

Tauta un Veselība



GAIDĀM UZLABOJUMUS

Nacionālais vēža plāns paredz samazināt saslimstību un mirstību no vēža, taču pagaidām tā vēl joprojām ir augsta. 8.–9. lpp.



DOMĀ UZ PRIEKŠU

Kāpēc dažādu smagu slimību pacientiem būtu svarīgi saglabāt savu ģenētisko materiālu nākotnei. 20.–21. lpp.

Par maz



Pretvēža zāles Latvijā 2018. gadā veidoja 23 % no vēža pacientu aprūpes tiešajām izmaksām, kas ir mazāk nekā ES vidēji, proti, 30 %.

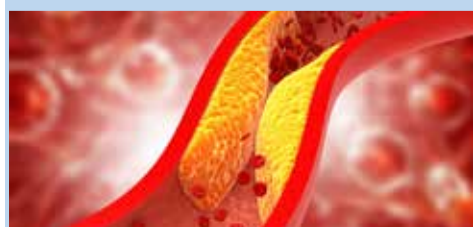
Avots: OECD (2023), Valstu vēža profili: Latvija 2023

Foto: Shutterstock

CITĀDS SKATS

Bez maldiem – par holesterīnu.

3. lpp.



PLAUŠU VĒZIS

Atklāt varētu palīdzēt skrīnings.

10.–11. lpp.



MAZINĀT CIEŠANAS

Ko dara paliatīvās aprūpes komanda.

17. lpp.



PLAŠĀKAS IESPĒJAS

Ārstējot diabētu, ārstē arī sirdi.

26. lpp.



Rūpes par veselību – tas ir ikdienas darbs

EVITA HOFMANE

Salīdzinot ar situāciju citviet Eiropā, Baltijas valstīs sirds un asinsvadu slimības ir daudz izplatītākas. Reģions ir ļoti augsta riska grupā, tāpēc ir īpaši svarīgi domāt par veselīgu dzīvesveidu un profilaksi.

Ar ģimenes ārstu **Aini Dzalbu** runājam par kardiovaskulāro slimību profilaksi, darbu ar pacientiem un mūsdienīgām ārstēšanas iespējām.

– **Kardioloģijas tēma vienmēr bijusi aktuāla. Un šķiet, ka par to būs jārunā atkal un atkal.**

– Beidzamajos pāris gados priekšplānā bija izvirzījās infekcijas slimības, taču sirds un asinsvadu slimības nav kļuvušas mazāk svarīgas un prasa pastāvīgu uzraudzību. Gan Latvijā, gan pasaulē sirds un asinsvadu slimību riski arvien pieaug. Saistībā ar to ģimenes medicīnā daudz tiek runāts par sirds slimību profilaksi, riska faktoru ietekmes mazināšanu. Vieni no galvenajiem riska faktoriem ir paaugstināts asinsspiediens un paaugstināts holesterīna līmenis. Arī neveselīgs dzīvesveids ietekmē sirds slimību izplatību populācijā.

Jāteic, ka Covid-19 pandēmijas laikā bija pacienti, kas pazuda no ģimenes ārsta redzesloka, arī daļa no tiem, kuri sūdzējās par paaugstinātu asinsspiedienu un kuriem bija paaugstināts holesterīna līmenis.

Sekas neizpaliek. Paaugstināts insultu un infarktu risks, stenokardija un citas sirds un asinsvadu slimības ir ļoti aktuālas.

– **Kā jūs raksturotu situāciju sirds un asinsvadu slimību jomā Latvijā?**

– Latvija vienmēr ir bijusi vieta, kur ir ļoti augsts sirds un asinsvadu slimību, tostarp insulta un infarkta, attīstības risks un izplatība. To nosaka gan ģenētiskie, gan dzīvesveida faktori. Tāpēc, lai mazinātu to izplatību un laikus uzsāktu ārstēšanu, sirds un asinsvadu slimību riska faktoru un pašu slimību atpazīšana ir ārkārtīgi būtiska. Šobrīd var teikt, ka Covid-19 pandēmija ir sekmējusi šo slimību attīstību un izplatību.

– **Vai ir vērojama atšķirība starp sievietēm un vīriešiem saslimstībā ar kardiovaskulārajām slimībām?**

– Pastāv. Par to liecina arī sievietes un vīriešu dzīvildzes statistika mūsu valstī. Sievietes vidēji dzīvo desmit gadus ilgāk nekā vīrieši. Vīriešus sirds slimības piemeklē krietni agrāk – jau 45–50 gadu vecumā ir augsts sirds asinsvadu notikumu risks. Kardiologi noteikti varētu pastāstīt vēl par citām



Foto: No Aina Dzalba personīgā arhīva

Ainis Dzalbs:
«Gan Latvijā, gan pasaulē sirds un asinsvadu slimību riski arvien pieaug. Saistībā ar to ģimenes medicīnā daudz tiek runāts par sirds slimību profilaksi, riska faktoru ietekmes mazināšanu. Vieni no galvenajiem riska faktoriem ir paaugstināts asinsspiediens un paaugstināts holesterīna līmenis.»

atšķirībām šajā jomā, bet tas, ko es kā ģimenes ārsts varu pateikt, – vīriešiem sirds un asinsvadu slimības kļūst aktuālas jau agrīnā vecumā. Tāpēc jau agrīni ir ļoti aktuāla kardiovaskulāro slimību profilakse.

– **Ko nozīmē jēdziens «profilakse» sirds un asinsvadu slimību gadījumā?**

– Pats būtiskākais ir veselīgs dzīvesveids. Tas ir pamatu pamats, kam ir vislielākā ietekme uz sirds veselību. Ja mēs paskatāmies paši uz sevi un uz valsts iedzīvotājiem kopumā, tad var konstatēt, ka riska faktori ir izplatīti. Pēc novērojumiem, aptaujām, pētījumu datiem jau vairāku gadu desmitu garumā, daudziem cilvēkiem ir mazkustīgs dzīvesveids, palielināts ķermeņa masas indekss. Nelabvēlīgi veselību ietekmē smēķēšana un pārmērīga alkohola lietošana. Arī virkne citu faktoru veicina slimību izplatību. Ļoti daudz mēs varam ietekmēt, mainot dzīvesveidu un uztura paradumus. Ziemeļvalstīs ir garas ziemas, nav tik lēti pieejami svaigi augļi un dārzeņi. Mums joprojām ir raksturīgs augsts sāls un tauku patēriņš, kas arī ietekmē sirds un asinsvadu veselību. Pēdējos 10–15 gados ir būtiski mainījusies mūsu ēdienkarte. Pieaugusi ātrās ēdināšanas popularitāte. Daudziem tā kļūvusi par ikdienas uzturu, kas arī negatīvi ietekmē veselību. Profilakses jomā dzīvesveids ir pats svarīgākais. Nākamais ir sirds un asinsvadu slimību atpazīšana, kas arī darbojas kā profilakse. Ļoti būtiski ir savlaicīgi diagnosticēt paaugstinātu asinsspiedienu, zināt savu holesterīna līmeni un sekot līdzi svaram.

– **Vai un kā pēdējo gadu laikā ir mainījusies rekomendācijas un ārstēšanas vadlīnijas kardioloģisko pacientu aprūpē?**

– Vadlīnijas ar katru gadu kļūst arvien stingrākas. Ja paskatāmies, kādas pēdējo divdesmit gadu periodā ir bijušas normas, piemēram, attiecībā uz holesterīna līmeni, redzam, ka ar katru jaunu

vadlīniju iznākšanu tās kļūst arvien zemākas. Arvien izteiktāk zinātniskajos pētījumos redzam, ka paaugstināts holesterīna līmenis ir nozīmīgi saistīts ar paaugstinātu sirds un asinsvadu slimību akūto notikumu risku. Mēs redzam, ka tiem pacientiem, kuriem ilgstoši izdodas saglabāt asinsspiedienu un holesterīna normas robežās (arī ar medikamentu palīdzību), ilgtermiņa rezultāti ir ļoti labi. Pacientiem, kuri ir līdzestīgi, cenšas ievērot dzīvesveida rekomendācijas, mazinās insulta un infarkta risks. To mēs redzam savā praktiskajā darbā.

– **Iedomāsimies situāciju: cilvēks jūtas labi, viņam nav būtisku sūdzību par veselību, taču analizēs tiek atklāts, ka holesterīna līmeņa rādītāji ir virs normas, arī asinsspiediens periodiski ir paaugstināts. Ģimenes ārsts nozīmē vairākus medikamentus un piekādina tos lietot regulāri, katru dienu. Vai tas nozīmē, ka cilvēks jau ir ļoti slim un zāles būs jālieto visu mūžu?**

– Pēdējos gados gan pasaulē, gan Latvijā mēs cenšamies darboties proaktīvi un profilaktiski. Mēs uzrunājam pacientus arī tad, ja viņiem nav sūdzību, un īstenojam dažādas valsts apmaksātas programmas. Piemēram, ir sirds un asinsvadu slimību agrīnas diagnostikas programma un cukura diabēta diagnostikas programma, uz kurām sūtām arī pacientus, kuriem sūdzību nav. Konstatējot riska faktorus, piemēram, paaugstinātu ķermeņa masas indeksu, paaugstinātu asinsspiedienu vai holesterīna rādītājus, mēs piedāvāsim šiem pacientiem terapijas iespējas, kas ne vienmēr būs tikai dzīvesveida korekcija, bet arī medikamenti. Pacients var justies vesels, taču laboratoriskajos izmeklējumos mēs redzam izmaiņas. Ir būtiski mainīt priekšstatus par slimību profilaksi un pieeju sirds un asinsvadu slimību profilaksei. Sākt ārstēt paaugstinātu holesterīnu

tad, kad ir noticis infarkts vai insults, ir mazliet par vēlu. Protams, tas ir jādara, bet notikums jau ir bijis. Mēs gribam novērst vai vismaz maksimāli attālināt šos notikumus. Tāpēc nav nekāds brīnums, ka vīriešiem vai sievietēm 40 gadu vecumā nozīmējam medikamentus holesterīna līmeņa korekcijai. Lielākais ieguvums ir tāds, ka pacientam, kuram ir augsts sirds un asinsvadu slimību risks, koriģējot rādītājus un samazinot riskus, tiek novērsta infarkta un insulta varbūtība. Tādā veidā tiek pagarināta pacienta dzīvildze. Līdzīgi kā cukura diabēta vai bronhiālās astmas gadījumā, tas prasa ilgtermiņa uzraudzību. Tāpēc teikšu: jā, šie medikamenti ir lietojami ilgtermiņā. Mēs uzreiz neapgalvojam, ka zāles būs jālieto visu mūžu. Mēs sakām, ka terapija ir ilgstoša. Pacientam ir jāsaprot, ka medikamenti darbojas kādu laiku, piemēram, asinsspiedienu pazeminošās zāles darbojas vienu diennakti, bet augsts asinsspiediens jau ir katru dienu. Tāpēc ir svarīgi medikamentus lietot katru dienu, lai panāktu to, ka asinsspiediens regulāri ir atbilstošs normai. Ieguvums no asinsspiediena un holesterīna korekcijas parādās tikai ilgtermiņā. Rādītājiem ir jābūt atbilstošiem mēnešiem un gadiem ilgi. Tad mēs varam iepriecināt pacientus, ka viņu sirds un asinsvadu slimību attīstības riski ir zemāki.

– **Lūdzu, nedaudz sīkāk pastāstiet par sirds un asinsvadu slimību agrīnas diagnostikas programmu.**

– Tajā tiek izmantota SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation* – sistemātiska koronārā riska noteikšana) metode, kas prognozē fatālu kardiovaskulāru notikumu risku tuvāko desmit gadu laikā cilvēkiem vecumā no 40 līdz 65 gadiem. 40 gadu veciem pacientiem nosakām glikozes līmeni asinīs, lipīdus ar frakcijām, taisām kardiogrammu, nosakām nieru bioķīmiskos rādītājus. Ir svarīgi izvērtēt individuālos riska faktorus, piemēram, iedzimtību, smēķēšanu u.c. Ņemot vērā secinājumus, ārsts nozīmē papildu izmeklējumus (veloergometrija, ehokardiogrāfija, galvas asinsvadu doplerogrāfija u.c.).

– **Plānotā ārstēšanas rezultāta sasniegšanā ļoti nozīmīgs faktors ir pacienta līdzestība. Kādi ir ieguvumi, ja ārsts ar mērķi uzlabot pacientu līdzestību terapijai hipertensijas slimniekiem nozīmē nevis atsevišķus medikamentus, bet vienas tabletes kombinācijas?**

– Sievietes parasti ir līdzestīgākas, bet ir arī vīrieši, kuriem ir ap 45 un kas regulāri lieto holesterīnu pazeminošos medikamentus. Šo pacientu dzīves kvalitāte un dzīvildze ir labāka nekā tiem, kuri medikamentus nav lietojuši. Ģimenes ārstiem ir izveidojusies pārlicība par to, cik svarīgi ir koriģēt riska faktorus. Tāpēc mēs daudz runājam ar saviem pacientiem, pārlicinām un motivējam. Katram cilvēkam ir nepieciešama individuāla pieeja gan sarunā, gan profilakses un ārstēšanas izvēlē. Ir pieejamas dažādas medikamentu kombinācijas, tostarp vienas tabletes kombinācijas, kas ir ļoti veiksmīgs risinājums. Pēdējos gados bieži izvēlamies kombinēto terapiju – vienā tabletē apvienotas vairākas aktīvās vielas (pret paaugstinātu asinsspiedienu un holesterīnu). Tas atbilst mūsdienīgas ārstēšanas vadlīnijām un ir labāks risinājums. Taču savu pozitīvo efektu zāles parāda tikai tad, ja pacients ir līdzestīgs un lieto tās ilgtermiņā.

Tauta un Veselība

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

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

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

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

Tauta un Veselība izdošanu atbalsta:



Atmetiet mītus un stereotipus par holesterīnu!

KETA SELECKA

Kā zināms, holesterīns var būt gan labs, gan slikts. Augsta blīvuma holesterīns ir labs, bet zema un ļoti zema blīvuma, par kuru reti kurš vispār ir dzirdējis, – slikts. Un šis sliktais holesterīns ir viens no sirds un vaskulāro jeb asinsvadu slimību riska faktoriem, ko varam novērst vai vismaz samazināt.

Ģimenes ārsts **Valērijs Valdmanis** atzīst, ka paaugstināts sliktais holesterīna līmenis ir milzu problēma, taču svarīgi pacientiem par to sniegt zinātniski pamatotu informāciju un uz tās balstīt ārstēšanu.

– Vai jūsu praksē to pacientu skaits, kam ir kardiovaskulārās jeb sirds un asinsvadu slimības, pieaug vai paliek nemainīgs?

– Pirms sākam sarunu, gribu teikt, ka holesterīns pēc būtības nav ne labs, ne slikts, bet gan nepieciešams. Lielāko daļu holesterīna organisms sintezē pats, un būtu aplami uzskatīt, ka organisms rada indi, ar ko sevi iznīcināt. Nelielu daļu holesterīna uzņemam arī ar uzturu, bet tas nav vienkārši, jo no pārtikas produktiem holesterīns tiek uzņemts negribīgi. Galvenās holesterīna atšķirības nosaka nevis pats tauku pikucītis, bet gan, ja var tā teikt, nesējs jeb «iepakojums». Zema blīvuma holesterīns (ZBL) transportē taukus no aknām uz šūnām, nodrošinot ļoti daudz labu funkciju, tostarp, veidojot šūnu membrānas, un arī, piemēram, piedalās D vitamīna sintēzē. Savukārt augsta blīvuma holesterīns (ABL), vienkāršoti sakot, savā funkciju izpildījušo ZBL un novada atpakaļ aknās, veic pretiekaisuma un asinsvadu attīrošo darbu. Augsta blīvuma holesterīns ir liela, blīva molekula, kas nekur daudz nevar iespraukties, bet zema blīvuma holesterīns spēj iespraukties dažādās spraudziņās un rada veselības problēmas, tur uzkrājoties.

Tagad par jūsu uzdoto jautājumu. Uz to nevar tik vienkārši atbildēt. Pirmkārt, pašlaik pacientiem smagi infarkti, kādi bija agrāk, vismaz manā praksē ir salīdzinoši reti. Liels darbs ir ieguldīts profilaksē, un ir pieejami medikamenti, ko pacienti var saņemt un lietot. Neraugoties uz nepilnīgu, es teiktu pat trūcīgu, veselības aprūpes finansējumu, Baltijas valstu vidū kardiologi un īpaši invazīvā kardioloģija ir spējusi pozitīvi ietekmēt kopējo tendenci.

Otrkārt, insultu skaitu diemžēl nav izdevies samazināt, un tas tuvākajā nākotnē ir un būs lielākais izaicinājums. Kā zināms, lielai daļai insultu ir cieša saistība ar sirds un asinsvadu sistēmas slimībām, taču ne vienmēr. Piemēram, ne visiem insulta pacientiem ir arī sirds išēmiskā slimība, kuras biežākais cēlonis ir ateroskleroze jeb holesterīna izgulsnēšanās artērijās. Pastāv arī smadzeņu asinsrites problēmas, kuru provocējošie faktori ir, piemēram, alkohols. Vēl viens piemērs – nereti insults ir mirdzaritmijas sekas, kad sirds strādā nepareizā ritmā. Taču mirdzaritmijas (ātriju jeb priekškambaru fibrilācija) iemesls ne vienmēr ir hroniskas sirds un asinsvadu slimības. Tas var būt smagas pneimonijas vai miega apnojas (elpošanas apstāšanās miegā) pavadoņi.

Treškārt, ar sirds un asinsvadu slimībām slimo arvien jaunāki pacienti, un te būtu lietderīgi veikt pētījumus, lai saprastu, kāpēc tā notiek.

– Dzīvojam tādā laikā, kad pieejama plaša informācija par to, kā samazināt sirds un asinsvadu slimību risku. Vai šo slimību profilaksei pietiek ar veselīgu dzīvesveidu – sabalansētu ēšanu un regulārām fiziskajām aktivitātēm?



Valērijs Valdmanis: «Ja pacienta holesterīna līmenis ir kritiski augsts, tad nekādi uztura bagātinātāji nepalīdzēs. Šādam pacientam vajag profesionālu terapiju ar receptu medikamentiem.»

– Diemžēl plašsaziņas līdzekļos un sociālajos tīklos ir ļoti daudz nepatiesas informācijas. Piemēram, maldīgs ir apgalvojums, ka ēšanas paradumi vienmēr var ietekmēt holesterīna līmeni asinīs. Iedzimtās jeb ģimenes hiperholesterinēmijas gadījumos pacientam agrīni ir paaugstināts holesterīna līmenis asinīs, tajā skaitā ZBL. Šajā gadījumā holesterīnu pazeminošā terapija būtu jāsāk lietot, sākot no 8–10 gadu vecuma, bet diemžēl tā tiek visbiežāk diagnosticēta tikai 30–40 gadu vecumā. Paaugstināts holesterīna līmenis ir milzu problēma, tādēļ es ieguldu daudz pūļu un laika, pacientiem skaidrojot, kāpēc viņiem ir jālieto izrakstītie pretholesterīna medikamenti.

Runājot par fiziskajām aktivitātēm, – savā praksē bieži saskaras ar problēmu, ka tiem pacientiem, kuriem ir sūdzības par veselību, ir ļoti depresīvs noskaņojums, līdz ar to viņi negrib veikt nekādus izmeklējumus, negrib lietot medikamentus un darīt kaut ko, lai situāciju uzlabotu. Ir daudz senioru, kuri vispār negrib dzīvot. Līdz ar to mana kā ģimenes ārsta enerģija un laiks vispirms jāvelta tam, lai pārrunātu problēmu kopumu, mēģinot viņus motivēt, atjaunot interesi par dzīvi, savu veselību. Un daudziem ir vienalga, kad stāstu par veselīgu ēšanu, jo liela daļa no viņiem ir trūcīgi cilvēki – ne pēc oficiālā statusa, bet pēc būtības – un vienkārši nespēj dzīvot tā, kā iesaka ārsts. Brīžiem gribas raudāt, kad stacionārs ārsts izrakstā nabadzīgam vecam cilvēkam ieraksta rekomendāciju – lietot Vidusjūras diētu... Starp citu, daudzi no viņiem ir tieši sirds un asinsvadu slimību riska grupā. Šī vairs nav medicīniska, bet sociāla problēma. Jā, holesterīna līmeni var iespaidot ar pareizu ēšanu un aktīvu dzīvesveidu, bet tikai ļoti nosacīti, tāpēc man kā ģimenes ārstam nereti nav iemesla pacientam pārmest, piemēram, par nepilnvērtīgu ēšanu, jo viņš ēd to, ko var atļauties. Runājot par ikdienas paradumiem, jāatzīst, ka mūsdienās cilvēkus visvairāk degradē viedierīču ilgstoša lietošana. Tā ir atkarība, ar ko jācinās un kas palielina risku saslimt ar sirds un asinsvadu slimībām nākotnē. Jā, holesterīnam ir cieša saistība ar kardiovaskulārajām slimībām, taču jāsaprot, ka pamatlietām – ar kustēšanos.

Domājot par to, kā uzlabot situāciju un nodrošināt vairāk kustību saviem pieaugušajiem pacientiem, es savā praksē sadarbojos ar fizioterapeitu,

kurš pacientam parāda, kā bez zālēm atgūt kustību iespēju, kā kustēties pareizi utt. Pricējās un kā piemēru citiem minu tos savus pacientus, kuri nūjo, apmeklē deju nodarbības u.tml. Vienmēr ir iespēja kaut ko lietot labā darīt, lai uzlabotu savu veselību.

– Lūdzu, atgādiniet, kāda ir holesterīna rādītāju norma?

– ZBL norma 3 mmol/L noteikti ir jārespektē. Un jāņem vērā, ka šis zema blīvuma holesterīna rādītājs daļā gadījumu var kļūt par paaugstinātu rādītāju, jo kardiologi runā par 1,4–1,6 mmol/L normu pacientiem, kuriem ir paaugstināts risks saslimt ar kardiovaskulārajām slimībām vai tās jau ir radušās.

– Kādu kaitējumu holesterīns nodara veselībai?

– Galvenokārt, runājot par holesterīna negatīvo «darbu», jāatzīmē, ka mēs runājam par ZBL spēju pielipt un fiksēties uz asinsvadu iekšējām virsmām, veidojot masu, kura ap sevi piesaista arvien vairāk holesterīna, pakāpeniski sašaurinot asinsvadus un apgrūtinot asins plūsmu vai to pilnībā pārtraucot. Te gribu uzsvērt, ka ir ne tikai zema, bet arī ļoti zema blīvuma holesterīns, par ko, manuprāt, pārāk maz tiek runāts. Šo ļoti zemā blīvuma holesterīnu (LZBH) mēs isti neprotam ne noteikt, ne ārstēt. Par tā daudzumu organismā var spriest pēc triglicerīdu līmeņa. Aptuveni 60 procenti triglicerīdu ir LZBH. Tie ir liekie tauki, bez kā organisms var iztikt. Es tiem pacientiem, kuriem ir paaugstināts triglicerīdu jeb tā saukto bistamo tauku līmenis, parasti saku, ka jābeidz ēst šprotas eļļā un žāvētās vistas, jo triglicerīdu līmenim patiešām ir liela saistība ar uzturu, ko pacients lieto. Savu ietekmi uz šo rādītāju atstāj arī saldējums, majonēze, zosu un aitu tauki, kā arī citi treknie produkti, bez kuriem cilvēks tīri labi var iztikt. Tātad nevar visus holesterīnus samest vienā maisā un teikt, ka visiem pacientiem der viena terapija. Augsta un zema blīvuma holesterīnam, ko protam noteikt un arī ārstēt, ir maza vai nekāda saistība ar uzturu. Bet ļoti zemā blīvuma holesterīns, ko tiešā veidā nevaram noteikt un neprotam ārstēt, ir cieši saistīts ar mūsu ēšanas paradumiem. Jāuzsver, ka abām iepriekš minētajām pacientu grupām fiziskās kustības un mērenība ēšanā, izvairoties, piemēram, no eļļā vāriem vai karsti kūpinātiem produktiem, veicina stāvokļa uzlabošanu.

Problēma ir tā, ka ne visi pacienti var kustēties, ne visi var kustēties pareizi vai ilgstoši, piemēram, tie, kuriem ir dažādas gūžu un locītavu kaites, neiroloģiskas saslimšanas. Tad pacientam iesaku konsultēties ar rehabilitologu un/vai fizioterapeitu, kas palīdz saprast, kādas kustības viņam ir nepieciešamas, ko viņš fiziski var izdarīt utt.

– Kāpēc vienam nekad nav problēmu ar sliktā holesterīna līmeni asinīs, bet citam ar tieši tādu pašu dzīvesveidu tas ir paaugstināts jau jaunības gados un tam jāseko līdzīgu visu mūžu?

– Jāatzīst, ka par holesterīnu joprojām ir daudz nezināmā un neizpētītā. Kad pagājušā gadsimta 80. gados par holesterīnu sāka runāt, viens no uzskatiem bija, ka holesterīna plāksnītes jeb ziepājaini taukainais materiāls uzklājas tai asinsvadu iekšējās sienīgas daļai, kas visbiežāk ir bojāta brīvo radikāļu ietekmē. Brīvie radikāļi, kā zināms, ir radiācija, dažādas ķīmijas, smēķēšana u.c. Bet vai tā ir taisnība, joprojām nav zināms, jo loģiski būtu – ja regulāri ēd treknu ēdienu, nedzīvo veselīgi, tad visiem asinsvadiem būtu jābūt izklātiem ar holesterīnu, taču tā nav. Ir cilvēki, kuriem ir liekā ķermeņa masa, bet pazemināts holesterīns, un ir tādi, kuriem ir tikai 30–40 gadu, kuri ir kalsni, bez liekās ķermeņa masas, taču viņiem ir ļoti augsts sliktais holesterīna līmenis. Tātad tas ir stereotips, ka paaugstināts sliktais holesterīns būs tikai dūšīgajiem un tiem, kas veselīgi ēd, jo tas ir paaugstināts arī tiem, kuri ēd veselīgi un sabalansēti.

– Kā ģimenes ārsts var palīdzēt pacientiem, kuriem ir augsts sliktais holesterīna līmenis? Vai ir situācijas, kad, domājot par sirds un asinsvadu slimību profilaksi, pietiek tikai ar uztura bagātinātājiem un bezreceptu medikamentiem un ārsta izrakstītos holesterīna līmeni pazeminošos medikamentus nemaz nevajag?

– Ja pacienta holesterīna līmenis ir kritiski augsts, tad nekādi uztura bagātinātāji nepalīdzēs, turklāt tie ir ļoti dārgi. Šādam pacientam vajag profesionālu terapiju ar receptu medikamentiem, kas, starp citu, ir salīdzinoši lēti.

– Holesterīna līmeni pazeminošajiem medikamentiem esot daudz blakņu. Vai tā ir taisnība?

– Jā, arī šiem medikamentiem, tāpat kā visiem citiem, ir blaknes, taču *sliktais* holesterīns organismam nodara lielāku kaitējumu par šiem zāļu blakusefektu. To izglītotais pacients zina un saprot. Parasti es pacientam vispirms izstāstu par ārstēšanas taktiku. Visbiežāk piedāvāju izdzert vienu medikamentu kursu un pārlicināties, vai šie medikamenti ir efektīvi. Kurss parasti ilgst trīs mēnešus. Atkarībā no tā, kāds ir efekts, mēs runājam par tālāko ārstēšanas taktiku – vai nu samazinām medikamenta devu, lai holesterīna līmeni uzturētu normas līmenī, vai vispār mainām terapiju. Katram pacientam es nosaku individuālu ārstēšanas taktiku, ņemot vērā daudzus un dažādus faktorus.

– Ja pēc ārsta norādījuma pacients sāk lietot medikamentus holesterīna līmeņa samazināšanai, vai tie jālieto visu mūžu?

– Nē, tas ir stereotips. Vienmēr ir jāņem vērā konkrētā pacienta situācija – kādas ir viņa blakusslimības, kā viņa veselību kopumā varētu ietekmēt ilgstoša pretholesterīna medikamentu lietošana utt.

Labāk, ja pacients iziet manis noteikto medikamentu pamatkursu un pēc tam cenšas turēties pie terapijas, nevis nedara neko, līdz jau uzreiz lieku dzert medikamentus maksimālās devās līdz mūža galam. Liela daļa pacientu tam nav gatavi un galu galā nedara vispār neko no ieteiktā.

Taču galvenais ir un paliek – ar pacientiem ir jārunā. Cilvēks ir tiesīgs saprast, kas un kāpēc tiek ieteikts.

Pieņemt katram pacientam labāko lēmumu

TOMS ZVIRBULIS

Laikā, kad no jauna ar bažām raugāties uz Covid-19 izplatību, pozitīvi notikumi vērojami sirds mazspējas ārstēšanā. Ar 1. septembri ir mainīta SGLT-2 inhibitoru kompensācijas politika. Tā paredz, ka pie noteiktiem nosacījumiem sirds mazspējas pacienti šos efektīvos medikamentus varēs saņemt ar valsts kompensāciju.

Sarunā ar kardiologu profesori Ivetu Mintāli noskaidrojām, kā izmaiņas kompensējamo zāļu sarakstā ietekmēs sirds mazspējas pacientu ārstēšanu un cik ilgā laikā varētu novērot pirmos būtiskos uzlabojumus pacientu ikdienā.

– Kādi varētu būt lielākie ieguvumi gan pacientiem, gan ārstiem pēc jaunajām SGLT-2 inhibitoru kompensācijas noteikumu izmaiņām?

– Zāļu pieejamība pēc kompensācijas izmaiņām ir kļuvusi daudz lielāka. Ja līdz šim zāles, kuru efektivitāte ir pierādīta gan pacientiem ar samazinātu, gan saglabātu izsviedes frakciju, mēs varējām izrakstīt tikai cukura diabēta slimniekiem, tad tagad tās varam ar kompensāciju izrakstīt arī sirds mazspējas pacientiem bez cukura diabēta. Zināmā mērā mēs šos medikamentus varam vairs nesaukt par cukura diabēta, bet gan sirds mazspējas zālēm. Tāpat, ņemot vērā, ka šīs zāles nav jāitirē, to lietošanu var uzsākt nekavējoties. Tāpat šos medikamentus var lietot plašās kombinācijās ar citām zālēm. Pozitīvo efektu mēs varam novērot faktiski uzreiz. Tiek uzlabota sirds funkcija, un uzlabojumi nav jāgaida mēnešiem vai gadiem. Tā ir revolūcija sirds mazspējas pacientiem. Pagaidām šīs zāles var izrakstīt tikai kardiologs. Ģimenes ārsts to darīt nevar, bet viņš noteikti var nosūtīt savu pacientu pie speciālista, ja rodas aizdomas par sirds mazspēju. Speciālists veiks nepieciešamos izmeklējumus un nozīmēs analīzes. Diemžēl daļa no tām vēl arvien no valsts puses netiek kompensēta. Tomēr arī šis jautājums tiek risināts, un tuvākajā nākotnē ir jābūt pozitīviem pavērsieniem. Tas ir svarīgi, jo ehokardiogrāfija un pašlaik par maksu pieejamās B tipa nātrijūrētiskā peptīda (BNP) un proBNP analīzes palīdz noteikt precīzu diagnozi, un tad mēs varam efektīvi pacientu ārstēt. Ja pacients pie kardiologa atnāk tikai ar ehokardiogrāfijas rezultātiem, tad ir jāveic arī analīzes. Tas nozīmē zaudētu laiku, kad viņš būtu varējis lietot jaunās zāles.

– Vai paši pacienti zina, ka viņiem svarīgi medikamenti tagad no valsts puses tiek kompensēti? Vai zināt gadījumus, kad cilvēki tos izvēlējušies iegādāties arī bez valsts kompensācijas?

– Visus pacientus, kuri nāk pie kardiologa un kuriem tas ir nepieciešams, mēs informējam par jaunumiem. Kurš pirmais šīs ziņas nodod pacientam, tas ir atkarīgs no speciālista, pie kura pacients ierodas vispirms. Ja cilvēks nokļūst stacionārā, tad tur viņam šīs zāles izraksta. Ja pacienti pie kardiologa nāk ambulatori, ir nepieciešami divi izmeklējumi, lai noteiktu precīzu diagnozi un varētu medikamentu izrakstīt. Izrakstīšanas noteikumi ir jauni, un slimniekiem īsti nav bijis iespējas ar tiem iepazīties. Mums ir pacienti, kuriem tie tiek izrakstīti bez kompensācijas, tā kā, visticamāk, to ātri vien uzzinās arvien vairāk cilvēku, turklāt arī ņemot vērā zāļu augsto efektivitāti. Šāda



Iveta Mintāle: «Ja līdz šim zāles, kuru efektivitāte ir pierādīta gan pacientiem ar samazinātu, gan saglabātu izsviedes frakciju, mēs varējām izrakstīt tikai cukura diabēta slimniekiem, tad tagad tās varam ar kompensāciju izrakstīt arī sirds mazspējas pacientiem bez cukura diabēta.»

informācija pacientu starpā izplatās ļoti ātri. Izpildīt divus zāļu izrakstīšanas priekšnoteikumus arī no ģimenes ārsta puses nešķiet nekāds pārāk sarežģīts. Izstāstīt pacientam par BNP analīzēm, kuras maksā padzīt eiro un drīzumā, cerams, būs bez maksas, nevajadzētu būt kavējošam faktoram, lai laikus uzsāktu ārstēšanu.

– Cik bieži pacientam būtu jāiet pie ārsta uz pārbaudēm, uzsākot lietot SGLT-2 inhibitorus?

– Nav tādu algoritmu, kuri noteiktu, cik bieži pie ārsta jāiet pacientiem, kuri uzsākuši SGLT-2 inhibitoru kursu. Tajā pašā laikā, būtu svarīgi ierasties pie kardiologa trīs mēnešus pēc zāļu lietošanas

Šos medikamentus var lietot plašās kombinācijās ar citām zālēm. Pozitīvo efektu mēs varam novērot faktiski uzreiz. Tiek uzlabota sirds funkcija, un uzlabojumi nav jāgaida mēnešiem vai gadiem.

uzsākšanas, lai varētu novērtēt pacienta progresu. Ja uzlabojumu nav, tad jāmeklē citi ārstēšanas paņēmieni. Vizītem būtu jāpaliek regulārām līdz brīdim, kad tiek iegūta stabila kontrole pār slimību.

– Vai jaunās izmaiņas zāļu kompensācijas noteikumos varētu izmainīt sirds mazspējas ārstēšanu, vai arī šis lēmums terapiju būtiski neietekmēs?

– Teikšu godīgi, ka būtu labi, ja vadlīnijas tiktu ievērotas arī vecās terapijas izpildē. Nereti redzam, ka sirds mazspējas pacientu ārstēšanā jau iepriekš ir iztrūcis kāds no trim sirds mazspējas terapijas pamatelementiem, kuri arī nemitīgi tiek attīstīti, lai darbotos vēl efektīvāk. Ja šie medikamenti līdz šim tiktu lietoti pareizi, plus vēl klāt pievienotu

jaunās zāles, tad mēs diezgan ātri sasniegtu pozitīvu rezultātu.

– Kāda varētu būt jauno noteikumu ietekme uz pacientiem un arī ārstniecības personālu? Diezin vai pilnībā tiks izslēgtas hospitalizācijas sirds mazspējas dēļ, bet to vajadzētu būt mazāk.

– Tieši tā, hospitalizāciju skaitam vajadzētu kristies. Protams, būtu ļoti labi, ja sirds mazspējas pacienti tiktu pastāvīgi uzraudzīti un dotos pie ārsta, tiklīdz viņi jūt kādas izmaiņas. Ar viena mērījuma palīdzību mēs varam efektīvi sekot līdzi pacienta situācijai. Patiesībā ir nepiedodami, ka līdz pat šim brīdim BNP analīzes vēl arvien no valsts puses netiek kompensētas, jo mēs par to runājam jau gadiem ilgi. Šis rādītājs lieliski ļauj sekot līdzi pacienta stāvoklim, un ģimenes ārstam ir vieglāk mēģināt pacientam izrakstāmos medikamentus un to devas pat bez nosūtīšanas pie kardiologa. Tiklīdz pacients tiek kaut kur sūtīts, tad gaidīšanas laiks ievērojami pieaug, kas kavē visu ārstēšanas procesu.

– Cik bieži būtu jāveic izmeklējumi, lai varētu teikt, ka pacients tiek labi uzraudzīts?

– Pirmkārt, šāds izmeklējums ir jāveic, lai noteiktu diagnozi. Otrkārt, izmeklējumu biežums ir atkarīgs no pacienta stāvokļa. Lai mēs varētu redzēt ārstēšanas efektivitāti, ir jāveic BNP analīzes. Tāpat analīzes ir jāveic gadījumos, ja ievērojami mainās pacienta pašsajūta. Tas ir ļoti labs indikators, lai noskaidrotu, vai ir nepieciešams pielietot vēl agresīvāku terapiju, lai cilvēku nevajadzētu hospitalizēt. Pacientiem ar sirds mazspēju hospitalizāciju skaits ir ļoti augsts.

– Cik daudz, pēc jūsu domām, varētu būt sirds mazspējas pacientu, kuri, pateicoties jaunajiem kompensācijas noteikumiem, nenonāks līdz hospitalizācijai?

– To man ir grūti pateikt, bet domāju, ka šis skaits būs ievērojams. To ir pierādījis ne viens vien pētījums sirdzējiem ar dažāda smaguma sirds mazspēju. Arī pacientiem ar saglabātu izsviedes frakciju var saglabāt ilgāku periodu bez sūdzībām un bez stāvokļa pasliktināšanās. Tieši tāpat var palīdzēt pacientiem ar samazinātu izsviedes

frakciju. Mēs sagaidām, ka uzlabosies pacienta vispārējais stāvoklis, uzlabosies izsviede un funkcija, mazāk iespējami ritma traucējumi. Izejot no iepriekš teiktā, var mēģināt paredzēt, par cik procentiem samazināsies hospitalizāciju skaits, bet precīzu skaitli pateikt es tomēr nevarēšu. Vienīgais, ko varu prognozēt droši, ir tas, ka samazinājums būs, jo zāles iedarbojas ļoti ātri un ātri var novērot pozitīvu efektu. Protams, ar medikamentiem vien būs par maz. Ārstam un pacientam ir jābūt motivētiem. Tāpat ir jāatīsta sadarbība starp kardiologiem un ģimenes ārstiem, it īpaši tagad, kad ģimenes ārstu pieejamība samazinās. Bieži notiek tā, ka cilvēks vienkārši saņem zāļu pagarinājumu no ārsta palīga un ģimenes ārstu nemaz neredz, jo nav laika. Tādējādi nav iespējams precīzi noteikt pacienta stāvokli un pārbaudīt, vai nav nepieciešamas korekcijas terapijā vai vizīte pie speciālista. Nereti paši pacienti nevar noteikt izmaiņas savā veselības stāvoklī tā, kā to, izmantojot jaunākās metodes, varam izdarīt mēs. Pacienta un ārsta attiecībām ir liela nozīme ārstēšanas iznākumā.

– Vai ir kāda informācija par to, kad jaunās zāles sirds mazspējas pacientiem varēs izrakstīt arī ģimenes ārsti?

– Nē, šādas informācijas man nav. Mēs tik tikko esam panākuši, ka to var darīt kardiologi, un ne visi nosacījumi mums ir pa prātam, bet jebkurā gadījumā tas ir pirmais solis, par ko esam priecīgi. Mēs būtu ļoti laimīgi, ja medikamentus varētu izrakstīt arī ģimenes ārsti.

– Kādi apsvērumi varētu būt pamatā tam, ka zāles var izrakstīt tikai kardiologi, bet ne ģimenes ārsti?

– Tas ir jāgūta lēmējumi. Man vēl arvien daudzi pieņemtie lēmumi liek brīnīties. Katrā ziņā patlaban redzam mēģinājumu saprast, cik daudz šī medikamenta būs nepieciešams ilgtermiņā, un lielākais šķērslis ir finanses. Mēs joprojām nedzīvojam pēc principa, ka veselībā tiek ieguldīti līdzekļi, lai saņemtu ilgtermiņa ieguvumu, šajā gadījumā – samazinātu hospitalizāciju skaitu. Man ir grūti komentēt apsvērumus, pēc kuriem situācijas modelē valsts iestādes, jo katrā valstī šādas problēmas tiek risinātas nedaudz atšķirīgi. Cits var atļauties vairāk, kamēr cits ne. Tas ir katras valsts iekšējais jautājums. Tajā pašā laikā es vēlētos, lai katrs medikaments tiktu izrakstīts atbilstoši indikācijām, nevis pie katra elpas trūkuma mēs izrakstām medikamentus sirds mazspējai, bet tā klīniski nemaz nav pierādīta.

– Kādas būtu nākamās lietas, ko jūs vēlētos redzēt virzāties uz priekšu sirds mazspējas pacientu aprūpē un ārstēšanā?

– Es gribētu, lai tiek sakārtoti zāļu izrakstīšanas noteikumi un, cienot mūsu pacientus, katrs pats varētu izvēlēties, vai iegādāties oriģinālās vai ģenēriskos (patentbrīvos) medikamentus. Šobrīd pacientiem ir jālieto lētākie medikamenti, kas ne vienmēr ir labākais risinājums. Ja ārsti tiek atzīti par brīvas profesijas pārstāvjiem, kuri balstās uz savu pieredzi un zināšanām, lai pieņemtu labāko lēmumu savam pacientam, tad viņiem vajadzētu ļaut rīkoties atbilstoši konkrētajai situācijai, individuāli ārstējot katru pacientu. Katrs pacients ir unikāls, un mēs cenšamies viņu novērtēt pēc tikai viņam raksturīgiem elementiem vai notikumiem. Jāļauj pacientam saņemt tos medikamentus, kuri viņam ir piemērotākie, nevis tos, kurus ārsts viņam ir tiesīgs izrakstīt.

Holistiska sirds un asinsvadu sistēmas, nieru un vielmaiņas aizsardzība

GUNTA FREIMANE

SGLT-2i zāļu grupu pirms aptuveni 10 gadiem uzsāka lietot 2. tipa cukura diabēta pacientu ārstēšanā glikozes līmeņa pazemināšanai, tomēr pakāpeniski medikamentu izpētē konstatēja arvien jaunus un jaunus faktus, kas tālu pārsniedza glikozes līmeni pazeminošo ietekmi. Pašlaik gan Eiropas, gan ASV profesionālās organizācijas iesaka lietot šos medikamentus gan sirds un asinsvadu notikumu mazināšanai, gan sirds mazspējas un hroniskas nieru slimības attīstības aizkavēšanai.

2023. gada 5. septembrī Rīgā vadošie Eiropas speciālisti preses konferencē sniedza apkopojošu informāciju par ilgstošā izpētē noskaidrotiem faktiem attiecībā uz SGLT-2i medikamentu grupu.

Pirmais ziņotājs preses konferencē bija profesors, dr. Markuss Simans (*Marcus Saemann*), internists no Austrijas. Prezētācijā ar nosaukumu «Nefrologi ieguvuši spēcīgu ieroci lielai pacientu grupai» profesors stāstīja par EMPA-KIDNEY pētījuma rezultātiem un faktiem, kas pamato SGLT-2i medikamentu rekomendēšanu lietošanai hroniskas nieru slimības (HNS) attīstības aizkavēšanai. Hroniskas nieru slimības gadījumā pacientiem ir vai nu strukturālas, vai funkcionālas izmaiņas nierēs. Glomerulu filtrācijas ātrums (GFĀ) hroniskas nieru slimības gadījumā ir zemāks par 60 ml/min un ilgst vairāk nekā trīs mēnešus. Pat cilvēki, kuri ikdienā nav saistīti ar medicīnu, zina, ka hroniska nieru slimība ir saistīta ar dārgām un pacientam grūtām ārstēšanas metodēm – nieru aizstājterapiju (dialīzi) un nieru transplantāciju.

Hroniskas nieru slimības attīstības laikā pacientam samazinās GFĀ un palielinās albuminūrija, kas savukārt sekmē sirds un asinsvadu notikumu (infarkta, insulta, pēkšņas nāves), kā arī nieru notikumu (nepieciešamība uzsākt nieru aizstājterapiju, akūta nieru funkcijas pasliktināšanās/disfunkcija, nāve) risku.

Pacienti ar hronisku nieru slimību 18–64 gadu vecumā ārstējas slimnīcā četras reizes biežāk nekā cilvēki bez hroniskas nieru slimības, savukārt pacienti ar hronisku nieru slimību 5. stadijā ārstējas slimnīcā pat 12 reizi biežāk.

Jāņem vērā, ka hronisku nieru slimību sastop 10–15 procentiem cilvēku un desmit gados nomirst vairāk nekā 47 procenti šīs slimības pacientu. Gados vecākiem pacientiem (pēc 65 gadiem) noteicošais nāves cēlonis nav hroniska nieru slimība un nieru mazspēja kā tāda, kā to varētu domāt, bet gan sirds un asinsvadu notikumi (infarkts, insults, pēkšņa nāve), kas pārsniedz nieru mazspējas izraisīto nāves gadījumu skaitu sešas reizes.

EMPA-KIDNEY pētījumā tika iekļauti 6609 hroniskas nieru slimības pacienti no astoņām valstīm, ko sadalīja grupās, ņemot vērā gan mikroalbuminūriju, gan GFĀ. 54 procentiem pacientu nebija cukura diabēta, 27 procentiem pacientu bija kāda no sirds un asinsvadu slimībām, 35 procentiem pacientu GFĀ bija mazāks par 30 ml/min.

Pētījums ilga 30 mēnešus (2,5 gadus) un tad tika pārtraukts ētisku apsvērumu dēļ, jo ieguvums medikamenta lietotājiem bija pārlietu

liels un nebūtu bijis ētiski liegt ilgāk iespēju izmantot ieguvumu citiem pacientiem.

Pētījuma rezultāti liecina, ka SGLT-2i grupas medikaments, salīdzinot ar placebo (tableti bez ietekmes uz veselību), samazināja visu cēloņu izraisītu ārstēšanu slimnīcā. Ārstēšana slimnīcā gadā bija nepieciešama 29,2 procentiem pacientu, kuri lietoja placebo, un 24,8 procentiem pacientu, kuri lietoja SGLT-2i grupas medikamentu. Tātad nepieciešamība ārstēties slimnīcā pacientiem, kuri lietoja SGLT-2i grupas medikamentu, bija par 14 procentiem mazāka.

Ļoti nozīmīgu ieguvumu SGLT-2i sniedza attiecībā uz hroniskas nieru mazspējas progresēšanas ātruma mazināšanu – progresēšanas ātrums vidēji samazinājās par 50 procentiem (skat. 1. zīmējumu). Jāņem vērā, ka šādu progresēšanas samazinājumu novēroja ļoti ārstētiem pacientiem – viņi jau saņēma gan AKE inhibitorus (-prilus) vai ARB blokatoru grupas medikamentus (-sartānus), kā arī statīnu grupas medikamentus, kuru nieres saudzējošais efekts ir jau sen zināms.

Pētnieki norādīja, ka pozitīvie ieguvumi nebija atkarīgi no tā, vai pacientiem ir cukura

Hroniskas nieru slimības attīstības laikā pacientam samazinās GFĀ un palielinās albuminūrija, kas savukārt sekmē sirds un asinsvadu notikumu (infarkta, insulta, pēkšņas nāves), kā arī nieru notikumu risku.

diabēts (tātad ieguvums nebija saistīts ar to, kā un vai uzlabojās cukura diabēta kompensācija). Ļoti nozīmīgs ir arī fakts, ka ieguvumus konstatēja arī tiem pacientiem, kuriem iepriekš nebija (mikro- vai makro-) albuminūrijas.

Pacientu grupai, kuri lietoja medikamentu, nebija vairāk blakusparādību kā tiem pacientiem, kuri lietoja placebo.

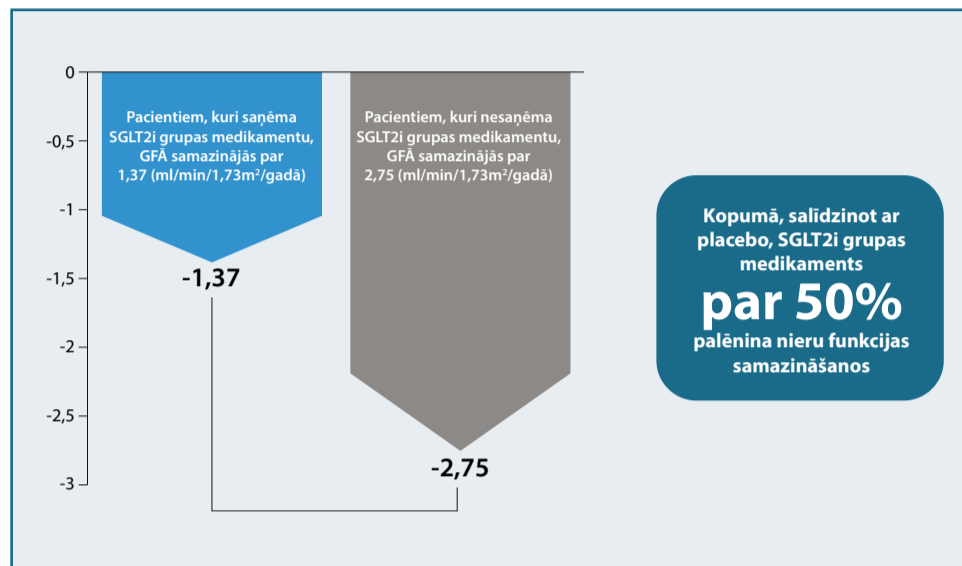
Minētie pārliecinošie pētījumā gūtie pierādījumi bija pamatā ieteikumam izmantot medikamentu hroniskas nieru slimības pacientu ārstēšanā Eiropas Savienībā¹.

Preses konferences otrā ziņotāja profesore Davorina Peteka (*Davorin Petek*), ģimenes ārste no Slovēnijas, sava ziņojuma sākumā atgādināja, ka ģimenes ārsta darba uzdevums ir kompleksa un ilgtermiņa aprūpe, kā arī slimību profilakse, tostarp slimības gaitas pasliktināšanās aizkavēšana, un tieši vairāku hronisku slimību pacientu aprūpe veido galveno ģimenes ārsta darba daļu. Pacientiem bieži novēro gan hronisku nieru slimību, gan sirds un asinsvadu slimības, gan cukura diabētu. To ilustrē sekojoši fakti:

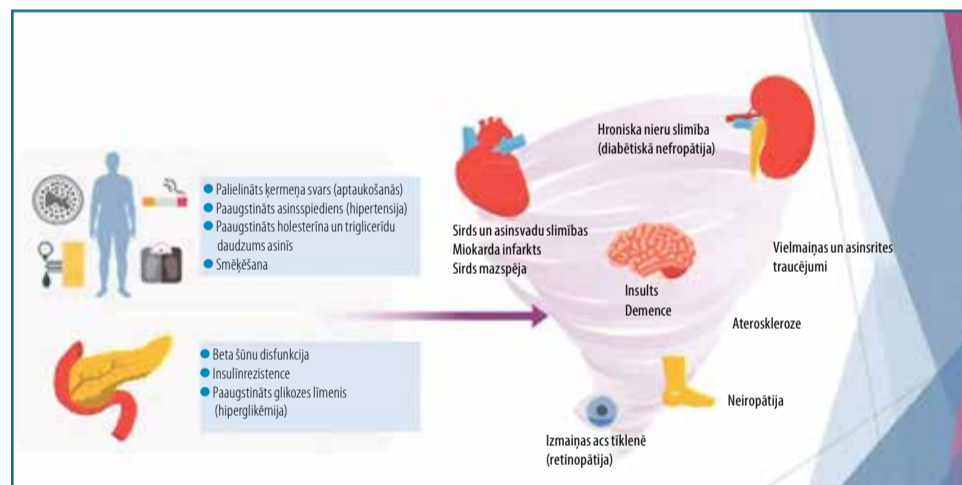
- 60 procentiem pacientu ar hronisku nieru slimību ir arī sirds un asinsvadu slimības;
- 30–40 procentiem pacientu ar sirds mazspēju ir arī hroniska nieru slimība;

¹ Latvijā medikaments iekļauts Kompensējamo zāļu sarakstā cukura diabēta pacientiem un pacientiem ar sirds mazspēju.

1. zīmējums. Hroniskas nieru slimības progresēšanas ātruma samazināšanās



2. zīmējums. 2. tipa diabēta pacienta vēlino komplikāciju un blakusslimību risks



- 1/3 pacientu ar 2. tipa cukura diabētu ir sirds un asinsvadu slimības;
- 20–40 procentiem sirds mazspējas pacientu ir 2. tipa cukura diabēts;
- 40 procentiem pacientu ar 2. tipa diabētu ir hroniska nieru mazspēja.
- Šīs trīs slimības (2. tipa cukura diabēts, hroniska nieru slimība un sirds mazspēja) kopā veido biežāko nāves cēloni un trešdaļu no slimnīcā ārstēto pacientu izmaksām pasaulē (skat. 2. zīmējumu).

2. tipa diabēta pacientiem ir dažādu cukura diabēta vēlino komplikāciju un blakusslimību risks, ko nosaka vielmaiņas traucējumi, kā arī citi faktori, kas ir savstarpēji saistīti (skat. 3. zīmējumu).

Profesore informēja, ka pēc cukura diabēta vai citas nopietnas slimības diagnozes noteikšanas ārsts pacientam dara zināmu, ka ar aktīvu un kompleksu ārstēšanos, kā arī dzīvesveida maiņu ir iespējams samazināt dažādu citu smagu veselības problēmu un komplikāciju attīstības risku, savukārt pacients bieži uzskata, ka viņam «jādzīvo sava dzīve, ne tikai jāārstē slimības». Pēc kāda laika pacientam attīstās koronārā sirds slimība, viņam ievieto stentu un parādās hroniskas nieru slimības pazīmes. Tas ir pacienta un ģimenes ārsta kopīgais ceļš, ko var raksturot kā primāro profilaksi, pirmās hroniskās slimības

diagnozi, citu hronisku slimību pievienošanās un visbeidzot vairāku hronisku slimību vienlaicīgu ārstēšanu. Risinājums ir rūpīgi un aktīvi veikt veselības pārbaudes, lai savlaicīgi konstatētu sirds un asinsvadu slimības, tostarp sirds mazspēju vai cukura diabētu, vai hronisku nieru slimību. Profesore arī atzina, ka vairāku hronisku slimību progresēšanas aizkavēšanai nepieciešamas ne tikai ģimenes ārsta un ārstu speciālistu pūles, bet arī psihologa iesaiste, atbalsta sniegšana un dažādu citu speciālistu komandas darbs. Agrīni rekomendējot SGLT-2i grupas medikamentu, izdodas aizkavēt vairāku smagu slimību attīstību, vienlaikus neaizmirstot par veselīga dzīvesveida ieteikumiem.

Kopsavilkums:

- Pacientiem bieži novēro gan hronisku nieru slimību, gan sirds un asinsvadu slimības, tostarp sirds mazspēju un cukura diabētu.
- Pacientam jāņem vērā, ka regulāri jāveic ārsta ieteiktās veselības pārbaudes, lai savlaicīgi konstatētu sirds un asinsvadu slimības, tostarp sirds mazspēju vai cukura diabētu, vai hronisku nieru slimību.
- SGLT-2i grupas medikamenti sniedz iespēju vienlaikus efektīvi ārstēt un aizkavēt vairākas hroniskas slimības, nodrošinot holistisku pieeju pacientam.

Jābūt gataviem uz jauno iespēju radītajiem izaicinājumiem

TOMS ZVIRBULIS

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

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

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

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

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

– Ar pirmo izaicinājumu mēs jau sastapāmies, un tas ir liels minuss, kas varētu radīt nopietnas problēmas un samazināt to cilvēku skaitu, kuri zāles lieto. Pirmās gaviles bija lielas, ka mēs šo medikamentu varēsim izrakstīt daudz plašākam pacientu lokam, jo iepriekšējie nosacījumi to atļāva tikai atsevišķos gadījumos, kā arī pacientiem, kuri paši medikamentu varēja nopirkt. Tagad galvenā aizķeršanās saistīta ar situāciju, ka kardiologs gan piešķir kompensāciju, gan turpina zāles izrakstīt ik pēc 1–3 mēnešiem. Parasti speciālists, izvērtējot kritērijus, piešķir kompensāciju un tālāk šo medikamentu pacientam regulāri izrakstīt turpina ģimenes ārsts. Tas ir normāls veids, kā iesaistīt gan speciālistu, gan ģimenes ārstu sirds mazspējas pacienta ārstēšanā un aprūpē. Taču pašlaik neredzu efektīvu mehānismu, kā sirds mazspējas pacients varētu nokļūt pie kardiologa tik regulāri (ik pēc 1–3 mēnešiem), lai viņam varētu SGLT-2i izrakstīt ar kompensāciju, jo kardiologs ir vienīgais, kurš to var darīt. Īpaši jau ņemot vērā rindas pie speciālistiem (pēc pēdējiem datiem, pie kardiologa vidēji valstī tās ir vairāk nekā 70 dienas). Ģimenes ārsts šo medikamentu ar kompensāciju izrakstīt nevarēs, kaut gan citiem kardiovaskulārās sistēmas medikamentiem to darīt drīkst. Pašreizējais apstākļos redzēt sirds mazspējas pacientu



Foto: No LRS arhīva

Valters Stirna: «Pašlaik neredzu efektīvu mehānismu, kā sirds mazspējas pacients varētu nokļūt pie kardiologa tik regulāri (ik pēc 1–3 mēnešiem), lai viņam varētu SGLT-2i izrakstīt ar kompensāciju, jo kardiologs ir vienīgais, kurš to var darīt.»

ik pēc trim mēnešiem šķiet neiespējami. No pacientu skatu punkta, noteikumiem ir arī pozitīvs aspekts, jo viņi biežāk nāktu pie speciālistiem, un mēs biežāk redzētu prehospitalizācijas epizodes, kuras būtu iespēja novērst. Tomēr, tā kā mums nav pietiekami daudz ārstu, šeit es prognozēju problēmu. Būs pārtraukumi medikamentu lietošanā, un daži pacienti šīs zāles varētu trīs mēnešus lietot un tad četrus nelietot, jo netiek pie speciālista. Manuprāt, vajadzētu rīkoties līdzīgi, kā tas tiek darīts ar antikoagulantiem, kad speciālists izvērtē izrakstīšanas kritērijus, un tālāk medikamentus var turpināt izrakstīt ģimenes ārsts.

– **Vai tas, pēc jūsu domām, varētu būt labākais risinājums?**

– Visi kompensējamie medikamenti tiek izrakstīti *E-veselībā*, kas ir viens no risinājumiem, taču ir jāņem vērā sistēmas darbības traucējumi, kas arī, piemēram, šodien man liedza pacientam izrakstīt viņam paredzētās zāles. Vai tiešām ik pēc trim mēnešiem pacientam būtu jāapmeklē kardiologs ļoti izteiktā speciālistu trūkuma apstākļos? Šim medikamentam nav daudz kontrindikāciju, tāpēc zāļu lietošanu varētu uzsākt kardiologa uzraudzībā un procesu tālāk regulētu un uzraudzītu ģimenes ārsts vai māsiņa, kuri zāles izrakstītu ik pēc trim mēnešiem *E-veselībā*. Ja tas būs jāturpina darīt speciālistam, tad rindas pie ārstiem kļūs tikai garākas. Liels pluss ir fakts, ka mums šādas zāles ir pieejamas un tās kompensē, bet pati sistēma ir nepilnīga un apgrūtināta sirds mazspējas pacientu aprūpi.

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

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

– **Viens no kompensācijas priekšnosacījumiem ir klīniski pierādīta sirds mazspēja, kur ir nepieciešama ehokardiogrāfija un BNP analīzes. Cik ilgu laiku aizņem šis process,**

lai pacients pēc tam varētu zāles saņemt ar kompensāciju?

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

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

– Zāļu iedarbības efektu varētu konstatēt jau pēc 3–6 mēnešiem. Tad attiecīgi būtu jāplāno pirmā pacienta vizīte pēc medikamenta izrakstīšanas. Ambulatorie sirds mazspējas pacienti, kuri ir līdzestīgi un seko izrakstītajai terapijai, pie sirds mazspējas speciālista varētu doties reizi 6–12 mēnešos. Ģimenes ārsts šo cilvēku novēro regulāri un ilgstoši, un viņam ir iespēja «noķert» brīdi, kad pacienta sirds mazspēja netiek pietiekami kompensēta vai rodas kāda cita problēma ar ārstēšanu. Tādā gadījumā ģimenes ārsts var nozīmēt papildu kardiologa vizīti.

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

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

pasaulē vizītēm būtu jāsamazinās, bet daudz kas ir atkarīgs no paša pacienta, slimības profila, finansiālajām iespējām, ģimenes ārsta iesaistes, blakus slimībām un citiem faktoriem.

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

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

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

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

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

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

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

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

SIRDS MAZSPĒJA

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

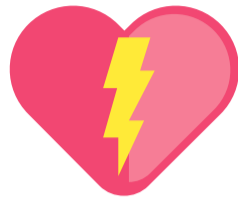
Sirds mazspēja atšķiras no citiem kardiovaskulāriem traucējumiem.^{1,2,3}



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.



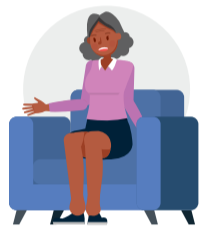
SIRDS MAZSPĒJA

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

3 galvenie sirds mazspējas simptomi:⁴



ELPAS TRŪKUMS



ŠKIDRUMA UZKRAŠANĀS, PIEMĒRAM, TŪSKA AP POTĪTĒM

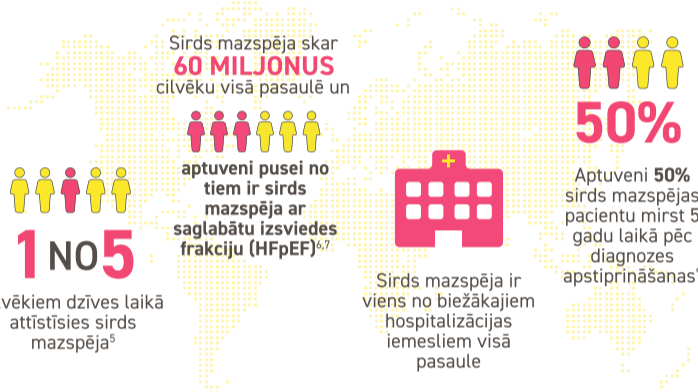


NESPĒKS

Citi simptomi:⁴

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

Sirds mazspēja ir nozīmīga problēma pasaulē:

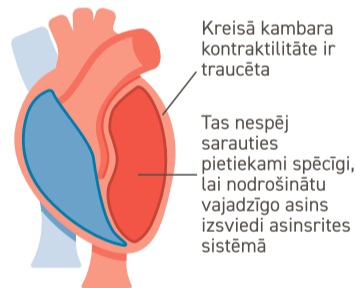


Izšķir 2 galvenos sirds mazspējas veidus,

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

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

jeb sistoliska disfunkcija



KKIF = <40%¹²

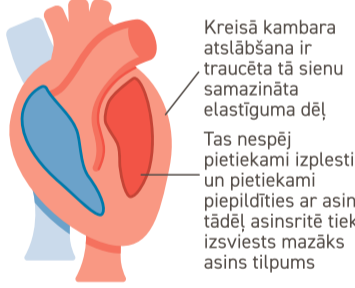
Kreisā kambara kontraktilitāte ir traucēta
Tas nespēj sarauties pietiekami spēcīgi, lai nodrošinātu vajadzīgo asiņu izsviedi asinsrites sistēmā

PIEJAMĀ ĀRSTĒŠANA^{13,14,15}

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

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

jeb diastoliska disfunkcija



KKIF = >50%¹²

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

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

Aija Geriņa-Bērziņa: «Pēdējo desmit gadu laikā saslimstība

ILONA NORIETE

Saslimstība ar vēzi Latvijā saglabājas ļoti augsta, un tas ir otrs galvenais mirstības cēlonis valstī tūlīt pēc sirds un asinsvadu slimībām. Šogad veiktā SKDS aptauja liecina – gandrīz puse Latvijas iedzīvotāju ir saskārušies ar situāciju, kad viņiem pašiem vai tuviniekiem ir veikti izmeklējumi vai ārstēšana saistībā ar onkoloģiskām slimībām. Šī pati aptauja uzrāda, ka izmeklējumi un/vai ārstēšana visvairāk veikta cilvēkiem vecumā no 41 līdz 65 gadiem – tāpat darbspējīgiem iedzīvotājiem.

Jā, situācija nav no spožākajām, turklāt tā atkarīga no valstī izstrādātās stratēģijas onkoloģisko slimību ārstēšanā, kā arī šim nolūkam un veselības nozarei kopumā piešķirtajiem finanšu līdzekļiem. Taču tieši savlaicīga vēža atklāšana un ārstēšana dod būtiskus sociālekonomiskos ieguvumus. Par situāciju onkoloģisko slimību ārstēšanā saruna ar Latvijas Onkologu ķīmijterapiju asociācijas vadītāju **Aiju Geriņu-Bērziņu**.

– Katru gadu milzīgam pacientu skaitam tiek atklāts ļaundabīgs audzējs. Kāda ir situācija ar onkoloģisko slimību ārstēšanu?

– Eiropas Savienība (ES) reizi gadā publicē izdevumu *Valstu vēža profili*. Tas sniedz pārskatu par situāciju onkoloģisko slimību jomā katrā ES valstī. Balstoties uz informāciju no šī vēža profila, kur ir apkopoti pagājušā gada dati, tiek lēsts, ka Latvijā onkoloģiskā saslimstība ir lielāka nekā ES valstīs vidēji. Jāatzīmē tas, ka vēzis ir īpaši izplatīts vīriešu vidū. Biežākās vēža formas, ar kurām saslimst Latvijā, ir četras. Tas ir prostata, krūts, zarnu un plaušu vēzis. Respektīvi, tie ir četri audzēju veidi, kurus mēs Latvijā no visām vēža lokalizācijām sastopam visbiežāk. Lai arī redzam, ka, uzlabojoties ārstēšanai, mirstība no vēža Latvijā palēnām samazinās, tomēr mūsu valstī šis rādītājs joprojām ir viens no augstākajiem ES. Īpaši jāuzsver, ka pēc šim aplēsēm visaugstākā mirstība ir no dzemdes kakla, dzemdes un kuņģa vēža. Ņemot vērā šo pārskatu, 2021. gadā tika aktualizēts jautājums, kā uzlabot rādītājus, samazināt saslimstību ar vēzi un arī mirstību. Lai risinātu šo problēmu, Latvijā 2021. gadā tika ieviests trešais Nacionālais vēža plāns.

– Cik daudz jaunu vēža pacientu Latvijā katru gadu tiek atklāti?

– Precīza datu uzskaitē Latvijā joprojām ir problēma, bet vidēji ik gadu šo diagnozi pirmo reizi mūžā konstatē vairāk nekā 12 tūkstošiem cilvēku. Raugoties dinamiskā, pēdējo desmit gadu laikā saslimstība ir pieaugusi par aptuveni 12 procentiem. Saslimstības pieaugums ir diezgan būtisks. Es teiktu, ka Latvijā tā ir vēža pandēmija, un mēs pat līdz galam neapzināmies, cik liela ir šī problēma.

– Kur slēpjas šādu slimības rādītāju cēlonis? Ko mēs darām nepareizi?

– Riska faktori ir apzināti. Pēc pēdējiem pieejamajiem datiem, joprojām saglabājas diezgan augsts smēķētāju īpatsvars. Kā ierasts, vairāk smēķē vīrieši. Mums ir arī viens no augstākajiem alkohola patēriņiem ES valstīs. Latvijā ir salīdzinoši maza aptvere tādiem profilaktiskajiem pasākumiem kā vakcinācijai pret cilvēka papilomas vīrusu (HPV) meitenēm un arī zēniem. Tā ir profilakse pret dzemdes kakla vēzi sievietēm, bet vīriešiem – pret LOR orgānu audzējiem.

Profilakse sniedz ļoti būtisku ieguldījumu cīņā ar vēzi, jo tādā veidā var pasargāt no šīs lokalizācijas audzēja attīstības nākotnē. Taču pie mums profilaktiskie pasākumi pagaidām nav pietiekami efektīvi, jo trūkst informētības par šo slimību un nepieciešamību doties pie ārsta, ja tiek konstatētas sūdzības par veselību. Šo problēmu ļoti labi izgaismo skrīnings.

– Kā zināms, daudzi šo iespēju dažādu iemeslu dēļ neizmanto. Kāds uzskata, ka ir vesels un vēzis viņus neapdraud, citam nav ne laika, ne vēlmes iet uz skrīningiem.

– Te jārunā par to, kas ir skrīnings. Ar valsts apmaksātu profilaktisko pārbaudi palīdzību mēs starp iedzīvotājiem, kuriem nav sūdzību vai simptomu, mēģinām savlaicīgi «izķert» potenciālos vēža pacientus. Taču skrīninga aptvere joprojām ir nesamērīgi zema, jo cilvēki neiet uz pārbaudēm. Piemēram, krūts vēža skrīningam tie ir 39 procenti, bet zarnu vēža skrīninga gadījumā tikai 12–13 procenti uzaicināto dodas veikt pārbaudes. Šādi rādītāji korelē ar saslimstību, jo zarnu vēzi mēs bieži atklājam tikai trešajā vai ceturtajā stadijā, respektīvi, kā ielaistu slimību. Tādēļ mums būtu daudz jāstrādā, lai uzlabotu diagnostiku un ievērojami paaugstinātu skrīningu aptveres rādītājus.

Ir vēl viens aspekts. Kādreiz mēs domājām, ka aptaukošanās, liekais svars, mazkustīgs dzīvesveids ir citu valstu problēma. Taču jaunākie dati rāda, ka tā diemžēl ir aktuāla arī Latvijā. Pieaug to cilvēku populācija, kuriem ir problēmas ar lieko svaru. Aptaukošanās visvairāk skar sievietes vecumā ap 65 gadiem, un ir pierādīts, ka adipozitāte korelē ar krūts vēža saslimstības risku. Kā izrādās, mēs diezgan maz kustamies un arī nepareizi ēdam – pārāk maz lietojam uzturā dārzeņus un citus veselīgus pārtikas produktus. Kustību trūkst, jo daudz sēžam un pārāk maz sportojam, un, protams, arī stress nenāk par labu. Var teikt, ka riska faktoru ir daudz. Mums būtu aktīvāk jādarbojas tādos virzienos kā profilaktisko pasākumu popularizēšana (skrīnings, vakcinācija), agrīna diagnostika, riska faktoru un

Latvijā trūkst apmēram puses medikamentu no tiem, kas pasaulē ir apstiprināti un ierakstīti vēža ārstēšanā izmantojamās vadlīnijās.

kaitīgo ieradumu samazināšana. Šo pasākumu neizpilde arī parāda, kāpēc Latvijā ir tik slikti vēža saslimstības rādītāji.

– Minējāt, ka mirstības ziņā vieni no augstākajiem rādītājiem ir kuņģa audzējam, bet parasti šo vēža veidu piemin mazāk. Vairāk dzirdēts par dzemdes kakla, prostatas, plaušu, krūts vēzi. Kā rīkoties tiem, kuriem rūp sava veselība, – varbūt vajag reizi gadā iet uz gastrokopiju?

– Raugoties pēc statistikas, kuņģa vēzis nav tik bieži sastopams. Salīdzinot ar citiem ļaundabīgo audzēju veidiem, tas ieņem aptuveni septīto astoto vietu, bet problēma tāda, ka ļoti bieži to atklāj trešajā vai ceturtajā stadijā. Ielaists kuņģa vēzis ir pietiekami agresīvs un ļoti grūti padodas ārstēšanai. Ja to nevar izoperēt, tad viena pati ķīmijterapija nevar ar to tikt galā, bet jaunu, inovatīvu medikamentu šim vēža tipam joprojām nav. Tāpēc šai lokalizācijai ir tik augsti



Foto: No PSKUS arhīva

Aija Geriņa-Bērziņa: «Uzlabojoties ārstēšanai, mirstība no vēža Latvijā palēnām samazinās, tomēr mūsu valstī šis rādītājs joprojām ir viens no augstākajiem ES. Visaugstākā mirstība ir no dzemdes kakla, dzemdes un kuņģa vēža.»

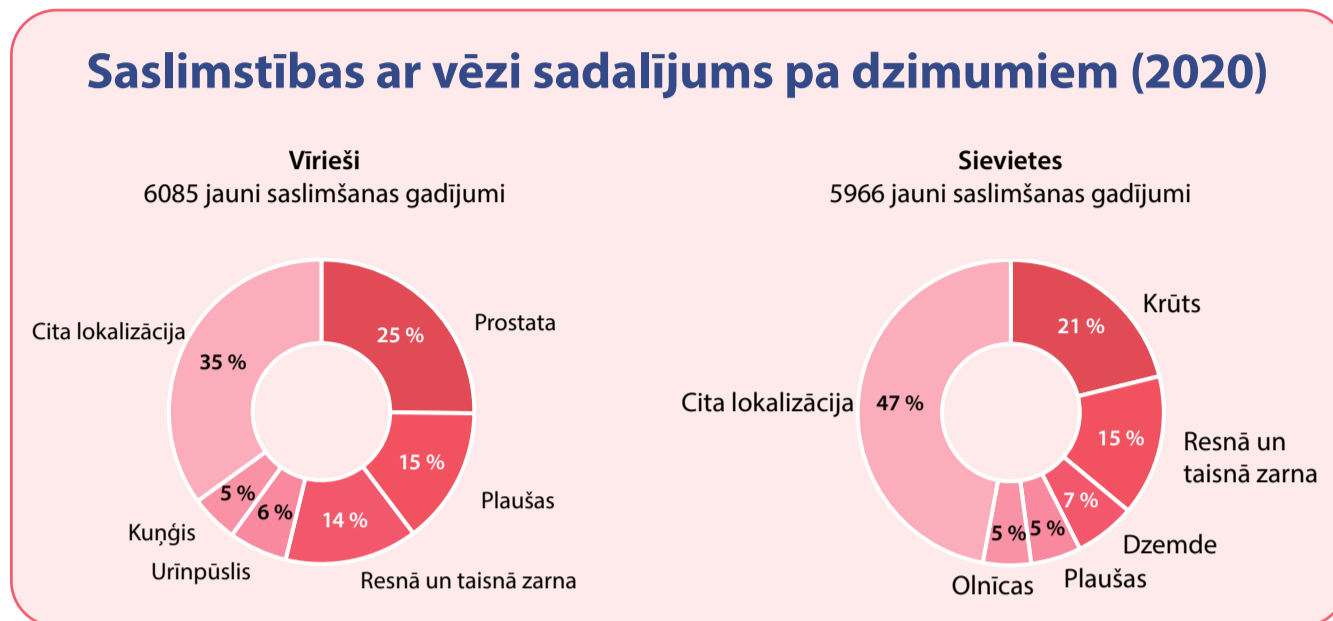
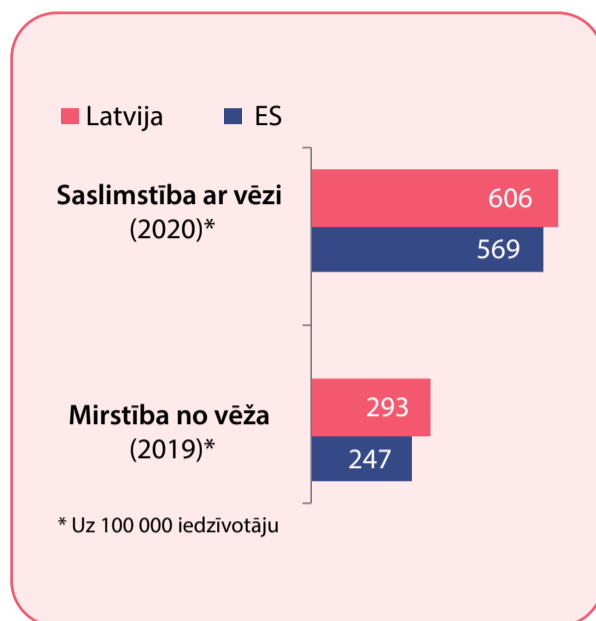
mirstības rādītāji. Ja izdodas kombinēt radikālu operāciju un medikamentozu ārstēšanu, tad iespējams sasniegt daudz labāku rezultātu. Taču problēma tāda, ka pirmās stadijas kuņģa vēzi mēs diemžēl atklājam krietni retāk nekā jau ielaistā formā. Ielaists kuņģa vēzis korelē ar dzīvildzes rādītājiem, un izdzīvošanas procents ir zems. Skrīningu katrā vēža lokalizācijai ir diezgan grūti attīstīt un pielāgot. Nodrošināt visai populācijai gastrokopiju reizi gadā nav reāli, jo tā, pirmkārt, ir dārga izmeklēšanas metode un, otrkārt, nav brīvi pieejama. Būsim godīgi, mums nav tik daudz ne speciālistu, ne endoskopa, lai to varētu paveikt. Mēs pat *zaļā koridora* ietvaros, kad ir pamatotas aizdomas par saslimšanu, nespējam savlaicīgi nodrošināt pieeju endoskopijai. Joprojām pats svarīgākais faktors ir paša pacienta veselības problēmu, savu sūdzību apzināšanās. Ja novērojama slihta pašsajūta, diskomforts vai sāpes kuņģa rajonā, svara krišanās bez pamatota iemesla, tad noteikti jāvērsas pie sava ģimenes ārsta. Savā praksē esmu novērojusi, ka mūsu cilvēki nerūpējas par sevi, īpaši tas attiecas uz vecāko paaudzi. Priešē tas, ka jaunā paaudze šajā jautājumā noteikti ir progresīvāka. Bieži vien galvenais iemesls tam, ka nepietiekoši rūpējamies par savu veselību un neveicam ieteiktos profilaktiskos pasākumus, ir cilvēku aizeņemība. Būsim godīgi, šādu pieeju novērojam arī savu kolēģu vidū. Ja kāds notesētu ārstus un uztaisītu aptauju, cik daudz viņi paši aiziet uz mamogrāfiju vai citu izmeklējumu, baidos, ka rezultāti nebūtu nemaz tik iepriecinoši. Tāpēc ir jāturpina strādāt ar sabiedrību,

jāiemāca, ka, tiklīdz cilvēks nejūtas labi, tad jāiet pie ģimenes ārsta, jāizveido izmeklējumu plāns un jāmeklē iemesls, kāpēc ir slikti.

– Kāpēc Latvijā ir tik liela mirstība no onkoloģiskajām slimībām?

– Viens aspekts slēpjas tajā, cik savlaicīgi vēzis tiek atklāts. Jo ātrāk to izdarām, jo pacientam ir lielākas iespējas izdzīvot bez slimības recidīva (atkārtota slimība) vai metastāzēm. Piemēram, runājot par krūts vēzi, – ja tas ir atklāts pirmajā stadijā, tad, pēc statistikas datiem, vismaz 90 procenti pacientu izdzīvo piecus gadus un vairāk bez slimības atkārtotāšanās. Otrs faktors, protams, ir terapijas pieejamība, jo mēs ļoti labi zinām, ka vien pirms 30 gadiem vēža gadījumā galvenā ārstēšanas metode bija ķirurģija – ļaundabīgo veidojumu vienkārši izoperēja. Tagad daudz kas ir mainījies, pateicoties sistēmiskās terapijas attīstībai. Mūsdienās vēža ārstēšanas lauciņā ir ienākusi mērķterapija, imūnterapija, gēnu terapija, kas ļauj vēzi ārstēt veiksmīgāk, arī izplatītu audzēju, ieskaitot metastāzes. Situācijā, kad vēzi vairs nevar izoperēt, mēs pacientu ārstējam ar zālēm. Medikamentu ietekme uz vēža ārstēšanu ir kļuvusi ļoti liela. Es teiktu, ka mūsdienās gandrīz neviens vēzis vairs netiek tikai izoperēts, paralēli ārstnieciskā, profilaktiskā vai paliatīvā nolūkā tiek piemērota viena vai otra medikamentozā terapija. Tā ir multidisciplināra slimība. Iemesls, kāpēc Latvijā ir tik liela mirstība, meklējams arī problēmā, ka pie mums netiek pietiekoši kompensēti visi tie medikamenti, kurus pašlaik vēža ārstēšanā lieto gan Eiropā,

ar vēzi ir pieaugusi par aptuveni 12 procentiem»



Vidējie Latvijas un ES vēža pacientu 5 gadu dzīvildzes rādītāji



Prostatas vēzis
Latvija 79 %
ES 87 %



Krūts vēzis
Latvija 77 %
ES 83 %



Dzemes kakla vēzis
Latvija 54 %
ES 64 %



Resnās zarnas vēzis
Latvija 49 %
ES 60 %



Plaušu vēzis
Latvija 18 %
ES 15 %

Avots: OECD (2023), Valstu vēža profils: Latvija 2023

gan pasaulē. Teikšu, ka ķirurģijas ieguldījums vēža ārstēšanā patlaban veido ap 50 procentu un tikpat liela procentuāla nozīme ir medikamentiem. Pateicoties inovatīvajām zālēm, vēzis būtībā ir kļuvis par hroniski ārstējamu slimību, līdzīgi kā diabēts un citas hroniskas kaites. Mēs arī redzam, ka pacienti patiešām dzīvo ilgāk, pateicoties šiem medikamentiem. Ķirurģijai ir savas robežas – mēs nevaram izoperēt visus orgānus, bet varam izņemt atsevišķu audzēju, ja tas ir neliels, vai izņemt kopā ar kādu orgānu, kas nav dzīvībai izšķiroši svarīgs. Kad ķirurģijas iespējas izsmeltas, tālāk stafeti pārņem medikamentozā terapija. Problēma meklējama apstākļi, ka, pēc šī paša minētā vēža profila datiem, Latvijā trūkst apmēram puses medikamentu no tiem, kas pasaulē ir apstiprināti un ierakstīti vēža ārstēšanā izmantojamās vadlīnijās. Katrai audzēja lokalizācijai, katrai vēža mutācijai ir paredzēts savs medikaments, kurš uz to strādā. Līdz ar to pacientam ir iespēja saņemt efektīvāku terapiju ar mazāku blakņu spektru.

– Kāpēc medikamentu trūkst? Mēs pie zālēm netiekam vai mums nav pietiekami liels finansējums?

– Galvenā problēma ir līdzekļu trūkums. Izrēķināts, cik daudz naudas zālēm gadā nepieciešams. Aprēķini rāda, ka ir vajadzīgi 90 miljoni, bet mums iedod 30. Tādējādi it kā varam ārstēt tikai vienu trešdaļu pacientu. Skaitļi ir bezkaislīgi un atspoguļo reālo situāciju.

– Kādu risinājumu jūs redzat? Ko var darīt šādā situācijā?

– Redziet, mēs jau visādā veidā risinājumus mēģinām meklēt. Gribu aizstāvēt un paslavēt Latvijas medikus, kas pēc pašu iniciatīvas brauc uz citu valstu slimnīcām ne tikai mācīties operēt vēzi, apgūt jaunākās pretvēža terapijas, bet arī jaunās vēža ārstēšanas stratēģijas ieviest Latvijā. Tas ir ļoti grūti, jo reizēm šķiet, ka mūsu valstij to vienkārši nevajag. Ja esi apguvis pasaulē jau pierādītu, efektīvu ārstēšanas metodi, tad, lai ieviestu to mūsu valstī, vēl ir jāpierāda, ka tā patiešām ir efektīva. Ārstam pašam jāizvērtina, cik tā izmaksās, kas ir nepieciešams, cik pacientu gaidāms, kāda ir procedūras specifika, un tā tālāk. Tad ir jālūdz, lai valsts ļauj šo metodi ieviest klīnikā un sedz finansiālās izmaksas, bet intelektuālais ieguldījums bieži vien tā arī netiek ierēķināts. Var tikai apbrīnot ārstu pacietību un darbības neskaitāmu dokumentu gatavošanu, lai izcīnītu pacientiem labāko un efektīvāko ārstēšanu. Tāda pati situācija ir ar inovatīvajām zālēm, kur speciālistu viedokli varētu vairāk ņemt vērā, jo bieži vien mūsu neskaitāmās vēstules ar lūgumiem, konsiliju slēdzieni par zālēm Nacionālajam veselības dienestam (NVD) paliek bez atbildes. Tad nāk palīgā labdarības organizācijas. Domāju, Veselības ministrijai un NVD jābūt konkrētai stratēģijai un pārraudzībai, kā šādai sistēmai jādarbojas. Ārstam ir jāpūpējas par pacientu ārstēšanu nevis par sistēmas sakārtošanu.

Vēl viena no problēmām ir tā, ka Latvijā zālēm ir viens no augstākajiem PVN. Lietuvā, Igaunijā PVN zālēm vidēji ir 5–7 procenti, bet Latvijā tie ir 12. Tas būtu viens no primāri risinājumiem

jautājumiem. Bet līdz ar to visu, protams, ir vajadzīgs papildu finansējums, ko valsts piešķirtu tieši zālēm. Ja nepietiks naudas, tad labāko nopirkt nevarēs.

Progress onkoloģijā mūsdienās notiek ļoti strauji, un teju katru gadu parādās jauni medikamenti, kas pierādījuši savu efektivitāti. Reizēm gadās pat tā, ka tie, kas parādījušies pirms trim gadiem, jau skaitās novecojuši, jo pasaules tirgū ienākuši jaunāki un efektīvāki. Tajā pašā laikā, lai gan citi pasaulē tos vairs nelieto, tie vēl stāv rindā NVD uz kompensācijas piešķiršanu, jo vidējais jaunu zāļu kompensācijas iekļaušanas laiks ir 2–3 gadi. Stāvēt gaidīšanas rindā, jaunais medikaments jau pagūst novocot, un mums tā vietā jau, iespējams, vajag citas zāles. Bet NVD pasaka: mēs nevaram to izslēgt un ielikt kādu citu, visiem jāstāv rindā. Katastrofāli trūkst fleksibilitātes jeb elastīgas pieejas – ja šis vairs neder, tad ejam uz nākamo efektīvāko terapiju.

– Kas ir pats būtiskākais, kā mēs sevi varam pasargāt?

– Neko jaunu nepateikšu – svarīgs ir veselīgs dzīvesveids un sadarbība ar ģimenes ārstu. Ir vēl trešais faktors. Kāpēc reizēm pacienti neaiziet uz izmeklējumu? Iespējams, ievērojamo lomu spēlē finansiālais aspekts, kad cilvēks nevar atrast naudu, lai samaksātu par ultrasonogrāfiju vai kādu citu izmeklējumu. Varbūt te vietā ir jautājums par veselības apdrošināšanu. Ļoti ticams, ka pacients, kurš zinātu, ka viņam veselības apdrošināšana garantē vienu vai otru pakalpojumu, kļūtu atsaucīgāks uz aicinājumiem

pārbaudīt savu veselību. Tādēļ būtu nepieciešams nodrošināt pieejamību un apmaksas sistēmu. Tas arī ir svarīgi.

– Ja tas viss taptu ieviests, tad ikvienam rastos iespēja sevi labāk pasargāt?

– Tieši tā, jo sabiedrības izglītošana, profilakse, ģimenes ārsts un finansējums ir svarīgi nosacījumi veiksmīgai cīņai ar vēzi. Tāpat jāatceras vēl viena būtiska lieta – daudzi domā, ka vēzis ir senioru slimība, bet onkoloģiskās slimības aizvien biežāk parādās gados jauniem cilvēkiem darbības jēgā vecumā. Reizēm kļūdu pieļauj arī ģimenes ārsts. Pie viņa atnāk trīsdesmitgadīgs pacients un stāsta, ka ir pastāvīgi noguris un krītas svarā. Ārsts dažkārt atbild, ka tās ir pārlietu liela stresa, pārstrādāšanās sekas, vajag atpūties, un viss būs kārtībā. Pacientam netiek nozīmēti nekādi izmeklējumi. Šādos brīžos tomēr jāpievērš uzmanība tam, ka 30 gados šādām izjūtām nevajadzētu būt, pacientam nevajadzētu sūdzēties, ka viņam ir slikti. Drošāk būtu šādu pacientu nosūtīt uz asins analīzi vai vēl citiem izmeklējumiem, jo nereti mēs piedzīvojam gadījumus, kad cilvēks atnāk pie speciālista, bet slimība jau ir ielaista. Ja tomēr kaut kas sāp, padusē izaudzis bumbulis vai var sataustīt kaut ko jaunu, kā agrāk nav bijis, labāk doties pie daktera. Ja neapmierina ģimenes ārsts, aizejam pie speciālista, bet neliekamies mierā! Reizēm neatlaidīgākie pacienti vinnē ar to, ka ir bijuši uzstājīgi, jo iet, meklē un atrod. Viņi paši «noķer» agrīno audzēju. Svarīgi ir atcerēties, ka agrīna slimība labāk padodas ārstēšanai un ir veiksmes garantants dzīvildzei.

Elizabete Kadakovska: jāizmanto

TOMS ZVIRBULIS

Plaušu vēža agrīna un korekta diagnostika ir globāla problēma. Tāpēc tiek meklēti instrumenti, kas ļautu to izdarīt pēc iespējas ātrāk un efektīvāk. Viens no tādiem ir plaušu vēža skrīnings riska grupu pacientiem. Latvijā pagaidām par šo skrīningu tikai runā un nav zināms, kad to varētu ieviest.

Par to, ko tāds izmeklējums varētu dot, cik sarežģīta ir tā ieviešana ikdienas praksē, runājam ar radiologu **Elizabeti Kadakovsku**.

– Latvijā pašlaik darbojas četras vēža skrīninga programmas. Cik reāli un cik ātri būtu iespējams ieviest arī plaušu vēža skrīninga programmu?

– Es domāju, ja dara, tad viss ir reāli. Lai sāktu šo programmu un saprastu, kā to paveikt, ir nepieciešams pilotprojekts. Tad varēs saprast, kā tas darbojas. Esmu pārliecināta, ka skrīnings savlaicīgai plaušu vēža diagnostikai ir nepieciešams, jo ikdienā pēc Covid-19 pandēmijas redzu daudz ielaistu vēža gadījumu. Šobrīd tas ir acīmredzami. Ņemot vērā iepriekšējo darba pieredzi, ko esmu uzkrājusi vairāk nekā 20 gadus Tuberkulozes un plaušu slimību centrā, – pārsvarā cilvēki nonāk pie ārsta novēloti, un tas bija aktuāli arī pirms pandēmijas. Postpadomju valstīs liela daļa cilvēku uzskata, ka plaušu rentgenogrāfija ir skrīninga izmeklējums. Plaušu rentgenogramma pārsvarā ir paredzēta tuberkulozes radīto izmaiņu diagnostiskai. Neskatoties uz to, mums ir daudz tuberkulozes gadījumu. Es īpaši vēlos uzsvērt, ka šāda diagnostika plaušu vēzim neder, jo šis vēzis var atrasties plaušu saknes rajonā, to var piesegt ribas, diafragmas kupoli, un mēs pat ar vislabāko augstākās kvalitātes aparāturu varam veidojumus neatklāt. Ja veidojums ir centrāli novietots, tad, pat sasniedzot ievērojamu apjomu, to ar rentgenogrammas palīdzību var neatklāt.

Ieviest skrīningu ir ļoti reāli, tikai jābūt gribai to izdarīt. Protams, ir nepieciešami arī līdzekļi, bet mums nevajag iegādāties specifisku aparāturu, jo datortomogrāfijas iekārtu Latvijā ir pietiekami daudz. Lielākā problēma ir radiologu skaits, jo lielais izmeklējumu daudzums pēc Covid-19 – gan audzēji, gan sirds, gan plaušu slimības – rada lielu spiedienu uz personālu.

Ilgstošais naudas trūkums veselības aprūpē radījis situāciju, kad pacienti hroniskas veselības problēmas risina neatliekamās palīdzības nodaļā, kas bieži noved pie datortomogrāfijas kabineta un tā personāla pārslodzes.

Cik ātri skrīningu varētu ieviest? Daudz ir atkarīgs no politiskās gribas, bet tāda situācija ir visā pasaulē. Arī bagātājās valstīs ir problēma – kurš maksās? No vienas puses, Eiropas Savienība ir uzsvērusi, ka šāds skrīnings ir nepieciešams, bet, kur ņemt naudu un kurš par to maksā, ir jāizdomā katram pašam. Amerikas Savienotajās Valstīs ir štati, kas lieto paši savu budžetu skrīninga izmaksu segšanai, bet ir pavalstis, kas līdzekļus šim nolūkam pieprasa no federālā budžeta.

Skrīninga izmeklējumu veikšanā iesaistīti samērā daudz cilvēku – ģimenes ārsts vai speciālists izraksta norīkojumu, radiogrāfers šo izmeklējumu veic, bet radiologs izpēta attēlus un sniedz to izskaidrojumu (aprakstu).

Vai skrīninga veicējiem ir vajadzīga specifiska izglītība? Faktiski nē, jo šos izmeklējumus var veikt jebkurš radiogrāfers. Programma, kas ir nepieciešama pazeminātas jonizējošā starojuma devas datortomogrāfijas izmeklējuma veikšanai, ir



Foto: No Elizabetes Kadakovskas personīga arhīva

Elizabete Kadakovska: «Smēķēšana ir slimība, kura nogalina visvairāk cilvēku. Tāpēc ir jāatrod un jāizmeklē cilvēki, kuri smēķē lielāko dzīves daļu un izsmēķē paciņu cigarešu dienā.»

pieejama praktiski visās iekārtās. Tikai ir jābūt gribai to izmantot vai izveidot, nav nepieciešams ieguldīt lielu naudu kaut kā dārga un specifiska iegādei.

Tāpat iekārtas mums ir, programmatūra arī, tāpat ir speciālisti, kuri var veikt izmeklējumus un kuri var interpretēt rezultātus (lai gan šo speciālistu ir par maz).

Ir pieejams *zajais koridors*, mums ir plaušu klīnikas Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā un Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā (turklāt Austrumu slimnīcā – gan *Gaiļezērā*, gan Tuberkulozes un plaušu slimību centrā), kuras nodarbojas ar plaušu vēža diagnostiku un ārstēšanu. Tāpēc problēmām ar papildu izmeklēšanu nevajadzētu rasties. Cik ātri mēs varētu nonākt līdz šādas programmas ieviešanai, es precīzi pateikt nevarēšu. Tas ir organizatorisks un finansiāls jautājums.

– Kāds varētu būt īstermiņa un ilgtermiņa ieguvums, ja šāda skrīninga programma tiktu ieviesta?

– Jūs, šķiet, gribat saprast, cik daudz valsts iegūtu, šos pacientus izmeklējot laikus. Diemžēl pie mums nav pieņemts domāt par to, cik daudz cilvēks samaksās nodokļos, ja viņš nomirs 30, 40 vai 50 gadu vecumā no audzēja. Mēs tā nemākam rēķināt. Šobrīd mēs rēķinām, cik mums izmaksā cilvēka ārstēšana. Katrā ziņā ieguvums būtu ļoti liels, jo plaušu vēzis vīriešiem kopā ar prostatas vēzi ir divas visvairāk izplatītās ļaundabīgo audzēju lokalizācijas. Sievietēm pirmajā vietā ir krūts vēzis, savukārt plaušu vēzis ir pirmajā piecīnīkā, un šie rādītāji gadu no gada atšķiras. Ja mēs plaušu vēzi cilvēkiem savlaicīgi diagnosticēsim, tad pirmajā stadijā varbūt pietiks tikai ar operāciju, iespējams, nebūs nepieciešama papildu terapija. Sīku veidojumu iespējams izoperēt torakoskopiski (pazīstamāks ir vārds «laparoskopiski», bet to lieto, runājot par vēdera dobuma operācijām). Un, lai gan tas varbūt skan nedaudz utopiski, cilvēks apmēram divas nedēļas pēc operācijas jau atkal var strādāt, pelnīt iztiku savai ģimenei un maksāt nodokļus valstij. Valstij nevajag šai

personai maksāt invaliditātes pabalstu, jo viņam nav vienas plaušas vai kādas citas ar vēzi saistītas paliekošas veselības problēmas. Par to būtu jārunā skaļāk. Es uzskatu, ka tabakas un cigarešu paciņu aplīmēšana ar draudīgiem tekstiem nestrādā. Jāsaprot, ka elektroniskās cigaretes nav nekaitīgas, iespējams, tās ir pat bīstamākas, jo mēs vēl neapzināmies visus riskus, kas ar tām saistīti. Diemžēl jauniešiem ir samērā stabils pieņēmums, ka tas ir stilīgi un nekaitīgi un turklāt brīvi pieejami.

– Ja skrīninga programmu tuvākajā laikā nebūs iespējams ieviest, vai ir kādas citas metodes, kuras varētu to aizvietot?

– Ģimenes ārstiem, runājot ar smēķējošu pacientu, vajadzētu ņemt vērā, ka plaušu vēzis nav tikai vīriešu slimība. Tas var būt arī sievietei. Arī starptautiskās vadlinijas vairs nerunā par vīriešiem, bet gan par cilvēkiem, un tas nav tikai politkorektuma jautājums. Riska grupā tiek iekļauti cilvēki vecumā no 50 līdz 80 gadiem ar 20 «paku gadu» dzīves pieredzi. Termins «paku gadi» (par ne pārāk veiksmīgo šī termina tulkojumu no angļu valodas mani studenti mēdz pasmieties) nozīmē, cik daudz cilvēks smēķē. Ja viņš dienā izsmēķē paciņu cigarešu un to dara gadu no vietas, tad tas ir viens paku gads. Ja cilvēks dienā izsmēķē divas paciņas un to dara gadu, tad tie ir divi paku gadi viena kalendārā gada laikā. Līdzīgi jāsaprot arī trīs un četru paciņu izsmēķēšana dienā, jo ir cilvēki, kuri dienas laikā tiešām spēj izpipēt četras paciņas cigarešu. Ja cilvēks ir sakrājis vairāk par 20 paku gadiem un viņš ir vecuma grupā no 50 līdz 80 gadiem, tad to var uzskatīt par ļoti nopietnu riska faktoru.

Lai gan es vēlētos pieminēt vienu diezgan traģisku lietu. Jaunākais smēķētājs, kuru esmu izmeklējusi Tuberkulozes un plaušu slimību centrā, bija septiņus gadus vecs bērns, kurš smēķēja no četrpaku gadu vecuma. Kā tas vispār ir iespējams? Kur ir skatījušies apkārtējie? Mēs katrs esam atbildīgi par šādām situācijām, ja ar tādām saskaramies. Skrīninga primārais uzdevums ir laikus atklāt plaušu vēzi. Paraleli iespējams konstatēt vai nu

hronisku obstruktīvu plaušu slimību, vai citas plaušu slimības, kuras ir nepieciešams ārstēt un kuras mēs sastopam smagās un ielaistās formās. Pašlaik izskatās, ka varam tikai mēģināt skriet pakaļ vilcienam, censties tam pieķerties un cerēt, ka spēsim to nedaudz piebremzēt.

– Kurām sabiedrības grupām šādas programmas ieviešana būtu nepieciešama visvairāk?

– Man šis jautājums nešķiet godīgs, jo mums ir tendence stigmatizēt dažādas lietas. Piemēram, tuberkuloze ir tikai nabadzīgo slimība. Dzer un smēķē tikai cilvēki, kuriem ir smaga dzīve. Patiesībā nevar teikt, ka cilvēkam, kurš ir mazāk pārticis, ir lielāks risks saslimt ar vēzi nekā tam, kurš dzīvo pārtikušu dzīvi. Ir vairāk jārunā par to, ka smēķēšana var nodarīt lielu postu ikviena veselībai. Ir vesela rinda slimību, kuras var attīstīties smēķēšanas rezultātā. Profesors Andrejs Ērglis bieži atzīmē, ka smēķēšana ir slimība, kura nogalina visvairāk cilvēku. Tāpēc ir jāatrod un jāizmeklē cilvēki, kuri smēķē lielāko dzīves daļu un izsmēķē paciņu cigarešu dienā. Tas, cik viņš ir pārticis vai nabadzīgs, nespēlē tik nozīmīgu lomu.

– Cik bieži būtu nepieciešams atkārtot izmeklējumus?

– Pēc pašreizējiem standartiem zemas devas datortomogrāfijas izmeklējums būtu jāveic reizi gadā. Starojums, kuru cilvēks saņem izmeklējuma laikā, ir līdzvērtīgs trīs projekciju rentgenogrāfiskai izmeklēšanai (tas gan, protams, ir, ļoti aptuveni runājot, jo saņemto starojuma līmeni nosaka daudzi faktori). Dažkārt no cilvēkiem dzirdu, ka viņi jūtas kā pabijuši Čornobilā, bet tas neatbilst patiesībai. Lidojot no Eiropas uz Ameriku, cilvēks lidojuma laikā var saņemt lielāku starojuma devu nekā zemas devas datortomogrāfijas laikā.

– Kā varētu izskatīties pati skrīninga procedūra?

– Uz jebkuru izmeklējumu, kur tiek pielietoti rentgenstari, ir jābūt ģimenes ārsta vai speciālista norīkojumam. Pēc tam pacients piezvana uz iestādi, kas sniedz šādu pakalpojumu, un norunā laiku, kad viņš var ierasties. Esmu jau dzirdējusi dažādas spekulācijas par krūts vēža skrīningu, kad sievietēm

ciņu valstu piemērs

tiek veikta mamogrāfija – mēs gribot «nostatot» tautu un izraisīt audzēju skaita pieaugumu, jo mamogrāfija pati par sevi varot izraisīt audzēju. Risks, ka cilvēkam attīstīsies audzējs mamogrāfijas vai plaušu datortomogrāfijas dēļ, ir stipri niecīgs, mēs negribam piekrist, ka tie ir riska faktori, kas tiešām paaugstina audzēju attīstīšanās risku. Tātad pacients ar ģimenes ārsta vai speciālista norīkojumu dodas uz iestādi, kur pieejama datortomogrāfija, piesaka vizīti, veic izmeklējumu, un piecu darba dienu laikā viņam ir jāsaņem atbilde. Izmeklējumu var veikt jebkurš Eiropas Savienībā sertificēts radiologs.

Ir lieli pētījumi, kuros savus rezultātus ir salīdzinājušas nevis atsevišķas slimnīcas, bet valstis, lai noteiktu, vai skrīninga programma sniedz ilgtermiņa ieguvumu. Praktiski visi ir nonākuši pie secinājuma, ka finansiāls ieguvums ir. Jo savlaicīgāk mēs kādu veidojumu atklājam un izoperējam, jo lielāka iespēja, ka šim cilvēkam būs vajadzīga relatīvi vienkārša ārstēšana un nebūs nepieciešama ilgstoša, smaga terapija ar plašām operācijām, ķīmijterapiju, apstarošanu un tamlīdzīgi. Jo ielaistāks ir plaušu vēzis, jo lielāka iespēja, ka cilvēks kļūs par invalīdu (gadījumos, kad jāizoperē visa plauša, operācija ir ļoti traumatizējoša, ja vispār iespējama). Tādos gadījumos cilvēks nespēj strādāt un līdz ar to maksāt nodokļus, bet saņem pabalstu no valsts, kas savukārt šos līdzekļus nevar ieguldīt citur. Cilvēkiem jāsaprot, ka, agrīni atklājot un izoperējot veidojumu, turpmākā dzīves kvalitāte būs ievērojami labāka, atšķirībā no situācijām, kad audzējs jau paguvjis plaši izplatīties. Ir gana daudz gadījumu, kad cilvēks jūtas vesels, atsakās no ārstēšanas, vēlas nogaidīt, attālināt operāciju, bet, kad ir par vēlu, dusmojas un pārdzīvo, ka viņu vairs negrib operēt. Taču – nevis negrib, bet tas vairs nav iespējams!

– Kas ir zemas devas datortomogrāfija, un ar ko tā atšķiras no parastās datortomogrāfijas?

– Zemas devas datortomogrāfija ir izmeklējums, kurā līdz minimumam tiek samazināts izmeklējuma brīdi izmantotais starojums. Galvenā tehniskā prasība ir, lai attēls būtu izvērtējams. Kā jau minēju, nav nepieciešama specifiska aparatūra, ir vajadzīgi tehnisku parametru kopums, kuru ir iespējams uzstādīt gandrīz jebkurā datortomogrāfijas iekārtā.

– Ja ar aparatūru problēmu nav, – vai Latvijā pietiek speciālistu, lai varētu veiksmīgi izvērst plaušu vēža skrīningu?

– Protams, gribētos, lai mums ir vairāk radiologu, bet Latvijā var apgūt šo specialitāti. Pēc sešiem gadiem augstskolā un pieciem gadiem rezidentūrā ārsts kļūst par pilntiesīgu radiologu un var strādāt ar plaušu vēža skrīninga izmeklējumiem.

– Kas veic izmeklējumu, kurš to interpretē, un pēc cik ilga laika ir pieejami rezultāti?

– Izmeklējumu veic radiogrāfers. Rentgenoloģiskos izmeklējumus (rentgenogrāfijas, mamogrāfijas) veic radiologa asistenti, kuriem ir koledžas izglītība, bet radiologa asistenti ar augstāko izglītību ir radiogrāferi, kas strādā datortomogrāfijas un magnētiskās rezonanses kabinetos. Radiogrāfers veic datortomogrāfijas un magnētiskās rezonanses izmeklējumus, taču viņš tos neinterpretē. Modernajā radioloģijā izmeklējumam ir nepieciešams relatīvi neliels laiks, bet daudz ilgāks, lai veiktu tā interpretāciju.

Rezultātus interpretē ārsts radiologs, tomēr nevar viennozīmīgi pateikt, cik ilgu laiku aizņems izmeklējuma aprakstīšana (tas atkarīgs no ļoti daudziem faktoriem). Parasti rezultāti ir pieejami piecu darbdienu laikā, bet darbs var tikt organizēts arī tā, ka interpretācija notiek uzreiz pēc paša izmeklējuma (ja vien tas ir iespējams, ja ārsts ir pieejams šāda

darba veikšanai). Ja pacientam nav sūdzību, tūlītējās interpretācijas priekšrocība ir tāda, ka cilvēks var mierīgi sirdi doties savās gaitās un pēc gada nākt uz atkārtotu izmeklējumu (tam atkal būs nepieciešams norīkojums). Pašlaik šāda prakse, kad interpretācija notiek uzreiz, tiek izmantota akūtos gadījumos. Ja izmeklējums nav akūts, tad parasti darbs tiek organizēts tā, lai būtu laiks apdomāties vai konsultēties ar kolēģiem, ja gadījums ir sarežģītāks. Saistībā ar pilotprojektu – pašlaik notiek darbs pie tā un, ja tas tiks realizēts, mēs labāk sapratīsim, cik daudz laika šāds process aizņem.

– Vai Latvijā vispār plaušu vēža skrīningu varētu ieviest, ņemot vērā finansiālos ierobežojumus?

– Vislielākā problēma ir kvalificēta darbaspēka trūkums. Tomēr, ja skatītos tikai no rakursa, vai mums pietiek darbaspēka, tad nebūtu arī pārējo skrīninga programmu. Pacientu kļūst arvien vairāk, gadījumi ir sarežģītāki un smagāki. To varu teikt pēc savas 25 gadu darba pieredzes. Ja salīdzina, cik daudz laika radiologam pāiet, lai aprakstītu sarežģītu gadījumu, un cik laika prasa izvērtēt skrīninga izmeklējumu, tad tie ir divi nesalīdzināmi lielumi. Viena izmeklējuma interpretēšanai mums paredzētas 30–40 minūtes. Modernās datortomogrāfijas iekārtas viena izmeklējuma laikā veic aptuveni 1000 uzņēmumu, kuri visi ir jāizskata. Jebkurā gadījumā vienkāršs skrīninga izmeklējums, pēc kura mēs pacientam varam teikt, ka viņam viss ir labi, aizņem daudz mazāk laika, nekā 4. stadijas pacientam izvērtēt iespējamo metastāžu esamību un tās aprakstīt. Komplicētu izmeklējumu aprakstīšana var aizņemt līdz divām trim stundām, pat vairāk, ja nepieciešams konsultācija, citu ārstu viedoklis. Parēķiniet, cik daudz pacientu mēs darbdienas laikā spējam izmeklēt, ja viņi ir ieradusies savlaicīgi, un cik pacientu, ja viņi pie mums atnāk ar ielaistu vēzi. Tāpēc ir nepieciešama skrīninga programma, kuras rezultātā mums būs daudz mazāk smagu pacientu.

– Cigarešu paciņu «biedējošais» noformējums neesot pārāk efektīvs. Kādu alternatīvu varētu izmantot, lai runātu par smēķēšanas kaitīgo ietekmi, ņemot vērā faktu, ka lielākā daļa plaušu vēža slimnieku ir smēķētāji?

– Es nesaku, ka tas būtu labākais variants, tomēr cigarešu iegādei ir jābūt apgrūtinātai. Ja tabakas izstrādājumus pārdošu specializētos veikalos, uz kuriem būtu jābrauc tālāk, šādam braucienam jānoskaņojas, tas varētu dot savu efektu. Šobrīd es varu ieiet jebkurā veikalā, benzintankā un visu diennakti nopirkt cigaretes, kaut arī tās nav izliktas vitrīnās. Vai tas kaut kā ietekmē smēķēšanas izplatību? Es gribētu teikt, ka nē. Vairāk būtu jāizglīto sabiedrība. Veselības mācībai jābūt jau pirmskolas iestādē, kur bērniem stāsta, ka smēķēt nav veselīgi. Nevajag uzsvērt, ka smēķētāji mirst jauni, bet gan akcentēt, ka šāds ieradums rada veselības problēmas. Otra lieta – cilvēki ir jānosoda par apkārtnes piegružošanu ar izsmēķiem. Ja sodi būtu ap 50 eiro (vai kā Singapūrā, kur tāds prieks var izmaksāt 1000 dolāru), ja nomests izsmēķis vai cilvēks smēķējis neatļautā vietā, viņam diez vai gribētos to darīt atkārtoti. Tāpat smēķēšana būtu jāpadara pēc iespējas nepopulārā arī sociālajā vidē un izklaidē, jo tas, pēc manām domām, strādātu daudz labāk nekā cigarešu paciņu apdruka.

– Vai Latvijā būtu nepieciešams aizliegt tabakas izstrādājumu tirgošanu pārtikas veikalos, kā tas ir daudzviet Eiropā?

– Jā, tas būtu variants. Lai gan visās valstīs tabakas izstrādājumu iegādei pārtikas veikalos ir savi ierobežojumi. Kā jau minēju, cigarešu iegādei pārtikas veikalos, kā arī benzintankos būtu jābūt apgrūtinātai.

Plaušu vēža attīstības risku noteicošie faktori

Pacientu grupas	Riska faktori	Skrīnings
Augsts risks	55–77 gadi, smēķēšanas stāžs 30 vai vairāk paku gadi un atmeta smēķēšanu pēdējo 14 gadu laikā, turpina smēķēt	Ikgadējais skrīnings
Augsts risks	> 50 gadi, smēķēšanas stāžs vairāk par 20 paku gadiem. Citi riska faktori, izņemot pasīvo smēķēšanu (piem. plaušu vēzis ģimenes anamnēzē, kontakts ar azbestu vai radonu un citi)	Ikgadējais skrīnings
Vidējs risks	> 50 gadi, smēķēšanas stāžs vairāk par 20 paku gadiem. Nav citu riska faktoru	Nerekomendē
Zems risks	< 49 gadi, smēķēšanas stāžs mazāk par 19 gadiem	Nerekomendē

ESMO/NCCN vadlīnijas

– Vai sabiedrības un likumdevēju pārliecināšanai par šādas programmas lietderību būtu labi izmantot citu valstu piemēru, kur plaušu vēža skrīninga programmas darbojas ilgstoši?

– Tas jau notiek. Valstis, kur plaušu vēža skrīninga programmas iepriekš nav bijis, piemēram, Igaunijā, tieši pilotprojekts ar citu valstu piemēriem palīdzēja pārliecināt politiķus par šādas programmas lietderību. Ir valstis, piemēram, Austrija, kur daudz enerģijas un laika tiek veltīts, lai runātu par smēķēšanas negatīvo ietekmi. Tās valstis, kuras sāc skrīninga programmas vai to pilotprojektus, izmanto citu valstu piemēru kā atspēriena punktu savām programmām. Ja vienā valstī tas strādā un viņiem ir skaidrs aprēķins, cik maksā

skrīninga programma un kādas ir 3. vai 4. stadijas vēža pacienta aprūpes izmaksas, un cik daudz darba gadu šāds cilvēks pazaudē, kāpēc šo piemēru neizmanto?

Satrauc tas, ka plaušu audzēji kļūst jaunāki. Pirms gadiem 15, redzot veidojumu plaušās, pirmā doma bija par tuberkulozi. Tagad arī jaunam cilvēkam, redzot veidojumu plaušās, viena no pirmajām domām ir par ļaundabīgu audzēju, un apmēram pusē gadījumu tas tā arī ir. Mums nav precīzu datu par elektronisko cigarešu un ūdenspiļu kaitīgo ietekmi, bet mūsu jaunieši smēķē tiešām daudz. Mēs ierobežojam cigarešu tirdzniecību, bet tajā pašā laikā gandrīz katrā lielveikalā ir elektronisko cigarešu veikals. Pēc manām domām, tas ir pilnīgi nepareizi.

Citu valstu (ASV) plaušu vēža skrīninga piemērs

PLAUŠU VĒŽA SKRĪNINGA KRITĒRIJI

Mūsu pacientiem jābūt:

50-80
gadus veciem



ESOŠIEM
smēķētājiem

ATMETUŠIEM
smēķēšanu pēdējo
15 GADU LAIKĀ

Ar vismaz
20 PAKU GADU
smēķēšanas stāžu

1 paciņa dienā **x** **20 gadus** **=** **20** paku gadu
vai **½ paciņa dienā** **40** gadus

Avots: <https://www.silvercross.org/care-treatment/lung-care/lung-cancer-screening/>

Plaušu vēža skrīninga pieredze Baltijas valstīs

Igaunijā 2022. gadā tika apkopotu plaušu vēža skrīninga veikspējas pētījuma rezultāti. Pētījumā tika iekļauti 395 iedzīvotāji, no kuriem atsaucās un skrīninga izmeklējumu veica ap 200 cilvēku. Plaušu vēža skrīninga kandidātus atlasīja pēc riska kritērijiem – vecums 55–74 gadi, smēķēšanas statuss, plaušu vēža risks pēc *PLCOm20i2noRace* kalkulatora aprēķiniem. Kandidātiem tika veikts zemas devas datortomogrāfijas (ZDDT) izmeklējums, un attēlus novērtēja divi neatkarīgi radiologi pēc specifiski izstrādāta algoritma, klasificējot atradi pakāpēs no pārliecināti labdabīgas līdz pārliecināti ļaundabīgai (*Lung-RADS*). Kopā izdevās veikt ap 200 ZDDT izmeklējumus un atklāt vienu plaušu vēža gadījumu. Vienīgajam pacientam, kuram atklāja plaušu vēzi, audzējs tika atklāts agrīni un veiksmīgi tika veikta operācija. Papildus šajā projektā tika identificēti 27 indivīdi ar neskaidrām izmaiņām plaušās. Šiem iedzīvotājiem tika nozīmēts atkārtots ZDDT izmeklējums pēc trim vai sešiem mēnešiem. Pētījumā tika secināts, ka plaušu vēža skrīnings ir istenojams.*

* Tanels Lainsārs u.c. Pētījums par plaušu vēža skrīninga veikspēju. Tallina, 2022. <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzGrcPGCXxzkJNcxtXwvVbvPCdGc?projector=1&messagePartId=0.1>

Avots: žurnāls *Latvijas ārsts*

Latvijas pacientiem ir nepieciešams plaušu vēža skrīnings

TOMS ZVIRBULIS

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

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

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

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

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

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

– Kā tas tiek izmantots plaušu vēža diagnostikā vai prevencijā?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Foto: No Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas arhīva

Par plaušu vēzi

Plaušu vēža simptomi

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

Plaušu vēža riska faktori

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

Plaušu vēža veidi

Izšķir divus plaušu vēža veidus:

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

Avots: mayoclinic.org

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

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

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

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

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

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

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

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

– Kādas ir jaunākās metodes plaušu vēža ārstēšanā?

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

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

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

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

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

**Plaušu vēža attīstības
risika kalkulators**
<https://vezarisks.lv>

FOUNDATION MEDICINE

Visaptveroša gēnu profilēšana



ATRODIET SAVU PERSONALIZĒTO PIEEJU

www.foundationmedicine.lv



SIA "Roche Latvija"
Miera iela 25, Rīga, LV-1001, Latvija
E-pasts: riga.info_Latvija@roche.com
Materiāls sagatavots 2022. gada decembrī
M-LV-00000377

Skatiet vairāk, dariet vairāk



ONKO.LV

Informatīvais portāls par onkoloģiju:

saskaņošanas nr.
M-LV-00000473

Specifiskās imūnterapijas nozīme plaušu vēža ārstēšanā



SIGNE PLĀTE,
onkoloģe ķīmijterapeite

Plaušu vēzis ir viens no visbiežāk sastopamajiem vēža veidiem, tādēļ tā ārstēšanas iespējas ir īpaši svarīgas. Katru gadu Latvijā diagnosticē ap 1000–1100 jaunu saslimšanas gadījumu. Sliktā ziņa, ka joprojām ļoti augsts ir ielaisto gadījumu skaits. Jebkura audzēja gadījumā ārstēšanas rezultāts ir atkarīgs no slimības stadijas. I un II stadijas plaušu vēža pacientu piecu gadu dzīvildze ir ap 60 procentiem, bet IV stadijas – ap 5 procentiem, turklāt tie ir ASV dati. Korekti Latvijas dati kopš 2017. gada nav pieejami, ir atsevišķi ziņojumi, par 2020. gadu – it kā piecu gadu dzīvildze ir 2,2 procentiem IV stadijas plaušu vēža pacientu.

Novērst riska faktoros

Ārkārtīgi svarīga ir savlaicīga plaušu vēža diagnosticēšana, jo tad ārstēšana ir vienkāršāka, lētāka un efektīvāka. Lai savlaicīgi konstatētu plaušu vēzi, nepieciešama pacienta vēršanās pie ārsta. Daudz varētu palīdzēt mērķēts plaušu vēža skrīnings, ja tas tiktu ieviests un būtu adekvāta riska grupu atsaucebe. Diemžēl Latvijā pieejamās skrīninga programmas tiek ļoti vāji izmantotas, kas rada bažas arī par plaušu vēža skrīninga efektivitāti, ja to tomēr ieviestu. Jāpiebilst, ka Latvijā, jau pašlaik pie skrīninga programmas riska grupu noteikšanas strādā Veselības ministrijas darba grupa.

Neatkarīgi no skrīninga, svarīgi ir reizi gadā veikt veselības pārbaudi un sūdzību gadījumos tūlīt doties pie ģimenes ārsta. Protams, visefektīvākā būtu riska faktoru novēršana. Tā nav neiespējamā misija, ja iedzīvotāji apzinātos savas veselības nozīmi un paši sev ļaunprātīgi nekārtētu. Plaušu vēža galvenais izraisītājs ir smēķēšana, kas ir novēršams faktors. Smēķēšanas izskausai vajadzētu būt valsts mērķim, par to noteikti būtu jādomā un daudz un aktīvi jārunā (jāraksta). Pašlaik ir pieejams Slimību profilakses un kontroles centra informatīvais materiāls «Kā sevi pasargāt no plaušu vēža» – uzskatāms un noteikti ļoti izmantojams visās medicīnas iestādēs.

Diemžēl plaušu vēzis mūsdienās skar ne tikai smēķētājus, un tā vairs nav viriešu slimība. Ar plaušu vēzi, īpaši adenokarcinomu, var saslimt jebkura dzimuma veselīgs cilvēks bez kaitīgiem ieradumiem un blakusslimībām. Tādēļ jo īpaši svarīgi ir uzsvērt, ka neskaidra klepus, elpas trūkuma, novājēšanas, nemaz jau nerunājot par asins spļaušanu, gadījumos ir ļoti svarīgi nekavējoties veikt izmeklējumus.

Pagrieziena punkts – mērķterapija

Kad audzējs ir atklāts un ja tas ir lokāli izplatīts vai metastātisks, tad sākas nopietna ārstēšana un tiek pielietotas dažādas terapijas metodes – staru terapija, staru-ķīmijterapija un ķīmijterapija. Taču plaušu vēzis ir tā vēža lokalizācija, kurā īpaši lielu un nozīmīgu terapijas efektivitātes uzlabojumu ir devusi mērķterapija un specifiskā pretaudzēja imūnterapija. Sakot pavisam vienkārši,

– kopš ir pieejami imūnterapeitiskie un mērķterapijas līdzekļi, plaušu vēža pacienti dzīvo daudz ilgāk arī izplatītās slimības gadījumā, un plaušu vēzi var sākt saukt par hronisku slimību nevis neizārstējamu nelaimi.

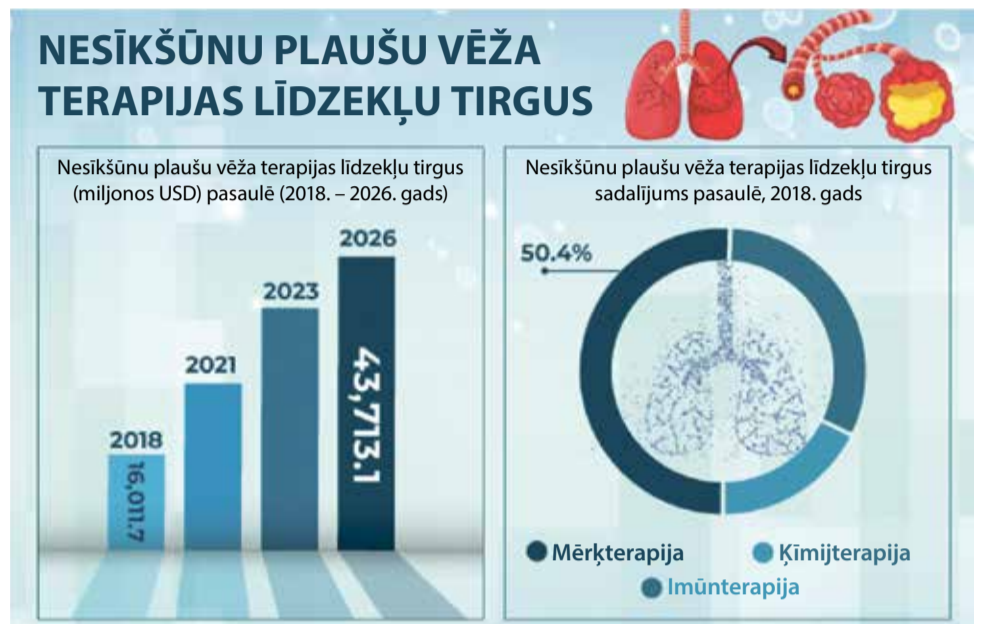
Pirmais pagrieziena punkts bija mērķterapijas līdzekļu atklāšana un reģistrācija, kas savukārt saistīta ar vēža šūnu augšanas mehānismu izpratni – atrodot konkrētus receptorus, var izstrādāt medikamentu, kas tos bloķē, un tādēļ to sauc par mērķterapiju. Pirmais ir 2003. gadā ASV reģistrētais EGFR (epidermālā augšanas faktora receptors) inhibitors, t.i., blokators, kurš pavēra ceļu mērķterapijas lietošanai plaušu vēža gadījumos. 2023. gadu var uzskatīt par 20 gadu jubileju plaušu vēža mērķterapijā. Kopumā, attīstoties mērķterapijai un mehānismu izpratnei, varam runāt nevis par vienotu slimību – plaušu vēzi, bet vismaz septiņām dažādām slimībām. Ar mērķterapijas līdzekļiem var iegūt atbildes reakciju vismaz 60–80 procentos gadījumos. Neapšaubāmi, ir klīniskie gadījumi, kuros netiek atrasti nekādi receptori uz vēža šūnas virsmas, un mērķterapiju nevar izmantot. Tā ir specifiskās imūnterapijas vieta un iespēja, kaut jāuzsver, ka vadlīnijas tiek uzlabotas/mainītas praktiski katru gadu un abas lielās grupas – mērķterapija un imūnterapija – tiek pielietotas gan atsevišķi, gan kopā dažādā secībā dažādām pacientu grupām.

Imūnterapija vēža ārstēšanai

Imūnterapijas straujā attīstība onkoloģijā kļuva iespējama pēc lielajiem atklājumiem, kā audzēja šūna izvairās no cilvēka organisma imūnsūnām.

Plaušu vēzis ir tā vēža lokalizācija, kurā īpaši lielu un nozīmīgu terapijas efektivitātes uzlabojumu ir devusi mērķterapija un specifiskā pretaudzēja imūnterapija.

Šis jautājums – kā iespējams, ka cilvēkam ar pavisam labu vispārējo imunitāti aug audzējs un organisms to nepamana, – ilgu laiku nodarbināja zinātnieku prātus. Šos mehānismus, CTLA-4 un PD-1 imūnsistēmas bremzēšanas mehānismus, atklāja Džeimss P. Elisons (*James P. Allison*) un Tasuku Honjo, par ko arī abi saņēma Nobela prēmiju 2018. gadā. Mehānismi un medikamenti tika pētīti jau ilgi pirms Nobela prēmijas saņemšanas, prēmija bija tikai vainagojums milzīgam darbam un ļoti svarīgas ārstēšanas metodes iespējām. Jau 2015. gadā ASV tika reģistrēti trīs medikamenti, kas ļāva bloķēt šos bremzēšanas mehānismus un iegūt izcilus rezultātus audzēju ārstēšanā, īpaši tādu audzēju, kas agrāk tika uzskatīti praktiski par fatāliem, kā nesikšūnu plaušu vēzis un melanoma. Teorētiski imūnterapija ir plašāka grupa, ietverot arī vakcīnas, vīrusu preparātus. Pašlaik savu klīnisko efektivitāti pierādījuši tikai CTLA-4 un PD-1 inhibitori, t.i., blokatori, visi pārējie mehānismi un medikamenti ir pētījumu procesā. Gribu ļoti, ļoti uzsvērt, ka onkoloģijā teorētiski izcilis modelis klīniskajā



praksē var būt absolūti neefektīvs. Skaisti mehānismi bieži tiek izmantoti zināmā mērā krāpnieciskās shēmās, arī Latvijā ir bijuši tādi gadījumi. Mūsdienā pasaulē ar pieejamību visa veida vadlīnijām noteikti jāpārbauda medikamenta/metodes esamība vai neesamība svarīgākajās onkoloģisko slimību ārstniecības vadlīnijās. Tās ir ESMO (*European Society for Medical Oncology* – Eiropas Onkologu ķīmijterapeitu asociācija), ASCO (*American Society of Clinical Oncology* – Amerikas Klīnisko onkologu organizācija) un NCCN (*National Comprehensive Cancer Network* – Nacionālais visaptverošais vēža tīkls) vadlīnijas. Imūnterapijas iespējas plaušu vēža gadījumos ir atkarīgas no vairākiem faktoriem. Pirmais, protams, ir korekta diagnoze. Plaušu vēža gadījumā ir divas lielās grupas – sikšūnu un nesikšūnu plaušu vēzis. Sikšūnu plaušu vēža ārstēšanā pagaidām imūnterapijai nav tik labi ieguvumi kā nesikšūnu plaušu vēža gadījumā, šī metode nav standartterapija.

Nesikšūnu vēzis dalās vairākos apakštīpos. Nespeciālistam ir svarīgi zināt, ka ir plakanšūnu plaušu vēzis un adenokarcinoma. Imūnterapiju pielieto abu apakštīpu gadījumos, bet ir atšķirīga taktika, atšķirīga kombinācija. Terapijas gaitā ļoti svarīga ir uzticēšanās ārstējošajam onkologam ķīmijterapeitam, jo Latvijā terapijas izvēli ierobežo Kompensējamo zāļu saraksts un iespējas pacientu ārstēt atbilstoši kompensācijas noteikumiem. Vadlīnijās un pētījumos pielietojums, protams, ir plašāks. Tomēr gribu uzsvērt, ka nesikšūnu plaušu vēža gadījumos kompensācijas sistēma dod iespēju pacientus labi ārstēt. Imūnterapijas ieviešanas rezultātā arī Latvijā klīnikās jau ir pacienti, kuri lietojuši specifisko terapiju kompensācijas noteikumos noteiktos divus gadus, ieguvuši pilnu vai daļēju remisiju (situācija, kad audzēju ne ar vienu izmeklēšanas metodi neredz vispār vai redz nemainīgu mazos izmēros vienādi visās kontrolēs) un tikai ierodas uz kontroli. Kopumā pasaulē specifisku imūnterapijas medikamentu ir daudz, Latvijā onkologi ķīmijterapeiti seko visiem pasaules jaunumiem un ir kompetenti labāko terapijas metožu izvēlē. Jāuzsver, ka arī specifiskos audu izmeklējumus, lai terapiju varētu piemērot, ir iespējams veikt un arī veic atbilstoši klīniskajām nepieciešamībām. Šeit ir runa par PD-L1 receptoru noteikšanu

un kvantitatīvo analīzi. Visiem nesikšūnu plaušu vēža III un IV stadijas pacientiem receptori tiek noteikti. Protams, tiek noteikti arī mērķterapijai nepieciešamie EGFR un ALK receptori.

Kādas ir blakusparādības?

Imūnterapijai ir pilnīgi atšķirīgas blakusparādības, kas krasi atšķiras no klasiskajām ķīmijterapijas blaknēm. To ir ļoti svarīgi akcentēt divu iemeslu dēļ. Pirmkārt, nav jābaidās no klasiskajām ķīmijterapijas blakusparādībām – sliktas dūšas, vemšanas, asinsrades krasa nomākuma, caurejas vai izteiktiem aizcietējumiem. Otrkārt, pacientiem noteikti jāzina par saņemamo terapiju, jo imūnterapija var izraisīt imūnsistēmas pāruzbudinājumu, kas var izpausties jebkura iekaisuma veidā: pulmonīts (plaušu audu iekaisums), kolīts (zarnu iekaisums), miokardīts (sirds muskuļa iekaisums) u.tml. Pirms terapijas uzsākšanas tiek nozīmētas analīzes, kuras obligāti jāveic un pēc tam jāatkarāto terapijas laikā, arī tas ir standartizēts. Pamatā tā ir sekošana vairogdziedzera funkcijai un virsnieru darbībai, lai savlaicīgi atklātu izmaiņas un tās koriģētu. Latvijas Onkoloģijas centra onkologiem ķīmijterapeitiem ir ideāla sadarbība ar endokrinoloģijas dienestu, un kolēģi palīdz koriģēt hormonoterapeitisko līdzekļu devas, ja tas ir nepieciešams. Reti, bet var veidoties diabētam līdzīga komplikācija, ko arī labi koriģē ar speciālu terapiju. Komplikācijas nav biežas, tās ir ļoti labi vadāmas un ārkārtīgi reti var būt dzīvību apdraudošas. Pacienti tiek izglītoti, visi saņem informatīvos materiālus par medikamentu, ar ko viņus ārstē. Savlaicīgi saņemot ārstēšanu, blakusparādības ir labi novēršamas un reti prasa terapijas pārtraukšanu. Blakusparādību ārstēšana ir ļoti reglamentēta, ir precīzas vadlīnijas, kuros gadījumos kādi medikamenti jālieto, vai terapija uz laiku jāpārtrauc. Tikai ļoti retos gadījumos specifisko imūnterapiju nevar atsākt.

Nesikšūnu plaušu vēzis kļūst par hronisku slimību, pacienti, saņemot terapiju, var dzīvot daudzus gadus, strādāt un piepildīt citus savus sapņus. Tieši plaušu vēzis ir tā onkoloģiskā diagnoze, kuras gadījumos specifiskā imūnterapija ir radikāli izmainījusi slimības gaitu, prognozi un tādējādi arī skatu uz šo slimību. Kā jau minēju, no fatālas nelaimes plaušu vēzis kļūst par hronisku slimību.

Kāpēc galvas un kakla vēzi bieži atklāj pēdējā stadijā?

ILONA NORIETE

Onkoloģiskās slimības ir vienas no izplatītākajām veselības problēmām pasaulē. Tā Latvijā kāda no onkoloģiskajām slimībām ik gadu tiek atklāta vairāk nekā 12 tūkstošiem cilvēku.

Ar Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Onkoloģijas klīnikas onkoloģi ķīmijterapieti **Sigitu Hasneri** runājam par galvas un kakla audzējiem.

– Ko saprot ar terminu «galvas un kakla apvidus audzējs»?

– Ar šo jēdzienu lielākoties tiek apzīmēti audzēji, kuri veidojas mutes dobumā, rīklē, balsenē. Tie parādās kā nedzīstošas čūlas, kuras vairumā gadījumu nesāp. Šie audzēji no mutes dobuma glotādas izplatās uz kakla limfmezgliem, tādēļ šiem cilvēkiem bieži vien mēdz būt palielināti kakla limfmezgli, kas nereti ir pirmais simptoms, ko viņi pamana.

– Vēzis samērā bieži tiek diagnosticēts novēloti jeb III un IV stadijā. Vai galvas un kakla vēzi var atklāt agrīni, pamanīt laikus?

– Problēma ar galvas un kakla audzējiem ir tāda, ka tie ir ļoti agresīvi. Lielākā daļa (70–80 procentu) ir smēķēšanas izraisīti. Bieži vien mēs klīniskajā praksē redzam, un to parāda arī statistikas dati, ka pat pie nelielām čūlām audzēji jau ir aizgājuši uz kakla limfmezgliem, kas atbilst slimībai vēlinās stadijās. Ja pacientam mutes dobumā parādās čūliņa, kura nesāp, nedzīst, asiņo, traucē, nevajadzētu vilcināt laiku un gaidīt. Parasti visas čūlas sadzīst pāris dienu līdz nedēļas laikā. Tāpēc vajag uzreiz doties pie ģimenes ārsta un parādīt viņam mutes dobumā esošo veidojumu. Ģimenes ārsts tālāk nosūtīs pie sejas, žokļa ķirurga vai pie otorinolaringologa – atkarībā no tā, par kuru apvidu pacientam ir šūdzības. Retāk sastopami gadījumi, kad čūlas nav redzamas, piemēram, ja audzējs ir ieperinājies dziļāk rīklē. Tad gan parādās citi simptomi – ja audzējs virzās uz mutes dobumu, veidojas rīšanas traucējumi. Šāds notikums pavērsiens pacientam liek ātrāk meklēt palīdzību, jo tiek būtiski pazemināta viņa dzīves kvalitāte. Arī šādā situācijā jāvērsas pie ģimenes ārsta. Tas pats jādara arī tad, ja uz kakla tiek pamanīts veidojums, piemēram, neliels vai augošs mezgliņš. Pat ja tas nesāp, netraucē, ir jādodas pie ģimenes ārsta, lai viņš nosūta uz tālākiem izmeklējumiem.

– Kādi ir šie izmeklējumi?

– Tā ir kakla ultrasonogrāfija, kas ir ļoti elementāri veicama, nesāpīga un citādi nekaitīga – to var atkārtot tik bieži, cik nepieciešams. Ar ultrasonogrāfijas palīdzību ātri vien var pateikt, vai mezgliņam ir labdabīga izcelsme, vai arī pastāv aizdomas uz ļaundabīgu audzēju.

Viens no vēlinā (ceturtajā) stadijā atklāto audzēju lielā skaita galvenajiem iemesliem ir tas, ka cilvēki gaida un cer, ka čūliņa pazudīs, sadzīs.

– Ja šāds veidojums aiziet līdz limfmezgliem, tad tās jau ir metastāzes?

– Tās ir metastāzes kakla limfmezglos, nevis attālas – citos orgānos. Šis audzējs sākumā vienmēr izplatās uz limfmezgliem, jo tie kā kolektori savāc ļaundabīgās šūnas. Protams, jo ilgāk audzējs ir organismā, jo pastāv lielāka varbūtība, ka vēža šūnas izplatīsies tālāk ķermenī, veidojot metastāzes arī citos orgānos, visbiežāk plaušās.

– Ja parādās čūlas vai mezgliņi un cilvēks, tos pamanot, uzreiz vērsas pie ārsta, vai tad vēzi var atklāt pirmajās stadijās? Vai arī jau pašas čūlas un mezgliņi liecina, ka slimība ir ievērojami progresējusi?



Foto: No PSKUS arhīva

Sigita Hasnere: «Galvas un kakla audzēji tiek uzskatīti par reti sastopamiem. Tie veido tikai apmēram 4 procentus no visām onkoloģiskajām diagnozēm. Galvenā problēma ir tā, ka šie audzēji visbiežāk tiek konstatēti IV stadijā.»

– Ja kaklā ir palielināti limfmezgli, tad tā nav ne pirmā, ne otrā stadija, šādā gadījumā diagnoze jau norāda uz izplatītu slimību. Tikai tad, ja ir čūliņa mutē, bet izmeklējumi neuzrāda palielinātus kakla limfmezgļus, mēs varam runāt par pirmo vai otro stadiju. Diemžēl ne tikai Latvijā, bet arī pasaulē šos audzējus pirmajā vai otrajā stadijā atklāj samērā reti. Tas biežāk izdodas, kad ir skarta lūpa, kas vairāk redzams arī citiem, vai arī audzējs lokalizējas deguna blakusdobumos, kas pacientam ievērojami traucē. Agri parādās nepatīkami simptomi, kas liek vērsties pie ārsta un neļauj gaidīt ar domu, ka pāries.

– Ja ir aizdomas par ļaundabīgu veidojumu, tad kādā veidā tiek noteikts, vai konkrētajā gadījumā tas ir labdabīgs vai ļaundabīgs?

– Tiklīdz parādās kaut mazākās aizdomas par ļaundabīgu audzēju, ģimenes ārsts izmanto *zaļo koridoru* un nosūta pacientu pie speciālista. Atkarībā no audzēja lokalizācijas tas ir otorinolaringologs vai sejas un žokļa ķirurgs. Biopsiju jeb audu paraugu lielākoties ņem ķirurgs, kas atbild par mutes dobuma un kakla audzējiem. Šie ķirurgi visbiežāk biopsijas ņem no primāriem veidojumiem, kas atrodas mutes dobumā, balsenē – no turienes, kur audzējs ir veidojies. Mēdz būt gadījumi, kad audzēju mutes dobumā nevar atrast, piemēram, ja tas ir ļoti mazs vai atrodas dziļumā, vai tādā vietā, kur tam nevar piekļūt, bet uz vēža eksistenci norāda palielinātie kakla limfmezgli. Tādos gadījumos ultrasonogrāfijas kontrolē tiek ņemta biopsija no kakla limfmezgliem, bet atsevišķos gadījumos veic mazināvu operāciju, kuras laikā šo limfmezglu iegriež un it kā izloba.

– Ko uzrāda statistika – cik daudz cilvēku slimo ar šādiem audzējiem?

– Galvas un kakla audzēji tiek uzskatīti par reti sastopamiem. Tie veido tikai apmēram 4 procentus no visām onkoloģiskajām diagnozēm. Galvenā problēma ir tā, ka šie audzēji visbiežāk tiek konstatēti IV stadijā. Vairāk nekā pusei pacientu Latvijā un pasaulē slimība jau ir ielaista. Prognoze tādos gadījumos noteikti ir sliktāka nekā I vai II stadijai. IV stadijas audzējiem nepieciešama daudz agresīvāka terapija, jo vajadzīga gan operācija, gan staru terapija, atsevišķos gadījumos mēs pievienojam arī ķīmijterapiju. Bet neatkarīgi no tā, cik

agresīva ir bijusi terapija, puse no pacientiem ar šo vēzi IV stadijā nomirst, turklāt katrs desmitais pacients nomirst pusgada laikā kopš slimības konstatēšanas brīža.

– Kādi ir galvas un kakla ļaundabīgo audzēju riska faktori?

– Ap 70–80 procentos gadījumu šo audzēju ir izraisījis smēķēšana, kā arī alkohola lietošana. Strādājot ar šiem pacientiem, man šķiet, ka viņu vidū smēķētāju īpatsvars ir pat lielāks nekā pēc statistikas datiem pasaulē uzrādītais. Reti kurš pacients ar šo diagnozi nesmēķē.

Otra, jau mazāka, grupa, kam arī ir palielināts mutes dobuma audzēju risks, ir pacienti, kuri ir inficēti ar cilvēka papilomas vīrusu (CPV). Parasti tie ir gados jaunāki par tiem, kuriem audzēju ir izraisījis smēķēšana. Šiem pacientiem ir labāka prognoze, nekā smēķēšanas izraisīta vēža gadījumā, un viņiem slimība labāk padodas ārstēšanai. Šie audzēji ir jutīgāki uz staru terapiju, arī ķīmijterapiju, nekā smēķēšanas izraisītie audzēji. Ļoti labi ir tas, ka pašlaik Latvijā visus bērnus, sākot no 12 gadu vecuma, vakcinē pret CPV. Ja vakcinācija aptvere būs pietiekami liela, tad nākotnē šādi inducētu audzēju mums vairs nebūs. Šo problēmu var izskaust, pateicoties vakcīnai.

Trešais, samērā rets, iemesls, kāpēc pacientiem var veidoties galvas un kakla apvidus audzēji, ir saistīts ar hroniskiem iekaisuma procesiem mutes dobumā, sliktu mutes higiēnu, darbu ar kaitīgām vielām, kā arī radiāciju. Piemēram, ja ir darbs ar azbestu vai kādām ķīmiskām vielām, kas pastāvīgi tiek inhalētas mutes dobumā.

– Vai iespējams kaut ko darīt, lai no šī vēža izvairītos, – veselīgi ēst, nesmēķēt, lietot vitamīnus?

– Lai izvairītos no mutes dobuma audzējiem, pirmkārt, nedrīkst smēķēt, otrkārt, ir jāvakcinējas pret CPV. Ja ir gadījies inficēties, tad regulāri jāvēro mutes dobums. Jāizvairās no radioaktīvajām, ķīmiskajām vielām, smagajiem metāliem utt. Vēl ir nepieciešama regulāra mutes dobuma higiēna – jātīra zobi, jāapmeklē zobārsts, lai nebūtu hroniska iekaisuma, kas var veicināt ļaundabīgu šūnu attīstīšanos. Runājot par vitamīniem, veselīgu dzīvesveidu, – diemžēl pašlaik nevienam pētījumam nav pierādījis, ka

jebkādu vitamīnu lietošana vai veselīga dzīvesveida piekopšana pasargātu pacientu no galvas, kakla audzējiem. Taču jebkurš onkologs jums ieteiks ēst veselīgi, būt fiziski aktīviem un rūpēties par savu emocionālo stabilitāti. Jo tas ir ļoti svarīgi, lai uzturētu spēcīgu, veselīgu organismu un pasargātu sevi arī no cita veida onkoloģiskajām slimībām. Ja cilvēkam diagnosticēts vēzis, tad pacientiem, kuri pirms tam izvēlējušies veselīgu dzīvesveidu, bijuši emocionāli stabili, noteikti prognoze būs labāka, viņi labāk izturēs terapiju un ātrāk atjaunosies pēc visām ārstniecības procedūrām.

– Ko sevi iekļauj ārstēšana – tā ir radikāla terapija, ķīmijterapija, staru terapija?

– Tā kā šis audzējs ir agresīvs, arī ārstēšanas plāns ir diezgan uzbrūkošs, radikāls. Vispirms mēs vienmēr apsveram, vai ir iespējama ķirurģiska terapija, proti, vai šo audzēju var izgriezt. Ja tas ir iespējams, pacients tiek sūtīts uz operāciju. Bieži vien operācijas ir ļoti smagas un prasa vairāku ķirurģu iesaistīšanos. Tas ir plastikas ķirurgs, mikroķirurgs, sejas, žokļa ķirurgs, otorinolaringologs. Pēc operācijas atkal tiek sasaukts ārsts konsilijā, lai lemtu, vai konkrētajam pacientam ir nepieciešama arī staru un ķīmijterapija. Lielākajai daļai pacientu pēc operācijas papildus tiek pielietota staru terapija, bet, ja pastāv atsevišķi riska faktori, mēs pievienojam arī ķīmijterapiju. Tiem pacientiem, kuriem operācija jau sākotnēji nav iespējama audzēja lieluma, izplatīšanās svarīgos orgānos vai lokalizācijas vietas dēļ, mēs uzskatām radikālu staru terapiju kombinācijā ar ķīmijterapiju.

– Ko nozīmē radikāla staru terapija?

– Šajā gadījumā staru terapijas deva ir sevišķi liela, jo uzdevums ir audzēju izdedzināt un nogalināt. Tāpat pievienojam arī ķīmijterapiju, lai pastiprinātu staru terapijas efektu. Neskatoties uz terapiju klāstu un apjomu, apmēram pusē gadījumu gaidāms slimības recidīvs, un diemžēl šos pacientus neizdosies glābt.

Pacientiem, kurus nevar izārstēt, vai tiem, kuriem audzējs arī pēc tik agresīvas, radikālas terapijas atgriežas, tiek nozīmēta ķīmijterapija, dažreiz arī imūnterapija. Tā ir jauna, moderna ārstēšana ar medikamentiem, kas Latvijā nesens iekļauti Kompensējamo zāļu sarakstā. Tā ļauj pacientam pagarināt mūža ilgumu un uzlabot dzīves kvalitāti, mazinot simptomus, ko izraisa šis audzējs.

– Kāda ir galvas un kakla audzēju pacientu dzīvildze?

– Lielākā daļa jeb 80–90 procenti pacientu, kuriem šo audzēju atklāj agrīnajās (pirmajā un otrajā) stadijās, tiek izārstēti. Tas nozīmē, ka viņiem audzējs neatgriezies.

– Ko jūs gribētu piebilst sarunas noslēgumā?

– Ir iespējams sevi pasargāt no galvas, kakla audzējiem, rūpējoties par savu un tuvinieku veselību. Gadījumos, ja rodas aizdomas vai parādās nebijuši simptomi, nevajag baidīties. Jāgriežas pie ģimenes ārsta, jo algoritms ir vienkāršs – jo ātrāk mums izdosies atklāt šo audzēju, jo labāka ir prognoze. Mūsdienās pieejamās terapijas strādā ļoti efektīvi un dod pamatotas cerības. Mēs ar pacientu vienmēr visu parrunājam un ejam uz izārstēšanos. Pat IV stadijas galvas un kakla vēža pacientiem ir iespējams izārstēties, tāpēc nevajag baidīties. Ir jārikojas, jo katra nokavēta diena var daudz ko mainīt uz sliktu pusi. Tāpat jāatceras, ka medicīna strauji attīstās, katru gadu parādās aizvien jaunas un modernākas zāles. Pilnīgi iespējams, ka pēc pieciem gadiem es par šīs slimības ārstēšanu runāšu jau daudz optimistiskāk un arī skaitļi uzrādīs daudz pozitīvākas tendences. Secinājums vienkāršs – lai sasniegtu labus rezultātus, vajag rīkoties.

Nieru vēzi var ārstēt efektīvāk

ILONA NORIETE

Nieru vēzis neierindojas starp biežāk sastopamajiem vēža veidiem, taču tā izplatība strauji pieaug. Tomēr ārsti uzsver, ka šī audzēja konstatēšana vēl nenozīmē dzīves beigas. Lai to sekmīgāk ārstētu un, pilnīgi iespējams, pat izārstētu, tāpat kā citas onkoloģiskās slimības, svarīgi saslimšanu atklāt pēc iespējas agrīnāk. Tāpēc ikvienam vēlams laikus pārbaudīt savu veselību, nevis gaidīt, kad parādās sāpes sānā nieres rajonā vai asins piejaukums urīnā.

Kāda ir nieru audzēja diagnostika un kādas patlaban ir šīs onkoloģiskās slimības ārstēšanas iespējas, – par to uz sarunu aicinājām Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Onkoloģijas klīnikas virsrūtu dr.med. **Viktoru Kozirovski**.

– **Sarunas sākumā, lūdzu, izstāstiet, kas ir nieru vēzis un cik tas ir izplatīts?**

– Nieru vēzis nav minams starp izplatītākajiem ļaundabīgajiem audzējiem. Četri biežāk sastopamie ir plaušu, kolorektālais, prostatas un krūts vēzis – tos Latvijā katru gadu atklāj aptuveni tūkstošiem jaunu pacientu. Savukārt ar nieru vēzi gadā saslimst ap 500. Šī onkoloģiskā slimība pārsvarā sastopama vecākiem cilvēkiem – lielākais pacientu skaits ir vecuma grupā no 65 līdz 69 gadiem.

– **Kādās stadijās nieru vēzis visbiežāk tiek atklāts?**

– Pārsvarā tas tiek diagnosticēts agrīni, jo bieži vien, veicot izmeklējumu citā nolūkā, ārsts atklāj veidojumu nierē. Pēc Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) datiem, 2017. gadā I stadijas audzējs tika diagnosticēts 59 procentiem no visiem pacientiem, II stadijas – 8,6 procentiem, III stadijas – 6,8 un IV stadijas – 12,9 procentiem (stadija nebija precīzēta vēl 12,7 procentiem pacientu). Līdz ar to redzams, ka 67 procentos gadījumu nieru vēzis tiek atklāts agrīnās stadijās. Tāpēc pacientiem, kuriem izdodas slimību diagnosticēt laikus (I vai II stadijā), pirmā gada laikā mirstība nepārsniedz aptuveni piecus procentus.

– **Bet tāda iespēja tomēr pastāv.**

– Jā, taču prognoze kopumā ir laba. Protams, jo vēlāka stadija, jo nākotnes redzējums pasliktinās. Dati liecina, ka, atklājot nieru vēzi III stadijā, pirmā gada laikā nomirst aptuveni 17 procenti pacientu. Savukārt IV stadijas gadījumā pirmā gada mirstība sasniedz jau 65 procentus, kas ir pietiekami augsts rādītājs.

– **Kāda kopumā ir saslimstība un mirstība no nieru vēža pasaulē, Baltijas reģionā un konkrēti Latvijā?**

– Visaugstākā saslimstība Eiropā ir Čehijā – 16,7 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju. No Baltijas valstīm visbiežāk ar nieru vēzi slimo Lietuvā – 13,2 saslimušie uz 100 000 iedzīvotāju. Otrajā vietā ir Igaunija ar 11,7 gadījumiem uz 100 000, bet Latvijā – 10,9 uz 100 000. Mirstība no nieru vēža Baltijas valstīs ir aptuveni līdzīga – svārstās no 4,9 uz 100 000 iedzīvotāju Lietuvā līdz 4,6 uz 100 000 Igaunijā. Ir jāņem vērā, ka dati, kurus tikko minēju, iegūti, pārsvārā ārstējot pacientus ar 15–20 gadus vecām zālēm. Mūsdienīgas medikamentu kombinācijas sniedz trīsreiz labākus rezultātus nekā tie, kurus mēs pēc statistikas datiem redzam Latvijā. Diemžēl visas inovatīvās zāles nav pieejamas, jo medicīnai Latvijā tiek atvēlēts mazākais procents no IKP Baltijas valstīs, attiecīgi cieš arī ārstēšanas efektivitāte.



Foto: Romāns Kokšarovs, f64

Viktors Kozirovskis: «Mūsdienīgas medikamentu kombinācijas sniedz trīsreiz labākus rezultātus nekā tie, kurus mēs redzam Latvijā. Diemžēl visas inovatīvās zāles nav pieejamas, jo medicīnai Latvijā tiek atvēlēts mazākais procents no IKP Baltijas valstīs, attiecīgi cieš arī ārstēšanas efektivitāte.»

– **Kādi ir nieru vēža attīstības iemesli? Vai pastāv noteikti riska faktori?**

– Varētu runāt par iedzimtības faktoru, jo pastāv speciālas mutācijas signāleļu un pretvēža aizsardzības gēnos, kas var veicināt lielāku risku saslimt ar nieru vēzi. Daži no bojātajiem gēniem ir pārmantojami. Līdz ar to risks saslimt ar nieru vēzi ir lielāks, ja ģimenē ir bijuši nieru vēža gadījumi. Tomēr vairumā gadījumu mēs šo predispozīciju nevaram atrast. Protams, būtisku lomu spēlē visi kaitīgie faktori, dažādu toksisku, kancerogēnu vielu ietekme, kas var būt saistīta, piemēram, ar atsevišķa pacienta arodu. Bet nevar runāt par vienu izšķirošo iemeslu, līdzīgi kā plaušu vēzim smēķēšana. Te pastāv dažādu riska faktoru kopums.

– **Vai mēs sevi varam pasargāt no nieru vēža?**

– Īsti tas nav iespējams. Arī skrīninga nieru vēzim nav. Izsargāšanās metodes var būt tādas pašas kā citām onkoloģiskajām slimībām. Ir jāpiekopj veselīgs dzīvesveids, nevajag smēķēt, pārlietu sauloties, nepieciešama pietiekama fiziskā aktivitāte, ir svarīgi izvairīties no aptaukošanās.

– **Kas var liecināt, ka cilvēkam ir nieru vēzis, ja agrīnās stadijās onkoloģiskās slimības parasti nesāp? Ja cilvēks reizi gadā taisa vēdera dobuma ultrasonogrāfiju, nodod visas analīzes, tostarp urīna analīzes, vai tā var laikus «noķert» šo vēzi?**

– Jā, tā arī parasti notiek. Pat vislētākajā un visvienkāršāk izdarāmajā vēdera dobuma izmeklējumā ultrasonogrāfijā nieru audzējs parasti ir redzams. To bieži atrod bez simptomiem, veicot konkrēto izmeklējumu kāda cita iemesla dēļ. Tāpēc, salīdzinot ar to pašu plaušu vēzi, šis audzējs daudz biežāk tiek atrasts agrīnās stadijās – pirmajā vai otrajā. Savukārt, ja nieru vēzis jau ir trešajā, ceturtajā stadijā, kad ir sākusies ieaugšana apkārtējos audos vai asinsvados, tad iespējami dažādi simptomi – asins piejaukums urīnā, sāpes sānos vai citos orgānos, mazasinība utt.

– **Vai jūs varētu aprakstīt nieru vēža veidus, stadijas, agresivitāti? Kas cilvēkiem būtu jāzina par katru no tiem?**

– SPKC dati parāda: ja pacientam nieru audzējs ir diagnosticēts I stadijā, tad varbūtība, ka viņš

nodzīvos piecus gadus, sasniedz 80–90 procentu. Respektīvi, astoņiem deviņiem pacientiem no desmit viss būs labi. Ja nieru vēzis atklāts II stadijā, tad piecu gadu dzīvildzes varbūtība sarūk līdz 70 procentiem. Pēc audzēja diagnosticēšanas III stadijā piecus gadus nodzīvo tikai puse pacientu, bet, ja slimība ir ielaista jeb atklāta jau IV stadijā, tad pēc pieciem gadiem dzīvi ir tikai 4–5 procenti. Šī statistika uzskatāmi parāda galveno stūrakmeni cīņā ar vēzi – jo agrāk to atklāj, jo labāki ārstēšanas rezultāti.

– **Pieņemsim, ka ultrasonogrāfijā pacientam ir ieraudzīts veidojums nierē. Kā notiek turpmākā diagnostika?**

– Nākamais solis ir datortomogrāfija ar vēnā ievadāmu kontrastvielu. Ja aizdomas par audzēju tiek apstiprinātas, tad uzreiz bez biopsijas veic nieres operāciju, kas paredz orgāna skartās daļas vai arī visas nieres izņemšanu. Pārsvarā tiek izmantota laparoskopiska nieres rezekcija, kad pa mazu ieeju ievada ķirurģiskos instrumentus, tiek pie orgāna un izgriezti daļu nieres kopā ar audzēju. Ja audzēja atrašanās vieta neļauj veikt tā drošu rezekciju, tad tiek izņemta visa niere. Tiek veikta arī pārbaude, lai noskaidrotu, vai slimība nav izplatījusies tālāk. Parasti tā ir datortomogrāfija plaušām, vēderam, dažādu neiroloģisku simptomu gadījumā – arī galvai. Ja metastāzes nekur nav atrodamas, tad var teikt, ka ar radikālo operāciju ārstēšana ir beigusies. Protams, III stadijas vēzim arī pēc radikālas operācijas pastāv paaugstināts risks, ka slimība var atgriezties. Tādēļ mūsdienās daudzviet Rietumeiropas valstīs piedāvā arī pēcoperācijas profilaktisko imūnterapiju, bet Latvijā par to nerunā, jo valsts to neapmaksā.

– **Daudziem noteikti gribas pieķerties kādam glābšanas salmiņam. Redz, vienam ir izdevies, varbūt arī man izdosies! Varbūt arī es būšu to laimīgo starpā! Vai varat izstāstīt kādu labu piemēru, kad pacientam ir izdevusies veiksmīga ārstēšana un labs iznākums?**

– Jaunas zāles (imūnterapija un mērķterapija) daļai nieru vēža pacientu sniedz brīnumainus rezultātus, īpaši, ja tās pielieto kopā un no paša sākuma. Taču Latvijā visa imūnterapija un daļa

no mērķterapijas nav pieejama arī tad, kad no citām ārstēšanas metodēm, ko valsts kompensē, viss pārējais ir jau izmantots. Ja valsts apmaksātās zāles nepalīdz un nieru vēzis progresē, tad inovatīva ārstēšana var sniegt ļoti labu atbildes reakciju, kā rezultātā audzējs un metastāzes saraujas un pacients dzīvo – gadiem ilgi dzīvo! Arī ārstam ir liels gandarijums noskatīties, kā ārstēšanas rezultātā atkāpjas slimības izraisītie simptomi, pacients vairs nejut ciešanas, atgriežas aktīvajā dzīvē. Ierobežota onkoloģijas finansējuma apstākļos par valsts nenosēgto medikamentu iegādes jautājumu ar pacientu man bieži vien iznāk runāt tieši tādā situācijā – kad ir izsmeltas visas kompensējamās ārstēšanas metodes. Ir ļoti smagi noskatīties, kad, padzirdot par izmaksām, pacientu vairums smagi nopūšas un pasaka, ka viņiem tādas naudas nav. Vēl dramatiskāka ir situācija, kad pacients ir sameklējis naudu terapijas pirmajiem trim mēnešiem, slimība ārstēšanas rezultātā ir atkāpusies, bet nauda ir beigusies. Pēc kāda laika vēzis progresē, jo pacients nevar turpināt pilnvērtīgu zāļu lietošanu.

– **Vai varat izstāstīt par sistēmiskās terapijas veidiem?**

– Ja audzējs ir ar metastāzēm, tad operācijai nav izšķirošas nozīmes. Klasiskā ķīmijterapija, kas nespēcīgi nogalina visas aktīvi darbošās šūnas, uz nieru vēzi neiedarbojas šīs slimības molekulāro īpatnību dēļ. Tāpēc vēl salīdzinoši nesenu mums nebija efektīvu instrumentu cīņai ar šo vēzi. Mēģināja vienīgi iekaisuma vielu (citoķīnu) jeb interferona terapiju. Pielietojot interferonu, dažreiz iestājās remisija, bet tas notika reti. Varbūt tikai viens pacients no desmit varēja gaidīt, ka sekos atbildes reakcija. Slimības bezprogresijas laiks nieru vēža pacientiem bija labi ja pusgads. Tāda ārstēšana ilga apmēram līdz 2005. gadam, kad parādījās mērķterapija. Tā pieejama tabletēs, iejaucas vēža šūnu signāleļu darbībā un palēnina sliktu šūnu augšanu. Mērķterapija ir divreiz efektīvāka par agrāk pielietoto interferona terapiju. Kopš laika, kad parādījās mērķterapija, mums ir cerības, ka, lietojot šīs tabletes, apmēram četriem pacientiem no desmit audzējs saraušies vai vismaz pārstās augt. Savukārt bezprogresijas dzīvildze var sasniegt jau veselū gadu. Šī terapija Latvijā kopumā ir pieejama un apmaksāta, kaut dažu zāļu joprojām trūkst. Ja arī mērķterapija nepalīdz, tad nākamais solis ir imūnterapija, ko citās valstīs dod no pašas sākuma kopā ar mērķterapiju, un tad atbildes reakcijas biežums sasniedz jau 70 procentu jeb efekts ir septiņiem pacientiem no desmit. Bez slimības progresēšanas pacients var dzīvot pat līdz diviem gadiem. Turklāt «bezprogresijas laiks divi gadi» nenozīmē, ka pēc diviem gadiem tūlīt ir jāliekas gultā un jāgaida nāve. Visbiežāk pacientam būs vēl tikpat daudz laika dzīvot, kaut audzējs ir progresējis. To ārsti sauc par kopējo dzīvildzi.

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

– Diemžēl Latvijā netiek kompensēts efektīvākais mērķterapijas medikaments, ko pielieto, ja slimība progresē iepriekš izmantotās mērķterapijas fonā. Tāpat valsts neapmaksā imūnterapiju nieru šūnu vēzim. Kaut gan vislabākie ārstēšanas rezultāti tiek iegūti, kombinējot imūnterapiju un mērķterapiju. Latvijas nieru šūnu vēža pacientiem šī iespēja ir liegta.

Raksts tapis sadarbībā ar Ipsen Pharma DRSC-000012 Sagatavots: Jūlijs/23

Paliatīvā aprūpe. Pavadīt mūža nogali bez ciešanām

ILONA NORIETE

Latvijā ik gadu vēzis tiek atklāts apmēram 11 tūkstošiem cilvēku. Šī slimība ir ļoti nežēlīga, turklāt bieži tiek diagnosticēta vēlīnā stadijā vai arī attīstās tik strauji un nenovēršami, ka medicīna vairs nespēj būtiski palīdzēt, un pacients ātri zaudē spēju rūpēties par sevi. Nereti pat viņa tuviniekiem tas vairs nav pa spēkam, un tādā gadījumā vienīgais risinājums ir paliatīvā aprūpe.

Par šo medicīnas jomu un daudzām ar to saistītām lietām stāsta Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionāra *Biķernieki* Paliatīvās aprūpes nodaļas vadītājs, onkologs ķīmijterapeits, algologs un paliatīvās aprūpes speciālists **Vilnis Sosārs**.

– Cik bieži vēzis tiek atklāts vēlīnā stadijā? Kādi ir galvenie iemesli, kāpēc vēža pacienti nogaida tik ilgi, kad slimību vairs nevar izārstēt un nereti atliek tikai paliatīvā aprūpe?

– Apmēram 40 procentos gadījumu vēzi atklāj vēlīnā stadijā. Tam ir daudz iemeslu, un viens no tiem – pacienti laikus nevērsas pie ārsta. Tikai jūtot, ka kaut kas nav kārtībā, viņi meklē palīdzību. Bet daudzi turpina cerēt, ka gan jau kaite pati pāries, vai kādu citu apsvērumu dēļ nogaida līdz pēdējam. Tikai kritiskos brīžos, kad kļūst pavisam slikti, ļoti bieži sauc neatliekamo medicīnisko palīdzību. Rezultātā šie pacienti nonāk slimnīcā, kur izmeklēšanas laikā tiek konstatēts vēzis ielaistā stadijā.

Protams, vēzis tiek atklāts arī agrīni. Tomēr skrīninga programmas, kam to vajadzētu veicināt, strādā vāji. Pacients saņem vēstuli ar uzaicinājumu ierasties uz pārbaudēm, taču nereti to neuztver pietiekami atbildīgi. Domāju, ka negatīvu lomu nospēlēja arī *Covid-19* pandēmijas laiks, kad nebija pieejami izmeklējumi agrīnai vēža diagnostikai. Tagad, ļoti iespējams, sāk parādīties pirmreizējie pacienti, kas ir ielaiduši slimību tolaik nepieejamo pārbaudu dēļ. Piederīgie vai viņi paši sauc neatliekamo palīdzību, jo vairs nespēj ciest sāpes, vai parādās citi simptomi, tādi kā izteikts elpas trūkums, nespēks, svara zudums utt. Vēzim sākotnējās stadijās var nebūt nekādu simptomu, sāpju, bieži netiek konstatēta krīšanās svarā.

– Ja slimība ir atklāta pēdējās stadijās vai arī tā ļoti strauji progresē, var būt situācija, kad pacienti vai viņu tuvinieki vairs nespēj nodrošināt nepieciešamo aprūpi. Rodas jautājums – kāds ir iespējams risinājums? Nevar taču visu laiku gulēt slimnīcā.

– Taisnība, un te pamatā ir sociālās problēmas, kas Latvijā ir ļoti samilzušas. Mūsu sabiedrībā ir ļoti daudz vientuļi cilvēku, kuru jaunākie ģimenes locekļi aizbraukuši mācīties vai pelnīt, un nav neviena, kurš varētu senioru aprūpēt. Mēdz būt arī izirušas ģimenes vai vienkārši vientuļi cilvēki, kam nav tuvu radu. Protams, slimnīcai un nodaļai viņu uzņemšana rada finansiālus zaudējumus, jo pacientus, kuriem vajadzīga aprūpe, nav uz kuriem sūti. Arī pansionātos nav viegli sameklēt vietu, tas prasa ilgāku laiku, turklāt arī tur bez sociālā darbinieka neiztik.

– Vairbūt pansionāts arī netiks galā ar vēža pacientiem?

– Kāpēc? Ja pacienta simptomi ir mēreni, tad ar tiem parasti tiek galā ģimenes ārsts, kas ir piesaistīts pansionātam, viņš, piemēram, veic atsāpināšanu. Parasti no pansionāta pacientus atsūta pie mums, kad ir saasinājums, piemēram, sākas



Vilnis Sosārs: «Pašlaik ir sertificēti 15 paliatīvās aprūpes speciālisti, bet reāli strādā deviņi. Uz slikti apmaksātu, turklāt smagu darbu arī piesakās strādāt mazāk interešu. Ja var vairāk nopelnīt vieglākā darbā citā medicīnas jomā, loģiski, ka viņš aizies uz turieni.»

asiņošana, vēdera vai pleiras dobumā sāk krāties ūdens. Kad pansionātā nevar izdarīt nepieciešamās manipulācijas, sasirgušo aizved uz slimnīcu.

– Kādās situācijās var palīdzēt paliatīvās aprūpes nodaļa?

– Ja audzējs nav radikāli izārstējams (nevis neārstējams, bet nav izārstējams), tādā gadījumā visbiežāk, apmēram 80 procentos gadījumu, novērojamas sāpes, kuru intensitāte pieaug, audzējam augot. Parādās visdažādākie fiziskie un psihiskie simptomi, vidēji apmēram 11 (sākot no diviem līdz pat 48, kas vispār ir publikācijās atzīmēti). Biežākie ir nespēks, apetītes trūkums, slikta dūša, vemšana, asiņošana, bezmiegs, paaugstināta temperatūra utt. Tā varētu uzskatīt ļoti daudz. Eksistenciālas problēmas, iziešana no aprites, darba spēju zudums, invaliditāte kā šīs slimības sekas. Tās ir ne tikai fiziskas, bet arī psihiskas ciešanas – cilvēkam rodas trauksme, depresija, varbūt arī uztveres traucējumi.

– Kā tiek ar to visu galā un kā varat šādam pacientam atvieglot dzīvi?

– Pats galvenais – ir pietiekami daudz modernu līdzekļu, lai noņemtu sāpes. Tiesa, varētu vēlēties vairāk – Latvijā nepieciešamo medikamentu nav tik, cik vajadzētu. Bet pat ar tiem līdzekļiem, kas ir mūsu rīcībā, vismaz 95 procentos gadījumu var veikt atsāpināšanu. Varbūt nepieciešamas citas speciālās metodes, piemēram, staru terapija, invazīvi risinājumi, ķīmijterapija u.c., kas būtu pēc indikācijām pielietojami, bet tas ir jau cits jautājums.

– Kas ietilpst paliatīvās aprūpes medicīnu komandā?

– Tā ir kā māja ar četriem stūriem. Medicīniskie darbinieki – ārsts, māsas, māsu palīgi – ir pirmais stūris. Otrais ir sociālais dienests. Trešais – psihologs, psihoterapeits. Un ceturtais stūris – kapelāni, kas risina eksistenciālās lietas un nodrošina garīgo

aprūpi. Pacients un piederīgie ir viena aprūpes vienība. Tiek piesaistīti arī citi speciālisti – dietologi, neirologi, neiroķirurgi, ķirurgi, endokrinologi. Viņi visi veido paplašināto loku, kas iesaistās darbībā atbilstoši vajadzībām.

– Var teikt, ka, pateicoties mūsdienu medicīnai, pacientam nav jādzīvo sev atvēlētā mūža nogale mocībās, jaunākie medicīnas sasniegumi viņam var atvieglot dzīvi?

– Var un vajag. Cita lieta, kāda ir kapacitāte, vai tas ir iespējams? Svarīgi ir arī tas, cik ir atbilstošu struktūru, vai ir pietiekami daudz speciālistu un citu apmācītu cilvēku un vai pati sabiedrība tam ir sagatavota. Nav tikai viens pacients un viens ārsts, te nepieciešams komandas darbs. Tajā ietilpst arī sociālais darbinieks, kapelāns, psihologs vai psihoterapeits. Protams, visa pamatā ir zināšanas. Ja sabiedrība nav pietiekami izglītota, tad vienmēr būs lielāka arī slimības ielaistība, jo pacienta apziņa nebūs tāda, kā vajadzētu.

– Medicīnai trūkst naudas, tostarp onkoloģisko pacientu izmeklēšanai un ārstēšanai. Kāda situācija ir paliatīvā aprūpē?

– Mūsu rīcībā nav diezgan daudz tādu medikamentu grupu, kas būtu akūti vajadzīgi. Tas liecina, ka finansējuma trūkst. Ja nav pietiekami daudz apmācītu speciālistu, arī tas vistiešākajā veidā norāda, ka finansējuma apjoms ir pārāk mazs. Pašlaik ir sertificēti 15 paliatīvās aprūpes speciālisti, bet reāli strādā deviņi. Uz slikti apmaksātu, turklāt smagu darbu arī piesakās strādāt mazāk interešu. Ja var vairāk nopelnīt vieglākā darbā citā medicīnas jomā, loģiski, ka viņš aizies uz turieni.

– Jūs jau ilgstoši strādājat paliatīvā aprūpē. Raugoties no savas pieredzes, – kā varat vērtēt pašreizējo situāciju, salīdzinot ar to, kāda bija pirms 15 vai 20 gadiem? Vai tagad par cilvēkiem tiek domāts vairāk?

– Starpība ir milzīga. Medicīna visu laiku attīstās, tāpat pilnveidojas arī diagnostika un iespējas, kā varam slimniekiem palīdzēt. Ja pirms 20 gadiem palātās bija vecas gultas, kas nāca no Zviedrijas, tad šobrīd ir labas funkcionālas gultas, dažādi piederumi utt. Gan slimnīcā, gan nodaļā ir pieejami pretizgulējumu matračī. Eksistē arī noteiktas vietas, kur šādus matračus var iznomāt uz dažādiem laika periodiem – nedēļām, mēnesi vai pat vairākiem. Būtībā situācija ir nesalīdzināmi labāka. Tīri konceptuāli daudz kas ir mainījies, arī ārstēšanas un uzskatu ziņā.

– Vai, studējot medicīnu, arī topošie mediķi tiek apmācīti paliatīvā aprūpē? Jaunā paaudze droši vien negribēs nākt strādāt uz paliatīvās aprūpes nodaļām.

– Jā, par tādu samaksu neviens tiešām negribēs nākt. Tie ir reti gadījumi, kad kāds no jaunajiem nolemj strādāt šajā nebūt ne vieglajā sfērā, varbūt ir īpaša motivācija, piemēram, ja ģimenē bijušas traģēdijas. Bet no brīva prāta neviens nenāks, jo samaksa būtībā ir nožēlojama. Man ir iespēja salīdzināt, jo radās izdevība aprunāties ar paliatīvās aprūpes nodaļas vadītāju vēža institūtā Melburnā. Algas apmērs bija pat desmit reizu lielāks nekā Latvijā.

– Ikdienā saskaroties ar paliatīvās aprūpes pacientiem, tostarp tiem, kuriem ir onkoloģiskās slimības, jūs noteikti redzat, cik daudz viņiem jāizcieš. Nav šaubu, ka arī mediķiem līdz ar to ir smagi.

– Tieši tā. Būtībā, ja mums kādu pacientu nav, kur sūti, ja mājās viņš ir viens un nespēj sevi aprūpēt, varbūt pat staigāt, vienīgais glābiņš ir Mājas aprūpes programma, kas tiek attīstīta un varbūt tiks ieviesta jau no šāgada oktobra. Uzreiz viss tāpat nedarbosies, jo jāsagatavo nepieciešamie darbinieki. Tā ir vesela organizācija. Tomēr ir cerība, ka vismaz tiks iedarbināti plāni, kā uzlabot mājas aprūpi, lai pacienti varētu atgriezties savās dzīvesvietās.

– Arī šo sirdzēju ģimenes locekļiem ir savas intereses un pienākumi. Viņiem šādi pacienti rada papildu slodzi.

– Tā ir. Ja cilvēks strādā astoņas stundas, viņš nemaz nevar būt klāt pie slimnieka. Tādā gadījumā jāalgo palīgs, kas atnāks, apskatīsies un veiks aprūpes darbus. Toties, ja tiks sakārtotas valsts programmas, šādu pacientu varēs aprūpēt profesionāļi.

– Vai var teikt, ka paliatīvā aprūpe ir sava veida glābšanas riņķis smagās situācijās?

– Smagos brīžos, protams. Kā savādāk palīdzēt slimniekam elpas trūkuma gadījumā vai sāpju un citu audzēja izraisītu simptomu laikā, kad ir slikta dūša, vemšana?

– Kāda nākotne gaidāma pacientiem, kas nokļūst paliatīvās aprūpes nodaļā? Viņi ilgstoši, līdz mūža beigām uzturas tajā, vai tomēr ir situācijas, kad atgriežas savās mājās?

– Zināmai daļai pacientu, kuri ir ļoti smagā stāvoklī, tas patiešām varētu būt dzīves galapunkts. Viņus lielākoties atved ar neatliekamo palīdzību tieši no mājām vai no citām slimnīcām. Cilvēks jau var būt pārāk smagā stāvoklī, lai viņam varētu atkal atgriezt dabiskās funkcijas. Tad var tikai noņemt ciešanas, kas ir pats galvenais paliatīvās aprūpes uzdevums. Tomēr lielākā daļa no pacientiem atgriežas mājās vai nokļūst citās institūcijās – pansionātos vai sociālās aprūpes nodaļās.

Paliatīvās aprūpes būtība ir atbrīvot pacientu no ciešanām. Ja ciešanas zūd vai mazinās, tad cilvēks sāk atkal dzīvot. Galvenais – lai ir iespēja pilnvērtīgi nodzīvot savu mūžu, lai tā nogale nebūtu ciešanu murgs.

Foto: No RAKUS arhīva

Vēzis, kuru var novērot

ILONA NORIETE

Priekšdziedzera jeb prostatas vēzis ir izplatītākā onkoloģiskā diagnoze vīriešiem Latvijā. Pie mums ar to ikdienā sadzīvo vairāk nekā 10 000 vīriešu, un katru gadu tiem piepulcējas vēl vairāk nekā tūkstoši.

Vairāk par šo slimību sarunā ar urologi un onkoloģi ķīmijterapieti, Kurzemes Uroloģijas centra virsārsti **Dzintru Litavnieci**.

– Kas ir prostatas vēzis?

– Prostatas vēzis ir ļaundabīga slimība, kas radusies prostatā jeb priekšdziedzerī. Jo cilvēks ir vecāks, jo risks saslimt ar prostatas vēzi ir lielāks.

– Cik izplatīts ir šis ļaundabīgais audzējs?

– Tas ir viens no biežāk sastopamajiem vēžiem vīriešu populācijā un pēc statistikas datiem ieņem pirmo vietu. Līdzīgs saslimšanas izplatības līmenis vīriešu vidū ir plašu vēzim.

– Cik bieži prostatas vēzi konstatē agrīni, un cik liela nozīme šajā procesā ir PSA (prostatas specifiskā antigēna) analizēm?

– Prostatas vēzim sākotnējās stadijās nav nekādu simptomu. Tādēļ ir ļoti svarīgi veikt profilaktiskās apskates, PSA analīzes un apmeklēt urologu. Skrinīgā mēs izmantojam PSA analīzi, taču pati par sevi tā vēl neko nenozīmē, jo ir tikai atsevišķs faktors, kas uzvedina uz domu par došanos pie urologa. Dažreiz PSA var būt ievērojami paaugstināts, bet tā cēlonis nav prostatas vēzis. Tāpat PSA līmenis var būt normas robežās vai pat vēl zemāks, bet vīrietim ir prostatas vēzis. Līdz ar to šai analīzei ir nozīme tikai tad, ja tai seko urologa apmeklējums.

– Kas ir PSA tests?

– PSA tests ir prostatas specifiskā antigēna daudzuma pārbaude asinīs, kas ir ne slimības, bet orgāna specifisks rādītājs. PSA novirzes var būt ne tikai vēža gadījumā, bet arī pie dažādām iekaisīgām slimībām prostatā. Tāpat tās iespējamas arī cilvēkam, kam ir vispārēji iekaisumi, kaut vai plaušu karsonis. Ja PSA tests tiks veikts šajā periodā, tas uzrādīs novirzes, lai gan tam nav nekāda sakara ar prostatas vēža varbūtējo diagnozi. Tādēļ ir ļoti uzmanīgi jāizvērtē, kāds ir pacienta vispārējais stāvoklis un kurā brīdī veikt PSA testēšanu.

– Kāda vecuma vīriešiem visbiežāk ir sastopams prostatas vēzis?

– Parasti, sākot no 50–55 gadiem un vairāk. Taču pēdējos gados atsevišķi gadījumi rāda, ka prostatas vēzis sastopams arī jaunākiem vīriešiem. Tādēļ stiprā dzimuma pārstāvjiem jau 45–50 gadu vecumā noteikti būtu jāveic PSA analīze un jāapmeklē urologs. Tāpat katram vīrietim jāzina arī savas ģimenes anamnēze – jānoskaidro, vai neviens no vīriešu kārtas pārstāvjiem ģimenē nav slimojis ar prostatas vēzi, jo tas ļoti bieži tiek pārmantots ģenētiski. Tāpēc vīriešiem, kuru tēvam vai tēva brālim ir bijis prostatas vēzis, jāpievērš šai lietai paaugstināta uzmanība – biežāk jānodod PSA analīzes un jāapmeklē urologs.

– Kopš 2021. gada ir ieviests prostatas vēža skrīnings vīriešiem vecumā no 50 līdz 75 gadiem. Kāda ir atsaucība?

– Vīrieši šo skrīningu izmanto, tomēr mēdz būt dažādi. Daudz kas atkarīgs no tā, cik cilvēks ir šajā jomā izglītots, – vai viņš kaut ko lasa, klausās. No savas pieredzes varu teikt, ka pat šajā gadījumā ir teju 70 gadu veci vīrieši, kuri nezina, kas ir PSA analīze, par ko tā liecina un kur prostata vispār atrodas.

– Ļoti bieži vīrietim pie urologa nosūta ģimenes ārsts, jo pats nevēlas uzņemties atbildību par PSA



Foto: Egons Ziverts

Dzintra Litavniece: «Vīriešiem jau 45–50 gadu vecumā būtu jāveic PSA analīze un jāapmeklē urologs. Tāpat katram vīrietim jāzina savas ģimenes anamnēze – jānoskaidro, vai neviens no vīriešu kārtas pārstāvjiem ģimenē nav slimojis ar prostatas vēzi, jo tas ļoti bieži tiek pārmantots ģenētiski.»

analīzes interpretāciju. Kā jau teicu, tā ir lietderīga tikai kopā ar urologa veiktu apskati.

– Vai vīriešiem, kas jaunāki par 50, par PSA analizēm jāmaksā no savas kabatas?

– Maksa par šo analīzi ir tikai kādi pieci eiro. Ja cilvēks ir riska grupā, viņam tā ir jātaisa reizi gadā vai vismaz reizi divos gados. Tas ir ieguldījums savā veselībā, tāpēc ir vērtīgs.

– Vai bez PSA pastāv arī citi izmeklējumi, ar kuru palīdzību nosaka prostatas vēža diagnozi?

– Protams, ir arī citas izmeklēšanas metodes. Kā jau teicu, PSA nav ļoti specifiska analīze. Ja tās rādītāji ir ārpus normas, tie vienkārši norāda, ka jāapmeklē urologs. Turpinājumā tiek izmantoti dažādi izmeklējumi. Vadošā metode vēža esamības noteikšanai ir prostatas biopsija un histoloģiski vai morfoloģiski pierādīta diagnoze, kur biopsijas procesā ir atrastas prostatas vēža šūnas. Tālākajos izmeklējumos ir jānosaka vēža stadija.

– Kāpēc prostatas vēža gadījumā tik nozīmīga ir agrīna diagnostika?

– Savlaicīga slimības atklāšana ir svarīga jebkura vēža gadījumā, jo tā ļauj nodrošināt maksimāli veiksmīgu ārstēšanas procesu. Agrīni diagnosticējot vēzi, bieži pacientu no šīs kaites var izārstēt, un viņš atlikušo dzīvi pavada tikai novērošanā, bet ir vesels.

– Kādi ir galvenie prostatas vēža simptomi, un vai tādi vispār eksistē? Vai vīrietis var nojaust, ka viņam ir prostatas vēzis?

– To var arī nenojaust, jo slimība sākotnējās stadijās norit asimptomātiski. Tā kā prostatas vēzis attīstās šī dziedzera ārējos slāņos, tas nerada urīnācijas traucējumus kā, piemēram, labdabīga prostatas hiperplāzija.

– Kādiem vajadzētu būt normāliem PSA rādītājiem?

– Normāls PSA līmenis ir 0–4,0 ng/ml (dažās laboratorijās 0–6,5 ng/ml). Ja PSA saturs ir mazāks par 1 ng/ml, tad to var uzskatīt par «drošo zonu», ja tas ir 1,0–4,0 ng/ml robežās, – par «samērā drošu». Rādītāji 4,0–10,0 ng/ml jau sāk radīt aizdomas.

Tādos gadījumos prostatas vēža risks sasniedz 25 procentus, bet, ja šie cipari pārsniedz 10 ng/ml, tad riska līmenis sasniedz 50 procentus un vairāk. Var viegli iztēloties, kas gaidāms, ja šie mazie skaitļi pārvēršas simtos, nerunājot par tūkstošiem... Ja slimība tiek atklāta ceturtajā stadijā, tad ārstēšanas process ir stipri apgrūtināts un mazefektīvs. Līdz ar to šie pacienti visbiežāk ilgi vairs nenodzīvo. Jā, mūsdienās ir daudz dažādu ārstēšanas metožu un medikamentu, bet cerības uz jūtamu atveseļošanos ir minimālas, līdz ar to prognozes uz ilgu dzīvi ir apšaubāmas.

– Ja tiek diagnosticēts prostatas vēzis, – kāda ir pieejamā ārstēšana un vai vienmēr pacients ir aktīvi jāārstē?

– Ir nepieciešama ļoti individuāla pieeja. Vispirms ir jāskatās, cik agresīvs ir vēzis, ko rāda prostatas morfoloģija. Ir tāda lieta kā Glīsona indekss, kas nosaka audzēja agresivitāti. Jāskatās, vai vēzis nav izplatījies ārpus prostatas. Tālāk ir jāizvērtē pacienta vecums, viņa vispārējais stāvoklis un blakusslimības. Pēc tam tiek izlemts, kā mēs konkrēto pacientu ārstēsim. Šo lēmumu parasti pieņem konsilijs, un viena no pirmajām iespējām ir radikāla operācija. Protams, ir nepieciešama arī pacienta līdzestība un piekrišana, un viņa veselības stāvoklim un vecumam jāatbilst visiem kritērijiem, lai piedāvātu operāciju. Ja tā nav iespējama, piemēram, vēzis jau ir izplatījies ārpus prostatas vai arī pacienta vispārējais stāvoklis nav atbilstošs, ir pieejama hormonu terapija, arī staru terapija. Hormonterapijas zāles tiek injicētas un ir ļoti efektīvas. Injekcijas tiek veiktas ar vienu, trīs vai sešu mēnešu intervālu, biežāk izvēloties garāku starplaiku.

Ja vēzis ir jau ceturtajā stadijā, tad var izmantot dažāda veida ķīmijterapiju, papildus pievienojot simptomātisko terapiju, lai uzlabotu pacienta dzīves kvalitāti un noņemtu iespējamās sāpes. Vēl ir atsevišķa pacientu grupa, kurus vispār neārstē. Tie ir pacienti, kuriem diagnosticēts mazagresīvs vēzis un tā šūnas konstatētas procentuāli ļoti mazā prostatas daudzumā. To iespējams noteikt

ar biopsijas palīdzību. No jebkura palpējamā prostatas mezgla jāņem biopātis un jāizmeklē histoloģiski. 90 procentos gadījumu biopsijas materiāla var apstiprināt vēža šūnu klātbūtni. Ja mēs parasti ņemam 12 biopātus (no prostatas tiek paņemti tā saucamie 12 diedziņi), tad var precīzi noteikt, kur ir prostatas vēzis, kurš paraugs ir mazaktīvs, kur pacientam ir zems PSA. Šādos gadījumos var izmantot aktīvo novērošanu – šie pacienti nesaņem terapiju, bet divreiz gadā dodas vizītē pie urologa.

– Vai ir vēl kāda ārstēšanas metode, kuru neminējāt?

– Vēl ir staru terapija, kas tiek izmantota gan kā monoterapija, gan kombinācijā ar hormonu terapiju. Šīs metodes pielietojumu nosaka katra pacienta individuāls izvērtējums. Katrs klīniskais gadījums tiek vērtēts atsevišķi, ņemot vērā visus būtiskos faktoros – vecumu, vēža agresivitāti, blakusslimības. Nevar ļoti smagam pacientam ar sirds mazspēju vai citu nopietnu sirdskaiti izmantot ļoti agresīvu prostatas vēža terapiju. Tā mēs pacientam nodarīsim kaitējumu, nevis labumu.

– Vai ar dzīvesveida korekcijas palīdzību iespējams samazināt prostatas vēža attīstības risku?

– Veselīgs dzīvesveids vienmēr ir pozitīvs faktors, bet vai tas pasargās no saslimšanas? Es domāju, drīzāk nē. Taču, jo organisms ir fiziski spēcīgāks, jo vairāk samazinās ne tikai prostatas vēža, bet jebkuras onkoloģiskas slimības rašanās risks. Parasti vēža šūnas sāk veidoties tur, kur organismā ir kāda nekārtība.

– Ko jūs ieteiktu, lai mazinātu iespēju saslimt ar prostatas vēzi?

– Vajag izvairīties no smēķēšanas, pārmērīgas alkohola lietošanas, jāpievērš uzmanība veselīgam uzturam. Der padomāt arī par savas seksuālās dzīves higiēnu un regularitāti, jo arī tam ir nozīme. Lieti noderēs dažādas fiziskās aktivitātes – skriešana, peldēšana utt. –, jo prostatas slimības ļoti bieži attīstās tiem, kas cauru dienu sēž un maz kustas. Pastāvīgi sēžot, cilvēkam iegurnī tiek traucēta asinsrite. Ja tas vēl saistās ar gadiem ilgu iedzīšanu un smēķēšanu un papildus ir arī ģenētiskā predispozīcija, tad gandrīz par 100 procentiem var teikt, ka tur kaut kas notiks.

– Ja prostatas vēzis ir izārstēts, – vai tas var atgriezties?




– Prostatas vēzi var izārstēt, ja tas ir konstatēts agrīnās stadijās. Ja iespējams audzēju radikāli izoperēt, tad varam uzskatīt, ka cilvēks no šī vēža ir atbrīvojies. Jebkurā gadījumā pēc tam ir jāveic kontrole, jo pilnīgi droši nevar būt nekad. Mēs operējam to, ko redzam, mēs nedarām to šūnu līmeni. Tāpēc arī visi pacienti ar šo diagnozi, pat tie, kas ir radikāli izoperēti, pēc noteikta laika perioda dodas pie urologa un taista PSA analīzes.

– Vai ārstēšanas iespējas Liepājā un Rīgā ir vienādas?

– Mēs Liepājā darām visu to pašu, ko kolēģi Rīgā. Vismaz attiecībā uz prostatu. Radikāli operējam, ir pieejama staru terapija. Pats par sevi saprotams, arī hormonālā un ķīmijterapija. Šogad parādījusies jauna un apsveicama lieta –NVD sāk apmaksāt PET/CT izmeklējumus, kas dod iespēju ļoti precīzi noteikt šīs slimības stadijas. Tas ļauj pieņemt pareizākus lēmumus piemērojamās terapijas jomā. Kā jau teicu, par katru pacienta terapiju neņem viens ārsts – tas ir konsilija lēmums. Ārsts veic izmeklēšanu un piedāvā konsilijam diagnozi līdz ar veiktajos izmeklējumos iegūtajiem datiem stadijas noteikšanai. Ārstu konsilijs vismaz trīs speciālistu sastāvā pieņem galīgo lēmumu par labāko terapiju konkrētajā gadījumā.

Elpceļu saslimšanas? Tonsilgon N®



-  Novērš kakla sāpes un iekaisumu
-  Stiprina imunitāti
-  Aizsargā no recidīviem un komplikācijām

**Lietoams jau no
1 gada vecuma**

Vācu kvalitāte!

Bezrecepšu medikaments.
Atkārtotu vai hronisku elpceļu infekciju un tonsilīta (mandeļu iekaisuma) ārstēšanai.
Precīzas devas skatīt lietošanas instrukcijā.
Pirms lietošanas uzmanīgi izlasiet lietošanas instrukciju!
Konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu par zāļu lietošanu!
Reklāmdevējs: Bionorica SE pārstāvniecība LV.

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI!

Ģenētiskā materiāla saglabāšana – iespēja

ILONA NORIETE

Onkoloģiskās slimības nešķiro nevienu. Sastopami gan katram dzimumam raksturīgi vēža paveidi, piemēram, sievietēm dzemdes kakla, bet vīriešiem prostatas vēzis, gan tādi slimības tipi, kas vienlīdz bieži skar abu dzimumu pārstāvjus. Ja agrāk tika uzskatīts, ka vēzis lielākoties ir senioru problēma, tad mūsdienās ar to mēdz saslimt arvien jaunāki cilvēki, turklāt ne tikai darbaspējīgā vecumā, bet gados, kad var un gribas domāt par pēcnācējiem.

Līdz šim par auglības saglabāšanu pacientiem ar onkoloģisku diagnozi, pirms uzsāka terapiju, kas var neatgriezeniski ietekmēt bērniņu radīšanas funkciju, Latvijā runāts salīdzinoši maz. Taču pacientiem ar laikus atklātiem audzējiem un labu izveseļošanās prognozi ir lieliskas iespējas saglabāt savas dzimumšūnas līdz ķīmijterapijai, staru terapijai vai radikālai operācijai, lai vēlāk kļūtu par vecākiem. Par to saruna ar ārsti reproduktologi, ginekologi dzemdību speciālisti, klinikas *IVF Rīga* vadītāju **Violetu Fodinu**, kura specializējusies sarežģītu neauglības gadījumu ārstēšanā, kā arī ginekoloģiskajā endokrinoloģijā.

– Latvijā ļaundabīgie audzēji ir otra izplatītākā slimību grupa pēc sirds un asinsvadu slimībām. No vēža nav pasargāts neviens, nav iespējams garantēt, ka mēs nesaslimsim.

– Pilnīgi piekrītu. Aplūkojot onkoloģisko slimību statistiku, saslimstība Latvijā, salīdzinot ar citām Eiropas valstīm, diemžēl joprojām ir augsta. Lai gan vēža pacientiem sniegtā palīdzība, aprūpe un ārstēšana uzlabojas. Ja pirms pieciem gadiem izdzīvošanas iespējas dažu diagnožu gadījumā bija minimālas, tad pašlaik ir pieejama ļoti efektīva ārstēšana.

Onkoloģiskās slimības iespējamās dažādos vecumos, arī jauniem cilvēkiem un pat bērniem. Tāpēc pusaudžiem un jauniešiem, kuri sastapušies ar šo slimību, jāņem vērā viens svarīgs faktors – plānot tālāko dzīvi, jāpadomā, kas notiks pēc tam, kad slimība būs izārstēta. Līdz ar to ir būtiski saglabāt savu ģenētisko materiālu tieši pirms onkoloģisko slimību ārstēšanas uzsākšanas, jo tā atstāj negatīvu ietekmi uz reproduktīvajām funkcijām.

– Kas ir auglības saglabāšana?

– Auglība (fertilitāte) ir cilvēka spēja turpināt dzimtu. Sievietēm tas nozīmē iespēju ieņemt, iznēsāt un laist pasaulē veselū bērnu. Vīriešu auglība ir apaugļošanas spēja. Ja ir konstatēta smaga slimība un tiks veikta nopietna ārstēšana, kuras rezultātā var ciest reproduktīvā sistēma, ir jāpadomā dažus soļus uz priekšu, lai vēlāk nebūtu jāsakaras ar sarežģītām situācijām, kurām nav risinājuma. Šajā gadījumā ir iespēja izvēlēties ģenētiskā materiāla sasaldēšanu, lai nākotnē iegūtu iespēju veiksmīgi tikt pie mazuļa. Jau gadus desmit mūsu nozarē ļoti aktīvi tiek izstrādāti protokoli, kuri palīdz pacientiem saglabāt savu ģenētisko materiālu nākotnei. Noteikti jāatgādina, ka ļaundabīgie audzēji lokalizējas dažādos orgānos – gan reproduktīvajos, gan nerekonduktīvajos –, bet tas nemaina būtību, jo tipiska vēža ārstēšana sastāv no trim posmiem. Pirmajā galvenais uzdevums pārsvarā ir audzēja iznīcināšana, respektīvi, ķirurģiska ārstēšana, bet tai seko ķīmijterapija un staru terapija. Katrs no šiem ārstēšanas posmiem var mazināt vai neatgriezeniski izmainīt organisma funkcijas, kas ir saistītas ar olšūnu un spermas ražošanu. Tāpēc pacientiem, kuriem ir noteikta onkoloģiska diagnoze,

tiek rekomendēts pirms ārstēšanas uzsākšanas veikt ģenētiskā materiāla sasaldēšanu.

– Ko tas nozīmē?

– Sievietēm, vīriešiem, kā arī bērniem, sākot ar pubertātes periodu, kā fertilitātes saglabāšanas metodi iesaka ģenētiskā materiāla sasaldēšanu (kriokonservāciju). Tā var būt olšūnu, spermas, embriju, olnīcu audu (tajos ir primārie folikuli – olšūnu aizmetņi) vai sēklinieku audu (šūnas, kas nodrošina spermatozoidu veidošanos) sasaldēšana. Katram no šiem procesiem ir savi likumi.

– Kā onkoloģiskās slimības var ietekmēt auglību?

– Onkoloģiskās slimības reproduktīvo funkciju var ietekmēt divos veidos. Pirmais no tiem ir aktuāls, ja audzējs atrodas reproduktīvajos orgānos, piemēram, sievietēm olnīcā, dzemdē, vīriešiem – sēkliniekos. Audzēja lokalizācijas vietā tiek bojāti apkārtējie audi, pats audzējs noved līdz intoksikācijai utt. Otrs biežāk sastopamais veids, kā onkoloģiskās slimības gadījumā tiek bojāta reproduktīvā funkcija, ir vēža ārstēšanas procesā nepieciešamās terapijas, proti, ķīmijterapijas un staru terapijas blaknes. Tur gan pastāv savi nosacījumi un atšķirības, jo ne visi ķīmijterapijas preparāti pilnīgi iznīcina olšūnas vai spermatozoidus. Ir medikamenti, kuru lietošanas gadījumā reproduktīvā funkcija pēc laika atgriežas. Staru terapija iedarbojas uz olnīcām un sēkliniekiem krietni graujošāk. Pēc apstarošanas šo orgānu funkcijas pārsvarā neatjaunojas.

Latvijā onkologi cieši sadarbojas ar reproduktologiem. Kad tiek konstatēta onkoloģiska slimība, pirmais uzdevums ir audzēja histoloģiskās diagnozes noteikšana, jo no šīs darbības būs daudz kas atkarīgs – gan ģenētiskā materiāla savākšanai pieejamais laiks, gan pacienta tālākā ārstēšana. No brīža, kad ir noteikta diagnoze un veikta operācija vai paņemta biopsija, pārsvarā paiet mēnesis vai pusotrs līdz otrā ārstēšanas posma sākumam, kad tiek uzsākta ķīmijterapija vai staru terapija. Tas ir īstais laiks, kad mēs varam sasaldēt ģenētisko materiālu.

– Kā var saglabāt savu ģenētisko materiālu, un kādos gadījumos to ieteicams darīt?

– Runājot par sievietēm, mēdz būt dažādas situācijas, kad viņām nepieciešama olšūnu sasaldēšana. Pirmkārt, tās var būt veselās sievietes, kuras plāno grūtniecību vēlāk. Reproduktologi iesaka sasaldēšanas procesu veikt līdz 35 gadu vecumam, bet īpašos gadījumos pēc konsultācijas ar ārstu – līdz 40 gadiem, jo pēc tam process būs sarežģītāks un dārgāks. Mēs visi zinām, ka bioloģiskais pulkstenis tikš, un ģenētiskais materiāls ar vecumu diemžēl pasliktinās. Turklāt palielinās risks, ka no šī materiāla radīsies pēcnācēji, kuriem var būt dažādas iedzimtas slimības, vai grūtniecība vispār neiestāsies. Otrkārt, tās ir sievietes, kurām ir konstatētas nopietnas veselības problēmas – endometriozē, onkoloģiskās slimības. Šādā situācijā ieteicams sasaldēt savu ģenētisko materiālu pirms terapijas uzsākšanas. Treškārt, saglabāšanu var veikt arī gados jaunas sievietes ar samazinātu olnīcu rezervi. Mans ieteikums – aizdomāties par iespēju saglabāt savu ģenētisko materiālu piemērotā vecumā un atbilstoši, efektīvi reaģēt, ja radušies veselības sarežģījumi.

– Kā norit olšūnu sasaldēšanas process sievietēm?

– Tam ir mērķtiecīgi jāgatavojas. No kursa uzsākšanas līdz rezultātam paiet apmēram mēnesis. Pēc plāna izveidošanas seko hormonu injekcijas, kas ilgst apmēram desmit dienas. Šajā laikā trīs līdz piecas reizes būs jāierodas klīnikā uz īsu apskati. Pati manipulācija tiek veikta intravenozajā narkozē



Foto: No klinikas IVF Rīga arhīva

Violeta Fodina: «Ja ir konstatēta smaga slimība un tiks veikta nopietna ārstēšana, kuras rezultātā var ciest reproduktīvā sistēma, ir jāpadomā dažus soļus uz priekšu, lai vēlāk nebūtu jāsakaras ar sarežģītām situācijām, kurām nav risinājuma. Šajā gadījumā ir iespēja izvēlēties ģenētiskā materiāla sasaldēšanu, lai nākotnē iegūtu iespēju veiksmīgi tikt pie mazuļa.»

un aizņemt aptuveni 30 minūtes. Nākamajā dienā pēc tās sievietei var droši atgriezties ierastajās dienas gaitās. Iegūtās olšūnas tālāk nonāk pie embriologiem un pēc attīrīšanas speciālā vidē tiek sasaldētas. Olšūnu savākšana pirms saldēšanas neatstāj negatīvu ietekmi uz šūnu tālāko attīstību, to skaits nesamazinās. Stimulācijas medikamenti, kas tiek doti sievietei, liek nobriest nevis vienai, kā tas notiek dabiskajā ciklā, bet gan vairākām olšūnām vienlaikus.

– Kā tiek sasaldēta vīriešu sperma?

– Pirms materiāla iesniegšanas ir obligāti jānodod analīzes, lai gūtu apliecinājumu, ka vīrietis neslimo ar dažāda veida infekcijām. To var izdarīt jebkurā laboratorijā vai klīnikā. Atnākot uz klīniku, jāiesniedz savs ģenētiskais materiāls, kam tiek veikta kvalitātes novērtēšana un daudzuma pārbaude laboratorijā.

Spermas sasaldēšanas procedūru izvēlas dažādos gadījumos. To dara arī veselie vīrieši, kuri konkrētajā brīdī neplāno kļūt par tēviem. Jāatceras, ka arī vīriešu ģenētiskais materiāls ar vecumu pasliktinās, parādās riski spontānām *de novo* mutācijām topošajiem bērniem, un arī šajā situācijā labāk laikus parūpēties un izvairīties no iespējamiem sarežģījumiem. Šo procedūru bieži izvēlas augsta riska profesiju pārstāvji – militārpersonas, ugunsdzēsēji, policisti. To dara arī vīrieši, kuriem ir dažādas veselības problēmas, piemēram, samazināts spermas daudzums vai tiek veikta ārstēšana, kura pasliktina spermas koncentrāciju un kvalitāti. Ģenētiskā materiāla sasaldēšanu izvēlas arī vīrieši, kuriem ir konstatētas onkoloģiska rakstura problēmas. To noteikti vajadzētu veikt pirms ķīmijterapijas vai radioterapijas.

– Kur tiek uzglabāti iegūtie materiāli?

– Olšūnas un sperma glabājas klīnikas ģenētiskajā bankā un ir pieejama jebkurā brīdī. Mūsdienu embrioloģija dod garantiju, ka šis materiāls ne tikai saglabāsies, bet būs dzīvotspējīgs arī pēc atsaldēšanas un no tā būs iespējama veselīga grūtniecība.

– Kā rīkoties pacientam, lai uzsāktu ģenētiskā materiāla kriokonservācijas procesu?

– Vīrietim jāpievzvana uz klīniku un jāpiesakās. Pārsvarā ir pieejams *zaļais koridors*, un jau tajā pašā

vai nākamajā dienā viņam tiks piedāvāta iespēja konkrētā laikā atnākt un nodot savu spermā. Tālāk sperma tiek apstrādāta un sasaldēta. Onkoloģiskajiem pacientiem ir izstrādāts speciāls protokols, kad piedāvā to izdarīt atkārtoti trīs, četras vai piecas reizes atkarībā no tā, cik daudz laika palicis līdz ķīmijterapijas uzsākšanai. Šī procesa laikā mēs varam savākt pietiekami daudz materiāla, lai palīdzētu vīrietim nākotnē kļūt par tēvu.

– Un kā rīkoties sievietēm?

– Sievietei divu nedēļu laikā kopš histoloģiskās diagnozes konstatēšanas arī jāvzvana uz klīniku. Ar *zaļo koridoru* palīdzību viņai jau nākamajā dienā tiek nodrošināta pieņemšana pie reproduktologa. Ārsts, pamatojoties uz dažādiem aspektiem – menstruālā cikla dienām, olnīcu krājumiem jeb rezervēm, pacientes vecumu –, izstrādā protokolu. Pārsvarā divu trīs nedēļu laikā ir veicama olnīcas stimulācija, lai palielinātu iegūto šūnu daudzumu, un ap 12.–13. dienu no stimulācijas sākuma ir veicama punkcija jeb olšūnu iegūšanas manipulācija. Tā ir miniinvazīva manipulācija, ko veic kopējā narkozē. Ņemot talkā ultrasonogrāfu, dakteri caur sievietes maksti ar tievu adatiņu nopunktē folikulu – māju, kurā atrodas olšūnas, – un atsūc tajā esošo šķidrumu kopā ar olšūnām. Olšūnas tiek savāktas speciālā trauciņā, atmazgātas un sasaldētas. Aptuveni desmit dienu laikā pēc šīs procedūras sākas jaunais menstruālais cikls, un sievietei mierīgi var turpināt savu ārstēšanu.

– Vai šāda stimulācija un vispārējā narkoze nevar sievietei radīt būtisku kaitējumu, ja viņai jau ir onkoloģiska slimība?

– Nē, stimulācija šim pacientēm nevar izdarīt neko sliktu. Kā es jau minēju, vispirms ir jānoskaidro audzēja histoloģiskais saturs. Iegūtajā histoloģiskajā atbildē mēs redzam, ir vai nav atrasti hormonālie receptori. Pamatojoties uz to, varam izstrādāt tādu terapiju, lai neradītu ne mazāko iemeslu pamatslimības uzliesmojumam, tāpēc šī manipulācija ir pilnīgi droša.

– Vai sievietēm un vīriešiem pirms ģenētiskā materiāla nodošanas ir jāievēro kādas noteiktas prasības? Piemēram, jālieto vitamīni, varbūt ieteicams īpaši padomāt par ēšanu?

radīt bērnus onkoloģiskajiem pacientiem

– Onkoloģiskajiem pacientiem pārsvarā nav laika īpaši sagatavoties šai procedūrai. Tas jau ir laboratorijas uzdevums – apstrādāt iegūto materiālu tā, lai maksimāli palielinātu iespēju tam saglabāties ilgāku laiku.

Kas attiecas uz kopējo jautājumu, – domāju, ka viens no labākajiem līdzekļiem, lai izvairītos no jebkādam slimībām, ir veselīgs dzīvesveids. Tāpēc ir svarīgi par to daudz runāt, īpaši ar jauniem cilvēkiem.

– **Ar onkoloģiskajām slimībām saskaras ne tikai pieaugušie, bet arī bērni un jaunieši. Kā ģenētiskā materiāla saglabāšanas jautājums tiek risināts viņiem?**

– Es ļoti gribētu pievērst uzmanību vienam būtiskam aspektam. Pēdējos divos gados kopā ar Bērnu klīnisko universitātes slimnīcu ir uzsākta programma auglības saglabāšanai bērniem un pusaudžiem, kuri sastopas ar šo problēmu. Pārsvarā tas ir asins vēzis bērniem, kā arī dažādas citas audzēju lokalizācijas. Sadarbība ir ļoti veiksmīga. Visu detalizēti nevarēšu izstāstīt, jo pastāv dažādas variācijas. Taču patlaban jau tiek uzglabāti dažādi paraugi no jauniešiem, kuriem šobrīd tiek ārstēta onkoloģiska slimība, lai vēlāk varētu viņiem palīdzēt tikt pie bioloģiskajiem bērniem.

– **Varbūt varat minēt labus piemērus no savas pieredzes, kad cilvēkiem, kuriem ir bijusi vai vēl joprojām ir onkoloģiska slimība, ir izdevies kļūt par laimīgiem vecākiem, pateicoties nodotajam ģenētiskajam materiālam?**

– Tādu gadījumu ir ļoti daudz. Tā kā šis process nav sāks vakar vai šodien, šādi bērni ir ne tikai piedzimuši, bet jau paaugušies. Man ir piemēri, kad pēc onkoloģiskās slimības izārstēšanas piedzimst ne tikai viens, bet divi un pat trīs bērni. Ļoti būtisks pie dažādas ļaundabīgo audzēju lokalizācijas ir novērošanas posms. Piemēram, krūts vēža paciente, kurai ir noteikta diagnoze, pēc ārstēšanas tiek novērota piecu gadu garumā, bet pēc tam uzraudzība beidzas, jo viņai vairs šīs slimības nav. Tāpat arī kolorektālā audzēja gadījumā piecus gadus tiek veikta novērošana, un, ja netiek konstatēti nekādi jauni audzēja avoti, tad pacients tiek noņemts no uzskaites. Mēs varam droši teikt, ka daudzos gadījumos onkoloģiskās slimības, it īpaši, ja tās tiek atklātas pirmajā stadijā, ir likvidējamās, tādēļ jādodomā ne tikai par to, kā tās izārstēt, bet arī par tālāko dzīvi jau pēc izārstēšanas. Tāpēc ir tik svarīgi, lai cilvēkam būtu iespējams saglabāt savu ģenētisko materiālu nākotnei.

– **Vai jums ir bijušas situācijas, kad onkoloģiskais pacients nav nodevis savu ģenētisko materiālu, bet pēc izārstēšanās secina, ka nekādi nevar tikt pie bērniņa?**

– Diemžēl ir ļoti daudz tādu piemēru, kad pirms vēža ārstēšanas netika padomāts par ģenētiskā materiāla saglabāšanu. Šiem pacientiem, lai tiktu pie bērniņa, paliek tikai viena iespēja, proti, izmantot donora materiālu – olšūnu donoru sievietēm vai spermas donoru vīriešiem. Tāpēc ir ārkārtīgi svarīgi popularizēt ģenētiskā materiāla saglabāšanas piedāvātās iespējas, stāstīt cilvēkiem, izglītot viņus, lai visi zina, kādas iespējas dod mūsdienu medicīna.

– **Cik ilgi ģenētiskais materiāls var saglabāties? Kāda ir pieredze šajā jomā?**

– Mūsu likumdošana ļoti konkrēti nosaka šos jautājumus. Likums tāda materiāla glabāšanu neierobežo. To var darīt, cik ilgi vien vēlamies. Ierobežota Latvijā ir tikai donora materiālu uzglabāšana, tā var ilgt ne vairāk par desmit gadiem.

– **Vai ģenētiskā materiāla uzglabāšana ir dārga?**

– Patlaban tas izmaksā 168 eiro gadā. Uzskatu, ka tas nav dārgi.

– **Kas notiek ar ģenētisko materiālu tā uzglabāšanas laikā? Vai sievietes un vīrieši var būt droši, ka viņiem tiks iedots īstais materiāls?**

– Kad cilvēks ir izārstēts, viņš var izmantot šo materiālu un medicīniskās apaugļošanas tehnoloģijas. Embriologi un ginekologi izveido embriju, kas pēc tam veiksmīgi tiek pārvietots sievietes dzemdes dobumā, lai viņa paliek stāvoklī.

– **Ja sievietei ir bijusi onkoloģiska slimība un viņa ir nodevusi savu ģenētisko materiālu, pēc cik ilga laika viņa var plānot bērniņa ieņemšanu?**

– Kad onkologi secina, ka audzējs ir likvidēts, vidēji divus gadus pēc izārstēšanās viņa atrodas stingrā novērošanā. Šajā laikā to nebūtu vēlams darīt. Protams, tehniski tas varētu būt iespējams, bet tik ātri plānot grūtniecību nebūtu prātīgi. Taču pēc diviem gadiem, kad visi lielie ierobežojumi ir noņemti, mēs jau varam diskutēt par šo jautājumu. Vairumā gadījumu tas notiek sekojoši: pacientam ir divi ārsti – onkologs un reproduktologs. Mēs savā starpā saskaņojam šo laiku, jo tas tiek vērtēts ļoti individuāli. Ja onkologs no savas puses dod zaļo gaismu, tad reproduktologs sāk risināt savus jautājumus. Tāpēc nevar ļoti precīzi pateikt, cik ilgs laiks paiet, – divi, trīs vai varbūt pieci gadi. Pārsvarā to var darīt pēc diviem gadiem.

Der atcerēties, ka pašreizējā medicīnas attīstības posmā diagnoze «vēzis» nav spriedums. Ja cilvēkiem pēcnācēju radīšanas vecumā konstatētas onkoloģiska rakstura problēmas, ir jāpiesakās uz reproduktologa konsultāciju, lai izstrādātu reproduktīvās funkcijas uzturēšanas plānu un piedalītos auglības saglabāšanas programmā. Tas nozīmē veikt spermas, olšūnu vai embriju kriokonservāciju (sasaldēšanu) pirms onkoloģiskās slimības ārstēšanas uzsākšanas. Kad ģenētiskais materiāls ir sasaldēts, pacients visu uzmanību var pievērst vēža ārstēšanai. To veiksmīgi pabeidzot, pacienta veselību noteiktu laiku novēro ārsts onkologs. Kad viņš uzskatīs, ka grūtniecība neapdraud veselību, būs īstais laiks rīkot auglības saglabāšanas programmas noslēguma posmu – atsaldēta embrija pārvietošanu sievietes dzemdes dobumā. Pēc tam sekos rūpīga grūtniecības norises novērošana.

– **Kas notiek grūtniecības laikā? Vai sievietei visus deviņus grūtniecības mēnešus tiek uzmanīta?**

– Tās noteikti ir augsta riska grūtnieces, kuras vajadzētu pieskatīt vairāk nekā pārējās. Es teiktu, ka līdz 12.–13. grūtniecības nedēļai šīs patientes atšķiras no sievietēm, kurām grūtniecība iestājas dabīgā veidā. Viņām vajag lietot medikamentus un uzturēt šo grūtniecību, palīdzēt adaptēties un pareizi augt. Pēc 13. nedēļas visi medikamenti pamazām tiek noņemti, un otrajā trimestrī, sākot no 20. grūtniecības nedēļas, mūsu topošās māmiņas pārsvarā neatšķiras no sievietēm ar dabisku grūtniecību. Protams, šīm pacientēm mēs tīri emocionāli pievēršam vairāk uzmanības. Emocionālais atbalsts ir ļoti nozīmīgs, jo svarīgu lomu spēlē ne tikai zāles un pareizas rekomendācijas, bet arī iejūtīga attieksme.

– **Vai mēdz būt situācijas, kad sievietei teju visus deviņus mēnešus ir jāpavada ārsta uzraudzībā stacionārā, vai tomēr var gaidīt bērniņu savā ierastajā vidē?**

– Pārsvarā arī augsta riska grūtnieces dzīvo normālu dzīvi. Vienīgā atšķirība no pārējām jaunajām māmiņām, kurām grūtniecība ir iestājusies dabiskā ceļā, varbūt slēpjas biežākās vizītēs pie speciālistiem, kuri prot novērot augsta riska grūtnieces, dažreiz var būt vajadzīgi papildu izmeklējumi. Taču



Foto: Shutterstock

Olšūnu sasaldēšana un uzglabāšana iVF Riga Reproductīvo šūnu bankā

Medicīniskās indikācijas:

- Pacientēm ar diagnosticētām onkoloģiskajām slimībām (ķīmijterapija un staru terapija noved pie reproduktīvās sistēmas izsīkuma).
- Endometrioze – progresējoša slimība, kura izraisa reproduktīvās sistēmas mehāniskus bojājumus un noved pie tās iznīcināšanas. Tādējādi olšūnu ražošanas iespējas samazinās līdz nullei.
- Priekšlaicīgs olnīcu izsīkums.
- Gaidāmas olnīcu operācijas.
- Nelabvēlīgi sociālie un profesionālie faktori, kas ietekmē reproduktīvo veselību (kaitīga ražotne, emocionālās izdegšanas sindroms...)

Tādām pacientēm paredzēta olšūnu sasaldēšana pirms terapijas uzsākšanas.

Spermas sasaldēšana un uzglabāšana iVF Riga Reproductīvo šūnu bankā

Medicīniskās indikācijas:

- Sliktas spermas analīzes. Spermas nodošana vairākas reizes kriokonservācijai dod iespēju uzkrāt nepieciešamo daudzumu sēklas šķidruma mākslīgās apaugļošanas programmas veikšanai.
- Auglības saglabāšana pacientiem ar onkoloģiskām slimībām, jo ķīmijterapijas un staru terapijas lietošana noved pie spermatozoidu veidošanās procesa apturēšanas.
- Priekšlaicīgs sēklinieku audu izsīkums.
- Gaidāmas vīriešu uroģenitālās sistēmas operācijas.
- Nelabvēlīgi sociālie un profesionālie faktori, kas ietekmē reproduktīvo veselību (kaitīga ražotne, emocionālās izdegšanas sindroms...)

Tādiem pacientiem paredzēta spermas sasaldēšana pirms terapijas uzsākšanas un turpmāka uzglabāšana kriobankā. Pēc slimības atkāpšanās pacientam, kurš pārcietis onkoloģiskas slimības ārstēšanu, ir atkal iespēja tikt pie saviem bērniem.

Visa informācija par ģenētiskā materiāla saglabāšanas iespējām un atbildes uz jautājumiem: +371 67111117; +371 25641022 vai ivfriga@ivfriga.eu

Ārstniecības iestādes, kurās veic valsts apmaksātu medicīnisko apaugļošanu

SIA VASU, SIA Klinika EGV, SIA MCRA, MY CLINIC RIGA, SIA Reproductīvās medicīnas centrs Embrions, SIA iVFRiga, SIA AVA CLINIC

Avots: Nacionālais veselības dienests

nevajag baidīties, ka visi deviņi mēneši būs jāguļ stacionārā vai gultā mājās. Tā nav.

– **Jūs jau runājāt par emocionālo atbalstu. Bet cilvēki ir dažādi, arī psiholoģiskās nosvērtības ziņā – ir tādi, kas uz visu skatās mierīgi, bet citi uztraucas par katru sīkumu. Sieviete ir trauksme, varbūt viņa pati iekšēji sev to rada.**

– Tāpēc ir svarīga ārsta profesionalitāte, lai viņš spētu izvērtēt visus jautājumus ne tikai no medicīniskās, bet arī psiholoģiskās puses. Ja ar pacientu tiek apspriesti visi iespējamie riski un tas, kam vajadzētu pievērst uzmanību, pārsvarā nekāda papildu palīdzība nav vajadzīga. Sieviete nomierinās, sāks justies droši, un nepamatotas baiļu sajūtas viņai vairs nav. Bet ir sievietes, kurām onkoloģiskās slimības ārstēšana mēdz atstāt lielu iespaidu uz emocionālo fonu, un šādās situācijās palīgā nāk speciālisti – psihoterapeiti, kuri var atbalstīt

patientes grūtniecības laikā. Visu uzvelt vīra vai vecāku pleciem nav pareizi, it sevišķi tāpēc, ka vīrs ir vienkārši vīrietis, kurš mīl šo sievieti, viņš nav ne ārsts, ne psihoterapeits. Ir speciālisti, kuri var palīdzēt profesionāli.

– **Mūsdienu medicīna ir radījusi tādas ārstniecības metodes, par kurām nevarēja iedomāties ne tikai pirms pusgadsimta, bet arī pirms desmit un varbūt vien pieciem gadiem. Medicīna dara brīnumu lietas.**

– Dzīve nereti mūs nostāda fakta priekšā, bet mūsdienu medicīna spēj atrisināt ļoti daudz jautājumu. Nevajag uztraukties, nevajag baidīties un sēdēt ar savu problēmu mājās. Vienmēr labāk aiziet vizītē pie speciālistiem, lai viņi iedziļinās problēmas būtībā un atrod labākās iespējas, kā to risināt. Tomēr mans galvenais novēlējums ir – esiet veseli!

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 pētījumu 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 automatisko aparātu, mērījumu veic tikai uz kreisās rokas.

4. Ja priekšroka tiek dota automatiskajam 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 asinsvadu. 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 fiziskultūru 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 veselīga 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 domātiem 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 asinis 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.

NGLN – drošākai fiziskajai aktivitātei

GUNTA FREIMANE

Latvijas cukura diabēta pacientiem jau ilgāku laiku ir pieejamas ierīces nepārtrauktai glikozes līmeņa noteikšanai (NGLN). Raksts sagatavots ar mērķi paplašināt cukura diabēta pacientu zināšanas par NGLN un konkrētu šīs tehnoloģijas pielietojumu fiziskās aktivitātes laikā, balstoties uz vairāku starptautisku diabēta organizāciju izstrādātiem ieteikumiem¹.

Fiziskā aktivitāte – ieguvumi un draudi

Kaut arī fiziskā aktivitāte ir ieteicama un nepieciešama ne tikai fiziskās veselības, bet arī dzīves kvalitātes un pašsajūtas uzlabošanai, kā arī depresijas un trauksmes mazināšanai un labākai miega kvalitātei, tomēr 1. tipa cukura diabēta pacientiem tā saistīta ar hipoglikēmijas risku, jo ne visiem un ne vienmēr izdodas ļoti precīzi pielāgot insulīna devu un uzņemt ogļhidrātu daudzumu pirms un pēc fiziskās aktivitātes. Hipoglikēmija fiziskās aktivitātes laikā izraisa sarūgtinājumu, un šāda atkārtota pieredze rada bailes un nevēlēšanos piedzīvot to atkārtoti, tāpēc pētījumi liecina, ka tikai 40–50 procenti 1. tipa diabēta pacientu iesaistās fiziskajās aktivitātēs. NGLN var palīdzēt atklāt jaunu, drošāku veidu aktivākai dzīves baudīšanai.

Kā panākt, lai fiziskā aktivitāte būtu droša?

Vadlīniju izstrādātāji ir noteikuši, ka sekmīgai fiziskajai aktivitātei (neatkarīgi no tā, vai šī aktivitāte tiks veikta dārzā vai sporta zālē), svarīgi ir ievērot piecus galvenos nosacījumus (1. zīmējums).

Ogļhidrātu uzņemšana

Nevienam cilvēkam nepatīk ēst piespiedu kārtā, īpaši tad, ja cenšamies arī samazināt lieko ķermeņa svaru, tomēr dažkārt tas ir nepieciešams.

Lēmumu par papildu ogļhidrātu uzņemšanu pieņem, balstoties uz to, kāds ir glikozes līmenis un aktīvā insulīna daudzums. Ja īslaicīgas darbības insulīns injicēts ne agrāk kā pirms divām stundām, tad, lai izvairītos no hipoglikēmijas, vidēji intensīvai vienu stundu ilgai aerobai fiziskajai aktivitātei nepieciešami 36 g ogļhidrātu. Ja glikozes līmenis pirms aktivitātes nepārsniedz 7,3 mmol/l, tad jāuzņem 62 g ogļhidrātu stundā, savukārt, ja glikozes līmenis pirms slodzes ir ap 12,4 mmol/l – 30 g ogļhidrātu stundā. Savukārt, lai izvairītos no glikozes līmeņa pazemināšanās naktī pēc fiziskās aktivitātes, pirms gulētiešanas plāno uzkodu – 0,4 g ogļhidrātu uz kilogramu ķermeņa svara, neinjicējot īslaicīgas darbības insulīnu.

Īslaicīgas darbības insulīna devas samazināšana

Ja ēdienreize plānota 1–3 stundas pirms fiziskās aktivitātes, tad ogļhidrātu uzņemšanas vietā var samazināt īslaicīgas darbības insulīna devu pirms ēdienreizes, tomēr šāda taktika pasargās no hipoglikēmijas tikai tad, ja ņemsim vērā slodzes veidu, intensitāti un ilgumu. Ilgākai slodzei tomēr varētu būt nepieciešams papildus uzņemt ogļhidrātus. Ja glikozes līmenis asinīs ir 3,9–10,0 mmol/l, pirms fiziskās aktivitātes plānojot ogļhidrātiem bagātu maltīti, īslaicīgas darbības insulīna devu var samazināt par 25–75 procentiem (vieglai slodzei – par 25 procentiem; vidējai un smagai slodzei – par 75 procentiem). Tomēr pētījumu rezultāti liecina, ka insulīna devas

¹ Glucose Management for Exercise using Continuous Glucose Monitoring (CGM) and Intermittently Scanned CGM (isCGM) Systems in Type 1 Diabetes – Position Statement of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and of the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) endorsed by JDRF and supported by the American Diabetes Association (ADA). Pieejams šeit - https://www.easd.org/sites/default/files/Exercise%20CGM%20EASD%20position%20statement_final.pdf



samazināšana var izraisīt hiperglikēmiju pirms fiziskās aktivitātes, tāpēc, ja glikozes līmenis asinīs pārsniedz 15,0 mmol/l, jāpārbauda ketonvielu līmenis asinīs. Hiperglikēmija pirms slodzes var pasliktināt pašsajūtu, tāpēc insulīna devas samazināšana ir rūpīgi jāpielāgo individuālajām vajadzībām.

Ilgstošas darbības insulīna (ārstējoties ar injekcijām) vai bazālā insulīna (ārstējoties ar sūkni) devas samazināšana

Pētījumu dati par atšķirīgu ilgstošas darbības insulīna preparātu devas samazināšanu pirms fiziskajām aktivitātēm ir nepietiekami, un to efektīvu izmantošanu ierobežo tas, ka ilgstošas darbības insulīna deva jāmaina ilgāku laiku pirms fiziskās aktivitātes, tomēr dažkārt mūsu plāni mainās, un tad glikozes līmenis asinīs būs augsts.

Ja ārstējaties ar insulīna sūkni, ieteicams samazināt bazālā insulīna devu 90 minūtes pirms aktivitātes uzsākšanas par 50–80 procentiem un to saglabāt līdz aktivitātes beigām. Insulīna sūkņa izslēgšana tieši pirms fiziskās aktivitātes ir mazāk efektīva taktika hipoglikēmijas aizkavēšanai.

Glikozes līmeņa izmaiņu tendence un tās vērošana fiziskās aktivitātes laikā

Informācija par glikozes līmeņa izmaiņas tendenci sniedz papildu iespēju novērst hipoglikēmiju vai hiperglikēmiju fiziskās slodzes laikā.

Par konkrēta ražotāja NGLN sistēmas glikēmijas tendenci rādījumu nozīmi ir jālasa attiecīgās sistēmas lietošanas instrukcijā.

Kā novērtēt glikozes līmeni pirms fiziskās aktivitātes un fiziskās aktivitātes laikā un kā rīkoties?

Par šo jautājumu pētnieku gūtā pieredze un rekomendācijas apkopotas 1. un 2. tabulā. **Nemiet vērā – ieteikumi neattiecas uz bērniem ar 1. tipa cukura diabētu!**

Abās tabulās 1. tipa cukura diabēta pacienti sadalīti trīs grupās atkarībā no tā, cik regulāri iesaistās vai nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm (trenētibas), un hipoglikēmijas riska.

2. grupa – pieaugušie ar 1. tipa diabētu un zemu hipoglikēmiju risku, kuri regulāri (2–3 reizes nedēļā) nodarbojas ar intensīvām fiziskajām aktivitātēm.

1. grupa – pieaugušie ar 1. tipa cukura diabētu, kuri retāk nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm, un gados vecāki pieaugušie ar funkcionāliem un kognitīviem traucējumiem.

0. grupa – pieaugušie ar 1. tipa diabētu, kuri reti nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm, ar lielu hipoglikēmiju risku, kā arī gados vecāki pacienti, kuriem papildus diabētam ir vēl citas hroniskas slimības.

Pašlaik valsts apmaksā NGLN tikai bērniem ar 1. tipa cukura diabētu, kaut gan starptautisku profesionālu organizāciju rekomendācijās teikts, ka šādas tehnoloģijas izmantošana sniegtu nozīmīgus ieguvumus ikvienam 1. tipa cukura diabēta pacientam. Lielākajā daļā Eiropas valstu, arī Lietuvā un Igaunijā, valsts kompensē izdevumus par NGLN ne tikai bērniem, bet arī pieaugušajiem ar 1. tipa diabētu. Latvijas 1. tipa cukura diabēta pacienti ļoti gaida, kad jaunais gadsimts ienāks arī 1. tipa cukura diabēta ārstēšanā.

1. tabula. Glikēmija pirms fiziskās aktivitātes un ieteicamā rīcība dažādām pacientu grupām

Glikozes līmenis ar NGLN sensoru			Tendence	Darbība	
2. grupa	1. grupa	0. grupa		Gaidāms augstāks glikozes līmenis	Gaidāms zemāks glikozes līmenis
Glikozes līmenis augstāks par 15,0 mmol/l un ketonvielu līmenis augstāks par 1,5 mmol/l			Jebkurš virziens ↓↑→↘↗	Neuzsāciet slodzi. Insulīna devas korekcija.	
Glikozes līmenis augstāks par 15,0 mmol/l un ketonvielu līmenis 1,5 mmol/l vai zemāks			↗↑	Apsveriet insulīna devas korekciju. Var sākt AA.	Apsveriet insulīna devas korekciju. Var sākt jebkuru slodzi.
			→	Apsveriet insulīna devas korekciju. Var sākt AA.	Apsveriet insulīna devas korekciju. Var sākt jebkuru slodzi.
			↘↓	Var uzsākt slodzi.	
10,0–15,0 mmol/l	11,0–15,0 mmol/l	12,0–15,0 mmol/l	↗↑	Var sākt AA. Apsveriet insulīna devas korekciju AnA un intensīvai slodzei.	
			→	Var sākt slodzi. Apsveriet insulīna devas korekciju.	Var sākt slodzi.
			↘↓	Var sākt slodzi.	
7,0–10,0 mmol/l	8,0–11,0 mmol/l	9,00–12,0 mmol/l	↗↑	Var sākt slodzi.	
			→	Var sākt slodzi.	
			↘↓	Var sākt slodzi.	~15g OH. Var sākt slodzi.
5,0–6,9 mmol/l	5,0–7,9 mmol/l	5,0–8,9 mmol/l	↗↑	Var sākt slodzi.	~15g OH. Var sākt slodzi.
			→	~10g OH. Var sākt slodzi.	~20g OH. Var sākt slodzi.
			↘	~15g OH. Atcelt slodzi.	~25g OH. Atcelt slodzi.
			↓	~20g OH. Atcelt slodzi.	~30g OH. Atcelt slodzi.
3,9 – 4,9 mmol/l			↑	~10g OH. Var sākt slodzi.	~20g OH. Atcelt slodzi.
			↗	~15g OH. Atcelt slodzi.	~25g OH. atcelt slodzi.
			→	20g OH. Atcelt slodzi.	~30g OH. Atcelt slodzi.
			↘	~25g OH. Atcelt slodzi.	~35g OH. Atcelt slodzi.
			↓	Uzņemt individuāli pielāgotu OH daudzumu. Atcelt slodzi.	Uzņemt individuāli pielāgotu OH daudzumu. Atcelt slodzi.
Zemāks par 3,9 mmol/l				Uzņemt ogļhidrātus. Atcelt slodzi.	

AA – aerobā slodze; AnA – anaerobā slodze. OH – uzņemt minēto ogļhidrātu daudzumu.

2. tabula. Glikēmija un ieteicamā rīcība fiziskās aktivitātes laikā dažādām pacientu grupām

Glikozes līmenis ar NGLN sensoru			Tendence	Darbība	
2. grupa	1. grupa	0. grupa		Gaidāms augstāks glikozes līmenis	Gaidāms zemāks glikozes līmenis
Glikozes līmenis augstāks par 15,0 mmol/l un ketonvielu līmenis augstāks par 1,5 mmol/l			Jebkurš virziens ↓↑→↘↗	Pārtrauciet slodzi. Apsveriet insulīna devas korekciju. Neatsāciet slodzi.	
Glikozes līmenis augstāks par 15,0 mmol/l un ketonvielu līmenis 1,5 mmol/l vai zemāks			↗↑	Apsveriet insulīna devas korekciju. Turpiniet slodzi.	Turpiniet slodzi. Apsveriet iespēju veikt AA.
			→	Apsveriet insulīna devas korekciju. Turpiniet slodzi.	Turpiniet slodzi.
			↘↓	Turpiniet slodzi.	
10,0–15,0 mmol/l	11,0–15,0 mmol/l	12,0–15,0 mmol/l	↗↑	Turpiniet slodzi. Apsveriet insulīna devas korekciju.	Turpiniet slodzi.
			→	Turpiniet slodzi.	
			↘↓	Turpiniet slodzi.	
7,0–10,0 mmol/l	8,0–11,0 mmol/l	9,00–12,0 mmol/l	↗↑	Turpiniet slodzi.	
			→	Turpiniet slodzi.	
			↘↓	Turpiniet slodzi.	
Zemāks par 7,0 mmol/l	Zemāks par 8,0 mmol/l	Zemāks par 9,0 mmol/l	↗↑	Turpiniet slodzi.	
			→	~10g OH. Turpiniet slodzi.	~25g OH. Turpiniet slodzi.
			↘	~15g OH. Turpiniet slodzi.	~25g OH. Turpiniet slodzi.
			↓	~20g OH. Turpiniet slodzi.	~35g OH. Turpiniet slodzi.
Zemāks par 3,9 mmol/l			↑	Pārtrauciet slodzi. Apsveriet iespēju veikt glikozes līmeņa pārbaudi ar glikometru. Uzņemt individuāli pielāgotu OH daudzumu. Slodzes atsākšana ir iespējama.	
			↗		
			→		
			↘		
			↓		
Zemāks par 3,0 mmol/l				Pārtraukt slodzi. Veikt glikozes līmeņa pārbaudi ar glikometru. Uzņemt individuāli pielāgotu OH daudzumu. Neatsākt slodzi.	

AA – aerobā slodze; AnA – anaerobā slodze. OH – uzņemt minēto ogļhidrātu daudzumu.

Dexcom ONE

atklājiet Dexcom
nepārtraukto
glikozes līmeņa
uzraudzību reāllaikā



Bez
skenēšanas



Bez dūrieniem
pirkstā*

Vēderīces jāiegādājas atsevišķi!



Šreja ir sponsorēta Dexcom pārstāve. *Ja NGLU ierīces glikozes līmeņa traucsmes un rādītāji neatbilst simptomiem vai ievērojami atšķiras no sagaidāmajiem rādītājiem, diabēta ārstēšanas lēmumu pieņemšanai izmantojiet glikometru. †Saderīgo ierīču sarakstu skatiet vietnē www.dexcom.com/compatibility. Izvēles uztvērēju var iegādāties atsevišķi Dexcom veikalā. Dexcom, Dexcom ONE, Dexcom Follow, Dexcom Share un Dexcom Clarity ir Dexcom, Inc. preču zīmes, kas reģistrētas ASV un var būt reģistrētas citās valstīs. ©2022 Dexcom International Ltd. Visas tiesības aizsargātas. Dexcom International Ltd un tā saistītie uzņēmumi Eiropā. Uz šo izstrādājumu attiecas ASV patents | +1.858.200.0200 Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 ASV | MDSS GmbH Schiffgraben 41 30175 Hannover, Vācija. LBL-1004164 Rev001 Print ad Latvia.

SGLT-2 inhibitori – gan 2. tipa cukura diabēta, gan sirds mazspējas ārstēšanai

ILONA NORIETE

SGLT-2i – zāļu klase, ko sākotnēji ar labiem panākumiem lietoja 2. tipa diabēta, bet tagad arī sirds mazspējas un hroniskas nieru slimības ārstēšanā. Pēdējos gados tiek atklātas arvien jaunas nātrija–glikozes līdztransportiera-2 inhibitoru izmantošanas iespējas.

SGLT-2i novērš glikozes reabsorbciju jeb atpakaļuzsūkšanu nieru proksimālajos kanāļos, tādējādi veicinot glikozes izdalīšanos ar urīnu. Tas palīdz samazināt cukura līmeni asinīs. Savukārt sirds mazspējas gadījumā šīs grupas zāles ar dažādu mehānismu palīdzību spēj aizsargāt sirdi no turpmākas darbības pavājināšanās un mazina simptomus. Sirds mazspējas pacientam SGLT-2i lietošana var samazināt nepieciešamību doties uz slimnīcu, kā arī palielināt dzīves ilgumu.

Par to visu saruna ar endokrinologu, Latvijas Universitātes Mediciniskās pēcdiploma izglītības institūta ārsti, Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Kardioloģijas centra konsultanti dr. med. **Kristīni Ducenu**.

– Pēdējos gados daudz tiek runāts par SGLT-2i grupas medikamentiem, kuri uzrāda ļoti labus rezultātus cukura diabēta pacientu ārstēšanā, bet arvien biežāk veiksmīgi tiek izmantoti arī sirds mazspējas gadījumos. Kāda ir jūsu kā endokrinologa līdzšinējā pieredze ar SGLT-2i?

– Viens no SGLT-2i pamatdarbības mehānismiem ir SGLT-2 jeb nātrija–glikozes līdztransportiera-2 receptoru bloķēšana nieru proksimālajos kanāļos, kas normālā situācijā ir atbildīgi par aptuveni 90 procentiem filtrētās glikozes un nātrija atpakaļuzsūkšanu jeb reabsorbciju. Respektīvi, šo medikamentu darbības rezultātā glikoze pastiprināti tiek izvadīta ar urīnu un tiek veicināta ne tikai glikozūrija jeb glikozes izvade, bet arī nātrijurēze – nātrija izvadīšana – un arī osmotiskā diurēze. Pēc terapijas glikozes ekskrecija ar urīnu pieaug vidēji par 70 līdz 100 ml diennaktī, kas ir līdzvērtīgi aptuveni 300 – 350 kcal dienā. Eksperimentālie pētījumi pierāda, ka SGLT-2i arī samazina simpātiskās nervu sistēmas un RAAS (renīna – angiotenzīna – aldosterona sistēmas) aktivitāti – ļoti svarīgus mehānismus, kuri piedalās hroniskas sirds un nieru mazspējas attīstībā.

– Kādi ir galvenie ieguvumi?

– Pirmkārt, veidojas negatīvs kaloriju balanss, tādēļ arī SGLT-2i lietotājiem parasti ir neliels svara zudums, vidēji ap 2 kg, kas papildus veicina diabēta metabolās kompensācijas uzlabošanu un glikēmijas kompensāciju. Pateicoties osmotiskajai diurēzei un arī nātrija daudzuma samazināšanai, tiek iegūts papildu labvēlīgs efekts uz asinsspiediena pazemināšanos un, protams, arī uz asinsvadu rezistences samazināšanos. Ir atrasta arī virkne citu mehānismu, kas aizkavē hroniskas sirds mazspējas un arī hroniskas nieru slimības attīstību. Piemēram, palielinoties nātrija un šķidrums izvadei, tiek atvieglots nieru darbs, jo diabēta agrīnās stadijās ir palielināts intraglomerulārais spiediens, raksturīga hiperfiltrācija, kas ir pirmā nieru bojājuma pazīme.

– Kā veidojas šo zāļu labvēlīgā ietekme uz sirdi?

– Lai arī sākotnēji SGLT-2i grupas medikamentus izmantoja 2. tipa cukura diabēta pacientiem, eksperimentālie pētījumi ir pierādījuši, ka šie mehānismi efektīvi novērš hroniskas sirds mazspējas attīstību. Labi zināms, ka 2. tipa cukura diabēts ļoti reti manifestējas viens. Parasti tas kombinējas ar sirds–asinsvadu un nieru slimībām, tādēļ kopā šīs patoloģijas mēdz dēvēt par kardiorenometabolu stāvokli. No šīm patoloģijām visbiežāk sastopama hroniska sirds mazspēja un hroniska nieru slimība, kuras arī ir biežākie cukura diabēta pacientu nāves iemesli. Tādēļ mums ir ļoti svarīgi, ka medikaments līdz ar glikozes līmeni samazinošo efektu sniedz arī ieguvumus, kas saistīti ar sirds–asinsvadu sistēmas slimību un hroniskas nieru slimības samazināšanu. Kā jau iepriekš sacīju, SGLT-2i savu efektivitāti ir pierādījuši neskaitāmos randomizētos klīniskajos pētījumos, kuros ietverti ne tikai pacienti ar cukura diabētu, bet arī bez tā. Līdz ar to jau no pagājušā gada arī Eiropas Kardiologu asociācija akceptēja SGLT-2i pacientiem ar hronisku sirds mazspēju un reducētu izviedes frakciju. Šogad to pielietojums tika apstiprināts arī hroniskas sirds mazspējas pacientiem ar mērenu un saglabātu izviedes frakciju. Bez iepriekš minētajiem pozitīvajiem efektiem, SGLT-2 inhibitori arī veicina vieglu persistējošu jeb pastāvīgu ketonvielu koncentrācijas paaugstināšanos, kas kalpo kā efektīvs alternatīvs enerģijas avots miokardam, īpaši apstākļos, kad ir insulīna rezistence un sirds nevar efektīvi izmantot glikozi kā enerģijas avotu. SGLT-2 inhibitori samazina arī insulīna rezistences ierosināto hronisko iekaisumu un sekojošo miokarda fibrozi – ļoti svarīgus mehānismus, kas iesaistīti hroniskas sirds mazspējas attīstībā.

– Glikozes rādītāji cukura diabēta pacientiem mēdz būtiski atšķirties. Kuriem pacientiem tiek nozīmēti SGLT-2i?

– SGLT-2i ir ordinējami 2. tipa diabēta pacientiem. Pamatojoties gan uz Amerikas Diabēta asociācijas, gan Eiropas Diabēta asociācijas vadlīnijām, jau 2018. gadā tika izstrādātas klīniskās rekomendācijas 2. tipa cukura diabēta ārstēšanā, kuras ir balstītas uz individuālo riska faktoru novērtēšanu. Tās paredz, ka gadījumā, ja diabēta pacientam ir apstiprināta kardiovaskulāra slimība vai tās riska faktori, vai arī ir hroniska nieru slimība, tad pirmās izvēles medikamenti ir SGLT-2i. Savukārt to nepanesamības gadījumā mēs ordinējam GLP-1 receptoru agonistus. Īpašs uzsvars tika likts tieši uz hronisku sirds mazspēju, jo SGLT-2i nozīmīgi samazina sirds mazspējas pacientu hospitalizāciju skaitu un risku atkārtotai nonākšanai slimnīcā.

– Kāda ir situācija ar SGLT-2i pielietošanu Latvijā?

– Latvijā mūs nedaudz ierobežo esošie kompensācijas kritēriji un noteikumi. Mums pirmā izvēle vienmēr ir metformīns, un tikai tad, ja ar diviem gramiem metformīna dienā mēs nesasniedzam glikētā hemoglobīna līmeni 7% un zemāk, varam iet tālāk. Otrā izvēle pēc metformīna ir sulfonilurīnvielas grupa, un tikai gadījumos, ja pacients šīs grupas medikamentus nepanes, mēs varam nozīmēt SGLT-2i. To var darīt arī tad, ja ar kombinēto metformīna un sulfonilurīnvielas medikamentu terapiju glikētā hemoglobīna rādītāju neizdodas samazināt zem 7%. Faktiski ir tā – lai cik ļoti nepieciešams mums būtu savlaicīgi un agrīni uzsākt SGLT-2i terapiju, reāli tā līdz šim ir bijusi trešā, labākajā gadījumā otrā izvēle. Tādi ir mūsu medikamentu kompensācijas noteikumi.

– Cik daudzi no jūsu 2. tipa cukura diabēta pacientiem lieto SGLT-2i?

– Es šīs grupas medikamentus saviem 2. tipa cukura diabēta pacientiem ordinēju bieži, jo, kā jau teicu, diabēts ļoti reti mēdz būt izolēts. Vairumam 2. tipa cukura diabēta pacientu jau ir apstiprināta sirds un asinsvadu slimība vai tās riska faktori, un viņi arī saņem SGLT-2i. Ir pierādīts, ka hroniska sirds mazspēja gadu gaitā izveidojas līdz pat trešajai daļai 2. tipa diabēta pacientu. Savukārt ap 30 – 40 procentiem no visiem ar hronisku sirds mazspēju pirmreizēji vai atkārtoti hospitalizētiem pacientiem ir diabēts. Kā redzat, šīs patoloģijas ir ļoti cieši saistītas, un lielākajai daļai to pacientu ir nepieciešami SGLT-2i.

– Varbūt mūsu organismā ir vēl kādi procesi, kas veicina sirds mazspējas attīstību?

– Vērtējot tīri patoģenētiski, insulīna rezistence un liekais svars, veicina sirds mazspējas attīstību. Kā jau teicu, insulīna rezistence ir vismaz 40 procentiem hroniskas sirds mazspējas pacientu. Zināms, ka insulīna rezistences un adipozītes apstākļos persistē zemas aktivitātes hronisks iekaisums, attīstās oksidatīvais stress, aktīvās gan simpātiskās nervu sistēma, gan renīna – angiotenzīna – aldosterona sistēma. Aktīvējoties šai sistēmai, organismā pastiprināti notiek nātrija un šķidrums aizture, bet liekā šķidrums uzkrāšanās veicina sirds mazspējas attīstību. Savukārt jebkurš hronisks iekaisums vienmēr visos audos aktivē fibrozi. Rezultātā audi kļūst maz elastīgi, cieti, rigidi, un tieši tas pats attiecas uz sirdi. Samazinās sirds sienas elasticitāte, sirds kļūst stīvāka, tā nevar pietiekami atslābt, ir apgrūtināta tās piepildīšanās ar asinīm, kā rezultātā pieaug pildīšanās spiediens. Ehokardiogrāfijā jau agrīni var redzēt, ka sirds kreisais priekškambaris ir palielināts. Adipozajos audos samazinās antiinflatōro jeb iekaisumu mazinošo citokīnu daudzums, savukārt pieaug proinflatōro jeb

iekaisumu veicinošo citokīnu līmenis, kas veicina arī asinsvadu endotēlija disfunkciju un palielina sirds mazspējas risku.

– Kādas blakusparādības var izraisīt SGLT-2i lietošana?

– Tāpat kā jebkuriem medikamentiem, arī SGLT-2i ir blakusparādības. Tā kā tie veicina glikozes ekskreciju ar urīnu, visbiežākais blakusefekts ir urīnceļu un ģenitālo infekciju risks. Tādēļ, ja pacientam jau sākotnēji ir hroniskas šāda tipa infekcijas, tobrīd varbūt nevajadzētu medikamentu sākt lietot, jo ir jāizvērtē visi riski. Tāpat arī, ja pacients ir hospitalizēts ar infekciju un viņam ievietots urīnceļa katetrs vai pacients ir guļošs, protams, tadā brīdī arī varbūt nevajadzētu uzsākt šo zāļu lietošanu. Savukārt vecāka gadagājuma cilvēkiem ir jāatceras, ka, lietojot SGLT-2i kopā ar citiem diurētiskajiem medikamentiem, pastāv dehidratācijas jeb šķidruma zuduma risks, tādēļ nepieciešams lietot pietiekami daudz šķidruma. Visi pacienti jāinformē par potenciālajiem riskiem, un katrs gadījums, līdzīgi kā ar jebkuru medikamentu, ir jāizvērtē individuāli. Protams, šiem riskiem pretī stāv milzīgi ieguvumi, galvenokārt jau hroniskas sirds mazspējas protekcija un diabēta metabolā kompensācija. Es rekomendēju pacientam vienmēr pirms SGLT-2i terapijas uzsākšanas nodot kontroles urīna analīzi, lai izslēgtu leukocītu bakteriūriju, nitrītus, respektīvi, urīnceļu un ģenitālo infekciju risku. Tiem diabēta pacientiem, kas agrāk terapijā lietojuši insulīnu, pievienojot SGLT-2i, bieži vien insulīna deva ir jāsamazina. Papildus jāpiebilst, ka vidēji trīs dienas pirms plānotām operācijām SGLT-2i iesaka atcelt, jo pastāv eļģikēmiskās ketoacidozes risks. Tas pats jādarā arī slimību laikā, kad būtiski samazinās ogļhidrātu uzņemšana un pieaug ketoacidozes risks.

– Vai var teikt, ka SGLT-2i parādīšanās ir sava veida revolūcija vairāku nopietnu hronisku slimību ārstēšanā?

– Ir ārkārtīgi labi, ka pastāv medikamentu grupa, kas ne tikai kontrolē glikēmiju, bet arī palīdz savlaicīgi aizsargāt pacientu no hroniskas nieru slimības un hroniskas sirds mazspējas, kā arī samazina hospitalizācijas iespēju. Faktiski mēs ar vienu šāvienu nošaujam veselus trīs zaķus. Otrā lieta, ko es noteikti gribētu uzsvērt, slēpjas tajā, ka ārstiem nevajadzētu baidīties no jaunajiem medikamentiem, ņemot vērā to sniegtos ieguvumus, ko apstiprina daudzi klīniskie pētījumi gan pacientiem ar diabētu, gan bez tā. Protams, svarīgas ir multidisciplināras tikšanās ar citu specialitāšu ārstiem – gan nefrologiem, gan kardiologiem, gan ģimenes ārstiem –, ar mērķi dalīties pieredzē un iegūt arvien jaunas zināšanas.

Lietot ne tikai regulāri, bet arī pareizi

TOMS ZVIRBULIS

Astma ir hroniska slimība, kuras ārstēšanai mūsdienās pieejami dažādi paņēmieni, bet arī vislabākās zāles nespēs sniegt vēlamo efektu, ja nepratisim tās lietot pareizi.

Sarunā ar pneimonologu **Ivetu Kroiču** noskaidrojām, kas ir svarīgākais ciņā pret smagu astmu un kādi ir lielākie trūkumi, ar kuriem ārste saskaras smagas astmas pacientu aprūpē Latvijā.

– Kāpēc ir svarīgi palielināt pacientu līdzestību inhalējamo astmas medikamentu lietošanā?

– Līdzestība jebkuras slimības ārstēšanā ir ļoti svarīga. Medikamentu lietošanai jānotiek saskaņā ar ārsta sniegtajām rekomendācijām, kurās noteikts zāļu lietošanas biežums un devas. Ja tas netiek ievērots, tad pacients nesāņem pietiekami daudz nepieciešamā medikamenta un nevar gaidīt, ka ārstēšana būs efektīva.

– Pneimonologi vienmēr uzsver, ka ir svarīgi astmas medikamentus ne tikai lietot regulāri, bet arī darīt to pareizi.

– Astmas ārstēšanas pamatā ir terapija ar inhalējamiem medikamentiem nevis tabletēm, tāpēc ir svarīgs ne tikai izlietotais zāļu daudzums, bet arī inhalatora pareiza lietošanas tehnika, kas ļauj zālēm nokļūt istajā vietā. Respektīvi, pacientam ir jāizmanto ārsta kabinetā apgūtās inhalatora lietošanas iemaņas. Sarežģījumus rada tas, ka patlaban valsts pacientam apmaksā lētāko medikamentu, kas ik pēc noteikta laika mēdz mainīties. Mēs uz receptēm rakstām tikai zāļu ķīmisko nosaukumu un nezinām, kāda veida inhalators tiks piedāvāts aptiekā. Līdz ar to ne vienmēr vizītes laikā pacientam varam parādīt konkrēto inhalācijas ierīci, kādu viņš saņems. Tāpēc var rasties tehniskas kļūdas inhalatoru lietošanā.

– Katru mēnesi Latvijā aptuveni 200 pacientu saņem perorālo glikokortikoidu receptes. Vai, jūsuprāt, pacienti apzinās šo zāļu lietošanas negatīvo ietekmi uz viņu organismu?

– Domāju, ka lielākā daļa neapzinās. Vairumam pacientu ir izveidojies nepareizs priekšstats par inhalējamo medikamentu lietošanu. Pastāv uzskats, ka inhalatori rada pieradumu. Tas ir pilnīgi aplams pieņēmums. Inhalatori vienkārši tiek izmantoti hroniskas slimības ārstēšanā, un tā pat ir priekšrocība, salīdzinot ar tabletējamiem medikamentiem, jo zāles uzreiz nonāk tieši tajā vietā, kas ir jāārstē. Turklāt orālajiem glikokortikoidiem ir daudz blakņu – osteoporozes, paaugstināts asinsspiediens, cukura diabēts u.c. Taču tabletētie kortikosteroīdi ir lētāki. Ja pacients nezina par risku, tad viņš reizēm gribēs lietot to, kas ir lētāk un vienkāršāk. Es uzskatu, ka šajā gadījumā diezgan daudz grēko arī ģimenes ārsti, izrakstīdami šīs receptes mēnesi pēc mēneša. Ja pacients ilgstoši lieto perorālos kortikosteroīdus, tad viņam būtu jānododas pie speciālista pārbaudīt, vai ir iespējams atteikties no šo medikamentu lietošanas. Tikai tad, ja pneimonologs apstiprina, ka nav citu ārstēšanas iespēju, tad pacients varētu saņemt šo terapiju.

– Kādos gadījumos būs nepieciešams lietot perorālos glikokortikoidus?

– Ir smagās astmas formas, kuras diemžēl nevar kontrolēt ar inhalējamiem glikokortikoidiem augstās devās. Tāpat slimības uzliesmojumus joprojām vislabāk var kontrolēt tieši ar tablešu



Foto: Shutterstock

Ir smagās astmas formas, kuras nevar kontrolēt ar inhalējamajiem glikokortikoidiem augstās devās. Tāpat slimības uzliesmojumus joprojām vislabāk var kontrolēt ar tablešu formas zālēm. Ir arī tādi pacienti, kuriem, pārtraucot perorālo medikamentu terapiju, ātri atsākas astmas uzliesmojumi. Taču tagad ir parādījusies alternatīva – bioloģiskā terapija.

formas zālēm. Ir arī tādi pacienti, kuriem, pārtraucot perorālo medikamentu terapiju, ātri atsākas astmas uzliesmojumi. Taču tagad ir parādījusies alternatīva – bioloģiskā terapija. Tā gan ir piemērojama tikai konkrētiem astmas fenotipiem, bet ierobežo perorālo medikamentu lietošanu, un dažkārt tablešu zāles vairs nav jāizmanto nemaz. Daļa pacientu neatbilst bioloģiskās terapijas kritērijiem, taču dažkārt viņi varbūt vienkārši nav nokļuvuši pie pareizā speciālista.

– Visbiežāk perorālos glikokortikoidus izraksta ģimenes ārsti to ātrās iedarbības dēļ. Ko vajadzētu darīt, lai situācija mainītos?

– Te varētu izmantot divas pieejas. Pirmkārt, speciālisti vairāk izglītotu ģimenes ārstus, uzrunātu viņus un mācītu atpazīt pacientus, kuriem ir vajadzīga speciālista konsultācija. Otrkārt, pacientiem aptiekās farmaceiti pastāstītu, ka perorālie medikamenti un to lietošana ir saistīta ar lielu risku un būtu atkārtoti jānododas pie pneimonologa noskaidrot, vai nav iespējamas drošākas ārstēšanas metodes.

– Jau vairākus gadus tirgū ir pieejami bioloģiskie medikamenti astmas ārstēšanai. Kāda ir jūsu pieredze darbā ar tiem?

– Varu teikt, ka pieredze ir pozitīva. Vairāki mani pacienti ilgstoši tika lietojuši perorālos astmas medikamentus. Uzsākot bioloģisko medikamentu terapiju, aptuveni pusgada laikā ir izdevies pilnībā atteikties no perorālajiem glikokortikoidiem. Dažiem pacientiem ir izdevies samazināt perorālo medikamentu devu. Savukārt citiem, kuriem ir 3–4 astmas uzliesmojumi gadā un tablešu zāles jālieto kursu veidā, pēc bioloģiskās terapijas uzsākšanas uzliesmojumus tikpat kā nenovēro un viņi saņem tikai inhalējamus medikamentus un bioloģisko terapiju.

– Cik ilgā laikā pacients, uzsākot bioloģisko preparātu lietošanu, parasti var atteikties no perorālajiem medikamentiem?

– Tas ir ļoti individuāli. Man ir viena paciente, kura ātri jūta pozitīvu efektu un jau trīs mēnešu laikā varēja pārtraukt lietot perorālās zāles. Citiem tas var būt pusgads, vēl kādam septiņi mēneši. Tas ir ļoti individuāls process un atkarīgs arī no tā, cik ilgi perorālie preparāti tika izmantoti pirms tam, jo to lietošana ietekmē virsnieru darbību. Jo ilgāk

tabletes tikušas lietotas, jo ilgākam laikam būs jāpaiet, līdz to varēs pārtraukt.

– Viens no astmas ārstēšanas mērķiem ir mazināt pacienta simptomus. Kā bioloģiskie medikamenti palīdz simptomu mazināšanā?

– Faktiski bioloģiskie medikamenti ir domāti tiem pacientiem, kuri lieto perorālos glikokortikoidus. Mūsu mērķis ir ar bioloģisko zāļu palīdzību samazināt perorālo medikamentu devu un uzliesmojumu biežumu. Uzliesmojumam ir raksturīgs progresējošs elpas trūkums, klepus un smaguma sajūta krūtīs. Cilvēki, kuri terapijā izmanto inhalējamus medikamentus, arī jūt simptomu atvieglinājumu pēc bioloģiskās terapijas uzsākšanas. Mazinās klepus, un var samazināt lietoto medikamentu apjomu. Bieži vien uzlabojas arī plaušu funkcionālie rādītāji.

– Tas nozīmē, ka līdztekus bioloģiskajiem medikamentiem astmas ārstēšanā ir jāizmanto arī citas zāles?

– Obligāti. Bioloģiskie medikamenti ir papildzāles. Iepriekš nozīmētā terapija tiek saglabāta. Noteikti ir jāturpina lietot inhalējamus glikokortikoidus kombinācijā ar ilgstošas darbības beta mimētiķiem. Ja perorālie kortikosteroīdi tiek lietoti regulāri, tad ir jāmazina to deva, taču pamatterapija saglabājas.

– Kas notiek, ja bioloģisko medikamentu terapiju pārtrauc?

– Ja medikamenti ir nozīmēti ik pēc četrām vai astoņām nedēļām, tad tā šīs zāles arī jālieto. Ja intervāls palielinās, jo pacients izslimo kādu vīrusinfekciju vai rodas problēmas ar zāļu piegādēm, dažiem slimniekiem, iespējams, nekas nemainīsies, kamēr citi var lietošanas pārtraukumu izjust smagāk.

– Kas varētu uzlabot pacientu līdzestību astmas ārstēšanā?

– Visvairāk to var darīt izpratne. Tas, kā mēs, ārsti, veicinām pacientu izpratni par astmu kā hronisku slimību, arī palielina cilvēku līdzestību. Daudz kas ir atkarīgs arī no astmas smaguma pakāpes, jo smagas astmas gadījumā nederēs tikai simptomu kupēšana, bet būs nepieciešama ilgstoša un efektīva terapija, kā to ir nozīmējis ārsts. Ja pacients saprot, ka slimība ir hroniska, un izprot ārstēšanas nozīmi, tad arī pieaug līdzestība. Ja savu slimību nesaprot, tad arī šķitīs, ka klepus gadījumā pietiek

veikt kaut kādas inhalācijas. Ir svarīgi uzticēties savam ārstam un zālēm, kuras viņš ir izrakstījis. Tas lielā mērā liecina arī par pacientu disciplinētību.

– Vai līdzestības veicināšanā var palīdzēt ārsta nozīmētais zāļu lietošanas režīms?

– Mūsdienās astmas terapijā izmanto divas taktikas. Viena ir, kad ārstēšanas režīms ir stingri noteikts, un otra, kad pacients zāles lieto pēc vajadzības. Tā ir ārsta izvēle, kas katram pacientam ir piemērotāks. Ir pacientu grupa, kurai der tikai stingri noteikts režīms. To nosaka katram pacientam individuāli, jo ārsts, redzot šo cilvēku regulāri, var pieņemt vislabāko lēmumu katrā konkrētā gadījumā.

– Vai līdzestības veicināšanā ir svarīgs ierīces lietošanas ērtums?

– Noteikti. Kā piemēru var minēt devu skaitītāju, kurš nu jau ir pieejams gandrīz visām ierīcēm. Ierīces ērtumu noteiks arī tas, kāda veida inhalācijas materiāls tajā atrodas, – gāzes vai pulverveida. Katram šie raksturlielumi var atšķirties, bet svarīgi ir, lai soļu inhalācijas izdarīšanai būtu pēc iespējas mazāk un tie būtu vienkāršāki.

– Kāds būtu vislabākais pacientu izglītošanas veids, lai uzlabotu līdzestību medikamentu lietošanā?

– Būtu ļoti labi izveidot vairāk astmas apmācības kabinetu, kuros strādātu astmas māsa. Viņas galvenie uzdevumi būtu darbs ar pacientu, līdzestības uzlabošana, apmācība inhalācijas ierīces pareizā lietošanā un izskaidrošana, kāpēc to ir svarīgi lietot regulāri vai pēc ārstējošā ārsta norādījumiem. Tie vairāk ir vidējā medicīnas personāla uzdevumi, ko pašlaik nākas pildīt arī ārstam. Turklāt šīs medicīnas māsa varētu ilgāk komunicēt ar pacientiem, jo ārsta konsultāciju laiks ir ļoti ierobežots. Starp rekomendācijām līdzestības uzlabošanai ir arī ieteikums katrā pacienta vizītē pie pneimonologa atkārtot inhalācijas tehniku, atgādināt par lietošanas biežumu. Datu analīze liecina, ka visaugstākā pacienta līdzestība ir uzreiz pēc vizītes, un tā saglabājas trīs mēnešus, kad sāk pakāpeniski mazināties. Līdzestībai ir tendence kristies, jo lielāks ir intervāls starp vizītēm. Tāpēc svarīgi būtiskākās lietas par ārstēšanas izrunāt tad, kad pacients ieradies pie sava ģimenes ārsta pēc jaunas zāļu receptes. Tas līdzestību atkal palielinātu.

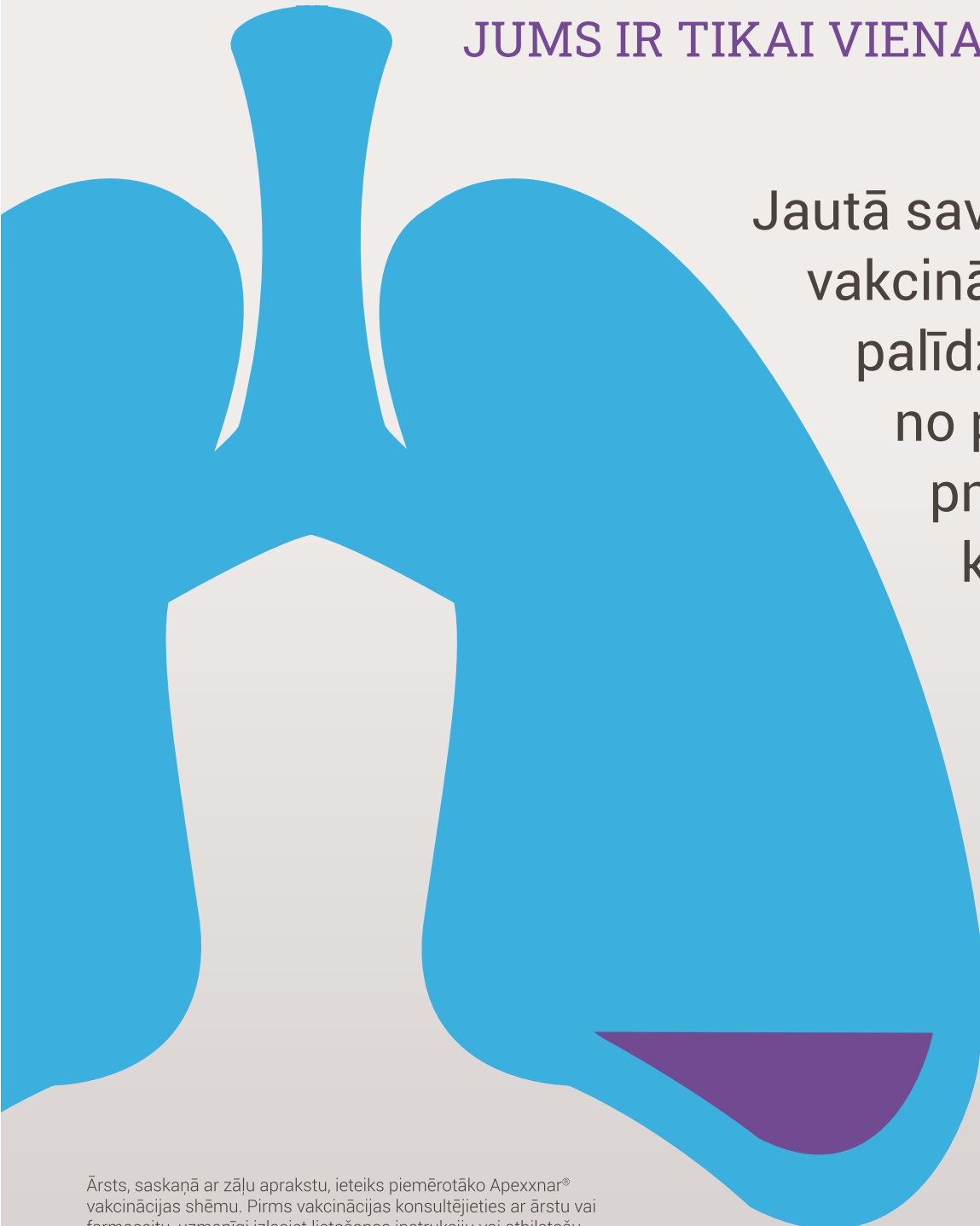


PALĪDZI PASARGĀT SEVI UN SAVUS TUVINIEKUS

PNEIMOKOKU

PNEIMONIJA

JUMS IR TIKAI VIENAS PLAUŠAS



Jautā savam ārstam kā viena vakcinācija ar Apexxnar var palīdzēt pasargāt jūs no pneimokoku pneimonijas (plaušu karsoņa). Jums nav nepieciešams veikt vakcināciju katru gadu.

Novērtē savu risku:

PNEIMOKOKS.LV

Ārsts, saskaņā ar zāļu aprakstu, ieteiks piemērotāko Apexxnar® vakcinācijas shēmu. Pirms vakcinācijas konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu, uzmanīgi izlasiet lietošanas instrukciju vai atbilstošu informāciju uz iepakojuma. Apexxnar suspensija injekcijām pilnšīrcē, pneimokoku polisaharīdu konjugēta vakcīna (20-valenta, adsorbēta).



Reklāmdevējs: Pfizer Luxembourg Sarl filiāle Latvijā.
PP-PNR-LVA-0016. © 2022 Pfizer Inc.
Visas tiesības aizsargātas. 2022. gada jūlijs.

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI.