatorajā daļā veiktos izmeklējumus, to aprakstus, konsilija slēdzienus. Mums nav pacientam jādod izraksta kopijas papīra formā, kolēģi visu nepieciešamo informāciju var redzēt *Medoc* sistēmā. Pašlaik šajā sistēmā pilnveidojam ziņas par katru pacientu, kam ir aizdomas par ļaundabīgu audzēju vai audzēja recidīvu, lai visa informācija par izmeklējumiem, konsilijiem, ārstēšanas veidiem būtu pieejama gan ambulatorajiem speciālistiem, gan stacionāra ārstiem.

Pateicoties tam, ka esam slimnīcas filiāle, sadarbojamies ar Rīgas Stradiņa universitāti un Daugavpils universitāti, piedalāmies studentu apmācībā.

– Kā nākotnē vajadzētu attīstīties Daugavpils Centra poliklīnikai, lai apmierināti būtu gan pacienti, gan darbinieki?

– Protams, ir nepieciešams lielāks finansējums, lai būtu apmierināti gan medicīnas darbinieki, gan pacienti. Gribētos, lai ārstiem nav jāstrādā pusotra, divas slodzes. Lai mediķi būtu gandarīti par darbu, justos cienīti un novērtēti.

Lai atvieglotu darbu ārstiem, samazinātu papīra darbu, vajadzētu maksimāli digitalizēt daudzus procesus, jo patlaban daudz laika paņem ambulatoro kartīšu aizpildīšana, izrakstu un nosūtījumu izsniegšana. Pašlaik e-veselības sistēmā pilnībā tiek ievadīti dati par receptēm, darba nespējas lapām, vakcināciju, savukārt ambulatorā pacienta kartītē šī informācija ir jādublē.

Digitalizācijas iemaņu apgūšana un lietošana ļautu daudz vairāk laika veltīt pacienta izmeklēšanai un sarunai ar pacientu.

No valstisko lēmumu viedokļa man gribētos, lai būtu noteikti standarti, kvalitātes kritēriji, tas, cik daudz laika jāvelta pacienta izmeklējumiem un sarunām, un par to tiktu saņemts atbilstošs atalgojums.

Pacientiem jābūt izglītotākiem veselības jautājumos. Manuprāt, pašlaik cilvēki vērsas pēc palīdzības poliklīnikā arī tādos gadījumos, kad viņi varētu apmeklēt savu ģimenes ārstu. Visu cieņu ģimenes ārstiem, taču primārajai veselības aprūpei vajadzētu būt daudz jaudīgākai, mūsdienīgākai, un cieši jāsadarbības ar pacientu. Speciālistu pamatfunkcija nav izglītēt pacientus par veselības jomas pamatjautājumiem. Rindas pie speciālistiem būtu daudz mazākas, ja lielāku darba daļu (recepšu izrakstīšanu, profilaktiskos pasākumus, primāro diagnostiku) uzņemtos ģimenes ārsti. Gribētos, lai mūsu poliklīnika būtu mūsdienīga, tostarp arī infrastruktūras jomā. Lai pacientiem būtu ērtas sēdvietas, ērta, saprotama iespēja pierēģistrēties, plaši monitori ar skaidrām viegli salasāmām norādēm un laipnu, atsaucīgu personālu.

Dimestil®

Dimetindeni maleas 1 mg/g gels, 30 g

Un niezes vairs nav!



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

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

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



dimestil.com

Grindex

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI

Pacientam jābūt ieinteresētam holesterīna līmeņa mazināšanā

TOMS ZVIRBULIS

Sirds un asinsvadu slimības vēl arvien ir izplatītākais pāragras nāves cēlonis Latvijā, un šajā ziņā turpinām būt Eiropas Savienības lideru grupā. Viens no būtiskākajiem kardiovaskulārā riska faktoriem ir paaugstināts holesterīna līmenis, kam pēdējos gados ir pievērstas pastiprināta speciālistu un sabiedrības uzmanība, vairāk runājot gan par veselīga uztura un dzīvesveida nozīmi aterosklerozes profilaksē, gan ārstēšanas svarīgumu.

Sarunā ar Daugavpils reģionālās slimnīcas invazīvo kardiologu **Artūru Teļežņikovu** noskaidrojām, kā tiek strādāts ar pacientiem Latgales reģionā, kādi ir lielākie izaicinājumi, ar kuriem jāaskaras slimnieku aprūpē, un kas lielākajā daļā gadījumu ir veiksmīgas ārstēšanas pamatā.

– Ja salīdzina ar laiku, kad uzsākt darba gaitas Daugavpils reģionālajā slimnīcā, – kur vērojamas vislielākās izmaiņas?

– Daugavpils slimnīcā strādāju kopš 2004. gada. Protams, daudz kas šajā laikā ir mainījies. Pie būtiskākajām izmaiņām gribu minēt sirds asinsvadu kateterizācijas aparātūras iegādi. Mums tā ir pieejama, un mēs daudz efektīvāk varam palīdzēt akūtiem pacientiem. Ir arī uzlabojusies sirds asinsvadu diagnostika, jo līdz 2006. gadam šādas iespējas bija tikai Rīgas slimnīcās. 2019. gadā tika iegādāts otrs angiogrāfijas aparāts un atvērta jauna angiogrāfijas zāle, kas deva iespēju strādāt intensīvāk. Tāpat tika renovēta jau esošā infrastruktūra – no 2023. gada mūsu slimnīcā ir pieejamas divas jaunas angiogrāfijas zāles. Protams, pacientiem tas ir devis daudz – ir samazinājušās rindas gan uz procedūrām, gan izmeklējumiem. Liela nozīme ir arī ārstu pieejamībai. Kad es uzsāku darbu, speciālistu skaits bija ierobežots, bet tagad šī problēma ir mazāk izteikta. Runājot par zāļu pieejamību, – Daugavpils slimnīcā ir pieejamas visas efektīvai pacientu ārstēšanai nepieciešamās zāles – gan asinsspiediena, gan holesterīna līmeņa mazināšanai, gan antikoagulantu, gan zāles sirds mazspējas ārstēšanai.

– Kā notiek sadarbība ar ģimenes ārstiem reģionā? Vai Daugavpils reģionālās slimnīcas kardiologi ir pietiekoši pieejami?

– Mūsu reģionā sadarbība ar ģimenes ārstiem ir labā līmenī. Jāsaka uzreiz, ka pie mums brauc pacienti ne tikai no Daugavpils apkārtnes, bet arī no Jēkabpils un Krāslavas, no citām reģiona pilsētām. Mēs, kardiologi, regulāri organizējam ģimenes ārstiem un speciālistiem seminārus, kuros tiek apspriestas aktuālākās problēmas nozarē un būtiskākie jauninājumi. Daudzi mūsu kolēģi strādā arī ambulatori, un ģimenes ārsti savus pacientus var nosūtīt pie viņiem uz konsultācijām, tāpēc sadarbību vērtēju kā ļoti labu. Pats esmu pieejams visiem reģiona ģimenes ārstiem, un bieži vien pietiek ar nelielu telefonisku konsultāciju, lai atrisinātu konkrētu gadījumu. Speciālistu pieejamība ir viens no svarīgākajiem faktoriem ne tikai pacientiem, bet arī ģimenes ārstiem.

– Viens no būtiskiem sirds un asinsvadu slimību riska faktoriem ir paaugstināts holesterīna līmenis. Saskaņā ar šā brīža nostādņēm, kuriem rādītājiem holesterīna analizēs būtu jāpievērš vislielākā vērība?

– Parasti, saņemot holesterīna analīžu rezultātus, tiek analizēti tādi rādītāji kā zema blīvuma lipoproteīnu holesterīna (ZBLH) līmenis, augsta blīvuma lipoproteīnu holesterīns (ABLH) un triglicerīdi. Tie ir pamata parametri. Domāju, ka vislielākā vērība jāpievērš ZBLH jeb *sliktā* holesterīna rādītājiem, jo tas var norādīt uz potenciālām problēmām ar sirds, galvas vai citiem asinsvadiem. ZBLH ietekmē aterosklerotisko plāksņu jeb pangu izveidi, kas sašaurina asinsvadus un palielina akūta miokarda infarkta risku. Būtībā nedrīkst aizmirst ne par vienu no šiem rādītājiem. Vēl svarīgs parametrs ir tā saucamais remnantu jeb atlieku lipoproteīnu holesterīns. Tas ir neatkarīgs kardiovaskulārā riska faktors, kas iedarbības mehānisma ziņā ir līdzīgs ZBHL. Ja tas ir paaugstināts, tad pastiprināta uzmanība ir jāpievērš tiem pacientiem, kuriem ir paaugstināts triglicerīdu līmenis vai zems augsta blīvuma holesterīna līmenis.

Ir vēl viens parametrs, ko ikdienā izmanto retāk, bet par to zināt būtu lietderīgi. Tas ir lipoproteīns (a) jeb Lp (a). Tas ļauj noskaidrot konkrētā cilvēka aterosklerozes attīstības risku. Ja šis rādītājs asinīs ir paaugstināts, tas veicina aterosklerozes attīstību.

– Vai, pēc jūsu domām, ģimenes ārsti ir tikpat prasīgi attiecībā uz holesterīna līmeņa kontroli kā kardiologi?

– Diemžēl ģimenes ārsti attiecībā uz holesterīna līmeņa kontroli ne vienmēr ir tikpat prasīgi kā kardiologi. Bieži vien ambulatorajās pieņemšanās redzam, ka pacientam pēc miokarda infarkta vai stenta implantācijas ZBLH līmenis ir bijis nepieņemami augsts. Tāpat redzam, ka dažreiz medikamentu devas nepamatoti tiek samazinātas. Uzreiz gan gribu teikt, ka pēdējos gados situācija ir ievērojami uzlabojusies un gan ģimenes ārsti, gan pacienti mūsu rekomendācijas ievēro.

– Kas jums kā kardiologam ir svarīgi, ārstējot pacientus ar paaugstinātu holesterīna līmeni?

– Vispirms ir svarīgi, lai man uzticētos. Katra pacienta pienākums ir sniegt savam ārstam visu ārstēšanas gaitā nepieciešamo informāciju. Ārsta pienākums savukārt ir izskaidrot pacientam, kā samazināt holesterīna līmeni, kādas ir ārstēšanas iespējas. Pacientam ir svarīgi būt informētam par visu, kas ar viņu notiek. Uzsākot ārstēšanu, ir ļoti būtiski norādīt mērķi – kādi ir rādītāji, uz kuriem jātiecas.

– Ar kādām grūtībām jums nākas saskarties, ārstējot pacientus ar augstu holesterīna līmeni?

– Viens no izaicinājumiem ir, ka pacienti nevēlas lietot zāles. Īpaši izteikti to var novērot pacientiem, kuriem jālieto vēl citi medikamenti kardiovaskulāro slimību ārstēšanai. Kaut daļēji sirds un asinsvadu slimību attīstības risku varam mazināt arī ar veselīgu uzturu un pietiekamām fiziskajām aktivitātēm, par ko mēs pacientiem atgādinām. Tomēr dažreiz ir grūti sasniegt mērķa holesterīna līmeni. Iemesli tam var būt dažādi. Kā jau minēju,

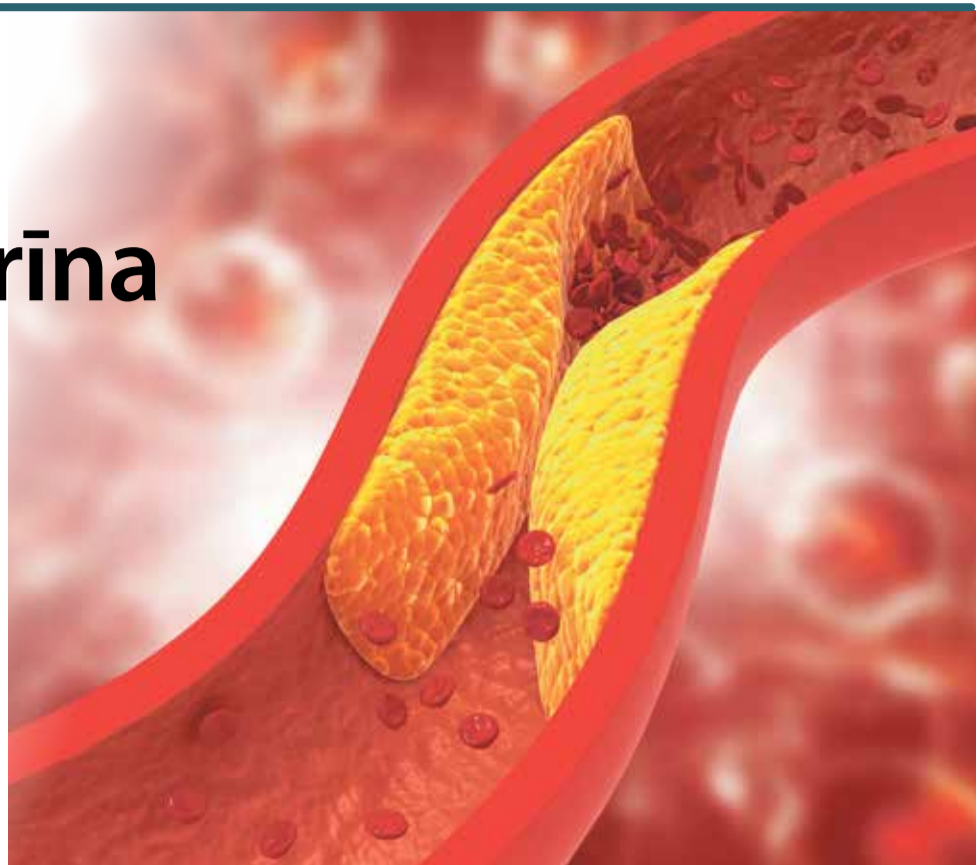


Foto: Shutterstock

Ateroskleroze ir novecošanas procesa sastāvdaļa. Ar visām patlaban pieejamajām metodēm to izārstēt nevar, bet aizkavēt tās attīstību noteikti ir iespējams.

pacienti mēdz nelietot viņiem nozīmētās zāles vai arī nepamatoti zāļu devu samazina. Grūtāk ir strādāt ar gados vecākiem cilvēkiem, jo viņi ir īpaši jāpārlicina par to, ka ārstēšana ir nepieciešama. **– Nosauciet, kāds ZBLH skaitlis būtu jāsaņiedz katram pacientam pēc stenta implantācijas, lai pēc iespējas mazinātu atkārtotu kardiovaskulāru notikumu risku?**

– Pacientus pēc stenta implantācijas var pieskaitīt ļoti augsta kardiovaskulārā riska grupai, tāpēc viņiem šim skaitlim jābūt ļoti zēms – zem 1,4 mmol/l. To ir noteikušas Eiropas Kardiologu asociācijas vadlīnijas. Augsta riska grupai pieder arī pacienti, kuriem tikusi veikta koronāro artēriju šuntēšana, pacienti pēc išēmiskā insulta, 1. vai 2. tipa cukura diabēta pacienti. Tāpat šai grupai pieskaita pacientus ar smagu hronisku nieru slimību. Arī viņiem ZBLH būtu jābūt zem 1,4 mmol/l. **– Kāda ir jūsu pieredze ar preholesterīna zāļu nepanesību?**

– Jebkuram medikamentam var būt blaknes. Tie var būt izsitumi uz ādas, arī muskuļu sāpes, bet ar to mēs sastopamies ļoti reti. Visbiežāk pieaug aknu fermentu līmenis analizēs, bet tā nav situācija, kad terapija būtu jāatceļ. Statīnu terapiju pacienti parasti panes ļoti labi, un izmaiņas, ja tādas ir jāveic, visbiežāk ir nelielas. Ja ASAT un ALAT, kas ir galvenie aknu rādītāji, trīs reizes pārsniedz normu, tad statīnu terapija ir jāatceļ un var pāriet uz citām medikamentu grupām, piemēram uz injicējamiem medikamentiem.

– Vai jums ir kāds labs padoms, kā veicināt līdzestību pacientiem ar hroniskām kaitēm, kuriem zāļu terapija nav atceļama?

– Es uzskatu, ka ar pacientu ir jārunā un jārunā daudz. Starp pacientu un ārstu ir jābūt pilnvērtīgai komunikācijai. Pacientam pašam ir jābūt lietas kursā par to, kāds ir viņa veselības stāvoklis un kādas ir ārstēšanas iespējas. Saslimušais ir jāiesaista ārstēšanas procesā. Viņam ir jākontrolē savs pulss, asinsspiediens, jāzina savs holesterīna un cukura līmenis. Līdzestīgs pacients ilgtermiņā nozīmē arī labāku ārstēšanas rezultātu. Ja cilvēks apzinās, kāpēc viņš to dara, tad viņš ilgāk lieto nozīmēto terapiju.

– Kādos gadījumos jūs rekomendējat jaunākās paaudzes injicējamās holesterīna līmeni mazinājošas zāles?

– Jaunās paaudzes preparātus mēs rekomendējam, ja ar statīniem vai citiem lipīdu līmeni pazeminošiem līdzekļiem nevar sasniegt izvirzīto

ārstēšanas mērķi. Vai arī tad, ja pacients nepanes statīnu terapiju vai viņam ir kontraindikācijas statīnu lietošanai.

– Kāda, jūsuprāt, ir labākā sekundārā aterosklerozes profilakse?

– Labākā sekundārā profilakse ir pareizs uzturs un regulāras fiziskās aktivitātes vismaz stundu dienā. Obligāti būtu jāievēro Vidusjūras diētas principi. Nevienam nav atcelis medikamentozu terapiju, kuras pamatā ir antiagreganti. Protams, ir nepieciešama adekvāta hipolipidemizējošā terapija, kur tiek lietoti statīni vai jaunie injicējamie medikamenti. Tāpat ir jāveic regulāra asinsspiediena un cukura līmeņa paškontrolē.

– Vai, pēc jūsu domām, ar mūsdienu metodēm būtu iespējams aterosklerozi izārstēt pilnībā?

– Ateroskleroze ir novecošanas procesa sastāvdaļa. Ar visām mums pieejamajām metodēm to tāpat izārstēt nevar, bet aizkavēt tās attīstību noteikti ir iespējams.

– Kā jūs rīkojaties, ja rodas aizdomas, ka pacientam varētu būt ģimenes hiperholesterinēmija?

– Ja pacientam tiek konstatēta ģimenes hiperholesterinēmija, kur kopējais holesterīna līmenis ir 7–8 mmol/l un ZBHL ir virs 5 mmol/l, tad viņa dati tiek nosūtīti Latvijas Ģimenes hiperholesterinēmijas reģistram. Pēc tam par tālāko rīcību ar pacientu sazinās speciālists. Sazināties ar Latvijas Ģimenes hiperholesterinēmijas reģistra speciālistiem var gan pats pacients, gan ģimenes ārsts vai kardiologs.

– Gan angioplastijai, gan holesterīna līmeni samazinošai terapijai ir sava vieta aterosklerozes ārstēšanā. Kā jūs ikdienā redzat šo abu metožu mijiedarbību?

– Angioplastija ir metode, ar kuras palīdzību var likvidēt aterosklerotiskā procesa sekas. Ievietojot stentu, mēs paplašinām asinsvadu, atspiežot aterosklerotisko pangu un atjaunojot asinsriti. Ja pacients nelieto holesterīna līmeni mazinājošu terapiju, tad šī panga var veidoties atkārtoti, radot stenozi, kad implantētā stenta vietā atkal veidojas sašaurinājums. Rezultātā var atjaunoties stenokardijas izpausmes vai arī asinsvads var aizaugt pilnībā, kas izsauc miokarda infarktu. Ir jāsaprot, ka ar stenta implantāciju aterosklerozes risks nepazūd. Pēc sekmīgas angioplastijas ir jāturpina lietot holesterīna līmeni mazinājošus medikamentus, jo stents un medikamenti iet roku rokā, veidojot ārstēšanas kompleksu.

Angiogrāfija un angioplastija pret aterosklerozi un infarktu

ILONA NORIETE

Kardiovaskulārās slimības var attīstīties dažādu iemeslu dēļ – sākot no nelabvēlīgas ģenētikas līdz pat neveselīgam dzīvesveidam. Pārsvārā to rašanās pamatā ir dažādu riska faktoru kopums. Mūsdienās ir pieejamas efektīvas asinsvadu slimību diagnostikas un ārstniecības metodes. Ar invazīvās angiogrāfijas palīdzību iespējams ļoti sīki izmeklēt asinsvadus no iekšienes un konstatēt esošās problēmas. Savukārt angioplastija piedāvā to risinājumu, ārstējot bojātos asinsvadus.

Par visu vairāk stāsta Daugavpils reģionālās slimnīcas kardiologs **Deniss Vasiļjevs**.

– **Pasaulē jau daudzus gadus sirds un asinsvadu slimību atklāšanā un ārstēšanā tiek izmantota angiogrāfija un angioplastija. Pastāstiet, lūdzu, sīkāk, kādas manipulācijas šo procedūru laikā tiek veiktas.**

– Angiogrāfija ir izmeklējums, kas tiek izmantots diagnostikā, lai dotu iespēju precīzi noskaidrot, kur slēpjas asinsvadu problēmas. Savukārt angioplastija ir ārstniecības metode, ar kuras palīdzību mēs pacientiem labojam bojātos asinsvadus – implantējam stentus vai paplašinām sašaurinājumus. Stents ir metāla protēzīte, ko pa asinsvadu aizvada līdz bojājumam un ievieto sašaurinātajā asinsvada vietā, lai pasargātu to no atkārtotas sašaurināšanās. Mūsu laboratorijā tiek veiktas gan diagnostiskās angiogrāfijas, gan terapeitiskās angioplastijas procedūras.

– **Mūsdienās ļoti daudziem pacientiem tiek konstatētas kardiovaskulārās slimības. Kādi cēloņi var izraisīt asinsvadu problēmas, un kā tās izpaužas?**

– Problēmas kodols ir asinsvadu sienīņu hronisks iekaisums, kas rodas vairāku iemeslu dēļ. Viena no visbiežāk sastopamajām hroniskajām asinsvadu slimībām ir ateroskleroze. Tā izpaužas kā taukiem līdzīgu vielu, galvenokārt holesterīna, nogulsēšanās asinsvadu sienīnās. Ar laiku ateroskleroze noved pie asinsvadu deformācijas un sašaurināšanās līdz pat pilnīgai to noslēgšanai. Tas izsauc ļoti bīstamas slimības, piemēram, trombozi, miokarda infarktu, insultu.

Ateroskleroze tiek dēvēta par multifaktoriālu slimību, jo katram individuam parasti kombinējas vairāki riska faktori un katrs no tiem var spēlēt līdžu vai mazāku lomu. Ateroskerozei lielākoties nav viena atsevišķa cēloņa. Tā var būt gan smēķēšana, gan mazkustīgs dzīvesveids, kad trūkst fiziskas slodzes, arī neveselīgas pārtikas lietošana uzturā. Protams, ir arī tādi faktori, kurus mēs nevaram ietekmēt, piemēram, ģenētiskā predispozīcija. Iedzimtība nosaka, kādi ir gēni konkrētajā ģimenē un vai tie ir labvēlīgi sirds veselībai, vai arī nes sevī lielus kardiovaskulāro slimību riskus. Par to ir iemesls aizdomāties, ja tēvam vai mātei ir bijis infarkts, insults līdz 50 gadu vecumam.

– **Ja ģenētiku mēs nevaram ietekmēt, tad uzturs, nesmēķēšana un kustīgums ir mūsu pašu ziņā. Ko vajadzētu ievērot, lai neattīstītos sirds un asinsvadu sistēmas problēmas? Un cik lielas iespējas attālināt aterosklerozes parādīšanos ir cilvēkiem ar nelabvēlīgu iedzimtību?**

– Faktiski visiem, kuriem ir riska faktori, jācenšas tos novērst vai iespēju robežās samazināt to ietekmi, uzturot savu ķermeni veselīgā stāvoklī. Tas nozīmē regulāri sportot, daudz staigāt, lietot veselīgu pārtiku. Tā varētu būt Vidusjūras diēta, kas satur daudz augu valsts produktu. Tāpat jācenšas uzlabot savu veselības stāvokli, lai



Deniss Vasiļjevs: «Mūsu laboratorijā visi stenti ir pārklāti ar zālēm, lai ilgtermiņā operētā sašaurinājuma vieta atkal neaizaugtu. Ja pacients regulāri lieto visas zāles un tiek sasniegti noteiktie mērķi risku mazināšanā, tad mūsu darba efekts var ilgt desmit, piecpadsmit un vairāk gadu.»

samazinātu citu izplatītu riska faktoru ietekmi, starp kuriem var minēt paaugstinātu asinsspiedienu, paātrinātu pulsu, palielinātu holesterīna līmeni asinīs. Līdzīgi nosacījumi attiecas arī uz pacientiem ar nelabvēlīgas iedzimtības risku. Ģenētiku mēs ietekmēt nevaram, taču mūsu spēkos ir ievērojami samazināt vai pat likvidēt pārējo riska faktoru negatīvo darbību. Piemēram, kontrolēt svaru un nepieļaut aptaukošanās veidošanos. Tāpat jācenšas izvairīties no diabēta rašanās, bet saslimšanas gadījumā to ārstēt un ievērot ārsta sniegtās rekomendācijas.

– **Kādi ir pirmie signāli, kas varētu liecināt par asinsvadu problēmām?**

– Dīvēl nereti gadās, ka asinsvadu slimība norit bez jebkādiem simptomiem. Tikmēr gadiem ilgs hronisks iekaisums asinsvadu sienīnā jau pārtop par aterosklerotisko pangu. Neārstēta tā iekapsulējas tur kā gatava bumba, kura var sprāgt jebkurā brīdī, bet līdz tam pacientam var nerādīt nozīmīgus simptomus un sūdzības. Tāpēc par veselību ir jādomā regulāri. Vienreiz gadā jāaiziet pie ģimenes ārsta, jānodod savam vecumam un veselības stāvoklim atbilstošas analīzes. Šāda pārdomāta rīcība palīdzēs atklāt aterosklerozi pašā sākumposmā.

– **Kādā veidā šādas problēmas var pamanīt un laikus uzsākt ārstēšanu?**

– Ateroskleroze var būt gan sirdī, gan miega artērijās, gan kājās. Kamēr viss ir labi, bez tādiem objektīviem izmeklējumiem kā ultrasonogrāfija un invazīva vai neinvazīva angiogrāfija ir diezgan grūti saprast, ka ir bojāta asinsvada sienīņa vai izveidojusies panga. Cita lieta, kad jau parādījušies simptomi. Parasti tie rodas brīžos, kad slimība jau ir jūtami progresējusi un panga izaugusi diezgan liela. Paši simptomi būs atkarīgi no tā, kur tieši plašajā asinsrites lokā problēma ir izveidojusies. Ja tā ir miega artērija, tad var rasties ar galvas smadzeņu apasiņošanu saistīti sarežģījumi jeb tā dēvētais pirmsinsulta stāvoklis. Ja asinsvadu sašaurinājumi veidojas sirdī, tad simptomi var būt saistīti ar fiziskās slodzes ierobežojumiem – parādās sāpes, diskomforts, nespēks. Sirds asinsvadu sašaurinājumu dēļ pie slodzes var būt novērojams arī elpas trūkums. Ja saslimšana lokalizējas kāju artērijās, var parādīties sāpes kājās un arī tā

dēvētā mijklibošana, kad ik pēc dažiem noietiem metriem pastāvīgi jāpāstājas. Ateroskleroze var rasties arī artērijās, kuras apasiņo zarnas, un kā sekas tad var būt sāpes vēderā pēc ēšanas vai pie slodzes. Visbiežāk tās novērojamas tieši pēc maltītes ieturēšanas. Būtībā simptomātika ir atkarīga no konkrētās vietas asinsvadu sistēmā, kur radusies problēma.

– **Kādā veidā jūsu laboratorijā notiek sirds asinsvadu slimību diagnostika un tiek pieņemts lēmums par iespējamu operatīvas ārstēšanas nepieciešamību?**

– Ja pacienta stāvoklis ir stabils, vispirms viņš iet pie ģimenes ārsta, kurš izvērtē situāciju un nosaka pacienta riska grupu. No tās ir atkarīgs, cik steidzami nepieciešams veikt invazīvo diagnostiku mūsu laboratorijā. Ja riski ir zemi, mums ir laiks un iespējas, nepielietojot kontrastvielu, nepunktējot asinsvadus, izmeklēt šo pacientu arī ambulatori, proti, nestacionējot slimnīcā. Mēs varam veikt slodzes testu, ehokardiogrāfijas izmeklējumu, aplūkot un novērtēt, kā izskatās sirds lielās struktūras. Respektīvi, varam pacientu izmeklēt nesteidzīgi un vispusīgi. Ja šis papildu diagnostikas metodes norāda, ka var būt problēmas arī ar sirds asinsvadiem, tad tiek pieņemts lēmums par invazīvo angiogrāfiju mūsu laboratorijā. Ja ģimenes ārsts, izvērtējot pacientu, saprot, ka viņš ir pakļauts ļoti augstam riskam, atrodas nestabilā stāvoklī vai viņam ir novērojamas akūta miokarda infarkta pazīmes, tad cilvēks tiek uzreiz sūtīts uz angiogrāfiju. Ja pastāv tikai ļoti augsts risks, bet situācija nav nestabila, tad šādu pacientu uzreiz sūtām uz diagnostisko angiogrāfiju. Tur tiek izvērtēts asinsvadu stāvoklis, un pēc tam kopā ar pacientu tiek pieņemts lēmums, kādā veidā tiks ārstēti asinsvadi. Taču situācijā, ja parādās miokarda infarkta pazīmes, tad pacientu ar neatliekamo medicīnisko palīdzību nogādā slimnīcā un vai nu uzreiz, vai diennakts laikā pēc diagnozes noteikšanas viņam nozīmē akūtu angiogrāfiju.

– **Vai pēc angioplastijas veikšanas asinsvadi būs paplašināti līdz mūža beigām? Vai tomēr jāērķinās ar to, ka pēc kāda laika šo procedūru var nākties veikt vēlreiz?**

– Pastāv iespēja, ka var būt nepieciešama atkārtota ķirurģiska iejaukšanās. Angioplastijas gadījumā

tas lielā mērā ir atkarīgs gan no pacienta, gan pašas operācijas, gan arī no implantētās ierīces jeb stenta. Mūsu laboratorijā visi stenti ir pārklāti ar zālēm, lai ilgtermiņā operētā sašaurinājuma vieta atkal neaizaugtu. Ja pacients regulāri lieto visas zāles un tiek sasniegti noteiktie mērķi risku mazināšanā, tostarp tie, kas attiecas uz holesterīna līmeņa, asinsspiediena, pulsa normalizēšanu, tad mūsu darba efekts var ilgt desmit, piecpadsmit un vairāk gadu. Savukārt, ja pacients izvēlas nemazināt savus riskus, turpina smēķēt, neuzlabo dzīvesveidu, nelieto zāles, tad ātrāk vai vēlāk būs nepieciešama vēl viena operācija un infarkta atkārtotās risks ievērojami pieaugs.

– **Ar ko ir jāērķinās, dodoties uz angioplastiju, kā arī pēc šīs procedūras? Vai pēc operācijas var uzreiz doties mājās un veikt visus ikdienišķos darbus, vai arī ilgāks laiks jāpavada ārstu uzraudzībā?**

– Visi lielā mērā atkarīgi no tā, kādēļ tika veikta angioplastija. Ja tā laikus ielānota, pacients ir kārtīgi sagatavots operācijai un tā noritējusi bez sarežģījumiem, tas ir viens stāsts. Šādā situācijā pamatā ir jāraizējas par punkcijas vietu, atvērumu perifērajā asinsvadā, caur kuru tika veiktas operatīvās darbības. Parasti punkcijas vieta atrodas rokā vai kājā, cirksnī. Tādēļ nedrīkst noslogot šo ķermeņa daļu, lai nerodas mehāniskas problēmas un hematoma punkcijas apvidū. Ja sirds asinsvados ir implantēts stents, cilvēkam obligāti katru dienu jālieto visas nozīmētās zāles, lai stents neaizvērtos, kamēr tas svaigs un iekšpusē nav apaudzis ar organisma audiem. Otrā grupā ietilpst akūtie pacienti, kuriem patlaban sākusies vai jau ir notikusi katastrofa sirds muskulī. Ja tas ir infarkts, tad gadījumā viņiem sāk atmirot daļa no sirds muskuļa, un tad draudi ir daudzārt lielāki. Ja tā ir, tad arī ar fizisku slodzi jāuzmanās, īpaši pirmajos mēnešos, kad pastāv vislielākie riski. Pārējie nosacījumi ir tādi paši kā visiem plānoto operāciju pacientiem – zāļu lietošana un slodzes ierobežojumi.

– **Vai tad, ja stents laika gaitā aizaug, veicat angioplastiju otrreiz?**

– Ja ir pagājuši desmit, 15 vai 20 gadi un mēs redzam, ka šis risks ir aizsērējis, ir speciālas ierīces, ar kuru palīdzību varam vēlreiz ievest asinsvadā, atkal to paplašināt un ielikt speciālas zāles. Tās iedarbosies arī uz audiem asinsvadu sienīnā, lai aizaugšana nenotiktu vēlreiz.

– **Vai pacientiem, kuriem ir veikta angioplastija, nepieciešams regulāri iet uz atkārtoti angiogrāfijas izmeklējumiem, lai novērtētu, kādā stāvoklī ir ārstētie asinsvadi?**

– Angiogrāfiskas kontroles diezgan regulāri veica laikā, kad vēl tikai sākās invazīvās kardioloģijas ēra un pastāvīgi parādījās jaunas ierīces un tehnoloģijas. Pēdējos desmit gados, kad mūsu rīcībā jau ir daudzārt pārbaudītas ierīces un tūkstos reižu izpētīts, kā un kādos gadījumos vislabāk pacientu operēt, šī prakse pamazām aiziet vēsturē. Tagad jau labu laiku mūsu pacienti novēro savu sirds veselību bez invazīvas iejaukšanās – taisot slodzes testus vienreiz gadā un veicot dinamikas novērojumus pie ambulatorajiem kardiologiem. Slodzes testi var būt dažādi, bet visvairāk rekomendētā un ikdienā lietotā ir veloergometrija. Tās laikā pacients jebkurā lielākā poliklinikā uz atbilstoša velotrenažiera var imitēt riteņbraukšanu. Šāds process notiek ārsta kontrolē un ļauj monitorēt pacienta sirds darbību pieaugošanas slodzes apstākļos. Ja šāds vai līdzīgs tests atklāj problēmas, tad cilvēks tiek nosūtīts pie mums uz invazīvo diagnostiku. Mēs katru viņa asinsvadu varam izpētīt selektīvi un ļoti precīzi. Bet pacientiem bez konkrētām aizdomām ikdienā tas nav nepieciešams.

Nav pieejamības – nav rezultāta

TOMS ZVIRBULIS

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

Sarunā ar kardiologu **Nikolaju Sorokinu** noskaidrojām, kādi ir lielākie izaicinājumi darbā ar kardioloģisko slimību pacientiem un kā pacelt veselības aprūpi augstākā līmenī, nekā tas bija pirms Covid-19 pandēmijas un ar to saistītajiem ierobežojumiem.

– Kāds ir vadošais nāves cēlonis Latvijā un pasaulē?

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

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

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

– Kādu iemeslu dēļ šāda situācija ir izveidojusies?

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

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

– Tas lielā mērā ir saistīts ar medicīnas resursu pieejamību. Ja cilvēks dzīvo Rīgā, var teikt, ka viņam veicas. Viņš nonāks slimnīcā, kur tiks sniegta adekvāta palīdzība. Ja cilvēks dzīvo citā reģionā, tad līdz brīdim, kamēr tiek saņemta nepieciešamā



Foto: Svetlana Naumova

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

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

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

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

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

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

asinsspiediens ir sirds slimību katalizators, un tas ir jāārstē. Tāpat ir ar paaugstinātu holesterīna un cukura līmeni. Jāpievērš uzmanība savam sveram. Lieko svaru nedrīkst ignorēt.

– Ja cilvēks nevēl paaugstināt asinsspiedienu, holesterīna vai cukura līmeni, kā viņu pārliecināt, ka ir jādzēz zāles?

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

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

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

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

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

saglabāšanā. Noteikti vajadzētu organizēt lielāka mēroga kampaņas, jo plašākas sabiedrības izglītošana ir valsts interesēs.

– Vai nedaudz paaugstināts asinsspiediens un holesterīna līmenis ir jāārstē?

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

– Ko vispār nozīmē jēdziens «kardiovaskulārais risks»?

– Tas ir cilvēka risks nomirt no insulta vai infarkta.

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

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

– Kā jūs vērtējat savu pacientu līdzestību?

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

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

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

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

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

OMRON

Brīva elpošana

GOING
FOR **ZERO**

OMRON C-102 Total Kompresijas miglotājs ar nazālu dušu



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

Ierīce divi vienā:

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



www.HealthProducts.LV

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

Sirds mazspēju ārstē efektīvāk

ILONA NORIETE

Jaunākie Pasaules Veselības organizācijas dati rāda, ka sirds mazspēja pasaulē ir konstatēta apmēram 60 miljoniem iedzīvotāju. Arī Latvijā tā ir ļoti nozīmīga problēma. Tāpēc īpaši svarīgs ir jautājums, kā iespējami veiksmīgāk ārstēt šo slimību. Sirds mazspējas pacientu terapijā ienāk arvien jaunas zāles, kas lieliski papildina jau esošo medikamentu klāstu.

Par to, ko varam darīt, lai iedzīvotāji vairāk rūpētos par savas sirds veselību, un kādi jaunumi ir ārstēšanā, intervijā stāsta ģimenes ārste, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas valdes locekle **Gunta Tīcmane**.

– Latvijā ir samērā daudz cilvēku ar sirds mazspēju. Tiek uzskatīts, ka vecuma grupā līdz 65 gadiem ar to slimo apmēram 1 procents iedzīvotāju, bet no 75 līdz 85 gadiem – jau 7 procenti. Kā jūs raksturotu sirds mazspējas izplatību?

– Palielinoties iedzīvotāju dzīvildzei, sabiedrībā ir vairāk gados vecu cilvēku, kuriem tiek diagnosticēta sirds mazspēja. Slimnieki ar sirds mazspēju ir nopietns slōgs veselības aprūpei, jo viņu ārstēšana prasa ļoti lielus resursus, īpaši pacienti ar 3. un 4. sirds mazspējas funkcionālo klasi pēc NYHA klasifikācijas, kuri bieži tiek hospitalizēti. Slimnieku skaits pieaug, jo ir uzlabojušās gan diagnostikas, gan ārstēšanas iespējas.

– Jūs minējāt 3. un 4. sirds mazspējas funkcionālo klasi. Varat šo klasifikāciju raksturot sīkāk?

– Sirds mazspējas funkcionālo klasi nosaka ārsts, veicot konkrētus izmeklējumus, noteiktas analīzes, kā arī klīniski izvērtējot pacientu. Diagnoze ir jānosaka gan klīniski, gan balstoties uz laboratorijas un citiem izmekļumiem. Pavisam ir četras funkcionālās klases. 1. klasei piederīgajiem nav fiziskās aktivitātes ierobežojumu. Viņi tās var veikt, nejutot elpas trūkumu, nogurumu vai paastrinātu sirdsdarbību. 2. klases pacientiem jau parādās problēmas, piemēram, kāpjot pa trepēm. Savukārt 3. klasei ir ievērojams ikdienas aktivitāšu ierobežojums un cilvēks jūtas ļoti tikai miera stāvoklī. 4. klases pacientiem elpas trūkums ir jau miera stāvoklī, līdz ar to viņi tikpat kā nespēj iziet no mājas.

– Sirds mazspēja ir smaga diagnoze ar sliktu prognozi, taču, medicīnai attīstoties, arī ārstēšanas iespējas uzlabojas. Kā jūs vērtējat pēdējo gadu izmaiņas sirds mazspējas terapijā?

– Es vispirms gribētu uzsvērt, ka mēs, ģimenes ārsti, esam ieinteresēti, lai sirds mazspējas pacienti pēc iespējas ātrāk tiktu atklāti un atbilstoši ārstēti. Tāpēc ļoti svarīga ir slimības profilakse. Pirmām kārtām jāsaņem ārstēti arteriālo hipertensiju, kas ir viens no biežākajiem sirds mazspējas cēloņiem. Ir jānovērš vairogdziedzera problēmas, jāsamazina nesteroido pretiekaisuma līdzekļu lietošana, jo tas viss atstāj iespaidu uz sirdi. Tāpat jāatsakās no kaitīgajiem ieradumiem, jādomā par sava ķermeņa svara kontrolēšanu. Un nevis sešdesmit gadu vecumā, kad daudz kas jau ir nokavēts, bet jaunībā. Mēs esam izrunājuši «sausas mutes», skaidrojot, ka ir jādomā par profilaksi.

– Ja cilvēkam ir diagnosticēta sirds mazspēja, – kādas pašlaik ir tās ārstēšanas iespējas?

– Ārstēšanu soli pa solim nosaka ģimenes ārsts, strādājot kopā ar kardiologu un veicot izmeklējumus. Pēdējos gados sirds mazspējas ārstēšana ir izmainījusies, pateicoties medikamentiem, ko sākotnēji izmantoja diabēta ārstēšanai, jo šīs zāles



Gunta Tīcmane: «Pēdējos gados atklāts, ka SGLT-2i ir efektīvi hroniskas sirds mazspējas pacientu ārstēšanai. Tāpat tos var izmantot slimniekiem ar aterosklerozi, ar kardiovaskulārām vai hroniskām nieru slimībām.»

palīdz izvadīt cukuru no organisma caur nierēm. Proti, tagad gan pēc Eiropas, gan ASV Kardiologu biedrības rekomendācijām tiek izmantoti SGLT-2 inhibitori. Tā ir zāļu grupa, kuru lieto jau no 2013. gada. Pēdējos gados atklāts, ka SGLT-2i ir efektīvi hroniskas sirds mazspējas pacientu ārstēšanai. Tāpat tos var izmantot slimniekiem ar aterosklerozi, ar kardiovaskulārām vai hroniskām nieru slimībām. Lietojot šos medikamentus hroniskas sirds mazspējas ārstēšanā, rezultāti ir tiešām labi.

– Ar ko šis medikaments ir ik labs? Varbūt varat izstāstīt kādu piemēru no savas pieredzes? Jums noteikti ir pacienti, kuriem izrakstāt šos medikamentus.

– Tie iedarbojas uz asinsvadu sienām, uzlabo vielmaiņu. No savas pieredzes varu pastāstīt par kādu situāciju. Man bija septiņdesmitgadīga paciente ar cukura diabētu, kurai bija attīstījusies hipertensija un hroniska sirds mazspēja. Sākot ārstēšanas kursu, viņa saņēma biguanīdu grupas preparātu metformīnu. Diabēta simptomi mazinājās, bet pietiekoša efekta nebija. Pievienojot SGLT-2i grupas preparātus, sievietei ievērojami samazinājās gan elpas trūkums, gan uzlabojās arī ikdienā veicamās aktivitātes. Šajā gadījumā mēs pacientei atradām efektīvāko ārstēšanas algoritmu, ievērojot diabēta radītās problēmas. Viņai SGLT2-i tiek kompensēti 100 procentu apmērā.

– Ja jūsu pacientam ir tikai hroniska sirds mazspēja, tad situācija ir citādāka?

– Šiem pacientiem medikaments tiek apmaksāts tikai no 2023. gada septembra, turklāt ar konkrētiem noteikumiem. Respektīvi, viņiem jābūt pierādītai hroniskai sirds mazspējai un noteiktiem rādītājiem, piemēram, B tipa nātrijurētiskajam peptīdam (BNP), kas ir būtisks diagnostiskā. Ar asins analīzes (BNP) palīdzību nosaka īpaša olbaltuma – B tipa nātrijurētiskā peptīda – līmeni. Ja tas ir paaugstināts, atkarībā no iegūtajiem

rādījumiem speciālists izvērtē, vai konkrētajā gadījumā pacientam novērojama sirds mazspēja tādā pakāpē, ka nepieciešams lietot SGLT-2i. Ļoti cerējām, ka no šāgada 1. janvāra pacientiem ar hronisku sirds mazspēju BNP noteikšana tiks iekļauta laboratorisko izmeklējumu grozā un apmaksāta no valsts, bet tas nenotika. Līdz ar to ir grūtības rast pamatojumu, lai mēs varētu izrakstīt medikamentus pacientiem tikai ar hronisku sirds mazspēju.

SGLT-2 inhibitoru pozitīvais efekts hroniskas sirds mazspējas pacientiem ir patiešām pierādīts. Man ir pacienti, kuri tos bija sākuši lietot, pirms varēja saņemt atlaidi, un viņiem ir samazinājušies sirds mazspējas simptomi (elpas trūkums, tūskas), ir vieglāk veikt ikdienas aktivitātes.

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

– To, kāds pacientam ir piemērotākais medikaments, nosaka ārstējošais ārsts, izvērtējot visus laboratoriskos rādītājus un arī pārējos izmeklējumus. Protams, SGLT-2i der ne visiem pacientiem ar sirds mazspēju, taču, ja mēs redzam, ka varēsīm uzlabot cilvēka dzīves kvalitāti, tad nozīmējam šos medikamentus. Vienlaikus ir jābūt ļoti uzmanīgiem, izrakstot SGLT-2i, jo ar tiem no organisma tiek izvadīts cukurs. Tam var būt diezgan nopietna blakusparādība – urīnceļu bakteriālās infekcijas. Arī manā praksē gan sievietēm, gan vīriešiem ir bijuši gadījumi, kad rodas iekaisums, un ar to nav viegli tikt galā. Katrā ziņā ārstējošajiem ārstiem ir pacientiem stingri jāatgādina par personīgās higiēnas ievērošanu. Viņi arī jābrīdina, ka cukurs izdalīsies caur urīncelēm, un tas var parādīties analīzēs. Ir jāņem vērā visi aspekti.

– Varbūt daļa pacientu nepievērs personīgajai higiēnai vajadzīgo uzmanību un problēma meklējama šajā aspektā?

– Tas ir duāls jautājums, jo pārmēru tīrīgie var arī «pārmazgāties». Pacientiem, kuri lieto SGLT-2 inhibitorus, apmazgāšanās vajadzīga gan pēc vēdera izejas, gan pēc urinācijas, lai tādējādi cukurs nesakrātos, jo tas rada ļoti labu vidi baktērijām. Savukārt pārmērīga mazgāšanās, sevišķi lietojot ziepes vai ļoti aromatizētus līdzekļus, var vēl vairāk sakairināt gļotādas un padarīt tās sausākas un pieejamākas baktērijām.

Katrs cilvēks, protams, ir citādāks, jo viens var lietot zāles un viņam nebūs absolūti nekādu problēmu, bet otram var rasties nopietni iekaisumi.

– Kāda ir pacientu līdzestība šo zāļu lietošanā? Vai viņi apzinās, ka medikaments tiešām ir ļoti svarīgs sirds mazspējas gadījumā?

– Līdzestība ir ļoti dažāda. Galvenais, kas pacientam ir jāsaprot: medikamenta lietošanas efekta panākšanai nepieciešams ilgāks laika posms, jo nevar padzert tabletes nedēļu un uzreiz justies labi. Medikaments ir jālieto ilgstoši.

Daļa pacientu nevēlas to saprast, nedomā par profilaksi, tāpat neārstē hipertensiju. Kaut gan mēs cenšamies, runājam un mēģinām cilvēkus pārliecināt. Jā, ir saprotoši klienti, bet ir arī tādi, kuriem esam gluži vai ienaidnieki. Sevišķi, kad lūdzam nākt atkārtotā vizītē, atrādīties un sakām, ka jālieto medikamenti. Pie ģimenes ārsta ir jāatnāk vismaz vienreiz gadā. Es gribētu teikt, ka ārsti vispār ir entuziasti, mums savs darbs patīk, un mēs to darām, bet reizēm saņemam ne tik pozitīvu attieksmi pretī. Tāpēc vienotas atbildes uz jautājumu par līdzestību nav.

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

– Cukura diabēta pacientiem ir sava shēma, savukārt sirds mazspējas slimniekiem tā ir pilnīgi cita. Diabēta gadījumā deva ir lielāka un tā tiek kombinēta ar citiem medikamentiem, ar kuriem ārstē šo slimību. Diabēta pacientiem deva var mainīties atkarībā no simptomiem, izmeklējumiem un laboratoriskajiem rādītājiem. Sākumā tā var būt mazāka, piemēram, 10 mg, bet tad pieaug līdz 25 mg. Sirds mazspējas pacientiem deva ir vienāda – 10 mg. Arī lietošanas ilgums atkarīgs no rādītājiem. Ja netiek sasniegti mērķa skaitļi, tad iespējams, ka medikamenta lietošana jāpārtrauc. Mēs kontrolējam, skatāmies, kas notiek. Ja zāles palīdz, tad tās nemainām. Novērtējam rādījumus un visus izmeklējumus, tāpat blaknes.

– Cik bieži pacientiem ar sirds mazspēju, kuriem ir nozīmēti SGLT-2 inhibitori, jānāk vizītē pie ārsta? Viņi tiek kontrolēti nepārtraukti vai var kādu laiku padzīvot mierīgi?

– Iespējams, kamēr terapija tiek sakārtota, pie ārsta jānāk pat reizi mēnesī vai reizi divos. Tad skatāmies, kādi ir laboratorisko izmeklējumu rezultāti. Tā kā sirds mazspēja ir hroniska slimība, tad vismaz vienu vai divas reizes gadā ir obligāti jāatnāk pie ārsta, jo nevaram visu laiku izrakstīt medikamentus, neredzot slimnieku. Mēs parasti gribam apskatīt kopējo asins ainu, jo pie sirds mazspējas ļoti būtiska lieta ir mazasinība, tāpat mums jāpārbauda holesterīna līmenis, aknu un nieru rādītāji. Tas jāskatās katram individuāli.

– Ko jūs gribētu novēlēt pacientiem?

– Es ļoti priecātos, ja pacienti izprastu profilakses nozīmi un regulāri apmeklētu ģimenes ārstu. Ne pārmēru bieži, bet tad, kad tas tiešām ir nepieciešams. Lai uzklāusītu mūsu aicinājumus, lai ārstētu paaugstināto asinsspiedienu, kas var būt cēlonis sirds mazspējai. Es tiešām vēlētos, lai pacienti, kas vēl nav līdzestīgi, izprastu, ka arī pašiem jā rūpējas par savu veselību. Ja tā notiks, tad tas jau būs ļoti daudz.

Foto: No Guntā Tīcmanes personīgā arhīva

SIRDS MAZSPĒJA

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

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



KARDIOVASKULĀRA SLIMĪBA

Uz visām sirds un asinsvadu slimībām attiecināms jēdziens.

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



MIOKARDA INFARKTS

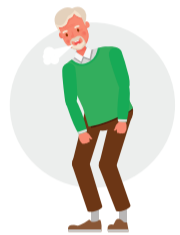
Neatliekams stāvoklis, ko izraisa akūta miokardu artēriju nosprostošanās. Var izraisīt hroniskas sirds slimības, tostarp sirds mazspēju.



SIRDS MAZSPĒJA

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

3 galvenie sirds mazspējas simptomi:⁴



ELPAS TRŪKUMS



ŠĶIDRUMA UZKRĀŠANĀS, PIEMĒRAM, TŪSKA AP POTĪTĒM

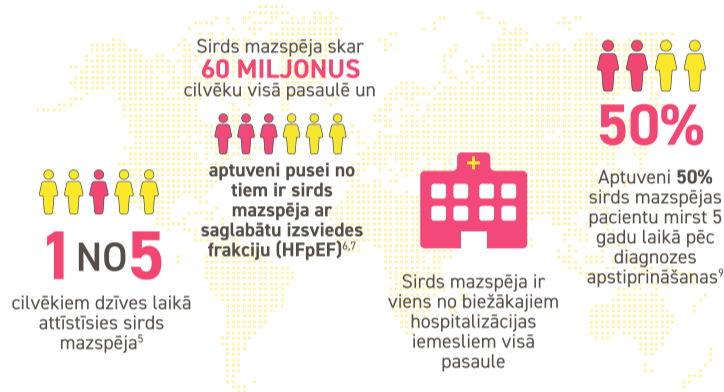


NESPĒKS

Citi simptomi:⁴

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

Sirds mazspēja ir nozīmīga problēma pasaulē:

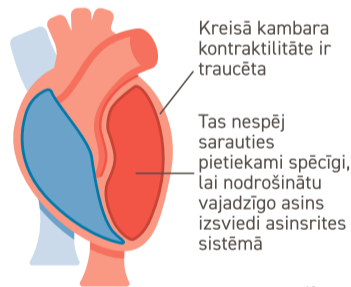


Izšķir 2 galvenos sirds mazspējas veidus,

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

1 SIRDS MAZSPĒJA AR SAMAZINĀTU IZSVIEDES FRAKCIJU (HFpEF)¹¹

jeb sistoliska disfunkcija



Kreisā kambara kontraktilitāte ir traucēta

Tas nespēj sarauties pietiekami spēcīgi, lai nodrošinātu vajadzīgo asiņu izsviedi asinsrites sistēmā

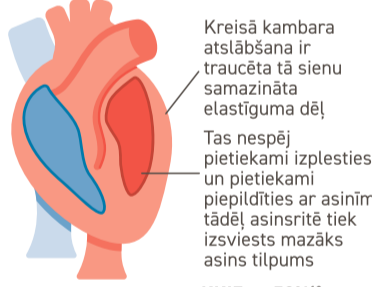
KKIF = <40%¹²

PIEJAMĀ ĀRSTĒŠANA^{13,14,15}

- Beta blokatorus
- Angiotensīnu konvertējošā enzīma (AKE) inhibitorus
- Angiotensīna receptoru neprilūzīna inhibitorus (ARNI)
- Minerālkortikoīdu receptoru antagonistus (MRA)³
- Angiotensīna II receptoru blokatorus (ARB)
- SGLT-2 inhibitorus

2 SIRDS MAZSPĒJA AR SAGLABĀTU IZSVIEDES FRAKCIJU (HFpEF)¹¹

jeb diastoliska disfunkcija



Kreisā kambara atslābšana ir traucēta tā sienu samazināta elastīguma dēļ

Tas nespēj pietiekami izplesties un pietiekami piepildīties ar asinīm, tādēļ asinsritē tiek izsviests mazāks asiņu tilpums

KKIF = >50%¹²

PIEJAMĀ ĀRSTĒŠANA¹⁶

SGLT-2 inhibitori

*SGLT2 inhibitorus iesaka neatkarīgi no sirds mazspējas izsviedes frakcijas

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



NIERU SLIMĪBA



2. TIPA CUKURA DIABĒTS

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

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

Informācija veselības aprūpes speciālistiem



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

Ilgākai un labākai dzīvei ar sirds mazspēju

GUNTA FREIMANE

Ikviens pacients vēlas tikt ārstēts iespējami kvalitatīvāk, lai justos pēc iespējas labāk. Nu jau vairākus mēnešus sirds mazspējas pacientiem pieejamāki kļuvi viņu veselības uzlabošanai ļoti svarīgi medikamenti.

Daugavpils reģionālās slimnīcas invazīvais kardiologs **Sergejs Pikta** sarunā dalījās ar informāciju par to, kā sirds mazspējas pacienta pamata ārstēšana, kas sastāv no vairākiem medikamentiem, papildinājies ar jaunas zāļu grupas medikamentu, kurš jaunākajās Eiropas vadlīnijās kardioloģijā atzīts par vienu no būtiskākajiem šajā sirds mazspējas pacienta «izdzīvošanas komplektā».

– Nesen kardiologi guvuši iespēju izrakstīt sirds mazspējas pacientiem jaunas grupas – SGLT-2i – kompensējamus medikamentus. Kādus jūs redzat ieguvumus no šīs grupas medikamentu lietošanas sirds un asinsvadu slimību pacientiem?

– SGLT-2i grupas medikamenti tika izstrādāti 2. tipa cukura diabēta ārstēšanai, tomēr pētījumos konstatēja, ka zāles palīdz arī sirds un asinsvadu slimību pacientiem. EMPEROR-Reduced un EMPEROR-Preserved pētījumos iegūto datu analīze liecina, ka šie medikamenti par 30 procentiem samazina kardiovaskulāras nāves risku (risku mirt no sirds un asinsvadu slimībām, piemēram, infarkta) un hospitalizācijas risku (nepieciešamību ārstēties slimnīcā) sirds mazspējas pacientiem. Sirds mazspēja var attīstīties daudzveidīgu cēloņu rezultātā. Risku palielina aptaukošanās, koronārā artēriju slimība (ateroskleroze), paaugstināts arteriālais asinsspiediens, iepriekš notikuši miokarda infarkti vai citi faktori, kas ietekmē sirds muskuli, piemēram, paaugstināts glikozes līmenis asinīs, smagas infekcijas slimības, kardiotoksisku medikamentu lietošana onkoloģiskajiem pacientiem. Sirds mazspējas pacientam var būt saglabāta, viegli samazināta vai samazināta sirds izviedes frakcija, kas saistīta ar progresējošiem sirds kā sūkņa funkcijas traucējumiem. Jo vairāk samazināta izviedes frakcija, jo sliktāk sirds spēj nodrošināt efektīvu asinsriti, apgādājot organismu ar skābekli un pārējām nepieciešamajām vielām. Iepriekš minētajos pētījumos, kur bija iesaistīti vairāki tūkstoši sirds un asinsvadu slimību pacientu ar un bez cukura diabēta, konstatēja arī to, ka efekts novērojams gan sirds mazspējas pacientiem ar samazinātu izviedes frakciju, gan ar saglabātu izviedes frakciju, tāpēc ieguvēji ir liels skaits pacientu ar smagu hronisku slimību – sirds mazspēju. Arī savā ikdienas klīniskajā praksē Daugavpils reģionālajā slimnīcā redzu, ka šie medikamenti tiešām ir efektīvi.

– Kādi ir šo zāļu lietošanas efekti? Kā tās darbojas?

– SGLT-2i grupas medikamenti vairākos veidos pozitīvi ietekmē sirds un asinsvadu veselību. Pirmkārt, sirds veselību uzlabo tas, ka šie medikamenti pazemina glikozes līmeni asinīs un mazina insulīnrezistenci (audu nejutību pret insulīnu). Otrkārt, zāles izraisa diurēzes (izdalītā urīna) palielināšanos, jo izvada no organisma nelielu daudzumu glikozes un glikozes izvādīšanai nepieciešams izvadīt arī ūdeni. Rezultātā pacientiem mazinās tūska. Treškārt, šie medikamenti izvada lieko nātriju. Gan ūdens, gan nātrija izvādīšana nedaudz pazemina asinsspiedienu. Ceturtkārt, samazinās perifērā asinsvadu pretestība, kā arī sirds pirmsslodze un pēcslodze.



Foto: No Sergeja Pikta personīgā arhīva

Sergejs Pikta: «Sirds mazspēja var attīstīties daudzveidīgu cēloņu rezultātā. Risku palielina aptaukošanās, koronārā artēriju slimība (ateroskleroze), paaugstināts arteriālais asinsspiediens, iepriekš notikuši miokarda infarkti vai citi faktori, kas ietekmē sirds muskuli, piemēram, paaugstināts glikozes līmenis asinīs, smagas infekcijas slimības, kardiotoksisku medikamentu lietošana onkoloģiskajiem pacientiem.»

Piektkārt, samazinās iekaisums un citokīna izdalīšanās, samazinās sirds nekroze un fibroze. Tas ir ļoti svarīgi, īpaši miokarda infarkta zonā, jo sekmē sirds izviedes funkcijas saglabāšanos.

Kopumā šīs grupas medikamenti nodrošina kardioprotekciju, uzlabo sirds metabolismu (vielmaiņu) un enerģiju.

Vienīgā iespējamā blakusparādība šiem medikamentiem ir biežākas urīnceļu un ārējo dzimumorgānu infekcijas, ko var sekmēt glikozes izdalīšanās ar urīnu. Tāpēc pacientiem rūpīgi jāievēro higiēna (jāmazgājas katru dienu). Ja mājās nav dušas un pirts ir reizi nedēļā, tad šīs grupas medikamentu lietošana var būt problemātiska.

– Kā tiek uzsākta šīs grupas medikamenta lietošana sirds mazspējas pacientiem?

– Sirds mazspējas ārstēšanā izmanto piecu grupu medikamentus – beta blokatorus, diurētiskus, aldosterona/minerālkortikoidu receptoru antagonistus, *-prilus/-sartānus* (ARNI grupas preparātus) un SGLT-2i grupas medikamentus. Pēc jaunajām Eiropas kardiologu rekomendācijām, SGLT-2i grupas medikamenti patlaban ir viens no galvenajiem un svarīgākajiem bāzes ārstēšanas komponentiem. Mēs cenšamies nozīmēt šo medikamentu uzreiz pēc sirds mazspējas diagnozes noteikšanas. Visi medikamenti kopā veido pamata ārstēšanu, kas sirds mazspējas gadījumā ir nepieciešama, lai saglabātu normālu sirds izviedes funkciju vai to uzlabotu.

Ja pacients lieto optimāli nozīmētu terapiju, ko iesaka kardiologs, tad slimnīcā nonāks ne pēc nedēļas un ne pēc mēneša, slimība būs kompensēta, un viņš varēs ārstēties ambulatori. Bet tie pacienti, kuri vai nu naudas trūkuma vai kādu citu apsvērumu dēļ terapiju nelieto, pēc īsa laika ar neatliekamo palīdzību atkārtoti nonāk slimnīcā diezgan smagā stāvoklī, ko sauc par sirds mazspējas dekompensāciju.

– Vai SGLT-2i grupas medikamenti sirds un asinsvadu slimību pacientiem tiek kompensēti?

– Ja pacientam ir cukura diabēts, tad medikamenti kompensējami 100 procentu apmērā. Arī pacientiem ar hroniskas sirds mazspējas II–IV funkcionālo klasi (pēc NYHA klasifikācijas) un kreisā kambara izviedes frakciju mazāku par 40 procentiem šīs zāles kompensē, bet 75 procentu apmērā. Papildu kritēriji kompensācijas saņemšanai: ar kreisā kambara izviedes frakciju lielāku par 40 procentiem ir NT-proBNP >220pg/ml vai BNP >80pg/ml un kreisā priekškambara tilpuma indekss lielāks par 34 ml/m², ja saglabājas sirds mazspējas simptomātika, neskatoties uz saņemto standartā terapiju. Pacientiem ar sirds mazspēju vai aizdomām par to ir svarīgi veikt koronarogrāfiju.

Jāņem vērā, ka sirds mazspējas pacientiem jālieto 5–6–7 medikamenti, tāpēc zālēm jābūt lielai naudas summa arī tad, ja valsts kompensē

medikamentus 75 procentu apmērā. Būtu nepieciešama simtprocentīga kompensācija, jo ir tādas pacientu grupas, kuriem jāizvēlas, – apmaksāt komunālos maksājumus, paēst vai nopirkt medikamentus. Diemžēl Latgalē šādu pacientu ir diezgan daudz.

– Ko paši pacienti saka par zāļu lietošanu?

– Pacienti ir apmierināti, jo uzlabojas pašsajūta, palielinās izturība pret fizisko slodzi, samazinās elpas trūkums un tūska, palielinās enerģija, var labāk tikt galā ar saviem ikdienas darbiem.

– Kā pārvarēt rindas uz konsultācijām un izmeklējumiem, lai palīdzību saņemtu ātrāk?

– Kardiologu Latvijā nepietiek, un daudz kas ir atkarīgs no konkrēta reģiona. Latgalē runājam ar ģimenes ārstiem, lai viņi pacientu, kuram ļoti nepieciešama konsultācija un izmeklēšana un kuram varam palīdzēt, pie speciālista nosūta iespējami ātrāk. Šeit liela nozīme ir ģimenes ārsta vēlmei pacientam palīdzēt un personiskajam kontaktam ar kardiologu. Iesakām ģimenes ārstiem telefoniski sazināties, lai varam kopīgi izlemt, kā slimniekam vislabāk palīdzēt. Dažkārt vienīgais risinājums ir uzņemt viņu slimnīcā kā akūtu pacientu.

– Kādu jūs redzat SGLT-2i zāļu grupas nākotni?

– Statistika liecina, ka Eiropā vecuma grupā līdz 65 gadiem sirds mazspējas pacientu skaits aug, palielinās arī viņu dzīves ilgums. Tādējādi arvien vairāk ir sirds mazspējas pacientu lielākā vecumā, jo uzlabojas izdzīvošana. Tāpēc jāprieccājas, ka varam daudzām efektīvi palīdzēt.

Mūsdienās turpinās aktīva SGLT-2i grupas medikamentu izpēte. Ņemot vērā jau atklātos kardioprotektīvos efektus – labvēlīgu ietekmi uz sirdi un asinsvadiem –, notiek pētījumi par SGLT-2i ietekmi uz smadzenēm. Iespējams, šos medikamentus varēs izmantot Alcheimera slimības un demences ārstēšanai.

– Kas vēl jauns Daugavpils reģionālās slimnīcas kardiologu darbā?

– Nesen iegādājāmies trešo angiogrāfu, ar ko varam veikt angiogrāfiju un angioplastiju gan sirds, gan kāju, gan kakla asinsvados. Tas sniedz papildu iespējas palīdzēt dažādu grupu pacientiem, piemēram, ar perifēro asinsvadu slimību, arī ar hiperakūtu insultu, jo Daugavpils reģionālajā slimnīcā ir iespēja veikt trombektomiju – mehānisku tromba atsūkšanu no smadzeņu asinsvadiem.

Vēl pozitīvs jaunums ir tas, ka slimnīcā nesen sākām patstāvīgi implantēt sirds stimulatorus. Līdz šim to varēja izdarīt tikai Rīgā un Liepājā. Šo projektu pagājušogad veiksmīgi aizsākām kopā ar Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Aritmoloģijas nodaļas ārstiem Jāni Ansbērgu, Nikolaju Ņesteroviču, Kasparu Kupicu un Māri Blumbergu.

No 2023. gada jūlija līdz 2024. gada martam esam implantējuši 60 kardiostimulatorus un plānojam šo skaitu palielināt līdz 15–20 mēneši, ar katru gadu paaugstinot un pilnveidojot savas zināšanas. Ir cerība, ka drīz varēsim implantēt arī sarežģītus stimulatorus sirds mazspējas ārstēšanai un bīstamu aritmiju prevencijai, kā arī invazīvi ārstēt dažādas aritmijas.

Ir arī iecere uz Daugavpils reģionālās slimnīcas bāzes izveidot sirds mazspējas kabinetu, kur pacienti varētu saņemt gan konsultācijas, gan izmeklēšanu un ārstēšanu. Tāpat vēlētos izveidot Aritmoloģijas nodaļu, kur mūsdienīgu terapiju var saņemt pacienti ar sirds ritma traucējumiem. Slimnīca attīstās, ārsti pilnveido savas prasmes. Lai tas turpinātos, lai ārstiem darbs sniegtu gandarījumu, jāpilnveido arī iekārtas, tehnoloģijas un telpas, tāpēc nepieciešams valsts atbalsts.

Iespēja optimistiskāk raudzīties nākotnē

GUNTA FREIMANE

Šodien ir daudz plašākas iespējas veiksmīgi ārstēt 2. tipa cukura diabētu. Un tas ir ļoti svarīgi, jo diabēta pacientu skaits pasaulē strauji aug.

Endokrinoloģe **Jeļena Sokolova** redz un jūt to, kā dzīvo un kā ārstē savu cukura diabētu pacienti Daugavpilī un novadā. Viņa ir priecīga par jaunām terapijas iespējām.

– 2. tipa cukura diabēta pacientiem bieži sastop arī nieru bojājumu un sirds mazspēju. Kādām veselības pārbaudēm un izmeklējumiem būtu jāpievērš uzmanība, lai šīs slimības laikus konstatētu?

Cukura diabēta pacientiem reizi gadā būtu jāveic ļoti nozīmīgas veselības pārbaudes:

- Jākontrolē kreatinīna līmenis asinīs un jāaprēķina glomerulārās filtrācijas ātrums, kas liecina par nieru funkciju.
- Jānosaka mikroalbuminūrija (rīta urīna porcijā). Mikroalbuminūrija ir agrīns nieru bojājuma un sirds-asinsvadu slimību riska rādītājs, kas liecina par paaugstinātu nieru, kā arī sirds un asinsvadu slimību attīstības risku.
- Jānosaka lipīdu daudzums (augsta blīvuma lipoproteīnu holesterīns, zema blīvuma lipoproteīnu holesterīns, triglicerīdi).
- Reizi trijos mēnešos jānosaka glikētais hemoglobīns HbA_{1c}, lai varētu pateikt, kāda ir cukura diabēta kompensācija. Tikpat svarīgi ir veikt paškontroli.
- Svarīgi kontrolēt asinsspiedienu. Paaugstināts asinsspiediens ir nopietns nieru bojājuma, kā arī kardiovaskulāro slimību un sirds mazspējas riska faktors.

– Vai mikroalbuminūrija jākontrolē arī tad, ja konstatēts, ka tā ir paaugstināta? Varbūt pietiek ar parastām urīna analizēm?

– Ir jākontrolē, vai mikroalbuminūrija saglabājas iepriekšējā līmenī, vai samazinās, vai arī pieaug. Jāņem vērā, ka nieru bojājumam sākumā nav nekādu subjektīvu simptomu, bet pēc mikroalbuminūrijas rādītāja varam pateikt, ka ir radušās asinsvadu izmaiņas, attīstās nieru bojājums, un varam spriest par tā progresēšanu, kā arī tas ir sirds un asinsvadu slimību agrīns marķieris. Ja diabēta pacients saņem adekvātu ārstēšanu gan cukura diabētam, gan lipīdu līmenim, gan asinsspiedienam, tad mikroalbuminūrija var arī mazināties vai izzust.

– Un kā ar sirds mazspējas diagnostiku?

– Ārsts katrā konsultācijā novērtē diabēta pacienta sūdzības par nespēku, ātru nogurdināmību, elpas trūkumu tādas slodzes laikā, kas iepriekš šādus simptomus neizraisīja. Var parādīties arī kāju tūska, elpas trūkuma lēkmes naktīs. Šādu sūdzību gadījumā ārsts nosaka NT-proBNP (nātrijurētiskā peptīda) līmeni. Tas ir laboratorisks izmeklējums, kas liecina par sirds mazspēju. Diemžēl pagaidām valsts neapmaksā šo izmeklējumu un tas jāveic par saviem līdzekļiem. Sirds mazspējas diagnostikai jāveic arī ehokardiogramma.

– Vai ir pietiekami daudz pētījumu un ieteikumu, kā vajadzētu ārstēt pacientus ar 2. tipa cukura diabētu, kuriem ir arī sirds mazspēja un nieru bojājums?

– Jaunākajās 2. tipa diabēta ārstēšanas vadlīnijās iesaka uzreiz izdalīt diabēta pacientu grupu, kuriem ir hroniska nieru slimība vai hroniska sirds mazspēja, un uzsākt ārstēšanu ar SGLT-2i grupas medikamentiem, jo pētījumi liecina, ka šīs grupas medikamenti būtiski samazina sirds mazspējas, kā arī sirds un asinsvadu slimību izraisītos nāves



Jeļena Sokolova: «Slikti kontrolēts cukura diabēts, paaugstināts glikozes līmenis asinīs, paaugstināti lipīdu (holesterīna un triglicerīdu) rādītāji un paaugstināts asinsspiediens būtiski ietekmē sirds un nieru veselību arī tad, ja diabēta pacienta pašsajūta nav sliktā.»

gadījumus, samazina infarktu un insultu skaitu (kardiovaskulāros notikumus) un aizkavē arī nieru funkcijas pasliktināšanos. Šādi secinājumi izdarīti pēc ilgām un plašām pētījumiem, kas paralēli tika veikti daudzās pasaules valstīs.

Savā endokrinologa praksē es redzu, ka pēc ārstēšanas uzsākšanas ar SGLT-2i grupas preparātiem diabēta pacientiem bieži vien samazinās mikroalbuminūrija, vairs strauji nesamazinās glomerulārās filtrācijas ātrums (tas liecina, ka nieru funkcija nepasliktinās). Pacienti bieži saka, ka šīs grupas medikaments ir pirmās zāles, no kurām viņi jūt pašsajūtas uzlabošanu, piemēram, sirds mazspējas ziņā – vairs nav tik izteikts nespēks un elpas trūkums. Kaut arī pacienti jau pirms tam saņēmuši veselu medikamentu komplektu sirds mazspējas ārstēšanai, tas nav devis tādu rezultātu kā SGLT-2i pievienošana – dzīves kvalitāte ir būtiski uzlabojusies, diabēta pacienti to pamana un novērtē.

– Dažkārt diabēta slimnieks jūtas labi un tāpēc ir pārliecināts, ka sirds un nieru veselība nav apdraudēta.

– Slikti kontrolēts cukura diabēts, paaugstināts glikozes līmenis asinīs, paaugstināti lipīdu (holesterīna un triglicerīdu) rādītāji un paaugstināts asinsspiediens būtiski ietekmē sirds un nieru veselību arī tad, ja diabēta pacienta pašsajūta nav sliktā. Pētījumi rāda, ka vidēji piecus gadus pēc cukura diabēta diagnozes noteikšanas 2. tipa diabēta pacientiem parādās kreisā kambara disfunkcija un ar laiku attīstās sirds mazspēja. Tātad paaugstināts glikozes līmenis asinīs jau piecu gadu laikā atstāj negatīvu ietekmi. Daļai diabēta pacientu hronisku nieru slimību un/vai sirds mazspēju konstatē jau diabēta diagnozes noteikšanas brīdī, jo, iespējams, cilvēkam jau ilgāku laiku glikozes līmenis asinīs bijis paaugstināts vai «uz robežas», bet viņš nav vērsies pie ārsta. Tieši tāpēc uzreiz pēc diabēta diagnozes noteikšanas mērķtiecīgi jācenšas sirds un nieru bojājuma progresēšanas ātrumu samazināt.

– Ko varam darīt, lai mērķtiecīgi samazinātu sirds mazspējas un hroniskas nieru slimības progresēšanas riskus 2. tipa diabēta pacientiem?

– Vispirms pašam 2. tipa diabēta pacientam ir daudz iespēju – mainīt dzīvesveidu, vairāk domājot par savu uzturu un fiziskajām aktivitātēm, uzlabot savu diabēta kompensāciju, sasniegt ārsta ieteiktos glikozes līmeņa, lipīdu un asinsspiediena mērķus.

Pēdējos gados kā svarīgu riska faktoru uzsver straujās glikozes līmeņa svārstības diennakts laikā. Tam jāpievērš uzmanība. Glikozes līmeņa svārstības īpaši labi var novērtēt, ja pacients periodiski vai pastāvīgi izmanto nepārtraukto glikozes līmeņa noteikšanu ar sensoru, jo tad ir redzama svārstību līkne 10–14 dienu garumā visās diennakts stundās. 2. tipa cukura diabēta pacientam vajadzētu noturēt glikozes līmeni asinīs zem 10 mmol/l, labāk – zem 8 mmol/l. Un šādu mērķi vajadzētu sasniegt ne tikai divas stundas, bet jau vienu stundu pēc ēdienreizes. Ja svārstības ir lielākas, tad jāmaina ārstēšanas shēma vai arī uztura paradumi, piemēram, iespējams samazināt porciju lielumu, samazināt vai neizmantojot uzkodas starp ēdienreizēm. Dažkārt diabēta pacientam šķiet, ka viens ābols vai sāļie krekeri neietekmēs glikozes līmeni asinīs, tomēr tā nav. Un tieši ar nepārtraukto glikozes līmeņa noteikšanu pacients var uzskatāmi pārliecināties, kāda ir dažādu uzturproduktu un fiziskās aktivitātes ietekme.

Ko vēl varam darīt? Pagaidām vēl nevaram visiem 2. tipa diabēta pacientiem uzreiz izrakstīt SGLT-2i grupas medikamentus ar atlaidi, kaut arī ir lieli sirds un asinsvadu slimību, kardiovaskulāro notikumu un nieru slimību riski. Valsts kompensē šos medikamentus tikai diabēta pacientiem ar hronisku nieru slimību un kardiovaskulārām slimībām, kā arī tad, ja ir sliktā diabēta kompensācija ar iepriekšējo ārstēšanu. Tāpēc vēl lielāka nozīme ir savlaicīgai diagnostikai. Jāatceras, ka sirds mazspēja un hroniska nieru slimība ir viena

ar otru saistītas. Ja diabēta pacientam jau ir hroniska nieru slimība, tad jāmeklē arī sirds mazspēja un otrādi, savukārt pacientam pašam jāpievērš uzmanība šo slimību pirmajām pazīmēm, jāpārstāsta par tām ārstam, laikus jāveic laboratoriskie izmeklējumi un citas veselības pārbaudes.

– Ne visiem izdodas sasniegt glikozes līmeņa, asinsspiediena un lipīdu mērķus. Kādi ir biežākie šķēršļi terapijas mērķu sasniegšanā?

– Viena no barjerām ir mīti par dažādiem medikamentiem, piemēram, par statīnu grupas medikamentiem lipīdu spektra uzlabošanai. Dažiem pacientiem ir bail lietot statīnus, un tāpēc viņi ignorē ārsta ieteikumus. Mana pieredze apstiprina daudzos pētījumos konstatēto, ka negatīvas blakusparādības šiem medikamentiem novēro ļoti reti. Ja rodas aizdomas par tām, ir iespēja pārbaudīt laboratoriski, vai tās ir saistītas ar medikamentu. Tātad ir iespējams pārbaudīt, vai iedomātā negatīvā ietekme uz organismu vispār pastāv, un vienlaikus, ja rodas pašsajūtas izmaiņas, šo medikamentu lietošanu var pārtraukt. Dažreiz diabēta pacientu izdodas pārliecināt lietot zāles, veicot asinsvadu pārbaudi, piemēram, doplerogrāfiju vai angiogrāfiju, kad objektīvi var pierādīt aterosklerotiskas izmaiņas asinsvados, kas tiešā veidā liecina par infarkta, insulta vai gangrēnas iespēju. Tā pacients var labāk izprast, ka risks ir ļoti liels. Vēl viens motivējošs faktors ir diabēts kādam no tuviniekiem, piemēram, vecākiem vai vecvecākiem. Tad pacients redz, kādas sekas slimība var nodarīt, redz diabēta vēlinās komplikācijas, un tas viņu motivē vairāk ieklausīties ārsta norādījumos. Vēl viena barjera ir dažu diabēta pacientu uzskats, ka ārstu izrakstītās diabēta zāles ir «inde» un drīzāk jāārstējas ar ļoti dārgiem uztura bagātinātājiem. Šādos gadījumos par vairākiem simtiem eiro tiek iegādāti «brīnumlīdzekļi», uzticoties neko rektai informācijai un piedāvājumiem internetā. Mums visiem būtu jāamcās izvēlēties uzticamus avotus, tostarp arī jau pieminētajā internetā. Attiecībā uz asinsspiedienu – cilvēks bieži vien nejūt, ka tas ir paaugstināts. Tāpēc grūti pieņemt, ka līdz mūža galam jālieto zāles spiediena pazemināšanai. Vēl viens variants ir situācija, kad, piemēram, vasarā tas pazeminās par daudz, cilvēks samazina zāļu devu vai pārtrauc tās lietot, bet nejūt brīdi, kad asinsspiediens atkal paaugstināties un zāļu lietošana jāatsāk. Pieņemt racionālus un atbildīgus lēmumus sadarbībā ar ārstu būtu vieglāk, ja pacients izmantotu aparātu asinsspiediena mērīšanai.

– Kas ir mīnījies endokrinologa darbā pēdējos gados?

– Mūsdienās diabēta pacientam ir labākas iespējas kontrolēt un ārstēt diabētu – tie ir gan modernie kontroles līdzekļi periodiskai vai nepārtrauktai glikozes līmeņa noteikšanai, gan jaunie medikamenti, gan arī pacientiem pieejamā plašāka informācija.

Ievērojami palielinājies endokrinologiem pieejamais zāļu klāsts. Ir iespēja ar tiem medikamentiem, kas pazemina glikozes līmeni asinīs, vienlaikus mazināt cukura diabēta komplikāciju riskus un ārstēt blakus slimības – samazināt kardiovaskulāros notikumus (infarktu un insultu skaitu), sirds mazspējas attīstības un progresēšanas ātrumu, atkārtotu ārstēšanos slimnīcā sirds mazspējas dēļ, aizkavēt nieru slimības progresēšanu. Un mūsdienu medikamentus palīdz labāk kontrolēt arī svaru. Rezultātā es savā praksē daudz retāk sastopu 2. tipa cukura diabēta pacientus ar nopietnām un ļoti smagām komplikācijām un blakus slimībām vēlinās stadijās. Tas sniedz gandarījumu un iespēju diabēta pacientiem optimistiskāk raudzīties nākotnē.

Jāizmanto visas iespējas hroniskas nieru slimības ārstēšanā

ILONA NORIETE

Nieres ir viens no svarīgākajiem mūsu orgāniem, jo pilda neaizstājamas funkcijas. Tās darbojas kā dabisks bioloģiskais filtrs, kas no mūsu organisma izvada vielmaiņas galaproduktus, uztur tajā minerālvielu un šķidrums līdzsvaru, kā arī rūpējas par daudz ko citu. Nav brīnums, ka laika gaitā tās nolietojas, it sevišķi, ja tiek pārslogotas. Viena no mūsdienās bieži sastopamām nieru kaitēm ir hroniska nieru slimība. Modernā medicīna piedāvā efektīvus terapijas līdzekļus, kas ļauj ar to cīnīties.

Viena no zāļu grupām, kas aktīvi tiek izmantota 2. tipa cukura diabēta terapijā, ir nātrija–glikozes līdztransportiera-2 inhibitori jeb SGLT-2i. Šīs zāles strauji ienākušas arī citu slimību ārstēšanas vadlīnijās. Patlaban šos medikamentus rekomendē arī pacientiem ar hronisku nieru slimību. SGLT-2i izmantošana ir pierādījusi savu efektivitāti neatkarīgi no tā, vai šiem pacientiem ir cukura diabēts. Par savu pieredzi hroniskas nieru slimības diagnosticēšanā un ārstēšanā, kā arī SGLT-2i pielietošanas efektivitāti stāsta Daugavpils reģionālās slimnīcas nefroloģe **Tatjana Solovjova**.

– Kā tiek definēta hroniska nieru slimība, un cik bieži tā ir sastopama?

– Šī slimība ir ārkārtīgi izplatīta, tā skar aptuveni vienu cilvēku no 10. Pēc 2022. gadā pieejamās statistikas, pasaulē ar to slimo vairāk nekā 843 miljoni cilvēku. Prognozē, ka 2040. gadā hroniska nieru slimība būs piektais biežākais cilvēka nāves cēlonis. Par šo kaiti liecina organisma stāvoklis, kad ilgāk nekā trīs mēnešus asins un/vai urīna analizē tiek novērotas izmaiņas, piemēram pazemināts glomerulu filtrācijas ātrums (GFĀ), olbaltums un/vai eritrocīti urīnā. Ja GFĀ ir zemāks par 60 ml minūtē un šāds stāvoklis saglabājas ilgāk par minētajiem trim mēnešiem, tas liecina par hronisku nieru slimību. Ir vēl citi svarīgi hroniskas nieru slimības kritēriji, piemēram, ultrasonogrāfijā vai citos radioloģiskajos izmeklējumos pierādītas nieru strukturālās izmaiņas, histoloģiski pierādīta slimība, nieres transplantācija dzīves laikā.

– Kādi ir šīs slimības cēloņi un riska faktori?

– Starp izplatītākajiem rašanās iemesliem var minēt cukura diabētu (līdz pat 50 procentos gadījumu), arteriālo hipertensiju, nieru kamoliņu iekaisumu jeb glomerulonefrītu, iedzimtas kaites, piemēram, nieru policistozī. Hroniska nieru slimība tiek konstatēta vidēji 3–4 diabēta pacientiem no 10. Citi riska faktori ir nesteroido pretējā un pretiekaisuma līdzekļu ilgstoša lietošana, smēķēšana, mazkustīgs dzīvesveids, aptaukošanās, kardiovaskulārās slimības. Arī vecums atsaucas uz nieru darbību, jo cilvēkam pēc 40–45 gadiem novecošanas rezultātā GFĀ dabiski samazinās vidēji par 0,5 līdz 1 ml/min gadā, taču riska faktoru ietekmē samazinājums varētu būt ātrāks.

– Kādas pazīmes var liecināt par hronisku nieru slimību?

– Pacientam ilgstoši nav nekādu sūdzību, taču simptomi varētu būt atkarīgi no pamata nieru slimības. Pacientiem ar glomerulonefrītu pirmie simptomi varētu būt tūska, paaugstināts asinsspiediens, bet slimniekiem ar policistozī – diskomforts un sāpes sānos. Sākotnēji iespējami tādi nespecifiski simptomi kā vājums, nogurums, tāpat var būt arī miega traucējumi. Vēlīnākās hroniskas nieru slimības stadijās jau ir iespējama tūska, ar zālēm grūti kontrolējama hipertensija,



Tatjana Solovjova:
«SGLT-2i samazina hroniskas nieru slimības progresēšanu un albuminūriju. Taču problēma slēpjas tajā, ka nefrologs joprojām nav tiesīgs izrakstīt šo medikamentu grupu ar kompensāciju.»

Foto: No Tatjanas Solovjovas personīgā arhīva

elpas trūkums – gan šķidrums aiztures, gan ar nieru slimību saistītas anēmijas dēļ. Iespējama arī slikta apetīte un svara zudums, muskuļu krampji. Ja parādās tādas pazīmes kā slikta dūša, vemšana, ādas nieze, samazināts urīna daudzums, tas jau var liecināt par diezgan nopietnu hroniskas nieru slimības stadiju un prasa steidzamu nefrologa konsultāciju, reizēm arī neatliekamai stacionēšanai slimnīcā.

– Varbūt ir vēl kādi signāli, kas var liecināt par hroniskas nieru slimības rašanos?

– Lai šo kaiti konstatētu, jāveic mērķētas pārbaudes, it īpaši gadījumos, ja pacientam ir citas slimības un nieru slimības riska faktori, piemēram, diabēts, hipertensija, sistēmiska pretējā līdzekļu lietošana. Tāpat šāds skrīnings būtu nepieciešams, ja ģimenes anamnēzē kādam pirmās pakāpes radniekam ir zināma iedzimta nieru problēma, piemēram, policistozē. Noteikti jāveic pārbaudes arī citām riska grupām, tostarp visiem pacientiem ar lieko svaru un sirds mazspēju. Tāpat arī hroniskiem smēķētājiem vajadzētu regulāri veikt urīna analīzi un pārbaudīt kreatinīna līmeni asinīs.

– Kā savlaicīgi var atklāt hronisku nieru slimību?

– Pacientiem ar hroniskas nieru slimības riska faktoriem jāveic skrīninga analīzes – kreatinīna līmeņa noteikšana asinīs, GFĀ aprēķināšana, urīna analīze ar teststrēmeli un urīna sedimenta mikroskopija, kā arī mikroalbuminūrijas skrīnings.

– Kādas ir šīs slimības ārstēšanas iespējas? Ar ko pacientiem jārēķinās?

– Vispirms ir jāmaina dzīvesveids. Smēķētājiem šis ieradums ir jāatmet. Ja novērojama aptaukošanās, nepieciešams samazināt svaru, regulāri nodarbojoties ar fiziskajām aktivitātēm. Iespējams, vajadzīga arī uztura speciālista palīdzība. Pacientam, kuram ir konstatēta hipertensija jeb paaugstināts asinsspiediens, tas savlaicīgi jāārstē, jākontrolē un jāārstē cukura diabēts.

– Kāds būtu vēlams asinsspiediens?

– Parasti pacientam bez diabēta vēlams panākt asinsspiedienu zem 140/90 mmHg, bet

pacientam ar diabētu – zem 130/80 mmHg. Nefrologu vadlīnijas ir stingrākas attiecībā uz asinsspiediena kontroli – rekomendē sistolisko asinsspiedienu uzturēt zem 120 mmHg, taču reizēm ir nepieciešama individualizēta pieeja.

– Vai ārstēšana dažādos gadījumos var atšķirties?

– Protams, jo terapijas specifika ir atkarīga arī no hroniskās nieru slimības rašanās iemesla. Ja ir konstatēts kāds no glomerulonefrīta jeb nieru kamoliņu iekaisuma veidiem, pielietojamā terapija var atšķirties. Šādā situācijā varētu būt nepieciešama arī specifiska ārstēšana ar hormoniem un imunitāti nomācošiem medikamentiem. Savukārt, ja pacientam ir, piemēram, diabēta izraisīta nefropātija, kas veido apmēram pusi no visiem hroniskās nieru slimības rašanās gadījumiem, ļoti svarīgi veikt stingru glikēmijas kontroli. Jāasniedz optimāls glikētā hemoglobīna līmenis, kas gan dažādām pacientu grupām varētu atšķirties. Šādu lēmumu un ārstēšanu galvenokārt uzņemas endokrinologs. Raugoties uz visu kopumā, – ir jāidentificē potenciālie riska faktori un jācenšas pēc iespējas samazināt to iedarbību. Noteikti jāpārtrauc nefrotoksisku medikamentu, piemēram, nesteroido pretiekaisuma līdzekļu lietošana. Jāasniedz mērķa asinsspiediens, jāievēro veselīgs dzīvesveids, jāveic regulāras fiziskās aktivitātes, jāēd veselīgi ēdieni. Turpinājumā seko medikamentozā terapija, un kā viena no iespējām var būt ārstēšana ar SGLT-2i.

– Daudzi pacienti saskaras ar sāpēm. Viņi lieto nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus, jo citādi nespēj pret tām cīnīties. Vai tiem ir alternatīva?

– Bieži ļoti labi palīdz fizioterapija, jo tās mērķis ir uzlabot cilvēka dzīves kvalitāti, izmantojot dažādas metodes un tehnikas sāpju mazināšanai un funkciju atjaunošanai. Tāpat var izmantot blokādes, kuras sāpju mazināšanai veic algologs. Nevajag aizmirst arī par operatīvās terapijas iespējām, piemēram, locītavu endoprotezēšanu, mugurkaula operācijām. Ja nevar atrisināt sāpju cēloni, tad palīdzēt varētu

narkotiskie analgētiķi vai paracetamols, kuri nierēm nav kaitīgi.

– Narkotiskie pretējā medikamenti izraisa pieradumu, tādēļ ar tiem nevajadzētu aizrauties.

– Taisnība, bet šajā gadījumā cilvēkam ir jāizšķiras, kā viņš vēlas tālāk dzīvot. Pacientam noteikti jāizskaidro, kādas sekas var būt, ja viņš turpinās lietot nesteroidos pretējā medikamentus. Proti, nieru slimības progresēšana ar sekojošu dialīzi. Turklāt šie medikamenti ir kaitīgi ne tikai nierēm, bet arī kuņģim, jo var izraisīt dzīvību apdraudošu asiņošanu, kā arī pasliktina sirds mazspējas simptomātiku.

– Jau vairāk nekā desmit gadus 2. tipa cukura diabēta ārstēšanā izmanto SGLT-2i grupas medikamentus. Tagad pierādīts, ka šīs zāles labi palīdz arī hroniskas nieru slimības gadījumā. Kāda ir nefrologu pieredze ar SGLT-2i grupas medikamentiem?

– Patiešām, šo terapiju plaši pielieto gan endokrinologi, gan kardiologi sirds mazspējas un diabēta ārstēšanai. Tāpat ir pierādīts, ka SGLT-2i samazina hroniskas nieru slimības progresēšanu un albuminūriju. Taču problēma slēpjas tajā, ka nefrologs joprojām nav tiesīgs izrakstīt šo medikamentu grupu ar kompensāciju. Lielākā daļa pacientu nevar atļauties šīs zāles pirkt par pilnu cenu, pat ja es tās rekomendēju. Man ambulatorajā praksē ir daži pacienti, kuriem ir hroniska nieru slimība, bet nav cukura diabēta un sirds mazspējas. Līdz ar to pēc esošajiem kompensācijas noteikumiem viņiem ne kardiologs, ne endokrinologs nevar izrakstīt šo terapiju, bet nefrologs savukārt nav tiesīgs nozīmēt SGLT-2i kā kompensējamās zāles. Tādējādi es varu tikai rekomendēt ģimenes ārstam nozīmēt šo medikamentu grupu.

– Kādi ir pierādījumi veiksmīgai hroniskas nieru slimības ārstēšanai ar SGLT-2i grupas medikamentiem?

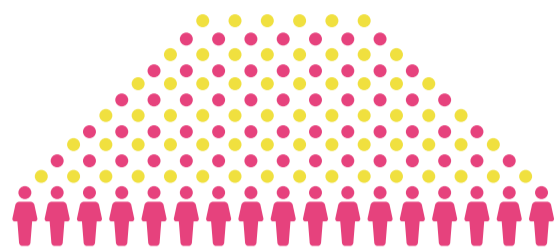
– Esmu uzkrājis pieredzi šajā jomā, jo pie manis nāk arī sirds mazspējas, diabēta pacienti, kas jau lieto šo terapiju. To viņiem ir nozīmējis kardiologs, endokrinologs vai ģimenes ārsts saistībā ar esošajām slimībām. Varu teikt, ka SGLT-2i tiešām darbojas efektīvi, jo gan mazina tūska, gan uzlabo fiziskās slodzes toleranci. Pacientam, kurš lieto šīs zāles, ir mazāk izteikti sirds mazspējas simptomi, mazāka šķidrums aizture un nav tik liela nepieciešamība lietot diurētiskus medikamentus. Viņiem arī ievērojami mazinās proteīnūrija un albuminūrija jeb olbaltumvielu izdalīšanās ar urīnu. Tiesa, balstoties uz savu pieredzi, teikšu, ka, par spīti pozitīvajiem efektiem, SGLT-2i lietotāji tomēr ir jānovēro. Ja pacientam ir nozīmēti šie medikamenti, nepieciešams vienmēr apjautāties par pašsajūtu, jo reizēm ir vērojamas blaknes. Šim zālēm piemīt urīndzenošs efekts, tās palīdz samazināt asinsspiedienu, kas sniedz papildu ieguvumu jau esošajai asinsspiediena terapijai, kā arī samazina glikozes līmeni asinīs. Tā rezultātā pacientam samazinās urīnā izdalītā olbaltuma daudzums un hroniska nieru slimība progresē lēnāk. Kopumā, vērtējot pēc pētījumu datiem, SGLT-2i medikamentu grupa samazina gan hroniskas nieru slimības progresēšanu, gan arī risku nomirt no kardiovaskulārajām slimībām.

– Kādus papildu ieguvumus var dot SGLT-2i medikamentu grupas lietošana dažādu slimību pacientiem?

– Ir pierādīts, ka SGLT-2i samazina nāves gadījumu skaitu jebkura iemesla dēļ, kā arī sirds mazspējas dekompensācijas izraisītu hospitalizāciju daudzumu. Lietojot šo terapiju, samazinās risks hroniskai nieru slimībai sasniegt terminālo stadiju.

Kardiovaskulārās, nieru un vielmaiņas slimības ir savstarpēji saistītas

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



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

Šīs slimības ir **pasaulē biežākais nāves cēlonis**²

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



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

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

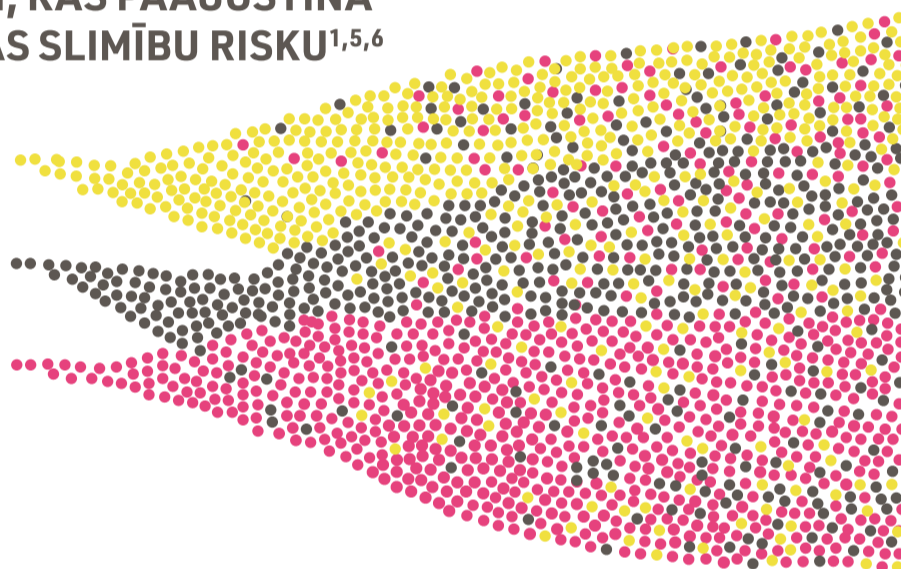
Līdz pat **60%** cilvēku ar **hronisku nieru slimību** attīstās **KV slimība**⁷



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



Līdz pat **45%** cilvēku ar **SM** attīstās **2. tipa CD**¹⁰

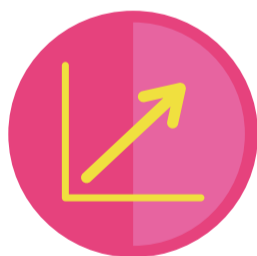


LAIKS

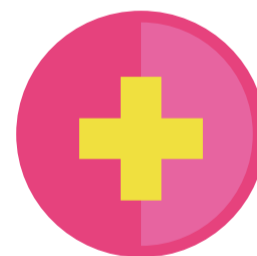
LAI NOVĒRSTU ŠO SLIMĪBU ATTĪSTĪBU NEPIECIEŠAMA HOLISTISKA PIEEJA



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



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



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

Atsauces

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

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 fizikultūru 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 proteinūrijas 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

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

Ceļā uz kvalitatīvu veselības aprūpi

ILONA NORIETE

Rietumeiropas lielajās klinikās jau sen izstrādātas īpašas sistēmas, kas palīdz garantēt pacientiem drošu un efektīvu ārstniecību. Ar to nodarbojas atsevišķas struktūrvienības, kuru uzdevums ir sekot līdzi medicīnas iestādē sniegtās veselības aprūpes kvalitātei. Tagad šādas sistēmas ir izveidotas arī lielākajās Latvijas slimnīcās. Viens no veiksmīgiem šādas sistēmas darbības stūrakmeņiem ir pacientu sūdzību un ierosinājumu apkopošana, kas palīdz novērst kvalitātes trūkumus un pastāvīgi uzlabot pacientu drošību.

Par savu pieredzi šajā jomā stāsta Daugavpils reģionālās slimnīcas Veselības aprūpes kvalitātes nodaļas vadītāja **Iveta Liepa**.

– Ar ko nodarbojas jūsu vadītā nodaļa? Kādi ir tās pienākumi un galvenie veicamie uzdevumi?

– Raugoties vispārīgi, mūsu nodaļas pārziņā atrodas viss, kas saistīts ar pacientu drošību. Tie ir visdažādākie protokoli, noteikumi, kārtība, kas nodrošina jebkuru augsta riska pacientu aprūpi. Ļoti lielu darba apjomu veido sirdzēju sūdzības un dažādu negadījumu izskatīšana. Tā veidojas pacientu drošības risku reģistri, ar kuriem strādājam un plānojam dažādas darbības. Tas ir izteikti skrupulozs, no daudzām sīkām lietām sastāvošs darbs, uz kura pamata pēc tam jāizveido noteikta stratēģija, kā mēs varam uzlabot pacientu drošību.

– Vai var teikt, ka Daugavpils reģionālajā slimnīcā pacienti var justies droši?

– Mazliet ieskatoties teorijā, jāņem vērā, ka pat visattīstītākajās valstīs, kur ir ļoti labi izstrādātas, kvalitatīvas aprūpes sistēmas, tiek atzīts, ka medicīnā kļūdas ir neizbēgamas. Parasti tiek runāts par pieļaujamo minimumu nevis absolūtu nekļūdišanos. Tāpēc pastāv ļoti daudz salīdzinājumu, kuru ietvaros ārstniecībā eksistējošos riskus pretstata cita tipa riskiem, kas rodas, piemēram, lidojot ar lidmašīnu. Statistika liecina, ka šādi gadījumi nav pilnībā izskaujami, tie vienmēr ir bijuši un būs. Jāatzīst, ka Daugavpils slimnīcā kvalitātes vadības sistēma vēl ir attīstības stadijā. Mums vēl ir tāls ceļš ejams.

– Cik ilgi Daugavpils reģionālajā slimnīcā darbojas Veselības aprūpes kvalitātes nodaļa?

– Tās izveide tika uzsākta 2013. gadā. Esmu bijusi iesaistīta veidošanās procesā no paša sākuma.

– Kāda, salīdzinot ar pašreizējiem apstākļiem, bija situācija slimnīcā laikā, kad nodaļa tika dibināta? Cik daudz šajos desmit pastāvēšanas gados izdarīts, lai pacienti varētu justies arvien drošāk?

– Sākumā kvalitātes vadības sistēma veiksmīgi tika attīstīta Dzemdību nodaļā. Mēs pastāvīgi monitorējam pacientu viedokli, un tas ir pozitīvs. Salīdzinot ar laiku, kad sākām strādāt šajā jomā, ir novērojams nepārtraukts progress. Salīdzinoši var teikt, ka agrāk mēs bijām postpadomju sabiedrība ar pavisam citu domāšanu. Pastāv tāds jēdziens kā pacientu drošības kultūra, un tā šo gadu laikā ir ievērojami attīstījusies. Priekšplānā izvirzījies noteikums, ka mēs ņemam vērā pacientu viedokli, sekojam tam līdzīgi un veicam dažādas izmaiņas. Šāda pacientu monitorēšana ir indikators, kas vispār ļauj kaut ko analizēt. Agrāk mums trūka datu, lai varētu kaut ko salīdzināt un līdz ar to izdarīt secinājumus, vai kas ir mainījies un tagad notiek citādi. Patlaban visā veselības aprūpē dominējošais virziens ir ārkārtīgi svarīga un bieži vien



Foto: No Ivetas Liepas personīgā arhīva

Iveta Liepa: «Pastāv tāds jēdziens kā pacientu drošības kultūra, un tā šo gadu laikā ir ievērojami attīstījusies. Priekšplānā izvirzījies noteikums, ka mēs ņemam vērā pacientu viedokli, sekojam tam līdzīgi un veicam dažādas izmaiņas.»

izšķiroša atgriezeniskā saite ar pacientu. Viņa viedoklis un domas spēlē ļoti būtisku lomu visā ārstniecības procesā. Mēs kā profesionāļi dažkārt varam domāt, ka iegūtie rezultāti nav slikti vai ir pat ļoti labi, taču īstenībā spriest par to, vai rezultāti patiešām ir tik pozitīvi un ārstēšana bijusi kvalitatīva, mēs varam tikai tad, ja pievienojam pacienta viedokli par viņa labsajūtu, ieguvumiem. Visa veselības aprūpe ir orientēta uz to, lai mēs apmierinātu pacienta vajadzības. Mēs, profesionāļi, veidojam šo vidi tā, kā mēs to saprotam, bet nepieciešama arī atgriezeniskā saite, jo galvenais mērķis ir un paliek pacienta ieguvums.

– Cilvēki ir dažādi – viens pat par nelielu pozitīvu lietu ļoti priecājas un saka paldies, bet cits mūžīgi sūdzas un nekad nav apmierināts. Kādi ir pacienti Daugavpils reģionālajā slimnīcā?

– Tādi paši kā jebkur citur. Vienalga, kuru atlas grupu mēs skatāmies, pacienti līdzinās sabiedrībai kopumā. Jums taisnība – daļa cilvēku nenāk pie mums un nestāsta to, ko vajadzētu pavēstīt, lai mēs varētu novērst riskus. Turpretī citi mīl sūdzēties par lietām, kurām nav nekāda būtiska satura. Tas arī ir mūsu darbs – atšķirt šādus gadījumus un saprast, kas notiek. Nereti pacients sūdzas par vienu lietu, bet, izskatot situāciju, mēs saskatām riskus un problēmas pavisam citur. Tādēļ spēja to konstatēt ir ļoti svarīgs mūsu uzdevums. Jebkura pacienta sūdzība ir indikators, kas dod iespēju ieraudzīt kaut ko vairāk, nekā viņš pats tajā brīdī domā.

– Vai gadījumā, ja pacients izsaka savu viedokli par kādu lietu vai pasūdzas, viņš var būt drošs, ka teiktajam tiks pievērsta uzmanība?

– Ikviens Daugavpils reģionālās slimnīcas pacients var būt absolūti pārliecināts, ka jebkura mutiska vai rakstiska sūdzība, iebildums vai ieteikums tiks izskatīts pēc būtības. To varu apsolīt.

– Kādā veidā jūs sniežat atbildes pacientiem? Sūtāt elektroniskās vēstules uz e-pastu, zvanāt?

– Svarīgi, kādā formā ir iesūtīts jautājums vai sūdzība un vai vispār pacients ir sevi līdz galam identificējis. Mēdz būt arī anonīmas sūdzības, uz kurām atbildam, ievērojot datu aizsardzību un visu anonimizējot, ja mums nav skaidra personas identifikācija. Bet, ja cilvēks ir oficiāli iesniedzis sūdzību un vēlas saņemt atbildi, parasti to izsūtām pa pastu.

– Kāds rīcības plāns tiek izmantots anonīmu sūdzību gadījumā?

– Mēs atbildam, neizmantojot personas vai veselības datus, taču informējam ziņotāju, ka anonīmā rakstītāja dati tiek ņemti vērā un apstrādāti. Nodrošinām vismaz vienkāršu atgriezenisko saiti ar apliecinājumu, ka anonīmais ziņojums nav ignorēts. Tā kā veselības dati tiek aizsargāti, ir dažas lietas, ko bez personas identifikācijas un piederības mēs nevaram apspriest.

– Kādā veidā tiek izskatītas pacientu sūdzības, un kas to veic?

– Viss ir atkarīgs no sūdzības rakstura. Tās var būt par dažādām lietām. Ja tēma skar kādu komplikētu ārstniecības gadījumu, kura atrisināšanai ar manu pieredzi nepietiek, es jebkurā brīdī varu pieaicināt vajadzīgo speciālistu no slimnīcas vai faktiski no jebkuras citas iestādes. Kad mēs izvērtējam sekas un riskus, tad rodas pamats spriest, vai tas ir parasts gadījums, ko varam vienkārši ņemt vērā, vai arī ir nepieciešama tūlītēja, neatliekama rīcība. Viss ir atkarīgs no notikuma būtības un seku smaguma.

– Cik liela ir Veselības aprūpes kvalitātes nodaļa?

– Mēs strādājam trijātā.

– Vai ar to pietiek, lai visu izskatītu?

– Pašreizējo darba apjomu spējam paveikt, taču, lai attīstītos, veiktu plašus tematiskos iekšējos auditus, kas arī ir daļa no mūsu darba, ar to ir par maz. No otras puses raugoties, – arī trīs cilvēku komanda var izdarīt daudz.

– Kādi ir jūsu turpmākie plāni? Kam tuvākajā laikā paredzēts pievērst lielāku uzmanību?

– Patlaban koncentrējamies uz divām svarīgām lietām – Uzņemšanas nodaļas darbu un antibakteriālo rezistenci, jo tā attīstās arī mūsu slimnīcā. Vairojas mikrobi, kurus grūti likvidēt.

– Ko Veselības aprūpes kvalitātes nodaļa var iesākt antibakteriālās rezistences jautājumā?

– Pirmkārt, mēs varam uzskaitīt šos gadījumus un izpētīt, kur šis process notiek. Otrkārt, mūsu rīcībā ir rīki, kas ļauj kontrolēt dažādus pacientu izolācijas pasākumus, radīt vadlīnijas un rīcības protokolus visdažādākajām situācijām. Mums ir ļoti daudz instrumentu, ar kuru palīdzību šo procesu spējam ietekmēt.

– Vai tas viss nepaliek tikai uz papīra? Proti, kontrolējat, secināt, uzrakstāt, bet nekas tālāk nenotiek?

– Ļoti pareizs jautājums. Es kopš pirmās dienas esmu ārsts praktiķis, daudz mazāk birokrāts. Kantora darbinieka iemaņas esmu apguvusi papildus. Mēs mēģinām pēc iespējas mazāk ražot papīrus, bet vairāk strādāt ar cilvēkiem. Mūsu uzdevums nav tikai teoretizēt un zīmēt būdiņas, kvadrātņus un trijstūriņus, ko neviens nesaprot. Ja radām tekstus, priekšrakstus, tad tādos, kas nav tikai čupiņā saliekami papīri, bet gan ir lietojami – kā instrukcijas vai uzdevumu saraksti. Tāpēc cenšamies savu laiku, kura mums ir ļoti maz, un spēku pielikt tur, kur to praktiski var izmantot.

– Cik laba sadarbība jums ir ar Daugavpils reģionālās slimnīcas vadību, ārstiem, medmāsām un pārējo personālu?

– Tā ir ļoti cieša un pastāvīga. Mēs nesēžam visu laiku savā kabinetā. Vienīgais, ka tagad datoriski, informācijas sistēmas un dažādi ārstu biroji ļauj sekot daudzām lietām arī attālināti. Pastāvīgi esam tiešā saskarsmē ar nodaļām, visas rīcības tiek saskaņotas ar valdi, tādējādi esam vienoti gan ar vadību, gan darbiniekiem.

– Mēs runājam par darbu ar pacientiem. Bet kāda situācija ir ar mediķiem, jo arī viņiem droši vien ir ne mazums sūdzību, piemēram, par pacientu attieksmi?

– Kvalitātes vadības sistēmā personāla viedoklis nav mazāk svarīgs. Tā noskaidrošanai paredzētas īpašas aptaujas. Viens no elementiem ir arī tā dēvētā iekšējā ziņošana, mācīšanās sistēma, kas ir ļoti svarīgs veids, kā personālam identificēt problēmas un ierosināt procedūras to atrisināšanai. Pašlaik ļoti aktīvi strādājam šajā jomā. Viena no mūsu darbiniecēm ir apguvusi papildu prasmes, lai apmācītu personālu, kā pareizi veikt iekšējos ziņojumus. Tās var būt anonīmas sūdzības arī no darbinieku puses. Katra no tām tiek apstrādāta, un personāls saņem atgriezenisko saiti. Te vēl daudz kas darāms – jāuzlabo metodika, lai sistēma darbotos iespējami labāk.

– Vai pacienti ir informēti par to, ka viņi var izteikt savu viedokli, ierosinājumus? Vai viņi zina, kur vērsties?

– Pirmkārt, visās struktūrvienībās pacientiem tiek izdalītas anketas, lai viņi varētu paust savu viedokli. Otrkārt, mūsu mājaslapā ir sadaļa «Sūdzības un ieteikumi», kur cilvēki var atstāt ziņojumu. Treškārt, arī nodaļās pacientiem, kuri māk rīkoties ar modernajām tehnoloģijām, ir pieejamas lapas ar QR kodu, kas uzreiz ļauj piekļūt sūdzību iesniegšanas iespējai. Protams, viņi var gan rakstīt, gan nākt runāt personīgi.

– Vai nebūtu labāk, ja pacienti mazāk izteiktu savu viedokli un sūdzētos? Tas ļautu sajaut, ka daudz kas tiešām ir mainījies uz labo pusi. Vai tieši otrādi – lai labāk raksta par konkrētām lietām, kas palīdzētu jums apzināties, ko un kā mainīt?

– Pacientu sūdzību vai ierosinājumu noskaidrošana ir unikāls indikators, jo daudzas lietas mēs tikai šādā veidā varam konstatēt, lai kādā formā informācija pie mums nonāktu. Izskatāmo ziņojumu daudzums darbojas drīzāk kā kvalitātes kritērijs, nevis kaut kas sliktis un nepareizs. Ja tiek identificēts vairāk sūdzību, tas parāda, ka mēs problēmai pievēršam lielāku uzmanību. Pēc paša sūdzību skaita gan īsti nevar spriest, vai situācija ir uzlabojusies. To atspoguļo citi rādītāji. Ņemot vērā, ka vārdam «sūdzība» nāk līdz zināma negatīva aura, galvenais mērķis būtu panākt, lai pacients ir mūsu sadarbības partneris. Lai viņš nenokļūst upura lomā, kurš spiests sūdzēties. Lai mēs būtu pilnvērtīgi kompanjoni, ievērojot viņa intereses un arī saņemot atpakaļ atgriezenisko saiti kā no partnera.

Lai gremošanas sistēma darbotos pareizi

ILONA NORIETE

Gremošanas sistēmas slimības skar cilvēkus neatkarīgi no sociālās un etniskās piederības, pārtikas līmeņa un vecuma. Latvijā par gastroenteroloģiska rakstura problēmām sūdzas gandrīz puse iedzīvotāju, no kuriem, par laimi, tikai katram ceturtajam ir nopietni traucējumi. Biežākās ir barības vada gastroezofageālā refluksa jeb atvīņņa slimība (GEAS), kuņģa un divpadsmitpirkstu zarnas čūlas slimība, hroniskas zarnu slimības, dažādas izcelsmes aizcietējumi, žultsakmeņi un žultsceļu slimības, arī funkcionālie gremošanas traucējumi.

Vairāk par visu mūsu sarunā ar Daugavpils reģionālās slimnīcas gastroenterologi un endoskopisti **Anželu Kiseļevsku**.

– Kādas ir biežākās gastroenteroloģiskās slimības, ko sastopat savā praksē?

– GEAS, funkcionālā dispepsija un kairināto zarnu sindroms. GEAS pacientu ir ļoti daudz. Apmēram trešdaļa cilvēku vismaz reizi mēnesī jūt dedzināšanu aiz krūšu kaula, un katram desmitajam šāda sajūta ir reizi nedēļā.

– Kādi varētu būt galvenie iemesli?

– Kaitīgi ieradumi, smēķēšana, alkohola lietošana, tāpat stress, neveselīgs uzturs, viss, kas saistīts ar dzīvesveidu. Piemēram, ja cilvēkam palielinās svārstības, visticamāk, aktivizēsies arī GEAS. Šī slimība iet roku rokā ar aptaukošanos, un, vērojot adipozitātes straujo izplatību, nav brīnums, ka tik ievērojami pieaug arī šo pacientu skaits. Protams, GEAS ir arī daudz citu cēloņu. Savukārt kairināto zarnu sindroms līdz šim ir salīdzinoši maz pētīts, mēs līdz galam nezinām visus tā rašanās iemeslus. Pierādīts, ka to ļoti ietekmē stress un psiholoģiskais stāvoklis, tādēļ šis sindroms īpaši raksturīgs trauksmei pakļautiem cilvēkiem. Tas arī liecina, ka mūsu sabiedrībā pastāv psiholoģiskās veselības problēmas.

– Ar kādiem kuņģa un zarnu trakta simptomiem pacientam būtu jāvērsas pie ārsta?

– Pacientam jāiet pie ārsta vienmēr, kad viņam rodas jautājumi, uz kuriem viņš pats nevar sameklēt atbildi. Pie ģimenes ārsta obligāti jāaiziet vismaz reizi gadā, pat ja nav nekādu simptomu un sūdzību. Gremošanas traucējumu gadījumā pēc nepieciešamības vai arī vismaz reizi gadā var atnākt un aprunāties ar gastroenterologu, jo ģimenes ārstiem šobrīd ir tik daudz darba, ka viņiem trūkst laika sīki stāstīt un mācīt pacientus, kā pareizi ēst utt. Es uzskatu, ka pie ārsta jāiet jebkādas gremošanas problēmas dēļ, ne tikai dedzināšanas gadījumā. Ja ir radušās neskaidriņas vai bažas, piedāvāju atnākt uz konsultāciju. Tā ir vajadzīga, lai mēs varam visu izrunāt un noskaidrot, kas katram individuāli ir svarīgākais, atrast problēmas būtību un risinājumu, kas palīdzēs izvairīties no simptomiem.

– Vai tas nozīmē, ka tikai runājat ar pacientu un ievācat anamnēzi, vai tomēr nozīmējat arī analīzes, izmeklējumus, piemēram, augšējo endoskopiju?

– Vērtējam katru konkrēto situāciju. Nav vienotas, standarta pieejas. Mūsdienās medicīna ir ļoti individualizēta. Ja cilvēks ir gados jauns, dažreiz neko īpaši izmeklēt nevajag, problēmas

būtība ir skaidra. Manuprāt, īpaši gastroenteroloģijā, 90 procentu no diagnozēm tiek noteiktas pēc pacientu sūdzībām. Ja cilvēkam ir jau pāri piecdesmit, problēma ir pirmreizēja vai nekādas pārbaudes agrāk nav veiktas, vajadzīga pietiekami nopietna izmeklēšana. Ārsta rīcību lielā mērā nosaka pacienta vecums, arī novērojami simptomi.

– Minējāt, ka ģimenes ārsti ir noslogoti. Ja ir gastroenteroloģiska rakstura sūdzības, tad vajadzētu uzreiz doties pie speciālista, vai tomēr labāk problēmu vispirms pārrunāt ar ģimenes ārstu?

– Sākumā vislabāk doties pie ģimenes ārsta, kurš sniedz primāro palīdzību. Bet es saprotu, ka ģimenes ārsts nevar pusstundu runāt ar pacientu par ēšanu, viņam nav tik daudz laika. Viņš sniegs pacientam pamatzināšanas. Ja ieteikumi palīdz, cilvēkam vairs nav sūdzību un viņš ar savu problēmu tiek galā, tad varbūt arī nav vajadzīga speciālista konsultācija. Tomēr, ja pacients rīkojas tā, kā ģimenes ārsts teicis, bet situācija neuzlabojas un sūdzības paliek, tad jādodas pie gastroenterologa.

– Kādus simptomus nekādā gadījumā nedrīkst ignorēt un pēc to parādīšanās nekavējoties jādodas pie ārsta?

– Tā var būt, piemēram, novājināšana, kad cilvēks bez redzama iemesla zaudē svaru vai viņam tiek novērots nepamatots vājums. Tas pats attiecas uz situāciju, kad analizēs uzrādās anēmija vai tiek konstatētas asinis fecēs. Tā dēvēto bīstamo simptomu ir diezgan daudz, un katrs ārsts tos pazīst. Manuprāt, vispār nevajadzētu atlikt jebkuru problēmu risināšanu, jo pacientam vienmēr ir savs ģimenes ārsts, kuram var piezvanīt, pie kura var atnākt un aprunāties. Jāņem vērā, ka dažreiz bīstamas slimības attīstās arī bez simptomiem.

– Un tad, kad simptomi parādās, bieži vien jau ir par vēlu?

– Es uzskatu – ja cilvēkam simptomi atkārtojas un viņš pats nevar izskaidrot, kāpēc tā notiek, tad jādodas pie ārsta. Ir svarīgi negaidīt tikai bīstamos simptomus. Vismaz jāaiziet pie ģimenes ārsta. Pēc šīs vizītes pacients sapratīs, vai ir jāiet arī pie gastroenterologa vai jādara kas cits.

– Kādus pakalpojumus jūs veicat savā praksē – konsultācijas, izmeklējumus, manipulācijas?

– Esmu gastroenteroloģe konsultante. Konsultēju pacientus ar gremošanas problēmām. Papildus tam esmu arī endoskopiste – veicu gan fibrogastroskopiju, gan kolonoskopiju, tāpat arī vēdera dobuma ultrasonogrāfiju.

– Viena no biežāk sastopamajām gastroenteroloģiskajām slimībām ir GEAS. Kādas vecuma grupas cilvēkus tā pārsvarā skar? Vai ir starpība starp dzimumu pārstāvētiem?

– Vairāk ir pacientu vecumā virs 50 gadiem. Statistiskas dati rāda, ka biežāk GEAS sastopama vīriešiem (attiecība ir 3:1), taču savā praksē vairāk redzu sievietes. Man rodas iespaids, ka vīrieši vienkārši nenāk, viņi vairāk ignorē simptomus. Vienīgi tad, kad radusies jau visnotaļ nopietna problēma, piemēram, komplikēts GEAS un varbūt pat rīšanas traucējumi, daudzi beidzot nolemj ierasties. Tomēr arī tad pēc savas iniciatīvas viņi ierodas ļoti reti, bieži atved sievas.

– Kā GEAS izpaužas, kādas ir biežākās sūdzības?

– Absolūtajā vairumā gadījumu (90 procentos) tā ir dedzināšana pakrūtē. Visas pārējās sūdzības sastopamas daudz retāk. Pie tām var minēt sāpes

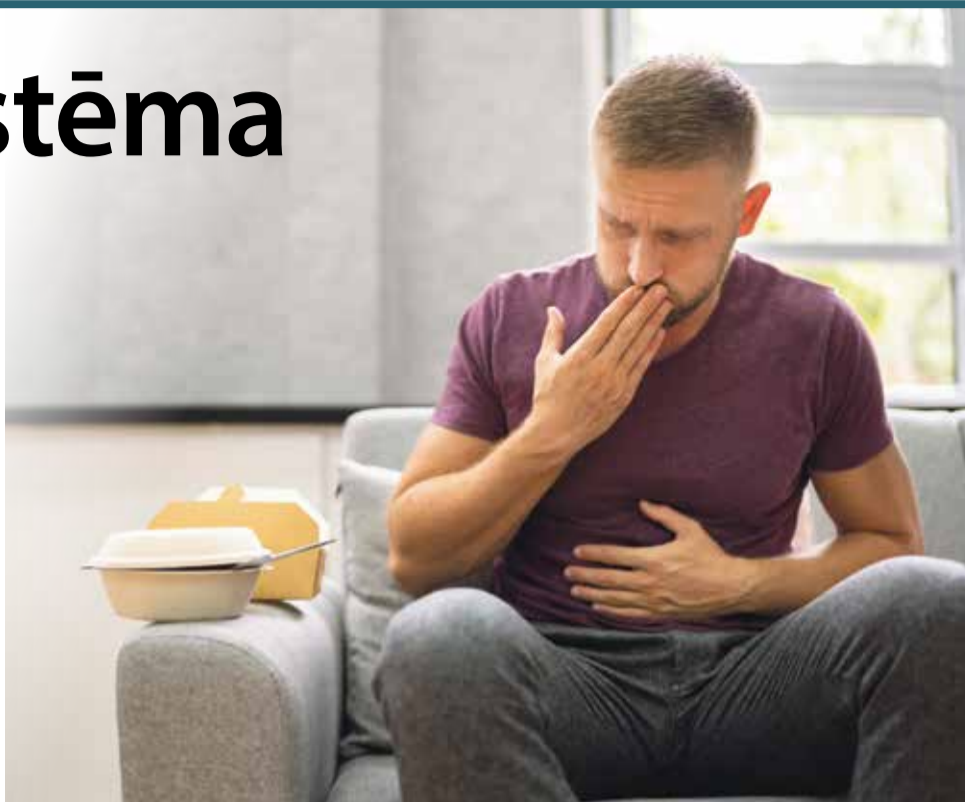


Foto: Shutterstock

vairumā gadījumu (90 procentos) galvenais GEAS simptoms ir dedzināšana pakrūtē. Visas pārējās sūdzības sastopamas daudz retāk. Pie tām var minēt sāpes aiz krūšu kaula, siekalošanos, atraugas, rūgtumu mutē. Ļoti reti ir novērojama arī slikta dūša.

– Kā jūs vērtējat tāda pacienta rīcību, kurš dedzināšanas gadījumā iedzer sodu?

– Tas palīdzēs. Ja dedzināšana novērojama reti, piemēram, reizi mēnesī, un pacientam nekādu citu medikamentu nav, viņš var iedzert sodu (vai arī pienu), un nepatīkamās sajūtas pāries. Bet, ja šādas sūdzības rodas bieži, sodas vietā šobrīd ir pieejamas ļoti labas zāles – protonu sūkņa inhibitori (PSI). Šie medikamenti bloķē sālsskābes veidošanos kuņģī un nodrošina efektīvu palīdzību. Neviens taču nenēsās sev līdz sodu.

– Vai klepus var būt saistīts ar GEAS? Cilvēks paēd, un drīz parādās klepus?

– Jā, tādi pacienti ir, bet klepus varētu gan būt, gan nebūt saistīts ar GEAS. Klepus ir diezgan reta GEAS komplikācija, kaut gan pēdējā laikā samērā bieži sastopams maldīgs uzskats – ja cilvēkam parādījies klepus, pie vairs ir GEAS.

– Kā diagnosticē GEAS?

– Pārsvārā, balstoties uz pacienta sūdzībām. Tāpat lieti noder augšējā endoskopija, ar kuras palīdzību var diagnosticēt GEAS.

– Kā tiek ārstēta GEAS?

– GEAS ārstējam ar PSI un citiem medikamentiem, kā arī ar dzīvesveida un ēšanas paradumu maiņu.

– Vai GEAS var pilnībā izārstēt? Ko jūs no savas pieredzes varat teikt?

– Tas ir ļoti individuāli. Jārēķinās, ka GEAS gadījumā notiek regurgitācija, t.i., kuņģa saturs ieplūst atpakaļ barības vadā. Ja cilvēks apēdis kādu «nepareizu» ēdienu, simptomi var atkārtoties. Domāju, ka pacientam vajag nodarboties ar pašsajūtas analīzi, piemēram, ja dedzināšana notiek reti, viņš var izvērtēt, kāpēc tā notiek, kas to varēja izraisīt. Varbūt tika apēsts kaut kas, ko viņš neēd ikdienā, varbūt dedzināšana parādās pēc kafijas dzeršanas. Ja tā notiek vairākkārt, tad jāsaprot, ka acimredzot kafiju nedrīkst dzert. Ja dedzināšana parādās pēc apelsīna apēšanas, tad laikam jāatturas no šo augļu ēšanas. Analizējot cilvēks bieži saprot, kas tieši izraisa dedzināšanu, un tas ļauj viņam izvairīties no sūdzībām, vai vismaz tās parādās ļoti reti.

Vai GEAS var izārstēt pilnībā? Ja dedzināšana notiek reizi gadā, to vispār nevar uzskatīt par problēmu. Citādi ir ar cilvēkiem, kuriem simptomi parādās bieži – katru dienu vai vismaz pāris reizes nedēļā. Ja dedzināšana notiek uz stresa pamata, laikam jau nevarēs teikt, ka cilvēks ir izārstējies. Bet, ja izdodas panākt, ka problēma rodas daudz

retāk nekā agrāk, to arī var uzskatīt par pozitīvu rezultātu. Mums ir ne tikai jāārstē pacienti, bet arī jāmāca sadzīvot ar šo kaiti, panākt, lai simptoms būtu mazāk, tie nebūtu mokoši un rastos pēc iespējas retāk, lai saglabātos augsta dzīves kvalitāte. Ja nepatīkamās izpausmes parādīsies reizi gadā, cilvēks neko daudz nezaudēs.

– Kādi diētas nosacījumi būtu jāievēro GEAS slimniekiem?

– Ir noteikti galvenie diētas principi, kas apkopoti un izdrukāti, lai pacienti varētu ar tiem iepazīties. Tā viņi uzzina par visiem produktiem, kas varētu ietilpt «sarkanajā» sarakstā, proti, negatīvi ietekmēt GEAS simptomātiku, kā arī par tiem, kas var palīdzēt.

– Kādi produkti saasina un kādi, tieši otrādi, atvieglo GEAS izpausmes?

– Galvenie produkti, kas visbiežāk izraisa dedzināšanu, ir kafija, alkohols, ķiploki, sīpoli, citrusaugļi, kā arī viss, kas ir ļoti trekns, cepts. Savukārt cīnīties ar dedzināšanu palīdz piens, soda. Faktiski jebkurš produkts ar augstu jeb sārmainu pH līmeni var atvieglot situāciju. Tomēr GEAS neārstē ar produktiem.

– Vai GEAS ārstēšanai domātie medikamenti PSI savā starpā atšķiras?

– Tie ietilpst vienā grupā, atšķiras tikai ķīmiskais nosaukums. To iedarbība arī ir ļoti līdzīga. Ārsts vizītes laikā izvēlas, tieši kuras zāles dot pacientam. Viens medikaments var būt nedaudz spēcīgāks, otrs – vājāks. Turklāt katram speciālistam ir sava pieredze.

– Cik ilgi GEAS slimniekiem ir jālieto medikamenti?

– Zāles neārstē problēmu kā tādu, tās nomāc simptomus. Ja cilvēks nemainīs dzīvesveidu un savus paradumus, viņš nebūs spējīgs sadraudzēties, sadzīvot ar savu slimību, izprast to, tad nepatīkamās sajūtas nepazudīs. Viņš var lietot medikamentus, bloķējot sālsskābes ražošanu kuņģī, bet, ja nekas cits netiek mainīts, pēc to lietošanas beigām simptomi atgriežas. Komplētas GEAS gadījumā, kad barības vadā konstatētas čūlas, erozija, protams, jāārstē ar PSI, dažreiz pat divus mēnešus ilgi. Bet galvenais uzdevums ir iemācīt pacientam, kā sadzīvot ar savu problēmu un iztikt bez medikamentiem. Uzskatu, ka 90 procenti pacientu var dzīvot bez zālēm, vismaz bez pastāvīgas to lietošanas. Viņiem varbūt ir nepieciešams vien īss kurss divas trīs reizes gadā, bet tas iespējams tikai tad, ja cilvēks maina savu līdzšinējo dzīvi un ieradumus.

Nelūgtā viešņa – piena sēnīte

ILONA NORIETE

Reti kura sieviete kaut reizi dzīvē nav saskārusies ar tādiem simptomiem kā balti, biežpienam līdzīgi izdalījumi bez smakas intīmajā zonā. Reizēm paralēli var būt arī nieze, apsārtums, sāpoša un dedzinoša sajūta ap maksts ieeju un dzimumdzīves laikā. Šie simptomi var liecināt par vaginālo kandidozi jeb, tautas valodā sakot, piena sēnīti. Tas nav nekas neparasts, un vairums sieviešu zina, ko šādā situācijā darīt. Taču, saskaroties ar to pirmo reizi dzīvē, ir svarīgi par to uzzināt vairāk.

Piena sēnīte ir ļoti bieži sastopama maksts sēnīšu infekcija, ko izraisa rauga sēnīte un tās vairošanās. Par šo problēmu saruna ar Rīgas Stradiņa universitātes asistenti, *Veselības centra 4*, Rīgas Dzemdību nama un *My Clinic Riga* ginekoloģi dzemdību speciālisti Natāliju Bērzu.

– Piena sēnīte ir pazīstama jau sen, un ar to savas dzīves laikā ir sastapušās daudzas sievietes. Ko šajā ziņā uzrāda statistika?

– Medicīniski pareizi tā tiek dēvēta par vaginālo kandidozi, bet tautā zināma arī kā piena sēnīte. Kopumā šī maksts infekcija vismaz reizi mūžā bijusi katrai otrajai sievietei. Tās izraisītie nepatīkamie simptomi, tostarp iekaisumi un izdalījumi, ir viena no biežākajām sūdzībām, kāpēc sievietes meklē ginekologa palīdzību.

– Vai šī problēma var rasties jebkurā vecumā?

– Nē, lielākoties tā sastopama tikai sievietēm reproduktīvajā vecumā, bet menopauzē šādas problēmas gandrīz nekad netraucē.

– Kā tas skaidrojams?

– Menopauzē maksts iekaisumi izpaužas citādi, jo makstī savairojas citi patogēnie mikroorganismi, kuri nav sēnītes. Tie ir dažādi stafilokoki, streptokoki un citas baktērijas, kas nav raksturīgas reproduktīvā vecuma sievietes maksts mikroflorai.

– Kas īsti ir piena sēnīte, kā tā izpaužas un kādi apstākļi veicina tās rašanos?

– Vaginālā kandidoze ir *candida* ģints sēnīšu pārmērīga savairošanās maksts mikroflorā. Šī ģints ir kā liela ģimene, kurā ietilpst daudzas sugas, bet biežāk sēnīšu infekciju izraisa *Candida albicans* (latīņu val.). Īstenībā šī suga arī normālos apstākļos pastāvīgi dzīvo visu sieviešu makstī, tikai ļoti nelielā apjomā. Kādā brīdī, kad dažādu iemeslu dēļ maksts normālā mikroflora kļūst vāja, šī sēnīte savairojas un rada nepatīkamus simptomus. Cēloņi tam var būt dažādi – antibiotiku vai citu medikamentu lietošana, novājināta imunitāte, arī pastāvīgs stress un hroniskas slimības, piemēram, cukura diabēts.

– Kā sieviete var konstatēt un saprast, ka pie vainas piena sēnīte?

– Jāņem vērā, ka lielākoties mēs ārstējam tikai simptomātisku sēnīšu infekciju jeb tādu, kura rada nepatīkamas izpausmes un pacientei traucē. Ja mēs vienkārši uztriepē atrodam sēnītes, tas nenozīmē, ka tās uzreiz ir jāārstē. Taču, ja sievietei ir sūdzības par izteiktiem izdalījumiem, niezi un apsārtumu dzimumorgānu rajonā, par sāpīgu dzimumaktu, tas nozīmē, ka šī problēma ir jāārstē. Var būt arī sāpes urinējot, dedzinoša sajūta makstī un dzimumorgānu apvidū. Tāpat

arī biežpienveida izdalījumi var liecināt par maksts sēnīti.

– Šādā situācijā uzreiz jā dodas pie ārsta, vai arī sieviete var mēģināt tikt galā pati saviem spēkiem? Piemēram, aptiekā nopirkt vaginālās svečītes?

– Maksts kandidozi var iedalīt komplicētā un nekomplīcētā slimībā. Par nekomplīcētu maksts kandidozi var runāt tad, ja tā ir sastopama līdz trim reizēm gadā, simptomi ir viegli vai vidēji smagi un pacientei nav imūnsupresijas. Maksts kandidozi ārstē ar azolu grupas zālēm, ievadot tās lokāli, t. i., makstī.

Vēl viena svarīga lieta, kas jāņem vērā, – ja sievietei ir jauns partneris un viņai ir radies maksts iekaisums, tad noteikti vajadzētu izslēgt seksuāli transmisīvo slimību iespējamību, veicot noteiktas pārbaudes. It sevišķi, ja ir bijuši dzimumakti ar jaunu seksuālo partneri bez izsargāšanās. Nevajadzētu paļauties tikai uz to, ka tā noteikti ir piena sēnīte, un mēģināt iztikt ar maksts svečītēm.

– Kas atšķir vaginālo kandidozi no bakteriālās vaginozes?

– Tās ir divas pilnīgi dažādas saslimšanas. Vaginālās kandidozes pamatā ir maksts sēnīšu pārmērīga savairošanās. Savukārt bakteriālo vaginozu izraisa anaerobo jeb specifiskus dzīves apstākļus prasošu baktēriju pārmērīga savairošanās makstī. Pārsvārā tās ir tādas baktērijas kā gardnerellas, leptotrihijas, megasfēras, arī mobiluncus un citi līdzīgi mikroorganismi. Šāds process notiek tādēļ, ka mums derīgās laktobaktērijas aiziet bojā un sāk vairoties nepareiza maksts mikroflora, tikai šoreiz nevis sēnītes, bet baktērijas. Šādai slimībai ir raksturīgi izdalījumi, var būt arī dedzināšana, nieze, nepatīkams dzimummaksts. Bet atšķirība no piena sēnītes ir tāda, ka šajā gadījumā izdalījumi parasti ir nevis biežpienveida, bet vairāk dzeltenīgi, bālgani, pelēcīgi, necaurspīdīgi, to ir daudz, turklāt tiem ir ļoti specifiska smaka.

– Ir sievietes, kurām tādas likstas kā piena sēnīte gadās ļoti reti, bet citām katras lielākas nervozēšanas vai antibiotiku lietošanas laikā tā parādās.

– Ir sievietes, kuras teic, ka viņas nekad ar šādām problēmām nesastopas, bet ir arī tādas, kas ar vaginālo kandidozi cīnās vismaz reizi vai divas gadā. Nākas sastapt arī sievietes, kurām saasinājumi mēdz būt pat biežāk nekā trīs četras reizes gadā, tādēļ laiks, cik regulāri mēs viņas ārstējam, kalpo kā indikators. Piemēram, dažreiz tiek novērota tā dēvētā recidivējoša saslimšana, proti, tāda, kas pastāvīgi atkārtojas. Šādos gadījumos, kad tiek konstatētas vairāk nekā trīs četras saslimšanas epizodes gadā, pacientei tās traucē vai arī viņa netiek galā ar ierastajiem bezrecepšu līdzekļiem, mēs izmantojam atšķirīgas terapijas metodes. Tās paredz citādu ārstēšanas shēmu, un šādā situācijā nepietiks ar parastajām svečītēm no aptiekas.

– Vai nav tā, ka piena sēnītēm patīk mitrums un siltums, un varbūt tādēļ sievietēm, kam tās regulāri rada problēmas, nevajadzētu, piemēram, apmeklēt baseinu vai nāktos īpaši piedomāt par apakšveļas izvēli?

– Tas ir viens no izplatītākajiem mītiem. Pirmkārt, siltums un mitrums ir arī makstī. Otrkārt, runājot par stringa biksītēm un visu sintētisko jeb ne no kokvilnas ražoto apakšveļu, jāatceras, ka tās nēsāšana nepaaugstina maksts infekciju riska



Foto: Shutterstock

Vaginālā kandidoze vismaz reizi mūžā bijusi katrai otrajai sievietei. Tās izraisītie nepatīkamie simptomi, tostarp iekaisumi un izdalījumi, ir viena no biežākajām sūdzībām, kāpēc sievietes meklē ginekologa palīdzību.

faktoru. Tas ir veco laiku mīts, jo īstenībā, tieši tāpat kā tamponu un menstruālo piltuvju lietošana, šādas lietas vispār nekādā veidā neietekmē maksts infekciju rašanos. Konkrēti riska faktori ir tādas nopietnas hroniskas slimības kā cukura diabēts, HIV infekcija, AIDS, arī antibiotiku lietošana un ģenētiskā predispozīcija, jo daļai sieviešu, kurām infekcijas rodas biežāk, tas ir atkarīgs no viņu iedzimtības.

– Vai liekais svars un aptaukošanās varētu radīt labvēlīgu vidi šīs infekcijas attīstībai?

– Viens no piena sēnītes rašanās riska faktoriem ir cukura diabēts, īpaši 2. tipa diabēts, kas parasti nāk kopā ar aptaukošanos. Bet liekais svars pats par sevi nav saistīts ar pastiprinātu piena sēnītes veidošanos.

– Vai piena sēnīte var būt arī meitenēm, kuras nav sākušas dzīvot dzimumdzīvi?

– Ja viņām ir mēnešreizes, tātad reproduktīvais vecums, un viņas, piemēram, iziet antibiotiku kursu, pastāv iespēja, ka var rasties piena sēnīte. Piena sēnītes rašanās nav saistīta ar dzimumdzīvi, tā nav seksuāli transmisīva infekcija. Tā ir maksts mikrofloras problēma, kuru var izraisīt dažādi faktori – medikamenti, veselības stāvoklis, grūtniecība un daudzi citi.

– Kā sieviete var sevi pasargāt no vaginālās kandidozes? Vai, pastāvot provocējošiem apstākļiem, piena sēnīte var rasties pati no sevis un pilnvērtīgi no tās izsargāties nav iespējams?

– Pirmkārt, ir sievietes, kurām šī problēma ir hroniska un katru gadu ir daudz saasinājumu. Šādām pacientēm jāizmanto īpaši jeb ilgstošā ārstēšanas shēma. Viņas pusgadu un citreiz pat vēl ilgāk lieto speciālus medikamentus. Otrkārt, ja sieviete zina, ka viņai pēc katras antibiotiku lietošanas parādās maksts sēnīte, to vajadzētu paturēt prātā. Tādēļ viņai savam ģimenes ārstam vai citam ārstam, kas ir izrakstījis šīs antibiotikas, jau uzreiz jālūdz vai nu pret-sēnīšu recepšu medikamenti, vai arī profilaktiski jāpērk aptiekā bezrecepšu zāles pret piena sēnīti.

– Ja sieviete lieto aptiekā bez receptes pieejamos vaginālos līdzekļus, – cik drīzā laikā nepatīkamajām sajūtām vajadzētu izzust? Kurā brīdī situācijai jāpievērš papildu uzmanība ar domu, ka vairs nav ko gaidīt un jāiet pie ārsta?

– Simptomi parasti izzūd dažu dienu laikā. Latvijā ir parādījies jauns azolu grupas medikaments (sertaconazole), kam ir ilgstoša iedarbība – līdz

septiņām dienām. Pēc tam sēnīte vairs netiek konstatēta. Pētījumi liecina, ka šim preparātam nav negatīvas ietekmes uz maksts mikrobiotu un to var lietot grūtniecības laikā.

– Tātad, ja sievietei ir aizdomas par piena sēnīti, vispirms būtu jāiet uz aptieku nopirkt zāles, nevis tūlīt jā dodas pie ārsta?

– Kā kurai ērtāk. Daļa sieviešu pērk aptiekā medikamentus un atrisina problēmas, bet citas dodas pie ārsta. Viss ir atkarīgs no pašas izvēles.

– Vai labākie ārstniecības līdzekļi ir tieši vaginālās svečītes? Varbūt pietiek apmazgāties ar kumeliņu tēju?

– Nē. Mums nav pierādījumu, ka fitopreparāti iedarbojas labāk nekā medikamenti. To lietošana netiek minēta nevienās vadlīnijās. Tajās paredzētā pirmā izvēle ir lokāli lietojamie azolu grupas preparāti. Vērtējot pētījumu datus, arī probiotikas vienas pašas nevar izārstēt maksts infekcijas. Probiotikas var palīdzēt pret atkārtotām infekcijām, ja tiek lietotas kopā ar medicīniskajiem līdzekļiem – gan antibiotikām bakteriālās vaginozes gadījumā, gan pie sēnīšu infekcijas izmantojamajiem medikamentiem. Svarīgi, lai sievietes nākt pie ārsta, ja sēnīšu infekcijas bieži atkārtojas, jo tad nepieciešama pilnīgi cita ārstēšana.

– Ko darīt, ja maksts sēnīte radusies grūtniecības laikā?

– Šajā periodā vaginālā kandidoze ir sastopama ļoti bieži. Arī grūtnieces var izmantot svečītes. Viņas nevar lietot perorālos preparātus, bet dažādi lokālie medikamenti krēmu un svečīšu veidā ir atļauti. Turklāt ir pieejami ne tikai pret-sēnīšu līdzekļi, bet arī tā dēvētie antiseptiķi. Tā ir vēl viena medicīnisko preparātu grupa, ko var mēģināt lietot. Antiseptiķi nav gluži antibiotikas, bet dezinfekcijai izmantojami preparāti, kuri izceļas ar ļoti plašu darbības spektru, un no tiem gatavo arī vaginālos līdzekļus. Tādi ir, piemēram, dekvālnija hlorīds, joda preparāti, borskābe. Tie darbojas arī kā pret-sēnīšu līdzekļi. Bet ir vēl viena lieta, kas jāzina un noteikti jāņem vērā, – ja sievietei ir citas, ne *Candida albicans*, grupas sēnīšu izraisīta infekcija, tad viņa pati mājās netiks galā, tā noteikti ir jāārstē speciālista uzraudzībā.

– Jūsu teiktais ļauj secināt, ka svarīgākais ir izslēgt seksuāli transmisīvo slimību klātbūtni, jo piena sēnīti var ātri izārstēt.

– Tieši tā. Ļoti bieži novērst problēmas palīdzēs aptiekā nopērkamie līdzekļi. Ja tie nedod gaidīto efektu, ginekologs vienmēr būs precīgs nākt talkā un šo vainu izārstēt.

orivas



VIENA PESĀRIJA VEIKSMES STĀSTS

ĒRTS
RISINĀJUMS
VAGINĀLĀS
KANDIDOZES
ĀRSTĒŠANAI

BEZRECEPŠU ZĀLES.

Cagynol 300 mg pesāriji (sertaconazoli nitras)

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

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI.

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

LVCAGYN/2024/01/02

Galvenais – bērni un viņu veselība

EVITA HOFMANE

Šā gada 1. aprīli 23. dzimšanas dienu pašreizējās telpās atzīmēja Daugavpils reģionālās slimnīcas Bērnu nodaļa. Gadu gaitā tā ir ievērojami attīstījusies un var sniegt mazajiem pacientiem plaša profila palīdzību.

Par bērnu veselību runājam ar nodaļas pediatri Ilzi Kucinu.

– Kā jūs izvēlējāties pievērsties tieši pediatrijai?

– Par ārstu vēlējos kļūt, kad pati bērībā ārstējos slimnīcā. Laikam tā bija pozitīva pieredze. Sākot medicīnas studijas, pediatrija nebija mana izvēle. Taču lielu lomu spēlēja tas, kādus pasniegumus satiecu studiju laikā. Kopumā mans profesijas izvēles ceļš ir bijis harmonisks. Dzīve aizveda līdz pediatrijai.

– Kas praktiskā darba gadu laikā mainījies priekšstatos par pediatra profesiju?

– Man patīk šis darbs. Es eju uz darbu ar prieku, lai arī bieži vien ir grūti. Darbs nodaļā, negulētas naktis, dažādi pacienti. Pēc tam jādodas mājās, jāspēlējas ar saviem bērniem, jābūt mammai. Viss, kas notiek darbā, jāatstāj aiz muguras.

– Kādu medicīnisko palīdzību mazajiem pacientiem sniedz Daugavpils reģionālajā slimnīcā?

– Mums ir Bērnu nodaļa ar bērnu ķirurģijas gultām. Tā izveidota ar Pasaules bankas finansējuma piesaisti. Nodaļa nodrošina neatliekamo un plānveida palīdzību visu diennakti bērniem no dzimšanas līdz 18 gadu vecumam, ārstējot elpošanas sistēmas slimības, gremošanas, asinsrites sistēmas slimības, nervu sistēmas un maņu orgānu slimības, endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības, asins un asinsrades orgānu slimības, skeleta, muskuļu un saistaudu slimības, uroģenitālās sistēmas slimības, alerģiskās slimības un reakcijas, noteiktus perinatālā perioda stāvokļus, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas, deguna, kakla un ausu slimības.

Tiek veiktas vēdera dobuma konvencionālas operācijas, vēdera priekšējās sienas trūces operācijas, mīksto audu un kaulaudu sastrutojuma operācijas, visa veida kaulu lūzumu osteosintēzes (tostarp mazināšanas), termisko apdegumu ārstēšana (līdz 10 procentu platībā), mīksto audu un kaulaudu labdabīgu veidojumu plānveida operācijas un citas.

Nepieciešamības gadījumā nodaļas pacientiem veic visāda veida diagnostiskos izmeklējumus.

– Kādu diagnožu pacienti visbiežāk ārstējas slimnīcā Bērnu nodaļā?

– Bieži ir sastopamas elpceļu infekcijas (bronhīts, pneimonijs, bronhiālās astmas paasinājumi u.c.). Ļoti daudz mūsu nodaļā nonāk ar sūdzībām par sāpēm vēderā, arī somatiskajiem traucējumiem, kad neatrodam nekādus objektīvus sāpju cēloņus. Bieži pacientiem ir saindēšanās, traumas, problēmas ar urīnceļiem. Mātes ar mazuļiem nāk konsultēties par bērnu barošanas traucējumiem, nepietiekamu pieņemšanos svarā. Ir daudz pacientu, kuriem ir trauksme, dažkārt arī bērni pēc pašnāvības mēģinājuma. Turklāt šo gadījumu skaits ļoti strauji aug. Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā Rīgā tas ir īpaši jūtams, un arī Daugavpili ir vērojama šāda tendence. Ja bērns ir veicis paškaitējumu, viņš uzturas pie mums līdz brīdim, kad stāvoklis tiek stabilizēts un ir droši viņu virzīt tālākai ārstēšanai psihoneiroloģiskajā slimnīcā. Taču tālākai terapijai ir nepieciešama gan

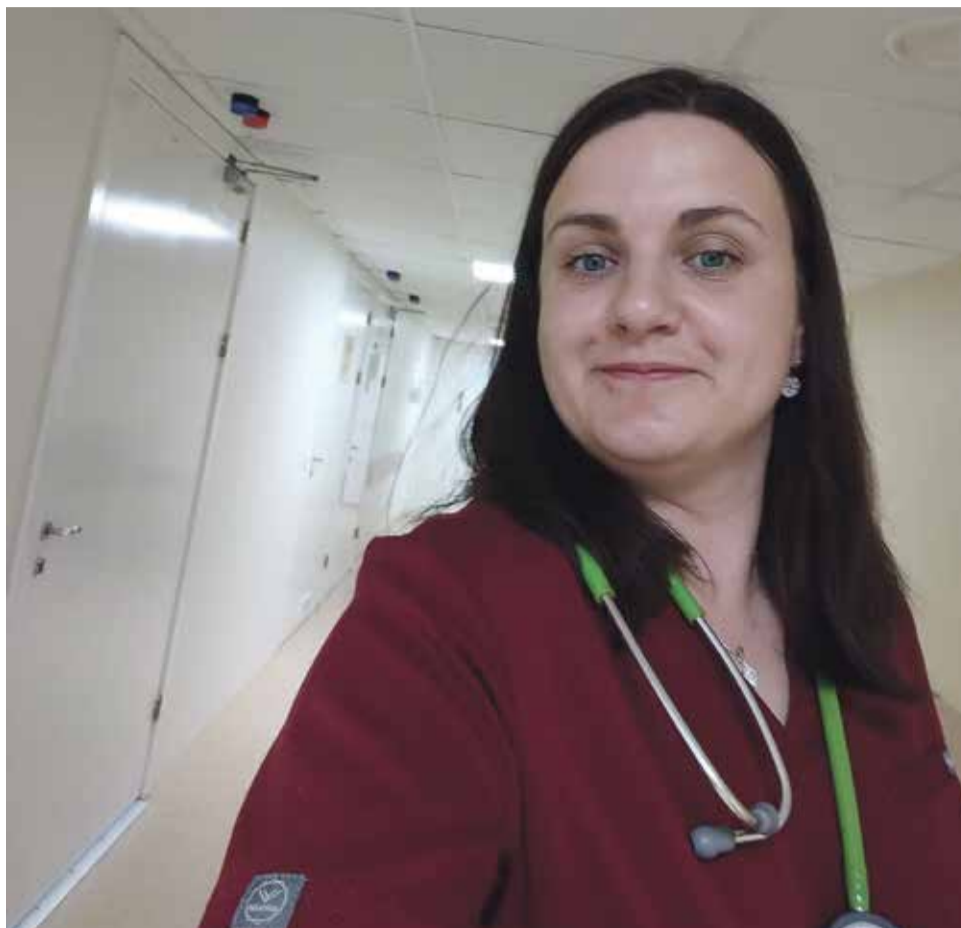


Foto: No Ilzes Kucinas personīgā arhīva

Ilze Kucina: «Nodaļā sniedz palīdzību arī mazajiem onkoloģisko slimību pacientiem. Viņi ārstējas Bērnu slimnīcā, bet, ja starp ķīmijterapijas posmiem ir kāda akūta blakne vai problēma, to var risināt šeit. Ārsti strādā ciešā sadarbībā ar BKUS, un tas ģimenei atvieglo ārstēšanas procesu. Mazais pacients var būt tuvāk mājām.»

paša bērna, gan vecāku piekrišana. Slimnīcā ir arī Bērnu infekcijas slimību nodaļa. Līdz ar to, ja, piemēram, bērnam ir gripa, gastroenterīts, Covid-19, viņš nonāk tur.

– Nesen lasīju kādu rakstu, kurā tika vēstīts, ka ievērojami pieaudzis to bērnu skaits, kuri dažādu veselības problēmu dēļ neapmeklē skolu, bieži slimo. Kā jūs vērtējat bērnu veselību kopumā?

– Bērnu vidū ievērojami ir palielinājusies trauksme. Iespējams, tāpēc, ka vecāki ir daudz vairāk nodarbināti. Retāk ar bērniem mājās laiku pavada vecmāmiņas, jo viņas pašas vēl strādā, varbūt atrodas karjeras virsotnē, vēlas baudīt dzīvi. Ir gadījumi, kad bērns sūdzas par sāpēm vēderā tikai tāpēc, lai saņemtu tuvo cilvēku uzmanību. Tāpat situācijai ir psihoemocionāli cēloņi. Šīs situācijas saistītas ar īslaicīgiem mācību kavējumiem. Citādi ir ar pusaudžiem. Ja viņi no tuviniekiem nesaņem pietiekamu atbalstu, sākas trauksme, depresija, slimošanas periodi kļūst ilgstošāki. Ir bērni, kuri mācās attālināti. Par šo tēmu vairāk varētu pastāstīt psihiatru.

– Varbūt savu lomu spēlē arī nesena pandēmijas laiks? Mācības skolās notika attālināti. Bērniem bija ierobežotas iespējas socializēties.

– Domāju, ka tas varēja ietekmēt, tomēr jau gan drīz divus gadus mācības izglītības iestādēs notiek klātienē. Socializācijas problēmas drīzāk varētu būt tādēļ, ka bērni ļoti daudz laika pavada virtuālajā vidē. Piemēram, ja nodaļā vienā istabā nonāk trīs meitenes, viņas viena otrai raksta *WhatsApp*. Nevis noliek telefonus malā, sarunājas, bet uztaisa čatiņu un sūta ziņas. Droši vien arī skolā tā notiek. Es domāju, ka par uzvedību, ar to saistītajām socializēšanās problēmām ir jārunā ar psihiatriem un psihologiem. Visā nevar vainot koronavīrusa pandēmiju, lai arī tā noteikti atstājusi savu ietekmi.

– Pēdējā laikā īpaši tiek uzsvērtas dažādas specializācijas ārstu sadarbības nozīme pacientu ārstēšanā. Kā jūs vērtējat sadarbību ar ģimenes ārstiem?

– Ģimenes ārsti ir ļoti dažādi. Pēc pieredzes mēs jau nereti zinām, kā vecākiem un bērniem ir gājis pie konkrēta ģimenes ārsta. Vai viņš vispār bērnu ir redzējis, varbūt ārstēšana tiek koordinēta pa telefonu, pacientu nemaz neapspat. Jā, pacientu ir daudz, taču ārstam ir jāizvērtē, ar kādu darba apjomu viņš spēj tikt galā. Katram ģimenes ārstam ir akūto pacientu stunda, bet varbūt ar to nepietiek un ir nepieciešams vairāk laika, lai klātienē pieņemtu visus, kuriem tas nepieciešams. Dažkārt pie mums nonāk slimnieki, kuriem vienā slimības epizodē ir vairākkārt nozīmētas antibiotikas, bet viņi savu ģimenes ārstu nav pat redzējuši. Sarežģītas situācijas veidojas, kad atved bērnu no laukiem, kur ģimenes ārsts pieņem reizi nedēļā. Ja ģimenei nav iespēju pašiem nokļūt pie ārsta, ģimenes ārsti arī maziem bērniem mēdz atteikt mājas vizītes, un vecāki cenšas tikt galā, kā nu prot. Diemžēl dažkārt pie mums atved ne tikai slimus, bet jau kritiski slimus bērnus.

– Vai ir viegli panākt, lai vecāki ieklausītos ārsta teiktajā? Vai bieži nākas viņus «audzināt»?

– Tas ir darbs, kam vairāk pievēršas ģimenes ārsti. Mani pienākumi pamatā ir saistīti ar akūtiem slimniekiem nodaļā. Ja redzu veselības problēmu, kam netiek pievērsta pietiekama uzmanība, mēs to kopīgi pārrunājam. Ja redzu, ka varu pacientam kaut ko ieteikt, es to vienmēr pasaku un ierakstu izrakstā. Tā nav «audzināšana», drīzāk vecāku uzmanības pievēršana problēmām. Katram vecākam bērniņš ir mīļš tāds, kāds viņš ir. Dažreiz gribas viņu vairāk palutināt, dot atlaides. Vienmēr, apskatot bērnu, pievērsu uzmanību zobiem un iesaku aiziet pie zobu higiēnista. Daudzi vecāki nezina, ka to reizi gadā

vajadzētu apmeklēt jau no divu gadu vecuma un bērnam šis pakalpojums ir valsts apmaksāts. Ja par vakcināciju, – akūtas bērna ārstēšanas posmā es necentīšos mainīt vecāku domāšanu, jo tas konkrētajā brīdī nekādi nepalīdz. Noskaidrošu vecāku viedokli, izskaidrošu vakcinācijas nozīmīgumu. Preventīvais darbs ir jāveic ģimenes ārstiem.

– Ko noteikti vajadzētu zināt vecākiem, kuru bērns ir nonācis slimnīcā?

– Ja tas notiek akūti, vecākiem ir bažas par kaut ko nopietnu, tad viņi paņem personu apliecinošu dokumentu, sauc neatliekamo medicīnisko palīdzību un kopā ar bērnu brauc uz slimnīcu. Ja kaut kas pēkšņi notiek tad, kad bērns nav kopā ar vecākiem, labi, ja līdz brauc kāds pieaugušais, piemēram, drauga vecāki vai audzinātājas. Bērns tā noteikti jutīsies drošāk. Ja vecāki dodas ceļojumā un atstāj bērnus ar vecvecākiem vai radniekiem, obligāti ir jānoformē bērna pārstāvība ar notariāli apliecinātu pilnvaru. Arī vasaras brīvdienām tā lieliski noderēs. Mums nav tiesību sniegt informāciju par bērnu personai, kas nav vecāki, kā arī bērnu no stacionāra nevar izņemt omīte vai krustmāte, ja iepriekš kāds no vecākiem mums to nav klātienē apliecinājis. Bez šādas pilnvaras nav arī tiesību lemt par bērna ārstēšanu. Tādos gadījumos visu izlemj ārstu konsilijā, līdz brīdim, kamēr ierodas vecāki.

– Ļoti daudz tiek runāts par ārstu trūkumu ārstniecības iestādēs. Vai jūsu nodaļā trūkst medicīnas personāla?

– Ambulatorajā darbā ir vajadzīgi speciālisti, bet mūsu nodaļā pašlaik ārstu netrūkst. Pie mums strādā četri pediatri, divi bērnu ķirurģi, otolarinģologi, ir bērnu neirologs, neonatologs un endokrinologs. Sarežģītos gadījumos sūtām pacientu uz Bērnu klīnisko universitātes slimnīcu (BKUS) Rīgā. Nodaļā sniedz palīdzību arī mazajiem onkoloģisko slimību pacientiem. Viņi ārstējas BKUS, bet, ja starp ķīmijterapijas posmiem ir kāda akūta blakne vai problēma, to var risināt šeit. Ārsti strādā ciešā sadarbībā ar BKUS, un tas ģimenei atvieglo ārstēšanas procesu. Mazais pacients var būt tuvāk mājām.

– Kā, jūsuprāt, nodaļai vajadzētu attīstīties tuvākā un tālākā nākotnē?

– Nodaļā mēs cenšamies sekot visai jaunākajai informācijai, piedalāmies konferencēs un kongresos. Šajā pavasarī braukšu uz *European Academy of Paediatrics Mastercourse 2024*, kur arī pati uzstāšos, turpinu zinātnisko darbību. No darba devējiem un kolēģiem saņemtu atbalstu, lai varētu papildināt zināšanas un pilnveidoties.

Pēc darba BKUS uzsākot strādāt Daugavpils slimnīcā, paņēmu līdzīgu ideju par «Drosmes kastīti», ko veiksmīgi ar līdzilvēku atbalstu uzsākām realizēt 2023. gada nogalē. Ceru, ka šis mūsu projekts turpinās saņemt atbalstu gan tuvākā, gan tālākā nākotnē. «Drosmes kaste» ar tās pārsteiguma, iedrošinājuma un uzslavas balvām ir burvju lidzeklis, kas mazajiem pacientiem mazina bailes no gaidāmajām procedūrām un sniedz pozitīvas emocijas. Sabiedrības, organizāciju un uzņēmēju ziedojumi «Drosmes kastei» ir ļoti svarīgi, jo palīdzēs nodrošināt atbalstu mazajiem drosmīniekiem visu gadu, ne tikai Ziemassvētku laikā.

Savukārt tālākā nākotnē, manuprāt, ir visi priekšnoteikumi, lai Daugavpils reģionālās slimnīcas Bērnu nodaļa kļūtu par Latgales reģiona Pediatrijas centru, jo jau tagad pie mums nonāk bērni no Rēzeknes, Ludzas un pat Gulbenes novadiem. Samazinoties dzimstībai valstī, īpaši reģionos, šādi varētu nodrošināt labāko medicīnisko palīdzību, koncentrējot speciālistus vienuviet.

Lai cistīts neliiek skraidīt!



Canephron®

- Ārstē cistītu
- Mazina dedzināšanas sajūtu urinējot
- Mazina sāpes

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

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

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

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI!



Ērču encefalīts
var bojāt Jūsu smadzenes.
Nav specifisku zāļu
slimības ārstēšanai.



VAKCINĒJIETIES LAICĪGI!