

Tauta un Veselība



NODZĒST UGUNSGRĒKU

Speciāliste skaidro, kāpēc attīstītajās pasaules valstīs tik daudz cilvēku cieš no atvilņa slimības un kā to ārstēt.

3. lpp.



ZARNU VĒZIS

Latvijā un pasaulē trešais izplatītākais vēža veids ir kolorektālais vēzis. Vai esam gatavi izmantot valsts piedāvāto skrīningu? 6.–7. lpp.

Ēdam veselīgi?

42 procenti Latvijas iedzīvotāju ikdienā cenšas ievērot veselīga uztura principus. Savukārt katrs piektais jeb 20 procenti ēd neveselīgi.

Avots: Mana aptieka & Apotheke Veselības indeksa pētījums

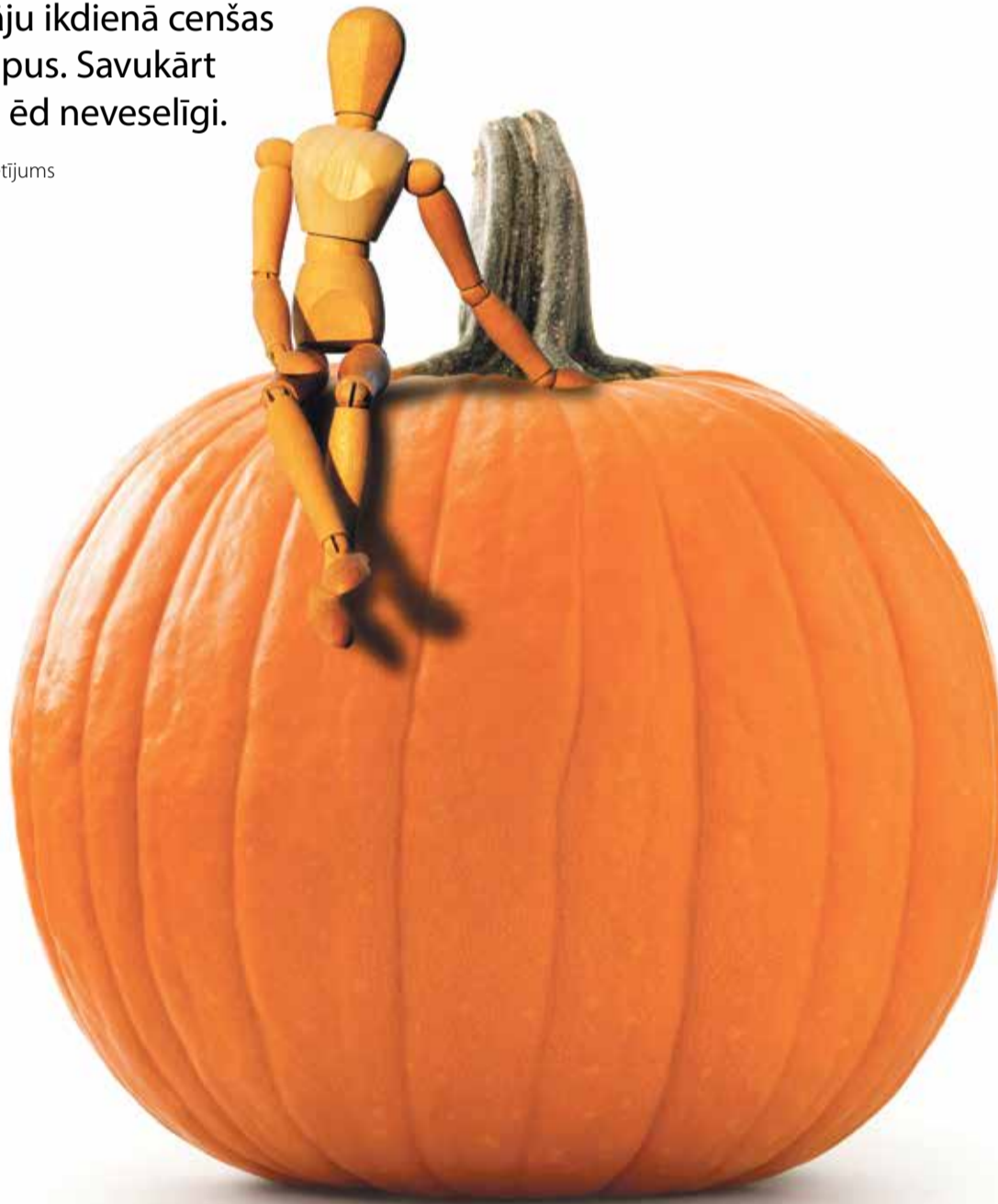


Foto: Shutterstock

PALĪDZ DIAGNOSTIKĀ

Cik pamatoti taisām endoskopijas.

4. lpp.



KAD LIETOT

Antibiotikas izmantot pārdomāti.

5. lpp.



SAUDZĒ SIRDĪ

Kā ēšanas paradumi ietekmē veselību.

9. lpp.



GAIDĀM UZLABOJUMUS

Ceram uz Nacionālo vēža plānu.

14.–15. lpp.



Zinātne – ikdienas praksei

TOMS ZVIRBULIS

Šā gada 9. decembrī konferenču centrā ATTA Centre norisināsies jau XI Latvijas Gastroenteroloģijas kongress, kurā piedalīsies gastroenterologi un dažādu citu specialitāšu medicīnas profesionāļi no visas Latvijas un arī ārvalstīm. Tāpat kongresā uzstāsies arī ārvalstu vieslektori un sniegs savu pieredzi dažādu gastroenteroloģisko slimību diagnostikā un ārstēšanā.

Pirms svarīgā notikuma uz sarunu esam aicinājuši vienu no galvenajām figūrām kongresa organizēšanā – gastroenterologu asociēto profesoru **Alekseju Derovu**, lai gūtu ieskatu par to, kas tiks apspriests kongresā, kādus ieguvumus veselības aprūpes sistēmai tas var dot ilgtermiņā un kā vispār šāda mēroga pasākums tiek organizēts.

– Kurā gadā meklējami gastroenteroloģijas kongresu organizēšanas pirmsākumi?

– Pirmais kongress tika noorganizēts 2003. gadā un kopš tā laika tas notiek reizi divos gados. Idejas autors ir profesors Juris Pokrotņieks, un šāgada decembrī kongress sanāks jau 11. reizi. 20 gadu laikā tas lēnītēm ir izpleties, «apaudzis» ar cilvēkiem, arī starptautiskiem dalībniekiem un lektoriem. Faktiski šis ir lielākais tāda veida pasākums Baltijas valstīs. Ja nemaldos, tad kopš 2011. gada mēs tajā pulcējam ap 1000 cilvēku, izņemot Covid-19 pandēmijas laiku, kad kongress norisinājās attālināti un dalībnieku bija tikai ap 800. Ja ņem vērā, ka Latvijā ir tikai aptuveni 50 sertificētu gastroenterologu, tas, manuprāt, ir ļoti iespaidīgs sasniegums. – **Vai tas nozīmē, ka ievērojama ir starptautiskā dalība, ja no 1000 dalībniekiem tikai 50 ir gastroenterologi no Latvijas?**

– Nē, lielākā daļa dalībnieku ir no Latvijas. Tie ir ģimenes ārsti, internisti un dažādu citu specialitāšu kolēģi, tostarp rezidenti. Pirms Covid-19 pie mums ir braukuši kolēģi no Lietuvas, arī no citām valstīm. Šogad diez vai ieradīsies daudz starptautisko pārstāvu, taču būs ārvalstu lektori. Katrā ziņā šis kongress pārsvarā ir tendēts atvest labāko klīniskās prakses pieredzi un teorētiskās zināšanas uz Latviju, lai to varētu parādīt saviem kolēģiem un palīdzēt attīstīties.

– Kādas šogad ir kongresa tēmas, un kā tās tika izvēlētas?

– Tēmas tiek izvēlētas, ņemot vērā to, kas pašlaik gastroenteroloģijā ir aktuāls. Protams, būs arī *state-of-the-art* lekcijas, kurās tiks rādītas nozares



Aleksejs Derovs:
«Mēs cenšamies kongresu veidot tā, lai iegūtās zināšanas varētu pielietot ikdienā. Ārsti zinās, pie kā vērsties, ar ko nodibināt papildu kontaktus, lai ņemot vērā multidisciplināritāti, maksimāli paātrinātu diagnostikas un ārstēšanas procesu.»

jaunākās tehnoloģijas un ārstēšanas metodes. Gastroenteroloģija ir lielākā internās medicīnas nozare, un tā ievērojami pārklājas ar citām nozarēm – endokrinoģiju, neiroģiju, dermatoloģiju, ķirurģiju u.c. Respektīvi, vairāku slimību aizsākums ir meklējams gremošanas traktā, vai arī citas slimības ietekmē gremošanas traktu. Kongresā noteikti runāsim par mikrobiomu, par jaunumiem endoskopijā un gastroķirurģijā. Runāsim arī par iekaisīgām zarnu slimībām un aknu problēmām, kā arī par atsevišķām retajām slimībām. Notiks vairākas plenārsēdes, paralēli paredzēti arī satelītsimpoziji, kuri fokusēsies uz konkrētu gastroenteroloģijas jomu vai arī pievērsīsies plašāka mēroga tēmai. Piemēram, viens simpozijis būs veltīts retajām hepatoloģiskajām slimībām. To atbalsta arī Eiropas Komisijas izveidotais Reto slimību tīkls, un kongresā piedalīsies Reto slimību tīkla pārstāvis no Polijas. Viens satelītsimpozijis būs veltīts onkoloģiskajām slimībām. Šoreiz pievērsīsies retākām diagnozēm, piemēram, holangiokarcinomai, neiroendokrīnajiem audzējiem. Tāpat divos simpozijos paredzēts pievērsties antimikrobiālās terapijas problemātikai, un vairāki eksperti to skatīs caur savu prizmu. Uz kongresa laiku tiks izdotas atjaunotās vadlīnijas jaunu, mērķtiecīgu medikamentu nozīmēšanā, lai mazinātu antibiotiku rezistences iespējas Latvijas pacientu vidū. Būs arī klīniskajai mikrobioloģijai veltīts seminārs. Tēmu ir daudz, un tās ir ļoti dažādas. Katrs no kolēģiem var atrast to, kas viņu patiešām interesē. Manuprāt, ļoti interesants seminārs būs par zarnu un smadzeņu darbības saistību, kur tiks diskutēts par to, cik liela loma šādu slimību ārstēšanā ir psihiatriem un cik – gastroenterologiem. Programma kā vienmēr ir bagātīga.

– **Medicīna mūsdienās kļūst arvien multidisciplinārāka. Kādi vēl speciālisti, atskaitot gastroenterologus un ģimenes ārstus, piedalīsies šajā kongresā?**

– Cik es zinu, tad kongresam ir reģistrējušies vairāki kardiologi, lai gan šīs jomas saistība ar gastroenteroloģiju netiks veltīta pastiprināta uzmanība. Mēs to gribētu darīt, bet vienas dienas laikā tik daudz paveikt nav iespējams. Tāpat dalībnieku vidū ir ķirurgi, endokrinologi, infektologi u.c. Jāņem vērā, ka mūsu programma jau tā ir ļoti blīva. Katrā

kongresā apskatīto tēmu klāsts mainās. Iepriekšējā reizē mēs vairāk runājām par gastroenteroloģijas saistību ar endokrinoģiju, līdz ar to šogad šī tēma tiks apspriesta mazāk. Mēs cenšamies jātajūmu loku līdzsvarot, jo tik īsā laikā visu apskatīt nav iespējams.

– Vai kongress ir paredzēts tikai mediķiem? Noteikti daļa cilvēku būtu ieinteresēti dzirdēt par jaunākajām tendencēm gastroenteroloģijā.

– Kongress ir paredzēts medicīnas speciālistiem, bet tā devīze jau kopš pirmsākumiem ir «Zinātne praksei». Līdz ar to cerams, ka šī informācija nonāks pie mūsu kolēģiem un viņi to tālāk varēs nodot arī saviem pacientiem. Mēs nevēlamies radīt iespaidu, ka visu laiku runājam par «drūmāko» zinātni molekulārā līmenī, kuru klīniskajā praksē ieviest šobrīd nevar. Mēs cenšamies kongresu veidot tā, lai iegūtās zināšanas varētu pielietot ikdienā. Ārsti zinās, pie kā vērsties, ar ko nodibināt papildu kontaktus, lai ņemot vērā multidisciplināritāti, maksimāli paātrinātu diagnostikas un ārstēšanas procesu. Tieši tāpēc pasākums norisinās sadarbībā ar vairākām asociācijām. Piedalās ne tikai Latvijas Gastroenterologu asociācija, bet arī Latvijas Internistu biedrība, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Reto slimību speciālistu asociācija, Latvijas Hematologu asociācija un citas.

– Iespējams, ka ne visi, kuri vēlas ierasties, to varēs izdarīt – vai kongress būs pieejams online vidē, kur speciālisti varēs sekot līdzi tā norisei un izvēlēties sev interesējošo tēmu?

– Patlaban plāns ir tāds, ka visi reģistrētie dalībnieki mēnesi pēc kongresa varēs piekļūt lielākajai materiālu daļai un atrast sev interesējošās lietas no lekcijām, uz kurām viņi netika. Vēlāk kongresa materiālus varēs aplūkot citā platformā, bet tad jau par maksu. Informācija tiks uzglabāta tikai vienu gadu, jo viss ar laiku noveco.

– Pastāstiet nedaudz sīkāk par kongresa koncepciju.

– Uz šo jautājumu ir grūti atbildēt, jo programma ir ļoti blīva. Kongress risināsies vairākās zālēs. Lielajā zālē notiks galvenās plenārsēdes un kongresa atklāšana. Plānots, ka tajā piedalīsies Veselības ministrijas pārstāvji, Rīgas Stradiņa universitātes rektors, kā arī Eiropas Gastroenterologu asociācijas

pārstāvji, kuri kongresu atklās un uzstāsies ar savu ziņojumu. Būs arī *state-of-the-art* lekcijas, kurās viedokļu veidotāji no Latvijas un citām valstīm dalīsies redzējumā par galvenajām tendencēm konkrētajā virzienā. Paralēli notiks astoņi satelītsimpoziji, kas būs veltīti daudz šaurākai specializācijai un izskatīs konkrētus nozares aspektus. Tajos piedalīsies gan vietējie, gan ārvalstu speciālisti, un vairāki no šiem satelītsimpozijiem būs multidisciplināri. Starp citu, arī jaunie kolēģi un tie, kuriem jau ir zināma zinātniskā pieredze, varēs iesniegt savas tēzes. Labāko darbu autoriem būs iespēja tēzes pārveidot publikācijā, kas būs pieejama plašākai auditorijai, proti, sadarbībā ar Latvijas Zinātņu akadēmiju mēs plānojam speciālo laidieni, kas ir indeksēti (citēs) starptautiskajās datu bāzēs.

– Parasti liela problēma kongresā ir laika trūkums, un dienaskārtība ir ļoti piesātināta. Vai labāks risinājums nebūtu to sadalīt pa vairākām dienām?

– Iespējams, tās varētu būt 2–3 dienas, bet jābūt vairākiem šķēršļiem. Pirmkārt, tās ir ievērojamas izmaksas. Dzīve kļūst tikai dārgāka, taču, neskatoties uz visu apkārt notiekošo, esam centušies noturēt dalības maksu starptautiskam kongresam ļoti pieņemamā līmenī, par ko jāsaka liels paldies mūsu atbalstītājiem. Otrkārt, galvenā mūsu auditorija tomēr ir Latvijas ārsti. Daudzi uz kongresu brauc no reģioniem, un viņiem uzturēšanās Rīgā ilgāk par vienu dienu nozīmē papildu izmaksas. Tieši finansiālu apsvērumu dēļ mēs šobrīd atmetam domu par kongresa norisi vairāku dienu garumā.

– Vēl nav noticis 11. kongress, bet vai jums jau ir kādas domas par to, kā šāds pasākums varētu izskatīties pēc diviem gadiem?

– Ja runājam par pašu kongresu, tad tas pirmo reizi notiks ATTA centrā. Vēl būs jāizvērtē kapacitāte, bet gribētos ticēt, ka esam atraduši jaunas mājas. Interesentu skaits tikai aug, mazākas telpas atļauties vairs nevarēsim. Ja viss sanāks, kā iecerēts, tad jau zināsim, kur tikties pēc diviem gadiem. Nākamā lieta ir epidemioloģiskā situācija, proti, Covid-19. Izskatās, ka pandēmija ir beigusies un tā vairs nevarēs mūsu dzīvi ietekmēt tādā mērā, kā to pieredzējām pirms diviem gadiem. Tāpēc mēs varētu plānot piesaistīt vairāk ārvalstu lektoru un kolēģu. Tādā gadījumā tiktu dibināta nopietnāka sadarbība arī ar citām gastroenterologu un citu ārstu asociācijām Eiropā. Runājot par saturu, ir jāsaprot, ka gremošanas trakts ir milzīgs, ar vairākiem orgāniem, dažādām slimībām. Līdz ar to mums vienmēr būs, par ko runāt. Sekojam arī pasaules tendencēm un nākotnē runāsim par mikrobiomu, autoimunitātes problēmām, retajām slimībām u.c.

– Kādus taustāmus rezultātus jūs kā viens no šā notikuma veidotājiem gribētu redzēt nākamā divu gadu laikā līdz jaunam kongresam?

– Sasniedzamais rezultāts, visticamāk, būs vērojams ilgtermiņā. Kad mēs redzēsīm pacientus ar konkrētām slimībām, kas tiks atklātas savlaicīgi un laikus arī ārstētas, tad varēsīm teikt, ka mērķis ir sasniegts. Un te es domāju ne tikai Rīgu, bet arī reģionus. Standartiem ir jābūt maksimāli unificētiem visā valstī, nevis krasī jāatšķiras starp ārstniecības iestādēm. Lai mēs tiešām varētu maksimāli uzlabot kvalitātes standartus un izveidotos multidisciplināras komandas dažādu gastroenteroloģisko slimību ārstēšanā, ir jāspēj šīs problēmas atrisināt efektīvāk, ātrāk un jaudīgāk.

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:



Modernās dzīves slimība atvilnis

ILONA NORIETE

Ar gastroezofageālā refluksa jeb atviļņa slimību (GEAS) cilvēki ikdienā saskaras samērā bieži. Daļai tā var būt ar izteiktākiem simptomiem un radīt nopietnākus veselības traucējumus, savukārt citiem mēdz gadīties tikai atsevišķi uzliesmējumi pēc lielākas maltītes vai nepiemērota uztura lietošanas. Slimības cēloņi isti nav zināmi, bet faktiski atvilnis veidojas tādēļ, ka barības vada galā esošais gredzenveida muskulis, kas atdala barības vadu no kuņģa, nestrādā pietiekami labi. Tā rezultātā kuņģī esošā skābe nonāk barības vadā un rada dažādas pakāpes gļotādas bojājumus.

Vairāk par šo slimību un iespējām ar to cīnīties sarunā ar Latvijas Jūras medicīnas centra Gastroklīnikas vadītāju gastroenterologu **Jeļenu Derovu**.

– Vai daudziem nākas saskarties ar GEAS?

– Tādu pacientu patiešām ir daudz, turklāt nereti GEAS novērojama reizē ar citām slimībām, tādām kā aptaukošanās, kairināto zarnu sindroms u.c.

Atviļņa slimība ir viena no izplatītākajām gremošanas trakta kaitēm. GEAS veidojas tādēļ, ka starp barības vadu un kuņģi esošais gredzenveida muskulis, kas normālos apstākļos neļauj skābajam saturam vai žultij nonākt atpakaļ barības vadā, nedarbojas pietiekami labi. Piemēram, ja vairākas reizes diennaktī kuņģa šķidrums satur, kas satur sāļsskābi un gremošanas fermentus, nonāk barības vadā, tas pakāpeniski rada gļotādas bojājumus. Ar laiku sāk veidoties dažāda smaguma erozijas, līdz pat čūlām.

– Kā cilvēks var secināt, ka viņam ir parādījusies šī problēma?

– Parasti pacients sūdzas par dedzināšanu aiz krūšu kaula, dažreiz arī skābu garšu mutē. Jāņem vērā arī tas, ka cilvēkam GEAS izpausmes var būt novērojamas arī ārpus barības vada, un visbiežāk tas ir klepus, īpaši naktīs, tāpat mēdz būt arī miega traucējumi. Vēl iespējams gan hronisks iekaisums kaklā, gan sinusīts, var parādīties hronisks aizsmakums un pat bronhiālā astma. Turklāt dažreiz refluksa slimība tā pārklājas ar bronhiālo astmu, ka ir ļoti grūti saprast primāro cēloni.

– Saskaņoties ar šādu problēmu, cilvēks parasti iet uz aptieku un vēlas nopirkt zāles, kas palīdzētu.

– Jā, vairums vispirms dodas pie farmaceita. Ja cilvēks moka dedzināšanas sajūtu, viņš iet uz aptieku un vēlas nopirkt zāles, kas šo problēmu likvidētu. Taču jāņem vērā, ka šai lietai ir divas puses. Viena ir GEAS etioloģiskais jeb izsaucešais faktors, respektīvi, nezināma iemesla dēļ nestrādā gredzenveida muskulis starp barības vadu un kuņģi. Bet otra problēmas daļa slēpjas tajā, ka cilvēki vienkārši pārēdas vai daudz patērē saldu, treknu ēdienu, lielos apjomos lieto gāzētos, saldus un alkoholiskos dzērienus. Šāds uzturs stimulē kuņģa skābes sekrēciju, un tādā veidā faktiski viņi sev paši rada šo slimību. Kad rodas problēmas, pacienti iet uz aptieku, nopērk un padzer zāles, bet vienlaikus turpina ēst frī kartupeļus, saldumus un dažādu ātro pārtiku, jo viņiem tā garšo un negribas neko gatavot. Neveselīgs uzturs ir viena no mūsdienu akūtākajām problēmām.

Pastāv vēl viens faktors, proti, atviļņa slimību un barības vada bojājumus varētu izsaukt ne tikai sāļsskābe, pepsīns un viss pārējais, kas atrodas kuņģī, bet arī žults, un šādās situācijās rodas tā dēvētais sārmains ezofagīts. Ir pieejamas ļoti labas zāles, bet problēmas apmēri nemazinās. Augsti



Jeļena Derova:
«**Atviļņa slimība ir viena no izplatītākajām gremošanas trakta kaitēm. GEAS veidojas tādēļ, ka starp barības vadu un kuņģi esošais gredzenveida muskulis, kas normālos apstākļos neļauj skābajam saturam vai žultij nonākt atpakaļ barības vadā, nedarbojas pietiekami labi.**»

Foto: Guntis Gvozdevs

attīstītās valstīs aptuveni 45 procenti cilvēku cieš no dedzināšanas aiz krūšu kaula vismaz reizi mēnesī, 20 procentiem problēma rodas reizi nedēļā, bet 10 procenti pacientu ar šo kaiti saskaras katru dienu. Veselības sarežģījumus varētu radīt arī barības vada trūce, kas ir nozīmīgs atviļņa slimību provocējošais faktors. Pacients jūt skābuma sajūtu vai klepu, rodas mānīga sajūta, ka vaina ir kaklā, un viņš dodas pie otolaringologa. Šis speciālists konstatē, ka problēma meklējama kuņģa un zarnu traktā un apmeklētāju nosūta pie gastroenterologa.

– Kā rodas GEAS? Ko mēs vēl darām nepareizi, neskaitot nepareizu ēšanas režīmu un neveselīgas pārtikas izvēli?

– Nevienam nezina, kāpēc GEAS pacientiem barības vada atbildīgais muskulis nestrādā. Bet neveselīgs uzturs noteikti ir viens no GEAS rašanās iemesliem. Vēl viens riska faktors ir liekais svars. Ikviens, kam raksturīgs liekais svars, parasti arī daudz ēd. Nemēdz būt tā, ka cilvēks neko neēd, bet vienalga visu laiku pieņemas svarā. Kad kuņģis ir pilns, tas spiež uz diafragmu un pēc tam uz barības vadu. Tāpat, ja pacientam ir funkcionālas vai organiskas problēmas ar kuņģa un zarnu traktu, piemēram, barība ilgstoši stāv kuņģī un negremo, nevirzās uz zarnām, šāda situācija var izraisīt atvilni. GEAS cēlonis var būt arī paša kuņģa problēmas, tādās kā samazināta peristaltika. Tas var būt gan kādas slimības dēļ, gan kuņģa neiroloģiskas dabas traucējumu rezultātā. Ļoti bieži GEAS var izsaukt arī medikamenti, tie īpaši, ja pacientam tie jālieto pastāvīgi un lielā apjomā. Galvenokārt tie ir dažādi nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi, visas pretsāpju zāles, medikamenti, kas novērš miega traucējumus. Vēl ietekmi atstāj tas, ka pacients lieto pārtiku, kuru slikti panes, kādēļ tā ilgstoši stāv kuņģī, negremojas un sāk «sisties» uz augšu.

Arī pacientiem, kam bijusi ar kuņģi saistīta operācija, iespējama GEAS rašanās. Spilgts piemērs varētu būt kuņģa rezekcija, turklāt tagad bariatriskās operācijas kļuvušas ļoti populāras.

– Kāpēc bariatriskās operācijas var stimulēt GEAS rašanos?

– Tāpēc, ka viss sākotnējais mehānisms, kas regulēja ēdiena ceļu no barības vada kuņģī un tālāk, ir izmainīts. Līdz ar to bieži vien šiem pacientiem attīstās GEAS.

Tāpat lielu lomu spēlē dzīvesveids. Daudzi cilvēki stāsta, ka viņi smagi strādā, tikai pabrokasto no rīta un paēd mājās vakariņas. Taču... uzreiz pēc tam

iet gulēt. Šādā stāvoklī nesen apēstā pārtika nevar brīvi virzīties uz priekšu un nereti sāk kāpties atpakaļ uz barības vadu.

– Ar ko vajadzētu sākt GEAS ārstēšanu? Droši vien labākais risinājums ir doties nevis uz aptieku, bet pie ģimenes ārsta vai varbūt uzreiz pie gastroenterologa?

– Redziet, farmaceits nezina reālo situāciju. Varbūt pacients ir tikai pārēdies vai ēdis ātrās uzkodas un viņam ir kļuvis slikti. Farmaceits grib labu un piedāvā medikamentus, kas varētu mazināt sāļsskābes sekrēciju – protonu sūkņa inhibitorus, histamīna otrā tipa receptoru antagonistus (H2RA), kas strādā tieši uz kuņģi esošajām parietālajām šūnām, kuras ražo sāļsskābi. Ir pieejams arī vesels klāsts ar gļotādu aizsargājošiem līdzekļiem. Ja cilvēkam dedzināšana parādās paretam, viņš var aiziet uz aptieku, paņemt ieteikto līdzekli un nomierināt savu kuņģi. Bet, ja šī problēma moka ilgstoši, diez vai tas ir atkarīgs tikai no uztura. Reflusa slimībai tiek piemēroti arī tā saucamie Romas diagnostiskie kritēriji: ja cilvēkam pēdējo trīs mēnešu vai pusgada laikā vismaz divas vai trīs reizes nedēļā ir novērojama dedzināšana, ir laiks doties pie ārsta.

Pareizi būtu iet pie ģimenes ārsta, kurš, noskaidrojot anamnēzi un izvērtējot pašreizējo situāciju, iespējams, uzreiz nozīmēs medikamentus. Pēc tam ģimenes ārsts var sūtīt pacientu uz izmeklējumiem vai pie speciālista. Pirmā pārbaude vienmēr ir gastrokopija, kuras laikā var redzēt, kāda situācija izveidojusies pacienta barības vadā, vai novērojamas izmaiņas, radušies bojājumi vai vīrspusēji defekti, tādi kā erozijas vai čūlas, vai ir vienkārši iekaisums. Balstoties uz izmeklējumu, izdarām secinājumus un nozīmējam atbilstošu ārstēšanu.

– Kā atšķirt GEAS no funkcionāliem kuņģa – zarnu trakta darbības traucējumiem?

– Ja nav nekādu bojājumu, bet pacients stāsta, ka viņam pēc diētas kļūdām rodas atvilnis, tas būs tikai funkciju traucējums. Pārtraucot ēst pārtiku, pēc kuras kļūst slikti, barības vada funkcija atjaunosies, normalizēsies. Tas ir pats galvenais. Savukārt slimības gadījumā, kad jau ir erozija, čūla vai iekaisums, nepieciešama ārstēšana, jo tas jau ir organisks bojājums.

– Kādi diētas nosacījumi būtu jāievēro GEAS pacientiem? Kuri produkti saasina, bet kuri, tieši pretēji, atvieglo GEAS izpausmes?

– Tas jāskatās individuāli. Ja pacients sūdzas, ka viņam ir atviļņa slimība, vajag sīki iztaujāt par visu,

ko un kad viņš ēd, ko piedzer klāt. Dažkārt, kad es pacientiem jautāju, ko viņi ikdienā ēd, izrādās, ka daudz tiek ēsti āboli, citrusaugļi, kas provocē atvilni. Tāpat arī tomāti un saldā paprika var stimulēt GEAS. Paprika satur ļoti daudz šķiedrvielu, tāpēc ilgi stāv kuņģī, gremošanas lēnām, un kuņģa saturs negrib virzīties uz zarnu pusi. Ļoti daudziem mēdz būt atraugas, no kurām pacients cieš, tādēļ arī šādā gadījumā obligāti jāpievērš uzmanība pārtikai. Šādiem cilvēkiem der visi maigie augļi un dārzeņi, lai gan daļa pacientu nevar ēst banānus, jo tieši no tiem rodas dedzināšana. Tas nozīmē, ka viņiem ir nepanesība un tāpēc varbūt šo produktu nevajag lietot.

– Vai, ievērojot tikai pareizu dzīvesveidu un diētu, var izvairīties no GEAS?

– Var. Vismaz ļoti ievērojami uzlabot situāciju. Vienīgi, ja tā jau ir organiska patoloģija, izveidojušās erozijas vai čūlas, tad vajag lietot arī zāles. Diemžēl daudzi mūsdienās ēd pārtiku, kas ir pieejama pa ceļam un viņiem garšo, vai arī tādu, kuras pagatavošana neprasa daudz pūļu un laika. Taču cilvēka organisms ļoti labi panes mājās gatavotus, vārtus, tvaicētus ēdienus, un tas nozīmē, ka jāēd tikai putras. Regulāri ēdot veselīgi, parasti nerodas tādas problēmas, kas var rasties, ja ēd visu pēc kārtas.

– Kādi medikamenti var palīdzēt GEAS pacientiem? Kā tie savā starpā atšķiras?

– Ir ļoti daudz dažādu medikamentu, bet pārsvarā tos var iedalīt divos lielos blokos – ir protektori, kas sargā gļotādu, kā arī skābes saturu samazinoši medikamenti. H2 blokētāji un protonu sūkņa inhibitori bremzē sāļsskābes izdalīšanos no parietālajām šūnām kuņģī, bet pārklājošie līdzekļi cenšas aizsargāt gļotādu. Arī tie samazina sāļsskābes sekrēciju, tikai cita mehānisma ietvaros.

– Cik ilgi šīs zāles ir jālieto?

– Runājot par GEAS, agrāk tika izmantots omeprazola tests, kura laikā pacientam vienu nedēļu katru dienu deva 20 miligramus šo zāļu un tad vērtēja – palīdz vai nepalīdz. Tagad ļoti bieži vajag dot medikamentus uzreiz diviem mēnešiem, jo tie nestrādā tik ātri. Ja pacients lieto zāles divas nedēļas, bet viņam neklūst labāk, ārstēšana obligāti jāturpina. Vispirms gan ir jānoskaidro, kādas slimības konkrētajam pacientam vēl ir konstatētas un kādus medikamentus viņš vēl lieto.

Pastāv iespēja, ka GEAS ir radusies kā blakusparādība citas slimības medikamentozajai ārstēšanai. Piemēram, ja pacientam nepārtraukti jālieto medikamenti locītavu ārstēšanai, kā rezultātā viņam sāk sāpēt kuņģis, parādās atviļņa slimība, tad varbūt ilgstoši jālieto arī medikamenti GEAS simptomu novēršanai, kas pasargā pacienta barības vadu un kuņģi no citu medikamentu negatīvās iedarbības.

– Vienas no zālēm GEAS ārstēšanai ir protonu sūkņa inhibitori. Cik ilgi tos ieteicams lietot?

– Ja ir tikai GEAS bez papildu kaitēm, šis laiks varētu ilgt līdz diviem mēnešiem. Ja pēc tam viss ir kārtībā, tad to lietošanu iespējams atcelt. Ja pacients protonu sūkņa inhibitorus lieto kopā ar citiem medikamentiem ar nolūku pasargāt kuņģi un barības vada gļotādu, tad šīs zāles var nākties dzert ilgstoši. Konkrētu laiku neviens nepateiks, jo ir pacienti, kuri nevar dzīvot bez protonu sūkņa inhibitoriem. Viņi lieto šīs zāles bez pārtraukuma 10–15 gadus, jo citādi visu laiku nomoka sāpes, slābanuma sajūta vai līdzīgi simptomi.

– Ja GEAS ārstē laikus, – vai var sasniegt labus rezultātus?

– GEAS nav slimība, no kuras mirst, taču iespējams, ka pacientiem būs vajadzīga ilgtermiņa ārstēšana. Tā mēs varam kontrolēt sāļsskābes sekrēciju, ārstēt pacientus un vairumā gadījumu atbrīvoties no GEAS bez invazīvas iejaukšanās.

Juris Pokrotnieks: «Augšējo endoskopiju skaits valstī ir pietiekams»

TOMS ZVIRBULIS

Mūsdienās arvien lielāku lomu slimību profilksē spēlē savlaicīgi veikti dažāda veida izmeklējumi. Tas ir attiecināms arī uz augšējām un apakšējām endoskopijām (kolonoskopijām), kuras ļauj atklāt un laikus sākt ārstēt ne tikai gastroenteroloģiskas, bet arī citas slimības. Endoskopija nav jauns izmeklējums, bet tas pietiekami plašā pieejamība un speciālistu augstā kvalifikācija padara to par vienu no efektīvākajiem diagnostikas rīkiem.

Sarunā ar gastroenterologu Rīgas Stradiņa universitātes profesoru **Juri Pokrotnieku** noskaidrojām, kāda ir endoskopisko izmeklējumu pieejamība un kvalitāte Latvijā, kā arī uzzinājām, kādās jomās mūsu valsts var kalpot par paraugu arī tādai veselības aprūpes lielvalstij kā ASV.

– Kā cilvēks parasti nonāk līdz endoskopijas izmeklējumam?

– Tas ir bieži apspriests jautājums. Pirmais ceļš ir tāds, ka pacients ar sūdzībām vēršas pie ģimenes ārsta vai speciālista un ar norīkojumu dodas uz izmeklējumu. Lielākā daļa šo izmeklējumu ir plānoti. Otrs veids ir neatliekamā medicīniskā palīdzība, kad pacientam nekavējoties tiek veikta endoskopija. Parasti gaidīšanas limits uz izmeklējumu ir 24 stundas, un to nosaka ārsts uzņemšanā. Trešais ceļš ir pacienta vēlme veikt šādu izmeklējumu. Viņš jūt, ka ir problēmas, un pats vēršas pēc palīdzības pie speciālista. Izmeklējumus var veikt centros, kuros ir atbilstošs aprīkojums un strādā sertificēti speciālisti. Šādu ceļu izvēlas diezgan daudz pacientu, ar to jāreķinās. Jāņem vērā, ka tas notiek ne tikai medicīnisku indikāciju, bet arī psiholoģisku apsvērumu ietekmē. Piemēram, kāds no pacienta radniekiem ir miris no ļaundabīga audzēja, un pacients vēlas pārbaudīt savu veselības stāvokli, neraugoties uz to, ka viņam nav izteiktu citu riska faktoru vai indikāciju.

Ir pieejamas dažādas izmeklējumu programmas. Visizplatītākā ir resnās zarnas izmeklējums jeb kolorektālā vēža skrīnings. Tas ir labi zināms un relatīvi labi organizēts. Ir skaidri saprotams, kādām pacientu grupām ir jāvērsas pie speciālista, lai izdarītu kolonoskopiju. Ir arī citu slimību pacienti, kam pastāv paaugstināti vēža attīstības draudi, piemēram, ilgstoša atviļņa slimība bieži saistās ar barības vada audzēju. Tāpat ir kuņģa vēzis, kur gan saslimušo skaits samazinās, tomēr izplatība Latvijā vēl arvien ir augsta.

Ir noteikti algoritmi, kad pacients būtu jāpārbauda. Ņemot to vērā, jāatzīst, ka Latvijā endoskopijas tiek veiktas nedaudz par biežu.

– Ir pieejama gan augšējā, gan apakšējā endoskopija, kas tiek nozīmētas atkarībā no pacienta indikācijām. Pastāstiet nedaudz sīkāk par katru no tām.

– Tradicionāli augšējā endoskopija tiek veikta, ievadot endoskopu caur muti. Apskati sāk ar barības vada ieeju, turpina ar kuņģi un noslēdz ar divpadsmitpirkstu zarnas augšējo trešdaļu. Tāda ir augšējā endoskopija klasiskā izpratnē. Ievadīšana var tikt veikta arī caur degunu, bet tas netiek praktizēts bieži. To dara, ja pacientam ir problēmas ar mutes dobumu vai rīšanu. Parasti endoskops bez lielas piepūles ieslid



Juris Pokrotnieks: «Latvijā augšējā endoskopija ir ļoti plaši izplatīta. Citās valstīs prevalence nebūs tik liela, un izplatītāka ir kolonoskopija jeb resnās zarnas izmeklējums.»

barības vadā. Cilvēkiem tas var šķist visai grūts pasākums, bet patiesībā tā nav. Pēc to pacientu vērtējuma, kuriem izmeklējums ir veikts, var secināt, ka nekā dramatiskā tajā nav un nebūtu prātīgi no tā atteikties. Latvijā šis izmeklējums ir ļoti plaši izplatīts. Citās valstīs prevalence nebūs tik liela, un izplatītāka ir kolonoskopija jeb resnās zarnas izmeklējums. To var saukt arī par apakšējo endoskopiju, kuras laikā resnajā zarnā caur anālo atveri tiek ievadīts endoskops. Apskate tiek sākta ar taisno zarnu, seko lokveida zarna, un tā noslēdzas pie apendiksa atveres. 70–80 procentos gadījumu endoskops tiek ievadīts arī tievajā zarnā. Kolonoskopija ir tehniski sarežģītāka, jo zarnu trakts ir izlocīts. Tāpat speciālistiem nākas saskarties ar cilpām, pārliekumiem vai vēdera dobuma traumām, ar garu resno zarnu. Procedūra izmeklējuma veicējam prasa ļoti lielu pieredzi, ir jāapgūst dažādi tehniskie paņēmieni, piemēram, kā iziet zarnu cilpas. Tāpēc ne visiem gribas šo izmeklējumu veikt, jo tas ir fiziski smags.

– Kā pacientam sagatavoties kolonoskopijai gan fiziski, gan mentāli, jo pats process ne tuvu nav patīkams. Vai pirms izmeklējuma ir vērts izrunāties ar ārstu papildus?

– Saistībā ar kvalitātes kontroli kolonoskopijai pirmais nosacījums ir tīra resnā zarna. Tu vari būt labākais ārsts ar labāko aparāturu, bet bez šī nosacījuma panākumu nebūs. Ja arī būtu aparātūra, kas izmeklējumu veic ar maksīgā intelekta palīdzību, vienai būs nepieciešama tīra gļotāda. Kolonoskopijas laikā gļotādu redz daudzkārtējā palielinājumā un var saskatīt pat mazākos bojājumus. Tieši tāpēc tīrība ir pamatu pamats. Ir svarīgi,

lai zarnās nebūtu satura, bet zarnu saturs tajās var uzturēties līdz pat piecām dienām. Līdz ar to cilvēkiem, kuriem ir kūtra vēdera izeja, gatavoties jāsāk savlaicīgi, lietojot daudz šķidruma un atbilstošu uzturu. Informācija par to, kā gatavoties izmeklējumam, ir pieejama visos lielajos medicīnas centros. Ar to ir rūpīgi jāiepazīstas. Ja arī pēc tam ir palikušas neskaidrības, tad jāzāzinās ar veselības aprūpes iestādi, kur tiks veikta procedūra. Reģistratūras darbinieki būs gana izglītoti, bet viņi nav profesionālas medicīnas māsas, kuras precīzi varēs atbildēt uz pamata jautājumiem par procedūru. Atsevišķu kategoriju pacientiem, kuriem ir bijušas atkārtotas operācijas vai nepilnīga zarnu apskate, pie speciālista vai medicīnas māsas būtu jāvērsas noteikti, jo visas nianse ir jāpārūnā. Tāpat ir jākonsultējas ar speciālistu, ja zarna iepriekšējā izmeklējuma laikā ir bijusi netīra, jo agrāk pieļautās kļūdas ir jāizprot. Parasti sagatavošanās tiek uzsākta dienu pirms izmeklējuma, bet atsevišķos gadījumos šis laiks var būt pat nedēļu pirms procedūras. Pacientam noteikti ir jāierobežo šķiedrvielas saturošu produktu lietošana, jo tie lēni uzsūcas organismā. Jālieto zarnu motilitāti jeb kustību uzlabojoši medikamenti. Daudzu endoskopiju veicēju mājaslapās ir nepieciešamā informācija, tāpēc vēlams laikus ar to iepazīties. Neskaidrie aspekti jāpārūnā ar savu ārstu, jo katrs cilvēks ir atšķirīgs. Te nederēs tikai konsultācija ar kaimiņu vai darba kolēģi. Savu labumu tas var dot, tomēr labāk ir vērsties pēc padoma pie speciālista, kurš veiks konkrēto izmeklējumu.

– Kāds speciālists šo izmeklējumu veic? Vai rezultāti ir pieejami uzreiz, vai arī tos ir nepieciešams papildus interpretēt?

– Izmeklējumu veic ārsts, kurš ir apmācīts endoskopijās. Eiropas Savienībā tie ir gastroenterologi, bet to var veikt arī citu specialitāšu endoskopijā sertificēti ārsti. Izmeklējums nav vienkāršs un prasa nopietnu sagatavošanos un treniņu. Ar to gan arī ne vienmēr ir pietiekami, jo ārstam ir jābūt formā, tāpat kā sportistam pirms atbildīgām sacensībām. Pētījumos ir pierādīts, ka gastroenterologi ir labāki par citiem speciālistiem, kuri apguvuši endoskopiju. Tas gan vairāk attiecas uz jaunāko paaudzi, jo pats personīgi zinu ārstus, kuri nav gastroenterologi un daudzus gadus veiksmīgi un kvalificēti strādā endoskopijā. Labs speciālists vidēji 95 procentos gadījumu kolonoskopijas laikā sasniegs aklo zarnu, ja vien priekšā nebūs smagi patoloģiski traucējumi, kas to izdarīt neļauj. Ļoti būtisks izmeklējuma elements ir kvalitāte. Interesantākais ir tas, ka lielākā daļa informācijas tiek iegūta, nevis ievadot kolonoskopu, bet gan velkot to ārā. Kolonoskopijas laikā daļā gadījumu ir jāveic polipektomijas, kas ir lielāku vai mazāku polipu izņemšana, lai cilvēkam nebūtu jānāk uz procedūru atkārtoti.

Izrakstu pēc endoskopijas var saņemt uzreiz, bet ir jāņem vērā viena lieta. Lielākā daļa pacientu saņem nomierinošus medikamentus vai anes-tēziju, un jebkurš no tiem traucē pacientam pēc procedūras izrunāties ar ārstu par rezultātiem. Tas ir brīdis, kad cilvēks viņam sniegto informāciju var aizmirst. Ir vienkārši jāpaņem izraksts un jādiskutē pēc tam, kad pacients jau būs atpūties. Lieli palīgi mums ir patologi, jo bieži vien izmeklējuma laikā tiek paņemti audu paraugi, ko viņi pārbauda. Šeit atbildes būs gatavas nedēļas vai divu laikā.

– Vai, pēc jūsu domām, pašreizējās diagnostikas metodes ir gana plaši pieejamas, vai arī to pieejamība būtu jāpalielina? Ja tā nav pietiekama, tad kādi soļi būtu jāspēr, lai šo mērķi sasniegtu?

– Šis jautājums mulsa lielu daļu sabiedrības. Visi grib, lai viņiem pie mājas būtu endoskops un speciālists. Redziet, nav iespējams atvērt endoskopijas kabinetu, ir jābūt endoskopijas nodaļai. Pietiekami lielus cilvēkresursus prasa aparatūras apkope un uzturēšana. Liela un visā Eiropas Savienībā izplatīta problēma ir speciālistu apmācība. Ļoti būtiska ir kvalitātes kontrole. Ja viens speciālists veic pārāk lielu izmeklējumu skaitu, tad sāk parādīties nogurums un pārslodze. Parasti gan tie, kuri strādā daudz, strādā arī ļoti labi, bet ir problēma ar manis pieminēto pārslodzi un nogurumu. Latvijā kopumā pilnīgi pietiekams ir veikto augšējo endoskopiju skaits (uz 100 000 iedzīvotāju tiek veikts vairāk augšējo endoskopiju nekā ASV). Tajā pašā laikā rindas uz izmeklējumiem pastāv, lai gan pat ārstu skaits mums ir pietiekams un Rīgā itin bieži tiek vērtas vaļā jaunas endoskopijas nodaļas. Problēmu rada atsevišķas slimnīcas, kur šādu tik vajadzīgo speciālistu nav, jo viņi nevēlas turp doties strādāt. Tāpēc nevajag teikt, ka ir ārstu deficīts. Deficīts ir konkrētajai iestādei. Uzreiz vēlos piebilst, ka trešdaļa augšējo endoskopiju tiek veiktas būtībā nevajadzīgi, jo pacientam nav nekādu indikāciju. Tiklīdz ir brīva pieejamība un valsts izmeklējumu apmaksā, tad tas tiek izmantots arī bez ārsta kontroles. Nākotnē, ja nauda tiks skaitīta uzmanīgāk, tad tās izlietojumam vairāk sekos līdzī gan valsts iestādes, gan apdrošinātāji. Ir jākontrolē līdzekļu izlietojums un jāvērtē, vai tas ir racionāls.

Foto: No PSKUS arhīva

Ar kakla zālēm vēderu neārstē

ILONA NORIETE

Arī mūsdienu attīstītās medicīnas apstākļos vēl arvien pastāv ievērojams kuņģa un zarnu trakta infekciju risks. Šīs slimības ir ļoti dažādas, un dažādi ir arī to ārstēšanai piemērotie medikamenti, tostarp antibiotikas. Tāpēc ir izstrādātas klīniskās rekomendācijas drošai un racionālai antimikrobiālās terapijas izvēlei un lietošanai.

Vairāk par šo tēmu sarunā ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas, medicīnas centra ARS un VCA poliklinikas infektologi **Sniedzi Laivacumu**.

– 2023. gada decembrī norisināsies XI Latvijas Gastroenteroloģijas kongress. Kādi jaunumi tajā ir gaidāmi?

– Kongress notiks Latvijā, bet būs starptautisks, un tajā uztāsies gan mūsu, gan ārzemju lektori no dažādām Eiropas valstīm, piemēram, Vācijas, Itālijas, Dānijas, arī kolēģi no Izraēlas, Ukrainas u.c. Līdz ar to gaidāmi dažādi jaunumi, kas varētu būt ļoti interesanti, tāpat iedvesmo pati iespēja Latvijā dzirdēt unikālu lektoru uzstāšanos. Paredzēti arī lasījumi par mikrobiomu un tā saistību ar aknu slimībām. Interesanta lekcija, ko, manuprāt, vajadzētu apmeklēt, varētu būt psihiatra profesora Māra Taubes pētījums par to, kāda ir saistība starp garīgo veselību un zarnu trakta veselību. Noteikti jāpiemin arī plānotais simpozījs par antibiotiku lietošanu gastroenteroloģijā. Jāatzīmē vēl viena lieta, kādas agrāk kongresos nav bijis, – plānotas lekcijas sadarbībā ar Eiropas Reto slimību organizāciju, un arī šeit uztāsies gan latviešu, gan ārzemju lektori. Paredzu – būs daudz interesanta.

– Kāda pašlaik ir saslimtība ar kuņģa un zarnu trakta infekcijām Latvijā? Vērojams pieaugums vai samazinājums? Kuras bijušas aktuālākās slimības 2022. un 2023. gadā?

– Nevar teikt, ka slimotu vairāk vai mazāk nekā agrāk. Piemēram, saslimtība ar rotavīrusu un norovīrusu turas stabilā līmenī. Runājot par bakteriālajām infekcijām, – arī tāda sena infekcija kā salmoneloze pie mums joprojām ir sastopama. Katru gadu tiek apstiprināti ap 150 līdz 200 gadījumu, lai arī kā mēs censtos šo slimību apkarot. Patlaban cilvēki pēc Covid-19 pandēmijas beigām atkal vairāk ceļo, arī uz tropiskām un eksotiskām valstīm, kur inficējas ar dažādiem patogēniem, arī tādiem, kādus šeit pie mums nesastapsim. Tāpat cilvēki var pārrasties mājās ar parazitārām zarnu trakta infekcijām, tātad arī to aktualitāte saglabājas. Savukārt Covid-19 kontekstā jāatceras, ka pacientiem ar jaunākajiem kovida variantiem šī infekcija var izpausties nevis ar plaušu un respiratoriem simptomiem, bet caur kuņģa – zarnu traktu.

– Ir sagatavotas jaunas klīniskās rekomendācijas antibakteriālās terapijas izvēlei gastroenteroloģijā. Ko tās ietvers?

– Šis būs vadlīniju atjaunotais variants. Iepriekšējā versija tika sagatavota 2018. gadā. Rekomendācijas veidotas tādējādi, ka mēs secīgi aplūkojam visu gremošanas traktu, izdalām atsevišķus punktus – mutes dobumu, barības vadu, kuņģi, zarnu traktu, aknas, aizkuņģa dziedzera – un runājam par biežākajiem infekciju izraisītājiem, kas var radīt dažādas slimības. Tiek aplūkotas gan bakteriālās, gan vīrusu radītas, gan parazitārās slimības un spriests par to, kādā veidā un kad būtu jālieto specifiski antimikrobiālie līdzekļi un kad tos



Foto: No RAKUS arhīva

Sniedze Laivacuma: «Faktiski pēdējā desmitgadē nav izstrādāta neviena jauna antibiotika. Mēs mēģinām pielietot senāk ražotas antibiotikas, pret kurām pacientam, iespējams, rezistences nav. Mikrobu nejutība pret dažādām vielām šobrīd ir viena no lielākajām infektoloģijas problēmām.»

nevajag izmantot. Jaunajās vadlīnijās mēs mēģinām ieteikt tādus medikamentus, kas ir pieejami Latvijā. Nav jēgas rekomendēt zāles, kuras nevar brīvi dabūt. Tādēļ mēs balstījāmies uz pieejamajiem medikamentiem un centāmies noteikt, kādās devās un cik ilgi tos vajadzētu lietot. Protams, tas attiecas uz vienkāršākiem gadījumiem, bet sarežģītākos brīžos ir jāprasa infektologa palīdzība. Šo vadlīniju galvenais uzdevums ir panākt, lai jebkuras specialitātes ārsts varētu tajās ieskatīties un jau no pirmā acu uzmetiena saprast, kuras antibiotikas kādai zarnu trakta infekcijai lietojamas.

– Arvien biežāk pacientiem ir vērojama rezistence pret antibiotikām, kad konkrētais medikaments neiedarbojas tā, kā vajadzētu, lietošanai nav efekta.

– Vispirms ir jāsaprot, kādās situācijās antibiotikas ir jālieto. Ir vērojama globāla tendence, ka speciālisti, kas nav infektologi, bieži izraksta šos medikamentus, neraugoties uz to, ka konkrētajā gadījumā antibiotikas lietot nav lietderīgi, jo pacientam ir vīrusu infekcija. Ja tā nav bakteriāla infekcija, antibiotikas nekādu ārstējošu efektu nedod. Turklāt antibiotikas pašas par sevi izraisa mikrobu disbalansu organismā, tostarp zarnu traktā. Par to tiks runāts arī kongresā, lai izvairītos no situācijām, kad ar antibiotikām, kā ārstējot vienu kaiti, patiesībā iebrūcam otrā grāvī un iegūstam komplikācijas antibiotiku izjauktā mikrobu balansā dēļ.

– Cik bieži Latvijas pacientiem ir sastopama antimikrobiālā rezistence? Vai antibiotiku lietošana pēdējā laikā ir augusi vai samazinājusies?

– Plašas oficiālās statistikas mums nav, tādēļ ir grūti pateikt. Tomēr es gribētu akcentēt, ka antibiotikas tiek lietotas nevajadzīgi bieži. Mēs pārāk daudz izmantojam plaša spektra antibiotikas, lai gan to nevajadzētu darīt. Tas arī noved pie rezistences, jo gadījumos, kad tiek izrakstīts medikaments ar mērķi nonāvēt nevis vienu konkrētu mikrobu tipu, bet dažādus mikroorganismu veidus, nereti daļa no tiem neiet bojā, bet izdzīvo un iegūst nejutību jeb rezistenci pret antibakteriālajiem līdzekļiem. Tādēļ varētu teikt, ka antibiotiku patēriņš ir pārāk liels, un speciālisti visā pasaulē cīnās, lai to samazinātu. Latvijā situācija varbūt ir nedaudz labāka, jo pie mums antibiotikas ir recepšu medikaments. Līdz ar to cilvēks nevar pats izdomāt un aptiekā nopirkt antibiotikas. Nekontrolēta zāļu lietošana palielina rezistences izplatību. Dažkārt ārsts stingri nepiekodina, ka antibiotikas jādzēris noteiktu laiku, piemēram, nedēļu. Tad gadās, ka pacients, ja viņam kļūst labāk jau pēc trim dienām, izdomā, ka zāles vairs nelietos. Īstenībā slimības izraisītājs vēl nav uzveikts, un tā rodas rezistence.

– Kā cilvēks var zināt, ka viņam ir antimikrobiālā rezistence? Ko darīt, ja neder neviens zāles?

– Protams, cilvēks pats to zināt nevar. Rezistenci mēs varam noteikt, tikai veicot specifiskus laboratoriskus testus. Piemēram, paņemt uzsējumu no vietas, kur konkrēts mikroorganisms vairojas, un pēc tam eksperimentēt, uz kādām antibiotikām šis mikrobs reaģē. Nereti gadās, ka pacients nonāk slimnīcā infekcijas slimības dēļ, viņu ārstē ar tradicionālajām antibiotikām, taču rezultāta nav. Tad izrādās, ka viņam ir rezistence un jālieto citi preparāti. Taču citas antibiotikas, pirmkārt, var būt ļoti dārgas, otrkārt, tām mēdz būt smagas blakusparādības. Bieži vien šos medikamentus var lietot tikai injekciju veidā. Tas nozīmē, ka slimniekam ārstēšanās laikā jāatrodas slimnīcā. Rezistencei pacientu vidū pieaugot, ārstēšanas process kļūst dārgs un sarežģīts, paliek aizvien mazāk medikamentu, kurus var izmantot terapijā. Faktiski pēdējā desmitgadē nav izstrādāta neviena jauna antibiotika. Mēs mēģinām pielietot senāk ražotas antibiotikas, pret kurām pacientam, iespējams, rezistences nav. Mikrobu nejutība pret dažādām vielām šobrīd ir viena no lielākajām infektoloģijas problēmām.

– Kurām kuņģa un zarnu trakta infekcijām pēdējā laikā ir ieviestas izmaiņas antibiotiku lietošanā?

– Jaunākās rekomendācijas paredz citus ārstēšanas ieteikumus, ja kuņģis ir inficēts ar helikobaktēriju (*Helicobacter pylori*). Arī intrahospitālās infekcijas *Clostridium difficile* ārstēšanā ir izmaiņas. Vadlīnijās mēs vairāk pieminam antibiotikas, kuras pārsvarā darbojas zarnu traktā. Proti, tās neuzsūcas visā organismā, līdz ar to efekts ir zināmā mērā limitēts, tieši uz zarnu traktu virzīts. Tāds ir rifaksimīns – antibiotika, ko Latvijā sāka izmantot salīdzinoši nesen. Pateicoties tam, ka rifaksimīns darbojas tieši zarnu traktā, pašlaik to bieži rekomendē lietot ceļotāju caurejas gadījumā. Mēs mēģinām iedarboties maksimāli precīzi – uz konkrētu mikroorganismu konkrētā vietā. Tāpat pastāvīgi atgādinām, ka antibiotikas vienmēr jāizlieto pilnā apjomā – tik ilgi un tādā devā, kā noteicis ārsts.

– Dažreiz pacienti, ņemot vērā to, ka antibiotikas var iegādāties tikai ar recepti, zāļu atlikumu atstāj mājās nākotnei – gan jau noderēs. Kad gadās saslimt, paši izdomā sākt dzert šīs zāles vai dod radiem un draugiem.

– Tā rīkoties ir ļoti nepareizi. Ar kakla infekcijām domātiem medikamentiem neārstē zarnu infekcijas. Līdz ar to šāda pieeja ir ļoti slikta. Antibiotikas ārsts izraksta konkrētam pacientam noteiktā situācijā, ar individuāli pielāgotu devu un ārstēšanas ilgumu. Pēc antibiotiku kursa beigām atlikušās zāles nedrīkst mest atkritumos, tās jāaiznes un jānodod aptiekā. Nav jēgas glabāt nebartām dienām vai, vēl jaunāk, dot draugiem un kaimiņiem.

– Ko jūs vēl gribētu uzsvert saistībā ar jaunajām vadlīnijām?

– Saistībā ar vadlīnijām gribu piebilst, ka rekomendācijām par citomegalovīrusu un tā izpausmēm ir pievienota jauna sadaļa. Autoru kolektīvs, kurā ietilpst infektologi, hepatologi un gastroenterologi, ir uzrakstījis arī starptautisku publikāciju. Par šiem jautājumiem Latvijas medicīniskajā literatūrā līdz šim nav bijis īpaši daudz informācijas.

– Visiem ir zināms teiciens, ka mēs paši esam savas laimes kalēji. Saistībā ar nepamatotu antibiotiku lietošanu var teikt gluži pretēji – mēs paši varam būt savas nelaimes kalēji.

– Tieši tā. Optimālāko rezultātu var sasniegt tikai tad, ja pacients sadarbojas ar savu ārstu, ja viņiem ir laba saskaņa un savstarpēja uzticēšanās.

Ilze Kikuste: «Vajag katru gadu izveidot profilaktisko

ILONA NORIETE

Ar gremošanas trakta slimībām mūsdienās saskārušies ļoti daudzi. Dažreiz tās ir īsas, pārejošas un neatstāj negatīvu ilgtermiņa ietekmi uz organismu, citreiz nepieciešama ilgāka un rūpīgāka ārstēšana. Tomēr vislielākos draudus pacientu veselībai un dzīvībai rada onkoloģiskās slimības, kas lokalizējas atsevišķās gremošanas sistēmas daļās. Visbiežāk pacientiem tiek konstatēts kuņģa, kā arī kolorektālais jeb resnās un taisnās zarnas vēzis.

Vairāk par gastroenteroloģiskajām slimībām, to atpazīšanu un ārstēšanu sarunā ar Veselības centru apvienības (VCA) poliklīnikas *Aura*, Rīgas 1. slimnīcas un *Capital Clinic Riga* gastroenteroloģi endoskopisti **Ilzi Kikusti**.

– Cik bieži sastopamas gastroenteroloģiskās slimības un cik nopietnas tās ir?

– Gremošanas trakta slimības ir ļoti izplatītas. Tā ir ļoti plaša gan organisku, gan funkcionālu slimību grupa. Šajā sarunā es vairāk gribētu pievērst uzmanību onkoloģiskajām slimībām. Vēlos uzsvērt, ka gremošanas sistēmas onkoloģiskās slimības, piemēram, kuņģa vai zarnu vēzis, ir diezgan bieži sastopamas un ieņem nozīmīgu vietu kopējā onkoloģisko slimību sarakstā.

– Kādas ir izplatītākās gremošanas trakta slimības un kas tās izraisa? Varbūt arī mēs paši esam vainīgi?

– Aplūkojot gremošanas sistēmas augšējo daļu, biežākās problēmas, ar kurām pacients vēršas pie ārsta, ir ar gastroezofageālā atvīļņa (GEAS) jeb refluksa (GERS) slimību saistītas izpausmes. Šai slimībai var būt ļoti daudz dažādu formu. Tipiskākā pacientu sūdzība ir dedzināšanas sajūta aiz krūšu kaula, ko izraisa skābe. Šī liksta ir ļoti izplatīta, tā patiešām ir mūsu gadsimta problēma. Tāpat sastopamas čūlas slimības – gan divpadsmitpirkstu zarnā, gan kuņģī var būt čūlas, kas būtībā ir dziļāki gļotādas defekti. Ir arī seklāki gļotādas bojājumi jeb erozijas, kas bieži rodas saistībā ar noteiktu medikamentu lietošanu. Nekur nav pazudusi arī visiem labi zināmā helicobaktērijas infekcija, kas rada kuņģa slimības – gan gastrītu, gan čūlas. Protams, joprojām regulāri sastopami dažādu formu gastrīti. Bieži vien pacienti pie gastroenterologa vēršas ar dažādiem dzelzs deficīta jeb mazasinības iemesliem.

Runājot par resnās zarnas patoloģijām, noteikti jāatzīmē, ka parādās aizvien jaunas iekaisīgās zarnu slimības. Nereti atrodam polipus, resnajā zarnā var būt divertikuloze (kabatas zarnas sienā).

Slimību spektrs ir ļoti plašs, un tās skar daudzas pacientu grupas, bet minētās ir sastopamas biežāk.

– Kādi ir šo slimību rašanās cēloņi? Varbūt vainīga iedzimtība, kaitīgi dzīves apstākļi, bet varbūt mēs paši ar nepareizu uzturu provocējam dažādu gremošanas trakta slimību rašanos?

– Visiem šiem faktoriem ir sava ietekme. Bez šaubām, ģenētiskajam fonam noteikti ir nozīme, īpaši onkoloģisko slimību gadījumā. Bet pacienta ikdienas sajūtas, iespējami slimību saasinājumi un to biežums patiešām lielā mērā ir atkarīgs no mūsu dzīvesveida. Piemēram, kādas mums ir ikdienas aktivitātes, ēšanas režīms un, protams, arī produkti, ko mēs izvēlamies.

– Spriežot pēc statistikas, samērā bieži sastopamas ir kuņģa un zarnu trakta onkoloģiskās slimības.



Foto: No Ilzes Kikustes personīgā arhīva

Ilze Kikuste: «Starp visiem vēža veidiem kolorektālais jeb zarnu vēzis ir trešais izplatītākais abiem dzimumiem gan Latvijā, gan pasaulē. Tādēļ tam tiek pievērsta liela uzmanība, sākot jau ar to, ka valsts organizē skrīninga izmeklējumus pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem.»

– Noteikti. Starp visiem vēža veidiem kolorektālais jeb zarnu vēzis ir trešais izplatītākais abiem dzimumiem gan Latvijā, gan pasaulē. Tādēļ tam tiek pievērsta liela uzmanība, sākot jau ar to, ka valsts organizē skrīninga izmeklējumus pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem. Ceru, ka visi ir dzirdējuši par zarnu vēža skrīningu jeb slēpto asiņu testu fēcēs.

Kuņģa vēzis mirstības ziņā ieņem piekto vietu gan Latvijā, gan pasaulē. Saslimstības rādītājos atkarībā no reģiona kuņģa vēzis atrodas 5.–6. vietā un izceļas ar ļoti agresīvu gaitu. Arī tam ir jāpievērš maksimāla uzmanība.

Zarnu un kuņģa vēzis ir biežāk diagnosticētās onkoloģisko slimību lokalizācijas gremošanas traktā, bet retāk sastopams ir aknu, žultsceļu, aizkuņģa dziedera ļaundabīgais audzējs.

– Kādas pazīmes var liecināt par kuņģa vēzi?

– Kuņģa vēža gadījumā klasiska klīniskā aina ir progresējošas sāpes vēderā. Nav tā, ka vienu dienu sāp, otru dienu nē, šīs sāpes pastāvīgi pieaug. Var būt slikta dūša, vemšana, arī ar asinīm, svara zudums. Asins analīzēs parādās mazasinība. Slimniekam bieži vien raksturīgi palielināti, sāpīgi limfmezgli. Var parādīties veidojumi vēdera dobumā. Ja ir novērojami šie simptomi, tad kuņģa vēzis ir jau ievērojami attīstījies.

– Ja reizi gadā veic vēdera dobuma ultrasonogrāfiju, reizi trijos vai piecos gados uztaisa gastrokopiju, vai ar to pietiek, lai atklātu kuņģa vēzi laikus, ja tāds būs attīstījies?

– Es domāju, ka ar šādu pārbaudi varētu pietikt, plus vēl asins analīzes. Tas derēs gadījumā,

ja ģimenes anamnēzē nav šīs lokalizācijas ļaundabīga audzēja. Tādēļ, runājot par kuņģa vēzi, ir jāzina arī savs ģēnu fonds, iedzimtība. Ģimenes risks, ja pirmās pakāpes radniekiem – vecākiem, brāļiem, māsām – bijis vai ir kuņģa vēzis, noteikti jāņem vērā. Ja ģēnu fondā nekādu liecību par šo slimību nav, tad minētais izmeklējumu komplekts ir pilnīgi pietiekams, bet katram pacientam var būt savs individuāls izmeklējumu plāns, rūpīgi nosakot visus riska faktorus.

– Kad parādās sāpes, novērojams svara zudums, ir pietūkuši limfmezgli un moka vemšana, it sevišķi ar asins piejaukumu, slimība ir jau attīstījusies. Vai tādā situācijā iespējams kaut ko iesākt?

– Noteikti ir iespējams daudz ko darīt lietas labā. Mūsdienās diagnoze «vēzis» vairs nav nāves spriedums. Medicīna ir ievērojami attīstījusies – gan operatīvā terapija, gan arī ķīmijterapija. Nevajadzētu sevi noskaņot, ka kuņģa vēža gadījumā dzīve jau ir nodzīvota.

Kuņģa vēzim praktiski vienmēr būs nepieciešama operācija. Tā tiks veikta atkarībā no vēža paveida, jo visi kuņģa vēži nav vienādi – ir vairāk un mazāk agresīvas formas, tās atšķiras arī pēc histoloģiskās uzbūves. Līdz ar to operācija var būt gan pilnīga, gan daļēja kuņģa rezekcija. Ja arī izoperē visu kuņģi, pacienti veiksmīgi adaptējas, dzīvo un jūtas labi. Es ikdienā sastopos ar pacientiem, kuriem kuņģis ir izoperēts, viņi nāk uz apskatēm pēc operācijām, gastrokopiju. Viņi gadiem ilgi ierodas uz pārbaudēm, lai pārlicinātos, ka viss ir kārtībā. Der iegaumēt, ka pat situācijā, kad vēža

dēļ kuņģis ir pilnībā izoperēts, ir iespējama pilnīgi normāla, kvalitatīva dzīve. Tas nav nāves spriedums, jo arī bez kuņģa cilvēks var ļoti labi dzīvot.

– Kā cilvēks dzīvo, ko ēd, ja viņam nav kuņģa?

– Ir jāpielāgojas. Nenoliedzami, ēdienkartē jāveic izmaiņas, bet to visu līdz pat smalkākajām detaļām pēc operācijas ārsts ar pacientu izrunā. Teikšu godīgi, kuņģa galvenās funkcijas gremošanas sistēmā ir mazliet sajaukt ēdienu un veidot vienmērīgu masu, kas tālāk tiek virzīta uz zarnām, kur notiek lielākā daļa uzsūkšanās procesa. Pielāgojot savu ēdienkarti, mierīgi var dzīvot un justies labi.

– Kāda dzīvildze ir iespējama kuņģa vēža pacientiem? Parasti par atskaites punktu tiek ņemti pieci gadi.

– Pacienta paredzamais mūža ilgums ir ļoti atkarīgs no tā, kurā stadijā kuņģa vēzis tiek diagnosticēts. Jo agrīnāk tas tiek izdarīts, jo labāka ir prognoze. Šis nosacījums attiecas uz jebkuru onkoloģisko slimību un darbojas arī kuņģa vēža gadījumā. Tas ir viens aspekts. Otrs faktors, kas ietekmē dzīvildzi, ir konkrētā onkoloģiskā veidojuma raksturs, tā histoloģiskā uzbūve, jo ir vairāk un mazāk agresīvi kuņģa vēži, kas savā starpā atšķiras. Ārsts, aplūkojot kuņģa vēža audu paraudzīnu mikroskopā un izvērtējot pacienta stāvokli kopumā, tostarp precizējot procesa izplatību, var aptuveni pateikt, kāda ārstēšana un nākotne ir prognozējama.

– Samērā izplatīta onkoloģiskā slimība ir zarnu vēzis. Cilvēki zarnas bieži uztver kā sava organisma daļu, par ko neklājas runāt, kur nu vēl iet uz pārbaudēm un nodot skrīninga

izmeklējumu plānu un to realizēt»

analīzes. Turklāt skrīnings ir paredzēts noteiktas vecuma grupas cilvēkiem.

– Zarnu vēzis sastopams ievērojami biežāk nekā kuņģa vēzis. Lai to diagnosticētu pēc iespējas laicīgāk, valsts organizē skrīningu (slēpto asiņu testu) iedzīvotājiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem. Arī šajā gadījumā svarīga ir ģimenes anamnēze, ir jāzina savi ģenētiskā fona riski. Ir valstis, kur skrīninga izmeklējumu piedāvā sākt jau agrāk – no 40–45 gadu vecuma. Domāju, ka arī mums jābūt mazliet atbildīgākiem par savu veselību un laikus par sevi jā rūpējas. Ja cilvēks noteiktā vecumā tiek aicināts uz skrīningu, to nevajadzētu ignorēt. Tests noteikti ir jāveic, tas nav sāpīgs vai nepatīkams, nav arī sarežģīts un nesagādā nekādu diskomfortu. Psiholoģiskajai barjerai ir jātiek pāri. Pozitīva testa gadījumā valsts apmaksā kolonoskopijas izmeklējumu. Būsim godīgi, mums dzīvē nemaz nav tik daudz situāciju, kuras mēs varam laikus kontrolēt un novērst. Ja šāds skrīnings pastāv, tas noteikti ir jāizmanto.

– Daudzi šādas zarnu pārbaudes uzskata par ļoti delikātu lietu.

– Bet mēs taču ejam pie ginekologa, ejam pie zobu higiēnista. Manuprāt, jābūt atbilstoši izpratnei un zināšanām. Ir jāizglīto pacients, jāpāstāsta viss svarīgākais, lai viņš zinātu, kāpēc to vai citu lietu dara. Faktiski mēs jau zinām, kāpēc to darām, – mēs gribam dzīvot ilgi, veselīgi un justies labi. Tā šī pārbaude arī ir jāuztver.

– Kāda ir situācija ar zarnu vēzi? Biežāk to atklāj laikus vai jau diezgan ielaistā stadijā?

– To var atklāt laikus, ja seko skrīninga programmai, kā arī veic kolonoskopiju. Ja pastāv iedzimtības risks, tad, iespējams, kolonoskopija jāveic agrāk par noteiktajiem 50 gadiem. Kolonoskopijas uzdevums nav atklāt vēzi, bet gan pirmsvēža stāvokļus – lielus polipus, kuriem ir potenciāls augt un pārveidoties par vēzi. Līdz ar to mēs pat ejam soli priekšā vēzim, jo, atklājot polipus un procedūras laikā tos noņemot, risks attīstīties vēzim faktiski tiek likvidēts.

– Ko rāda statistika – vai, pateicoties skrīningam un kolonoskopijas izmeklējumiem, kolorektālo vēzi biežāk atklāj laikus?

– Pacientu grupas atšķiras. Tiem, kas, sākoties skrīninga vecumam, nodod slēpto asiņu testu un piedalās skrīninga programmā, parasti atklāj laikus. Savukārt cilvēkiem, kas uzaicinājumus ignorē, izmeklējumus nav veikuši, izmaiņas bieži vien tiek atklātas vēlīnās stadijās. Šāda situācija nav saprotama. Kolorektālajam vēzim atšķirībā no kuņģa vēža ir valsts apmaksāts skrīnings, lai to atklātu laikus, taču tik daudzi to neizmanto!

– Kādas pazīmes varētu liecināt, ka radušās nopietnas problēmas ar zarnām? Vai tas varētu būt asins piejaukums vēdera izejai?

– Asins piejaukums vēdera izejai ir ļoti nopietna pazīme, būtībā jau sarkanais karodziņš. Par problēmām var liecināt arī situācijas, kad parādās izmaiņas vēdera izejā – pēkšņs aizcietējums vai caureja, kā nekad nav bijis, svāra zudums, tāpat arī veidojumi vēdera dobumā, izteiktas, progresējošas sāpes vēderā. Tās ir lietas, ko mēs saucam par trauksmes simptomiem. Protams, jāatzīmē arī mazasinība.

– Runājot par asins piejaukumu vēdera izejai, – daudzi tajā, iespējams, vainos hemoroidus un sāks lietot hemoroidālās svečītes.

– Tā noteikti nevajadzētu darīt. Protams, pilnīgi iespējams, ka asiņošana var rasties arī no hemoroidālajiem mezgliem, jo tā ir ļoti izplatīta vaina. Bet to var konstatēt tikai izmeklējumu laikā. Es nekādā ziņā neiesaku pacientiem šādas pazīmes norakstīt uz hemoroidālo mezglu rēķina un domāt, ka gan jau viss pāries. Tā būtu strausa politika. Mēs

veicam izmeklējumus un, ja pie vains tiešām ir hemoroidālie mezgli, tad risinām šo problēmu, piemērojot hemoroidālajai slimībai atbilstošu terapiju. Diagnostikas noteikšanai kolonoskopija noteikti ir vajadzīga. Vēl jo vairāk tādēļ, ka nereti pacientiem var būt ļoti izplatīta hemoroidālā slimība, bet jau nedaudz dziļāk, pēc 15–20 centimetriem, zarnā ir arī vēzis. Proktologi bieži vien, pat redzot hemoroidālos mezglus, tāpat sūta uz kolonoskopiju, lai būtu pilnīgā skaidrībā par situāciju visā resnajā zarnā. Jā, hemoroidālā slimība var radīt asiņošanu, bet ir jāizslēdz šī agresīvā jaunatbūvētā slimība.

– Cik bieži ir jāveic kolonoskopija?

– Nu jau vairākus gadus, kopš 2019. gada, mums ir jauns zarnu vēža skrīninga tests, kas reizi divos gados jāveic personām no 50 līdz 74 gadiem. Ja tests ir pozitīvs, tad pacientu nosūta uz kolonoskopiju. To, pēc cik ilga laika jāveic nākamā kolonoskopija, nosaka pirmā izmeklējuma rezultāti. Ja tajos tiek konstatēti, ka zarnās ir veidojumi, tad svarīgi noskaidrot, cik daudz to ir, kāds ir to izmērs un šūnu uzbūve. Līdz ar to tieši pirmais izmeklējums nosaka, kad būs jāveic nākamais un vai tas vispār būs vajadzīgs.

– Kāda ir ārstēšana, ja tiek konstatēti zarnu vēzis, un kāda ir pacientu dzīvdzīve?

– Kā jau minēju, jebkurai onkoloģiskajai slimībai dzīvdzīve ir atkarīga no stadijas, kurā slimība tiek diagnosticēta. Jo agrīnāk process tiek atklāts, jo lielāka ir dzīvdzīve. Ja tiek konstatēti pirmsvēža stāvokļi, proti, kolonoskopijas laikā atrasti un noņemti polipi, tad dzīvdzīve praktiski vispār netiek ietekmēta, jo vēzis nemaz neatīstās. Ja par terapiju – resnās zarnas vēža gadījumā pamatā ir ķirurģiska ārstēšana. Atkarībā no lokalizācijas vietas zarnās bieži vien vēža zonu, kur ir sācies onkoloģiskais process, izņem. Nereti pēc šīs operācijas pacienta dzīves kvalitāte nemainās. Tas, protams, atkarīgs arī no tā, kurā zarnu vietā vēzis ieperinājies. Ja visu laikus izdara, izoperē, tad nekas vairs netraucē un cilvēks mierīgi dzīvo tālāk.

– Operatīvā terapija ir viens, bet varbūt ir vēl citas ārstēšanas metodes, kas ļauj sasniegt labu rezultātu?

– Onkologi bieži vien operatīvo terapiju kombinē ar ķīmijterapiju vai staru terapiju. Tas ir atkarīgs no konkrētā vēža formas, stadijas un histoloģiskā rakstura, proti, kāda ir tā šūnu uzbūve, kas visiem nav vienāda. Tomēr pamatā ārstēšana šim veidojumam ir operatīva.

– Protams, mēs paši esam atbildīgi par savu veselību, neviens ārsts nebrauks pie mums ar policiju, neklaūvēs pie durvīm un neteiks – jums obligāti jānāk pārbaudīties.

– Noteikti, tādēļ arī es gribētu aicināt izmantot valsts piedāvātās iespējas – apmaksātos skrīninga izmeklējumus. Medicīna šobrīd ir profilaktiska, preventīva, tā darbojas ne tikai ugunsgrēka dzēšanai, kad viss jau kļuvis ļoti slikti. Ideālā gadījumā, ja pacientam ir labs kontakts ar ģimenes ārstu, šis dakters zina viņa ģimenes riskus un visas viņa slimības. Tādēļ vajag katru gadu izveidot dažādu profilaktisko izmeklējumu, pārbaužu plānu un to arī realizēt. Domājiet par sevi, savas dzīves kvalitāti un ģimenes locekļiem. Lai mēs esam foršas mammas, omītes un opīši, kas kopā pavada laiku ar saviem bērniem un mazbērniem un var priecāties, iet uz teātri, nevis slimot. Veicamās pārbaudes varbūt nav patīkamas, bet nav arī sāpīgas, tās jāuztver ļoti praktiski un pragmatiski. Ja viss ir kārtībā, tad mierīgi dzīvojam tālāk līdz nākamajai reizei. Bet, ja ir manāmas izmaiņas, ko mēs varam laikus apturēt un novērst, tas noteikti ir jādara.



Foto: Shutterstock

Kuņģa vēzis

Riska faktori

- Bakteriāla infekcija (inficēšanās ar baktēriju *Helicobacter pylori* (*H. pylori*))
- Dzimums (kuņģa vēzis biežāk attīstās vīriešiem nekā sievietēm)
- Vecums (pēc 50 gadu vecuma strauji pieaug saslimstība ar kuņģa vēzi)
- Etniskā piederība (Amerikas Savienotajās Valstīs kuņģa vēzis biežāk sastopams spāņu izcelsmes amerikāņiem un afroamerikāņiem. Tas biežāk sastopams Āzijas un Klusā okeāna salu iedzīvotājiem)
- Diēta (kuņģa vēža risku paaugstina diēta, kas satur daudz žāvējumu, sāļtas zivis un gaļu, marinētus dārzeņus)
- Tabaka (smēķēšana divkārtšo kuņģa vēža risku)
- Alkohols (alkohola lietošana var paaugstināt risku saslimt ar kuņģa vēzi, ja ikdienā lieto trīs un vairāk alkohola devas).
- Aptaukošanās
- Agrāk pārciestas kuņģa operācijas
- Perniciozā anēmija (šīs slimības gadījumā kuņģis pietiekamā daudzumā neizstrādā olbaltumvielas, kas no ēdiena uzsūc B12 vitamīnu; tas izraisa sarkano asins ķermeņiņu jeb eritrocītu līmeņa pazemināšanos asinīs jeb anēmiju)
- Menetriera slimība (hiperplastiska hipersekretora gastropātija)
- A grupas asinis
- Ģimenes anamnēze
- Pārmantotu audzēju sindromi (Linča sindroms, ģimenes adenomatozā polipoze, Li-Fraumeni sindroms, Petza-Jēgera sindroms, pārmantota difūza kuņģa vēža sindroms utt.)
- Daži kuņģa polipu veidi
- Dažādi imūnsupresīvi stāvokļi
- Epšteina-Barras vīruss
- Darba apstākļi (darbiniekiem, kas strādā ogle, metāla vai gumijas rūpniecībā, ir augstāks risks iegūt kuņģa vēzi)

Simptomi

- Straujš nemērķtiecīgs svāra zudums
- Apetītes trūkums
- Sāpes kuņģa apvidū (vēdera sāpes)
- Neliela diskomforta sajūta vēderā, visbiežāk ap nabu

- Pilnuma sajūta zem krūšu kaula pat pēc nelielas maltītes
- Gremošanas traucējumi, grēmas vai čūlai raksturīgi simptomi
- Slikta dūša
- Vemšana ar asins piejaukumu vai bez tā
- Vēdera palielināšanās vai šķidruma krāšanās vēdera dobumā
- Dzeltenīga ādas un acu sklēru krāsa, ja audzējs ir skāris aknas

Zarnu vēzis

Riska faktori

- Liekais svārs un aptaukošanās
- Mazkustīgs dzīvesveids
- Uztura paradumi (uzturs, kas satur daudz sarkanās gaļas (liellopa, cūkas, jēra gaļu, aknas) un termiski pārstrādātu gaļu (cisiņi, desas, žāvējumi, marinējumi), palielina zarnu vēža risku; ēdiena gatavošana augstā temperatūrā (cepšana, grilēšana) rada ķīmiskas vielas, kas veicina zarnu vēža attīstību)
- Samazināts D vitamīna līmenis
- Smēķēšana
- Alkohola lietošana
- Vecums (pēc 50 gadu vecuma strauji pieaug saslimstība ar zarnu vēzi)
- Zarnu polipi vai zarnu vēzis anamnēzē
- Iekaisīgās zarnu slimības (čūlainais kolīts, Krona slimība)
- Ģimenes anamnēze
- Pārmantoti audzēju sindromi (Linča sindroms, ģimenes adenomatozā polipoze u.c.)
- Etniskā piederība (palielināts zarnu vēža risks ir Amerikas indiāņiem, Aļaskas pamatiedzīvotājiem, Aškenazi ebrejiem)
- 2. tipa cukura diabēts

Simptomi

- Asinis izkārnījumos
- Melna vēdera izeja, kas liecina par asins piejaukumu fēcēs
- Daudz glotu izkārnījumos
- Vēdera izejas pārmaiņas – šķidra vēdera izeja vai aizcietējumi
- Tenesmi – pēc vēdera izejas nav jūtama atvieglojuma sajūta
- Sāpes vēderā
- Ķermeņa masas samazināšanās
- Vājums, nespēks

Avots: onko.lv

Funkcionālas gremošanas sistēmas slimības un gastroparēze diabēta pacientiem

MĀRCIS LEJA,

Gremošanas slimību centra GASTRO gastroenterologs, Latvijas Universitātes profesors, Latvijas Zinātņu akadēmijas īstenais loceklis

Biežākās funkcionālās gremošanas sistēmas slimības pacientiem ar diabētu

Funkcionāla dispepsija un kairinātu zarnu sindroms ir biežākās funkcionālās gremošanas sistēmas slimības gan pacientiem ar diabētu, gan bez tā. **Dispepsija** (dedzināšanas, spiediena vai pilnuma sajūta kuņģa apvidū, slikta dūša, atraugas un vēdera pūšanās) raksturo simptomus, kas vairāk saistīti ar vēdera augšējo stāvu, savukārt **kairinātu zarnu sindroms** izsauc diskomfortu vēdera lejasdaļā, kas parasti kombinējas arī ar izmainītu vēdera izeju; tā var gan būt apgrūtināta, gan, gluži pretēji, – šķidrāka. Ja cilvēks saka «mani atkal traucē gastrīts», tad visbiežāk mēs runāsim par funkcionālu dispepsiju, jo hronisku gastrītu parasti nejut vispār. Savukārt tam, kuram ir sūdzības par apgrūtinātās un šķidrākas vēdera izejas miju, visbiežāk būs kairinātu zarnu sindroms. Šis funkcionālās slimības diagnostikā, vadoties tieši pēc traucējošajiem simptomiem, savukārt izmeklējumi, ja tāds nepieciešams veikt, tiek nozīmēti ar mērķi izslēgt citas slimības, kas var izpausties līdzīgi. Tiek sagaidīts, ka visi vai praktiski visi izmeklējumu rezultāti funkcionālo slimību gadījumā būs normāli.

Gastroparēze

Daļai pacientu, kuru simptomi līdzinās funkcionālajai dispepsijai, tomēr ir citas problēmas ar atšķirīgiem cēloņiem. Viena no tām ir gastroparēze, kuras simptomu pamatā ir kavēta kuņģa satura evakuācija uz divpadsmitpirkstu zarnu traucētas motorikas dēļ. Obligāti jābūt izslēgtiem arī kavētas kuņģa evakuācijas mehāniskajiem cēloņiem. Līdz ar to gastroparēzes diagnoze nosakāma tikai pēc augšējās endoskopijas veikšanas. Šādu cēloņu starpā var minēt, piemēram, rētošanās procesu pacientam, kam regulāri ir bijuši peptiskas čūlas slimības paasinājumi. Ierobežojums gastroparēzes noteikšanai ikdienas praksē Latvijā ir fakts, ka šīs diagnozes apstiprināšanai nepieciešams veikt kuņģa evakuācijas testu – ar scintigrāfijas vai izelpas analīzes metodēm. Pagaidām mūsu valstī šādas iespējas ir bijušas tikai pētījumu ietvaros.

Nesen publicēta iepriekš veikto pētījumu metaanalīze liecina, ka gastroparēze vērojama ievērojami daļai – 9,3 procentiem diabēta pacientu, biežāk sievietēm, nedaudz retāk – pacientiem vecumā virs 60 gadiem. Šī problēma pārsvarā novērojama 2. tipa diabēta pacientiem. Taču kopumā dati par gastroparēzes izplatību ir nepilnīgi, galvenokārt ierobežoto diagnostikas iespēju dēļ.

Kas liek domāt par gastroparēzi?

Galvenie gastroparēzes simptomi ir slikta dūša un vemšana, nedaudz mazāk specifiski – pilnuma sajūta pakrūtē pēc ēšanas, kas var traucēt apēst ierastā apjoma porciju, sāpes pakrūtē, pūšanās sajūta vēdera augšējā stāvā un atraugas.

Lai kaut orientējoši spriestu par iespējamu gastroparēzes esamību, ieskatīties anketā, atcerieties par simptomiem, kādi jūs traucējuši pēdējo 3 mēnešu periodā, un mēģiniet tos novērtēt skalā no «nemaz» līdz «ļoti izteikti».

Ja pārsvarā norādījat simptomu intensitāti «mērena» un vairāk, ļoti iespējams, jums traucē gastroparēzes simptomi. Pārrunājiet ar savu ģimenes ārstu vai gastroenterologu turpmākos soļus.

Kā jau minēts, diabēts ir viens no gastroparēzes riska faktoriem, kaut gastroparēze var būt arī



Mārcis Leja:
«Funkcionālās gremošanas sistēmas problēmas ir ļoti raksturīgas gan diabēta pacientiem, gan pacientiem bez diabēta, taču diabēta gadījumā simptomi var būt nopietnāki un grūtāk koriģējami.»

Foto: No LU arhīva

pacientiem bez diabēta. Citas slimības, kas paaugstina gastroparēzes risku, ir dažas neiroloģiskās slimības (Parkinsona slimība, diseminētā skleroze, amiloīda izraisīta neiropatija), kā arī stāvokļi pēc parciālas kuņģa rezekcijas, vagotomijas, bariatriskās (svaru mazinošas) ķirurģijas un pēc atvilti koriģējošām operācijām. Būtisks risks ir opioīdu grupas medikamentu lietošana.

Diabēta gadījumā traucēta kuņģa adaptācija pēc uztura uzņemšanas un zemāks jutības sliekšnis diskomfortam un sāpēm zināmi kā diabētiskās gastroparēzes simptomi. Būtiska loma šīs slimības attīstībā varētu būt arī izmainītai divpadsmitpirkstu zarnas gļotādas integritātei, tās gļotādas infiltrācijai ar eozinofiliem leikocītiem un tuklajām šūnām, taču tieši šajā jomā trūkst pētījumu par diabēta pacientiem. Nav arī datu, kas ļautu izteikties par ģenētiskās predispozīcijas lomu.

Kaut arī gastroparēze nesaīsina sagaidāmo mūža ilgumu, taču tā saistīta ar būtiski samazinātu dzīves kvalitāti, kā arī tādām psiholoģiskām problēmām kā trauksme un depresija.

Ārstēšanas iespējas

Adekvāta glikēmijas kontrole var mazināt gastroparēzes simptomus, īpaši 1. tipa diabēta pacientiem. Tomēr tieša saistība starp glikēmijas līmeni un gastroparēzes izpausmēm visbiežāk netiek konstatēta.

Mazas uztura porcijas palīdz mazināt gastroparēzes, kā arī atvīlņa simptomus pacientiem ar gastroparēzi. Biežākas neliela apjoma ēdienreizes palīdzēs nodrošināt nepieciešamo kalorāžu, jo īpaši ņemot vērā, ka diabēta pacientiem ar gastroparēzi mēdz būt kalorāžas deficīts. **Blendēti uzturprodukti** arī var būt risinājums, jo šķidra uztura evakuācija no kuņģa notiek straujāk nekā cieta.

Simptomus biežāk var izraisīt **taukiem un augu valsts šķiedrvielām bagāts uzturs**, kā arī **skābēti un asi produkti**, savukārt **saldi, sāļi, maigi un pārtikas cieti saturoši produkti** mazāk izraisa tipiskos gastroparēzes simptomus.

Smagas gastroparēzes gadījumā var būt nepieciešams enterāls vai parenterāls uzturu papildinājums.

Kuņģī mītošās helikobaktērijas (*Helicobacter pylori*) noteikšana un tās izskaušana

| | Nemaz | Viegla | Mērena | Smaga | Ļoti smaga / Ļoti izteikti |
|--|-------|--------|--------|-------|----------------------------|
| 1. Vēdera uzpūšanās (sajūta, ka drēbes jāpalaiž vaļīgāk) | | | | | |
| 2. Slikta dūša (nelabums, sajūta, ka gribas vemt) | | | | | |
| 3. Vemšana | | | | | |
| 4. Nespēja pabeigt parastā izmēra maltīti | | | | | |
| 5. Pārēšanās sajūta pēc parastās ēdienreizes | | | | | |
| 6. Sāpes vēdera augšdaļā (virs nabas) | | | | | |

ir rekomendēta pieeja funkcionālās dispepsijas gadījumā, taču gastroparēzes situācijā nav pietiekamu pētījumu, kas apstiprinātu šīs pieejas efektivitāti.

Jāatzīmē, ka **medikamentozās ārstēšanas iespējas** gastroparēzes gadījumā ir samērā ierobežotas. Skābi mazinošie līdzekļi (tostarp protonu sūkņa inhibitori) palīdzēs tikai atsevišķos gadījumos, tie nebūs pirmās izvēles preparāti. Medikamenti, kas tradicionāli tiek rekomendēti gastroparēzes ārstēšanai, ir dopamīna-2 receptora antagonisti un serotonīna (5-HT4) agonisti. Otrās grupas preparātu pieejamība Latvijā ir ierobežota, tie pieejami individuālos gadījumos vai pētījumu ietvaros. Dispepsijas ārstēšanā ar samērā labu efektu tiek izmantots fitoprepārāts iberogast (STW-5), taču gastroparēzes gadījumā trūkst pietiekamas pierādījumu bāzes, lai to varētu rekomendēt.

Jāatzīmē, ka pašlaik GASTRO Centrā iespējams iesaistīties *klīniskajā pētījumā ar jaunu un daudzsoļu 5-HT4 grupas preparātu*; pētījumā var iesaistīties arī pacienti ar diabētu. Papildu informāciju par pētījumu var saņemt, zvanot pa tālruni 28658080.

Citas diabēta pacientiem raksturīgas gremošanas sistēmas slimības

Der atcerēties – ģenētisko faktoru pārklāšanās dēļ 1. tipa diabēta pacientiem salīdzinājumā ar vispārējo populāciju ir lielāks risks slimot arī ar **celiakiju** jeb graudaugu glutēna nepanesību. Tālāb reizi piecos gados 1. tipa diabēta pacientiem vajadzētu noteikt aužu transglutamināzes IgA frakciju, turklāt vismaz pirmajā reizē jānosaka arī kopējais imūnglobulīns A (lai izslēgtu tā deficītu). Ja transglutamināzes analīze būs ar paaugstinātu rezultātu, vajadzētu vērsties pie gastroenterologa. Šajā situācijā būs jāveic augšējā endoskopija (gastroskopija) ar mērķi iegūt un analizēt divpadsmitpirkstu zarnas biopsijas.

Laktozes intolerances sindromu izraisa fermenta laktrāzes nepietiekamība vai trūkums, kas gan pati par sevi netiek uzskatīta par slimību. Taču, ja cilvēks ar izteiktu fermenta deficītu lieto

piena produktus būtiskos apjomos, jo īpaši maznoraudzētus piena produktus, tas var radīt vēdera pūšanos, diskomfortu, sāpes un caureju. Jāatzīmē, ka pieaugušo tipa laktozes intolerance sāk izpausties pakāpeniski pieauguša cilvēka vecumā. Katram sākuma posms var atšķirties, kaut biežāk izpaužas pirms 20 gadu vecuma. Fermenta trūkumu Latvijas apstākļos var noteikt divos veidos – veicot laktozes intolerances elptestu vai arī ģenētisko analīzi. Pirmais parāda šābrīža situāciju, kamēr otrs – ģenētiski ieprogrammēto. Parasti, bet ne vienmēr, abu testu rezultāti saskan. Insulinējama diabēta pacientiem varētu būt vienkāršāk izmantot ģenētisko testu, jo nebūs nepieciešams badoties pirms testa veikšanas.

Pēdējos gados ļoti daudz uzmanības pievērsts **zarnu mikrobiotas lomai** dažādu slimību, tostarp diabēta, gadījumā. Mikrobiotu pat dažu dienu laikā izmaina būtiska uztura maiņa, turklāt to ietekmē arī metabolisma faktori. Līdz ar to diabēta gadījumā zarnu mikrobiotai ir jābūt nozīmīgai.

Šobrīd mūsu rīcībā ir modernas metodes mikrobiotas noteikšanai, taču uzreiz jāpiebilst, ka mūsu prasme interpretēt plašā zarnu iemītnieku spektra nozīmi vienas vai otras slimības gadījumā ir stipri ierobežotāka. Turklāt daudzo metožu rezultāti grūti salīdzināmi savā starpā. Tālāb pagaidām metodes rezervētas pētījumiem, ne tik daudz klīniskam pielietojumam. Tomēr ir metodes, kas tiek izmantotas klīniskiem mērķiem zarnu disbiozes noteikšanai ikdienā.

Zarnu disbioze jeb tievo zarnu kolonizācija ar resnās zarnas mikroorganismiem (SIBO – no angļu *small intestinal bacterial overgrowth*) ir stāvoklis, kad tievo zarnu kolonizē resnās zarnas mikroflora, kur tai normālā situācijā vērā ņemamā koncentrācijā nevajadzētu būt. Simptomi var būt ļoti līdzīgi kairinātu zarnu sindroma (un laktozes intolerances sindroma) pazīmēm – vēdera pūšanās, diskomforts un sāpes, šķidra vēdera izeja. Starptautisku pētījumu metaanalīze parādījusi, ka SIBO tiek noteikts 29 procentiem diabēta pacientu, kas ir gandrīz trīs reizes biežāk nekā pacientiem bez diabēta. Turklāt diabēta tipam sindroma sastopamībā nav nozīmes. SIBO diagnostikā ar elptestu palīdzību (ūdeņraža un metāna noteikšanas princips). Taču jāatzīmē, ka testu veikšanai saņem vērā ņemamu glikozes vai laktulozes devu (ideāli tiek veikti divi testi atsevišķās dienās). Tās ir būtiskas nianšes, kas jāņem vērā diabēta pacientam, plānojot testu.

Nobeigumā

Funkcionālās gremošanas sistēmas problēmas ir ļoti raksturīgas gan diabēta pacientiem, gan pacientiem bez diabēta, taču diabēta gadījumā simptomi var būt nopietnāki un grūtāk koriģējami. Diabēta pacientiem var attīstīties arī paralēlas slimības, tāpēc vienmēr jāpārņem ar ārstu par iepriekš nebijušu simptomu parādīšanos, jo īpaši, ja tie novēroti pacientam virs 50 gadu vecuma. Jāatceras par iespējām, ko sniedz vēža skrīninga programmas, t.sk. zarnu vēža skrīnings, pacientiem, kas vecāki par 50 gadiem. Taču visbiežāk tās būs funkcionālas slimības, kas saistītas ar ilgstošiem, traucējošiem simptomiem. Nereti veselīgs uzturs, fiziskās aktivitātes, pamatslimības ārstēšanas korekcija un psiholoģiskais atbalsts ir pietiekami, lai tiktu galā ar šīm problēmām, taču situācijā, ja ar to nav pietiekami, noteikti meklējams ģimenes ārsta vai gastroenterologa atbalsts.

Par sirdi domā caur vēderu

TOMS ZVIRBULIS

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

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

– Kāda ir saistība starp kardioloģiskajām un gastroenteroloģiskajām slimībām?

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

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

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

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

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



Foto: No Kristapa Šablinska personīgā arhīva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Savukārt, ja runājam par gastrointestinālās sistēmas medikamentiem, kuri var ietekmēt kardiovaskulāro sistēmu, tad atzīmējami prokinētiķi. Šos preparātus izmanto gastroenteroloģijā pie funkcionāliem kuņģa un zarnu trakta traucējumiem. Vairākiem prokinētiķiem ir proaritmiskas īpašības – tas nozīmē, ka tie palielina dzīvībai bīstamu aritmiju risku. Pirms uzsākt šo zāļu lietošanu

būtu jāizvērtē pacienta kardiovaskulārās sistēmas stāvoklis – pastāv arī citi stāvokļi un preparāti, kas vēl vairāk palielina aritmiju attīstības risku. Tāpat vienmēr būtu vēlams izvērtēt, vai ir iespējams izmantot citus medikamentus, kuriem šādu risku nav.

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

– Arī šī ir joma, kur mūsdienās notiek plaši pētījumi, un zarnu mikrobioms tiek uzvertts kā atsevišķs endokrīns orgāns, jo tas izdala bioloģiski aktīvas vielas, kas ietekmē mūsu organisma funkcijas. Mikrobiota – tās baktērijas, kuras dzīvo mūsu kuņģa un zarnu traktā, – ietekmē visus orgānus – gan sirdi, gan plaušas, gan smadzenes utt. Uztura paradumu maiņas rezultātā un arī lietojot antibiotikas, zarnu mikrofloras sastāvs mainās un līdz ar to mainās arī mikrobioma funkcijas un ietekme uz organismu. Ja runājam par zarnu mikrobiomu sasaisti ar kardiovaskulārajām slimībām, tad noteikti vēlētos pieminēt trimetilamīna-N-oksīdu (TMAO). Tā ir viela, kas veidojas no ar uzturu uzņemtiem dzīvnieku valsts produktiem (gaļa, olas, u.c.), kad tos pārstrādā mūsu zarnās esošās baktērijas. Šī viela ir pierādījusi sevi kā neatkarīgs kardiovaskulārās un visa veida mirstības riska faktors. Regulāri lietojot uzturā sarkano gaļu, šīs vielas koncentrācija organismā ievērojami palielinās. Interesanti, ka, lietojot balto gaļu, TMAO pieaugums nebija nozīmīgs, salīdzinot ar kontroles grupu. Tas ir viens no mehānismiem, kas izskaidro, kā sarkanās gaļas patēriņš ir saistīts ar palielinātu kardiovaskulāro risku. Tas arī varētu būt viens no skaidrojumiem Vidusjūras diētas labvēlīgajam efektam, jo tajā gaļa (un īpaši sarkanā gaļa) tiek lietota maz. Jāatceras, ka sarkanā ir ne tikai liellopa, bet arī jēra gaļa un cūkgaļa.

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

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

leguvumi iepriecina sirds mazspējas pacientus un ārstus

GUNTA FREIMANE

Mūsu sarunu ar Latvijas vadošo sirds mazspējas speciālisti Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas kardiologi Gintu Kamzolu rosināja fakts, ka no septembra Latvijas pacientiem ar sirds mazspēju kļuvis pieejamāki – iekļauti valsts Kompensējamo zāļu sarakstā – jauni medikamenti. Šoreiz tas noticis istajā laikā, jo Eiropas Kardiologu biedrība tikko atjauninājusi arī sirds mazspējas vadlinijas, rekomendējot divus nātrija-glikozes līdztransportiera-2 inhibitoru (SGLT-2i) grupas medikamentus ikvienam sirds mazspējas pacientam neatkarīgi no kreisā kambara izviedes frakcijas. Un šī rekomendācija pierādīta visaugstākā līmeņa pētījumos.

– Kur jūs redzat SGLT-2i zāļu grupas ieguvumus sirds mazspējas pacientiem un ārstiem?

– Pacientus vairāk varētu interesēt, ka plašos un daudzās valstīs īstenotos pētījumos, kas veikti pēdējos desmit gados, ir pierādīts, ka SGLT-2i medikamenti palīdz uzlabot sirds mazspējas slimnieku pašsajūtu un dzīves kvalitāti. Savukārt ārstiem ir ļoti svarīgi, ka šie medikamenti arī pagarina pacientu mūžu, samazina mirstību un viņi daudz retāk nonāk slimnīcā (tiek hospitalizēti).

– Kā pētījumu laikā noskaidroja, ka sirds mazspējas pacientu pašsajūta ir uzlabojusies?

– Pētījumos pacientiem lūdza aizpildīt dzīves kvalitātes novērtējuma anketas ar jautājumiem par to, vai viņiem ir jāatpūšas, kāpjot pa kāpnēm, cik lielu attālumu viņi var noiet, vai viņiem sagādā grūtības veikt ikdienas aktivitātes, vai šīs aktivitātes izraisa elpas trūkumu, nespēku.

Anketēšana sniedza ārstam iespēju novērtēt pacienta funkcionālo stāvokli un iekļaut parāles ar sirds mazspējas simptomu smaguma pakāpi (Jeb Nujorkas sirds asociācijas (NYHA) definētajām sirds mazspējas funkcionālajām klasēm). Anketās mēdz būt arī jautājumi par emocionālo labsajūtu, par to, kā, piemēram, mainījies atmiņa, jo pacientiem ar izteiktiem sirds mazspējas simptomiem biežāk sastop depresiju un emocionālas grūtības. Ja cilvēkam ir sirds mazspējas simptomi, ja viņš zina, ka sirds mazspēja ir progresējoša slimība, tas var ietekmēt noskaņojumu, pasliktināt garīgo veselību, jo pacientu nomāc neziņa par to, kas var notikt rīt. Tāpat arī izteikti sirds mazspējas simptomi, kad pacientam jāņem piespiedu pusēdus stāvoklis, izraisa grūtības iemigt vai citus miega traucējumus.

Uzlabojoties pašsajūtai un slodzes panesamībai, uzlabojas arī emocionālais stāvoklis un miegs.

– Kas vēl mainījās SGLT-2i lietošanas laikā?

– Kā jau minēju, ārstus vairāk interesē, kas mainās ilgstošas medikamentu lietošanas rezultātā, tas ir, klīniskie galarezultāti. Pacienti, lietojot šos medikamentus, retāk nonāk slimnīcā (samazinās hospitalizācijas biežums) vai retāk mirst sirds slimību izraisītu iemeslu dēļ (samazinās kardiovaskulārā mirstība).

Abi šie ieguvumi noteikti iepriecina gan sirds mazspējas pacientus, gan ārstus. Ja cilvēks retāk nonāk slimnīcā sirds mazspējas saasinājuma jeb dekompensācijas dēļ, tad viņam nav satraukuma par stāvokļa pasliktināšanos, nav izjaukts ikdienas dzīves ritms. Un arī mēs, ārsti, novērtējam to, ka pacientiem ilgāk saglabājas klīniski stabils, jo katrā nākamā dekompensācijas epizodē pasliktina vispārējo veselības stāvokli un prognozi.

– Vai ir iespējams pateikt, kas sirds mazspējas gadījumā ir norma, pieļaujams, un kad



Ginta Kamzola: «Pacienti, lietojot SGLT-2i, retāk nonāk slimnīcā (samazinās hospitalizācijas biežums) vai retāk mirst sirds slimību izraisītu iemeslu dēļ (samazinās kardiovaskulārā mirstība). Abi šie ieguvumi noteikti iepriecina gan ar sirds mazspēju sirgstošos, gan ārstus.»

Foto: No PSKUS arhīva

būtu jau steidzami jāvērtē pēc palīdzības, lai nekļūtu vēl sliktāk?

– Uz šo jautājumu nav vienas noteiktas atbildes, jo sirds mazspējas izpausmes dažādās slimības stadijās ir atšķirīgas. Protams, teju katram sirds mazspējas pacientam ir sūdzības par to, ka samazinājies slodzes tolerance, taču simptomu izteiktība ir tieši proporcionāla sirds mazspējas funkcionālajai klasei, kas nozīmē, ka daži sirds mazspējas simptomi (elpas trūkumu, paātrinātu sirdsdarbību utt.) novēro tikai pie slodzes, kas pārsniedz ikdienas aktivitātes, bet citiem (smagākās sirds mazspējas stadijās) šie simptomi (elpas trūkums, tūskas) ir pat miera stāvoklī. Regulāri lietojot medikamentus, iespējams panākt stabilu sirds mazspējas klīnisko gaitu arī gadījumos ar ievērojamām strukturālām vai funkcionālām sirds izmaiņām, taču jāņem vērā, ka pacientiem ar sirds mazspēju ļoti daudzi citi apstākļi, piemēram, akūta vīrusu infekcija, aritmijas epizode, hroniskas obstruktīvas plaušu slimības paasinājums u.c., var strauji pasliktināt slimības gaitu. Tādēļ runāt par to, kas nav pieļaujams, jau ir daudz vienkāršāk. Nav pieļaujamas straujas izmaiņas pašsajūtā, proti, pēkšņs elpas trūkums, strauji (dažu dienu laikā) pieaugošas tūskas, ātra, neregulāra sirdsdarbība, ja pirms tam pulss ir bijis ritmisks. Visās šajās situācijās steidzami jāsaazinās ar ārstu vai jāsauc neatliekamā medicīniskā palīdzība.

– Kādi ir SGLT-2i zāļu grupas efekti?

– Šīs grupas medikamenti sākotnēji izstrādāti glikozes līmeņa pazemināšanai 2. tipa cukura diabēta pacientiem, tomēr jau sākotnējos pētījumos ar cukura diabēta pacientiem, piemēram, EMPA-REG OUTCOME, pamanīja ieguvumus sirds un asinsvadu sistēmai, proti, bija mazāk sirds mazspējas hospitalizāciju vai kardiovaskulāras nāves gadījumu.

Pēc tam šīs grupas medikamentus sāka pētīt mērķtiecīgāk – tieši sirds mazspējas pacientiem, tostarp arī pacientiem bez diabēta. Jāuzsver, ka tie bija pacienti, kuri jau saņēma uz pierādījumiem balstītu ārstēšanu – plašu medikamentu klāstu

sirds mazspējas ārstēšanai – beta blokatorus, AKE inhibitorus vai angiotensīna receptoru neprilazīna inhibitoru (ARNI) un minerālkortikoidu receptoru antagonistus. Tas nozīmē, ka tika pierādīts papildu ieguvums jau līdz tam labi ārstētiem pacientiem.

– Kā var skaidrot šīs grupas medikamentu pozitīvo ietekmi sirds mazspējas gadījumā?

– Viens no skaidrojumiem – SGLT-2i veicina urīna izdalīšanos (diurēzi), tādējādi mazinot šķidrums aizturi, kas raksturīga sirds mazspējas gadījumā. Tāpēc tiek atslogots sirds muskuļa darbs, uzlabojas kreisā kambara diastoliskā funkcija. Eksperimentāli dati rāda, ka SGLT-2i uzlabo arī sirds muskuļa enerģētisko vielmaiņu, samazina simpātiskās nervu sistēmas aktivitāti, kā arī aizkavē fibrozes attīstību. Šobrīd jāsecina, ka šī pozitīvā ietekme ir ļoti daudzveidīga.

Savukārt, EMPA-KIDNEY un DAPA-CKD pētījumu rezultāti liecina, ka uzlabojas asinsspūsma nierēs un, lietojot šos medikamentus, tiek aizkavēta hroniskas nieru slimības progresēšana. Saikne starp sirdi un citiem orgāniem, īpaši nierēm, ir ļoti nozīmīga, un izskatās, ka šie medikamenti palīdz gan sirdij, gan nierēm, kas ir ļoti būtiski, īpaši gados vecākiem pacientiem, kuriem mēdz būt vairākas hroniskas slimības. Arī diabēta pacientiem ir svarīgi novērst gan kardiovaskulāros riskus, gan aizkavēt nieru bojājumu.

– Kā pētnieku secinājumi nonāk līdz ārstu praksei un pacientiem?

– Noslēdzoties EMPEROR Preserved & DELIVER pētījumiem, šovasar Eiropas Kardiologu biedrības kongresā tika prezentēts atjauninājums 2021. gada sirds mazspējas vadlinijām, kurā ar 1A rekomendāciju klasi (augstākais pierādījumu līmenis), divi SGLT-2i grupas medikamenti tiek rekomendēti simptomātiskas sirds mazspējas ar viegli samazinātu un saglabātu kreisā kambara izviedes frakciju ārstēšanai. Tādējādi tagad, balstoties uz jaunāko pētījumu datiem, šie medikamenti ir rekomendēti visiem sirds mazspējas pacientiem neatkarīgi no sirds kreisā kambara izviedes frakcijas, lai novērstu atkārtotas sirds

mazspējas hospitalizācijas vai kardiovaskulāru nāvi. Tas ir revolucionārs pavērsiens un ieguvums gan pacientiem, gan ārstiem.

– Ko vēl ārstam ar pacientam ir svarīgi ņemt vērā saistībā ar medikamentu lietošanu?

– Jaunās 2023. gada vadlinijas paredz, ka pacientam visus nepieciešamos medikamentus būtu jāuzsāk lietot jau pirms izrakstīšanās no slimnīcas, jo STRONG-HF pētījumā tika pierādīts – jo agrāk un intensīvāk sasniedzam medikamentu mērķa devas, jo mazāk ir atkārtotu hospitalizāciju vai nevēlamu kardiovaskulāru notikumu. Savukārt, EMPULSE pētījumā tika pierādīts, ka arī agrīna SGLT-2i uzsākšana pēc stāvokļa stabilizēšanās ir droša, tā nepasliktina pacienta stāvokli un ir ļoti panesama.

Tiem, kuri agrīni sāka lietot SGLT-2i medikamentu, 90 dienu laikā bija mazāk hospitalizāciju un kardiolā notikumu, salīdzinot ar tiem pacientiem, kuriem šī terapija agrīni nebija uzsākta. Latvijā tas ir īpaši svarīgi, tāpēc ka ambulatori nodrošināt konsultācijas vēlamā termiņā ir ļoti sarežģīti.

– Tātad Latvijā šīs zāles sirds mazspējas pacientiem bez cukura diabēta ir kompensējamo zāļu sarakstā?

– No 1. septembra valsts Kompensējamo zāļu sarakstā pacientiem ar sirds mazspēju (arī bez cukura diabēta) ir iekļauti divi medikamenti, kuru izrakstīšanas nosacījumi gan ir nedaudz atšķirīgi. Tagad ārsti var būt daudz pārliecinātāki, ka pacients zāles varēs nopirkt un tās lietot. Sirds mazspējas ar viegli samazinātu vai saglabātu kreisā kambara izviedes frakciju gadījumā gan, lai saņemtu medikamentu kompensējamo zāļu sistēmas ietvaros, ir stingrāki nosacījumi, kas paredz, ka līdzās sirds mazspējas simptomiem jābūt arī atbilstošām strukturālām izmaiņām un paaugstinātam nātrijurētiskā peptīda līmenim.

– Pacienta un ārsta sadarbībai ir svarīgi, lai cilvēks būtu izglītotas par savu slimību...

– Pacienta izglītošanas darbs ir ļoti svarīgs, un nu jau vismaz pēdējos desmit gadus tas tiek uzsvērts arī sirds mazspējas vadlinijās. Eiropas Kardiologu biedrība ir izstrādājusi speciālu mājaslapu sirds mazspējas pacientiem www.heartfailurematters.org. Latviešu valodā mums ir mājaslapa www.sirdsmazspeja.lv, kur gan informācija nav tik plaša, tomēr mēs to arvien papildinām. Skaidrs, ka vienā ārsta konsultācijā nav iespējams pārrunāt visas niansas. Sirds mazspēja ir hroniska, ilgstoša slimība. Tās sākumā pacientam var rasties daudz jautājumu par ikdienišķām lietām, piemēram, par to, vai ir droši ceļot, kā lietot zāles, vai ir droši vakcinēties, vai ir jāierobežo šķidrums uzņemšana. Ja uz konsultāciju atnāk cilvēks, kas jau izlasījis pamatinformāciju, tad mums ir daudz produktīvāka saruna, jo jautājumi ir daudz konkrētāki.

– Ko jūs vēl vēlētos teikt mūsu lasītājiem intervijas noslēgumā?

– Noslēgumā vēlētos pateikt, ka pirms desmit gadiem, kad sāka pētīt SGLT-2i grupas medikamentus, neviens nedomāja, ka tie tik ievērojami izmainīs mūsu ikdienu, īpaši sirds mazspējas kontekstā. Nevarējām iedomāties, ka būs medikamentu grupa, kurai atklāsies tik daudz pierādījumu, īpaši attiecībā uz sirds mazspējas hospitalizāciju samazināšanu un pacientu dzīves kvalitātes uzlabošanu. Tas man šķiet ļoti būtisks pavērsiens.

Vēl. Es dažkārt saskaros ar situāciju, kad pacientam ar sirds mazspēju ģimenes ārsts ir teicis: «Nu, kāpēc jums būtu šis medikaments jālieto? Jums taču nav cukura diabēta!» Tomēr SGLT-2i medikamenti NAV tikai diabēta ārstēšanai. Šīs medikamentu grupas darbības spektrs ir ļoti plašs, un iegūtās iespējas ir jāizmanto. Šai ziņai būtu jānonāk līdz jebkuras specialitātes ārstam.

SIRDS MAZSPĒJA

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

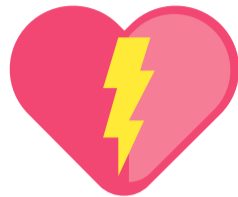
Sirds mazspēja atšķiras no citiem kardiovaskulāriem traucējumiem.^{1,2,3}



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.



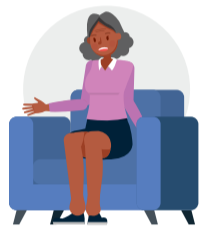
SIRDS MAZSPĒJA

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

3 galvenie sirds mazspējas simptomi:⁴



ELPAS TRŪKUMS



ŠKIDRUMA UZKRAŠANĀS, PIEMĒRAM, TŪSKA AP POTĪTĒM

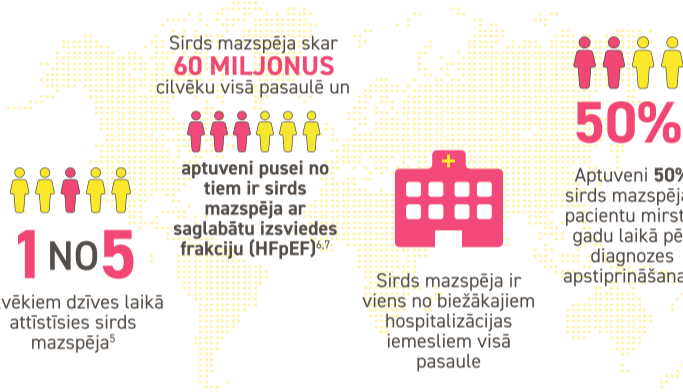


NESPĒKS

Citi simptomi:⁴

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

Sirds mazspēja ir nozīmīga problēma pasaulē:

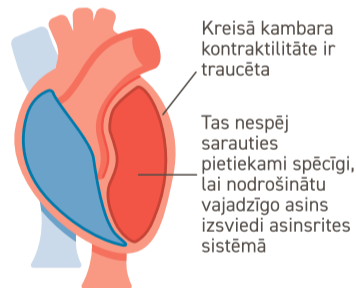


Izšķir 2 galvenos sirds mazspējas veidus,

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

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

jeb sistoliska disfunkcija



KKIF = <40%¹²

Kreisā kambara kontraktilitāte ir traucēta

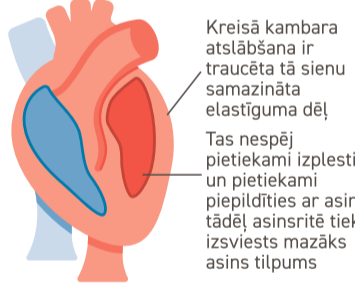
Tas nespēj sarauties pietiekami spēcīgi, lai nodrošinātu vajadzīgo asins izsviedi asinsrites sistēmā

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 asins 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

Esam priekšā Eiropai

TOMS ZVIRBULIS

Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca jau trešo gadu piedzīvo lielas pārmaiņas – slimnīcā notiek kapitālais remonts, lai šo morāli un fiziski novecojušo ēku ienestu 21. gadsimtā. Mūsdienīga jau izveidojusies un citiem priekšzīmi rāda Sirds un asinsvadu slimību klīnika, kura materiālā nodrošinājuma un speciālistu zināšanu līmeņa ziņā ir pāragusi vidējo Eiropas klīniku līmeni.

Sarunā ar klīnikas vadītāju medicīnas zinātņu doktoru kardiologu **Arti Kalniņu** noskaidrojām, kādi ir klīnikas pirmsākumi, kā tiek organizēts darbs pēc Covid-19 pandēmijas un ar kādiem izaicinājumiem ikdienas darbā klīnikai jāsaskaras.

– Klīnika izveidota 2010. gadā, un Latvijas mērogā to var uzskatīt par pietiekami lielu, jo tajā dibināšanas laikā bija 140 gultsvietas, bet patlaban – 116. Kādi bija tās pirmsākumi un kā radās doma, ka šāda klīnika ir jāveido?

– Formāli tas tiešām ir 2010. gads, kaut gan kardioloģiskie pacienti *Gailzezerā* ir ārstēti no pašiem pirmsākumiem – no 1979. gada. Pirmais slimnīcas pacients tika ievietots Kardioloģijas nodaļā, un šis gadījums ir fiksēts vēstures grāmatās. 2004. gadā kā viens no Kardioloģijas nodaļas sniegtajiem pakalpojumiem sāka attīstīties invazīvā kardioloģija. Kad pacientu skaits pieauga, tika iegādāts jauns angiogrāfs un izveidota atsevišķa struktūrvienība – invazīvās kardioloģijas laboratorija. Vēl nedaudz vēlāk tika atklāts dienas stacionārs, ko iekļāva laboratorijas sastāvā.

Ar laiku Kardioloģijas nodaļa kļuva par mazu, lai tajā izvietotu visus kardioloģiskā profila pacientus. Tāpēc tos, kuru stāvoklis nebija tik akūts, ievietoja vienā no Terapijas nodaļām. Un tā izveidojās situācija, ka arī šajā Terapijas nodaļā pārsvarā ārstējās pacienti ar sirds problēmām. 2010. gadā tika pieņemts lēmums visas šīs nodaļas apvienot vienā struktūrā un izveidoja Sirds un asinsvadu slimību klīniku. Tajā tika iekļauta arī 9. nodaļa.

No pašiem klīnikas pirmsākumiem pie mums ir pieejami kardioloģiskā slimību pacientiem svarīgi funkcionālas diagnostikas izmeklējumi – Holtera monitorēšana, ehokardiogrāfija, slodzes testi. Šī izmeklējumu sadaļa tika nodalīta no pārējiem funkcionālās diagnostikas nodaļas piedāvātajiem pakalpojumiem.

– Vai šāda apvienošanās ir devusi vēlamo efektu? Vai visu speciālistu apvienošana zem viena jumta, pēc jūsu domām, ir palielinājusi darba efektivitāti un uzlabojusi pacientu aprūpi?

– Vēl nepieminēju, ka 2010. gadā klīnikā pilnīgi no jauna tika izveidota arī Aritmoloģijas nodaļa. Kad Rīgas 1. slimnīca beidza funkcionēt kā neatliekamās medicīnas slimnīca, daudzi kardiologi palika bez darba, un mēs aritmologus uzaicinājām strādāt pie sevis. Viņi jau agrāk bija sākuši veikt sirds stimulatoru implantācijas, un, kad šie speciālisti iekļāvās mūsu struktūrā, arī mēs sākām piedāvāt šādu pakalpojumu.

Apvienošana neapšaubāmi ir ieguvums pacientiem, jo mēs varam piedāvāt plašu pakalpojumu spektru gan akūtiem, gan hroniskiem kardioloģiskajiem slimniekiem. Parasti šie pacienti vispirms nonāk Neatliekamās kardioloģijas nodaļā un tālāk tiek novirzīti pie viņiem vajadzīgā speciālista. Turklāt nav tā, ka katrā nodaļā strādā tikai konkrētas specializācijas medicīniskais personāls. Pie mums vairāki ārsti strādā vairākās nodaļās, un



Artis Kalniņš: «Materiāli mēs esam nodrošināti virs Eiropas vidējā līmeņa. Tehnoloģiski mums viss ir pieejams. Mūsu problēma ir tā, ka esošie ārsti noveco un jaunie vietā nenāk.»

pacientam, nonākot vienā nodaļā, nav jāmeklē speciālists citā. Mums katru rītu ir kopīgas pieņemšanas un pacientu terapijas apspriešana, kur kolektīvi izlemjam, kas katram slimniekam ir labāks. Kopā mēs varam izdarīt ļoti daudz.

– Kāds ir darba apjoms ikdienā? Cik noslogota ir klīnika?

– Mums ir augstas intensitātes darbs, jo strādājam 24 stundas diennakti un jebkurā laikā varam sniegt visu veidu kardioloģisko palīdzību. Jā, pie mums nav sirds ķirurģijas, bet, atskaitot to, visu pārējo mēs varam izdarīt. Klīnikā ir gan divi dežūrkardiologi, gan invazīvās kardioloģijas brigāde, kura izpilda izsaukumus naktīs laikā. Klīnikas noslodzi noteikti ietekmēja Covid-19 pandēmija, kuras laikā pacientu bija krietni mazāk, bet tagad esam atgriezušies iepriekšējā līmenī. Vēl mūsu darbu ļoti ir ietekmējusi Austrumu slimnīcas rekonstrukcija, kas tika uzsākta pirms trim gadiem un turpināsies vēl vairākus gadus. Mēs daļēji esam pārvākušies atpakaļ uz izremontētajām telpām, bet daļa vēl tiek remontēta. Šā iemesla dēļ pašlaik dzīvojam stipri «saspiestos» apstākļos. Daļa klīnikas ir pārceļta uz bijušajām bērnu slimnīcas telpām Juglā. Šāda situācija nedaudz apgrūtina darbu. Tomēr tas viss ir tikai uz remonta laiku, un pēcāk mēs visi atgriezīsimies jaunās telpās.

– Par Covid-19 savā ziņā varam runāt pagātnes izteiksmē. Vīruss nekur nav pazudis, bet tā aktualitāte sabiedrībā ir krietni mazinājusies. Esmu dzirdējis, ka Covid-19 dēļ profilaktiskā

medicīna pārstāja eksistēt un mēs pārgājām uz dzīvošanas režīmu. Pastāstiet, kāds bija darbs Covid-19 pandēmijas laikā un ko no gūtajām mācībām var izmantot arī šīs dienas apstākļos?

– Covid-19 izmainīja mūsu darba ikdienu. Protams, neatliekamā palīdzība ir palikusi tāda, kāda bija. Visu Covid-19 laiku mēs ārstējām akūtus ritma traucējumus, akūtus infarktus utt. Ievērojami cieta plānveida palīdzība, kas tika Covid-19 sākumā pārtraukta, vēlāk atjaunota ierobežotā apmērā un nebija tik pieejama. Šāda situācija mums iemācīja daudzas lietas darīt ambulatori. Ja parasti pirms plānotām invazīvās kardioloģijas procedūrām mēs pacientus stacionējām, tad Covid-19 laikā tādas iespējas nebija, un visas diagnostiskās angiogrāfijas un plānveida angioplastijas sākām veikt dienas stacionārā. Tagad mums ir pārlicība, ka lielāko daļu procedūru iespējams veikt dienas stacionārā. Pacienti ir apmierināti, ka viņiem nav jāpaliek slimnīcā un jāguļ lielā kopējā palātā. Arī mums ir izdevīgāk, ka pacients neaizņem gultas vietu, slimnīcā guļ tikai tie, kuriem tas patiešām ir vajadzīgs.

– Austrumu slimnīcas rekonstrukcija norit jau labu laiku. Kādi ir lielākie izaicinājumi, kuri rodas telpu trūkuma dēļ, un kā jūs ar to tiekat galā?

– Mums vēl arvien ir kopīgas *pieņemšanas*, un mēs esam ciešā kontaktā ar tiem ārstiem, kuri atrodas citās telpās. Vājāka šī saikne noteikti nav kļuvusi.

Pacienti arī tiek nogādāti tur, kur viņiem jānokļūst. Ja, atrodoties vienokopus, to varēja izdarīt ar liftu, tad tagad – ar medicīnas transportu. Tas prasa vairāk laika, bet tā nav milzīga problēma. Neapšaubāmi, mums bija vieglāk, kad visi atradāmies zem viena jumta, bet nekādas paliekošas negatīvas sekas šābrīža situācija nav radījusi, un mēs ceram, ka pēc diviem trim gadiem visi atkal būsīm vienā ēkā.

– Ar ko jūs kā klīnikas vadītājs esat visvairāk apmierināts un kurās jomās labprāt redzētu papildu finansējumu, papildu personālu?

– Personāls noveco. Klīnikas darbinieku vidējais vecums ir liels. Ir jūtams gan atbalsta personāla, gan ārstu trūkums. Gribētos, lai mums būtu vairāk gados jaunāku kolēģu. Ir grūti atrast ārstus dežūrām, jo ir daudz iespēju strādāt privātp praksēs un sniegt ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, kur samaksa ir lielāka un darbs ir mierīgāks. Darbs ar akūtiem un smagiem pacientiem dienakts dežūrās ir sarežģīts. Tas ir vēl viens iemesls, kāpēc personālu piesaistīt ir tik grūti.

– Kādas pozitīvas lietas jūs gribētu īpaši izcelt?

– Atzīmējot pozitīvo, gribu teikt, ka klīnika darbojas efektīvi, kolektīvi ir saliedēts, un mēs spējam atrisināt visus jautājumus. Es domāju, ka ar katru gadu uzlabojas arī pacientu aprūpe.

– Ņemot vērā, ka veselības aprūpes nozares budžets šogad tika samazināts, vai jūsu klīnikas darbu tas ietekmēs?

– Darbu tas noteikti ietekmēs, bet es nejutos tik kompetents, lai varētu precīzi izvērtēt šāda lēmuma sekas. Protams, sekas būs. Mēs zinām, ka viss kļūst dārgāks. Ja nozarei nepalielina finansējumu, tad negatīva ietekme ir neizbēgama.

– Pats esat invazīvais kardiologs. Pastāstiet nedaudz par procedūrām, kuras tiek veiktas invazīvās kardioloģijas laboratorijā.

– Mēs jau ilgstoši un ar labiem rezultātiem specializējamies pilnībā nosprostotu (okludētu) asinsvadu atvēršanā. Tā ir arī mana specializācija, un par to rakstīju savu promocijas darbu. Esmu uzkrājis vērā ņemamu pieredzi. Rīkojam arī starptautiskus seminārus, kuros viesojas pasaules līmeņa speciālisti, kuri ir eksperti savā jomā. Šogad tāds pasākums atkal var notikt klātienē.

Invazīvās kardioloģijas laboratorijā iespējams veikt gan akūtas, gan plānveida sirds asinsvadu procedūras, un ar laiku, cerams, pie mums varēs ārstēt arī sirds strukturālās slimības, ko patlaban nedarām.

– Kā jūs pēc personīgās pieredzes salīdzinātu Sirds un asinsvadu slimību klīnikā pieejamo inventāru un personālu ar citām klīnikām Eiropā?

– Domāju, ka materiāli mēs esam nodrošināti virs Eiropas vidējā līmeņa. Tehnoloģiski mums viss ir pieejams. Par personālu man ir grūti spriest. Varbūt Eiropā situācija ir labāka, bet precīzi pateikt nevarēšu. Mūsu problēma ir tā, ka esošie ārsti noveco un jaunie vietā nenāk. Pašlaik speciālistu vēl pietiek, bet tuvākajā laikā varētu rasties problēmas ar personālu, ja jaunie neiesaistīsies aktīvāk.

– Kādi ir jūsu mērķi saistībā ar klīnikas tālāko attīstību – 2023. gadā un nedaudz tālāk nākotnē? Atskaitot personāla «atsvaidzināšanu», vai ir kādas citas sfēras, kur jūs gribētu redzēt lielāku līdzekļu pieplūdumu.

– Mums būs jānomaina aparatūra. Klīnikai ir divi angiogrāfi. Viens tika nomainīts 2021. gadā, bet otru, kurš jau ir 13 gadus vecs, ļoti ceram nomainīt šogad. Tāpat mums ir vajadzīgi magnētiskās rezonanses izmeklējumi, kuri patlaban nav pieejami. Es gribētu, lai tuvākajos gados nodrošinājums ar aparatūru uzlabotos. Tas ir aktuālākais jautājums.

Foto: No RAKUS arhīva

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 jaunajam 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 nātrijurētiskā 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 nekas pārāk sarežģīts. Izstāstīt pacientam par BNP analīzēm, kuras maksā padesmit 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. Vizītēm 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 menedžēt 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, nonāks 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 jājautā lēmējiem. 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.

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 stāvam 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.»

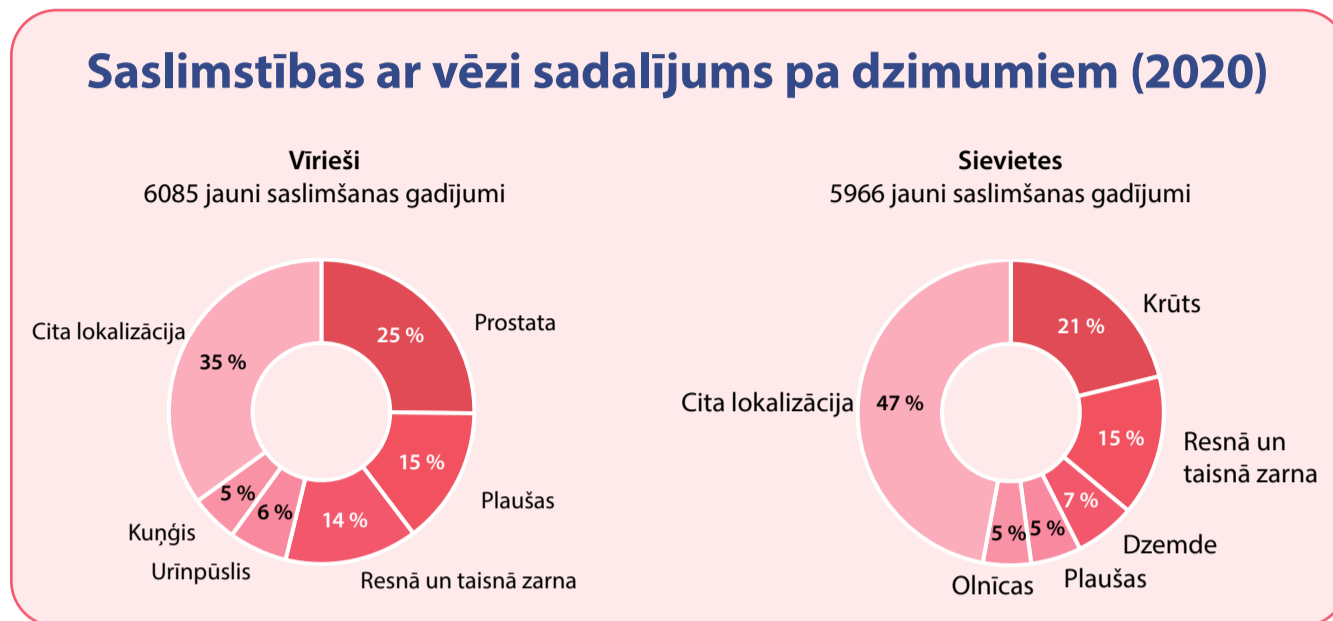
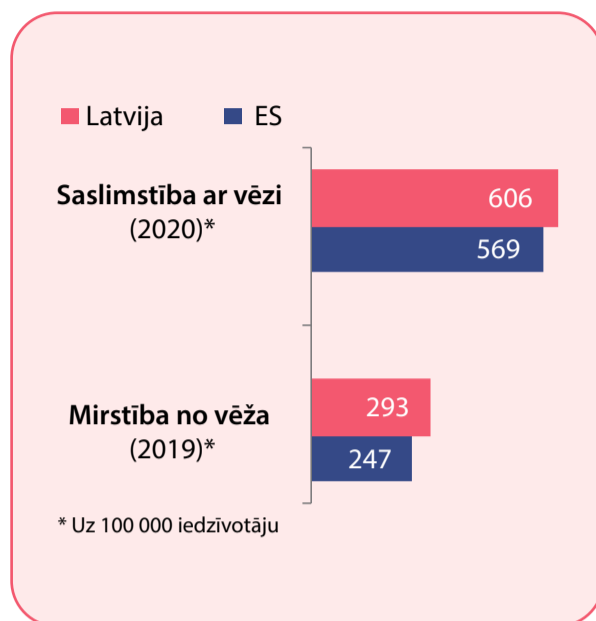
mirstības rādītāji. Ja izdodas kombinēt radiķālu operāciju un medikamentozu ārstēšanu, tad iespējams sasniegt daudz labāku rezultātu. Taču problēma tāda, ka pirmās stadijas kuņģa vēzi mēs diemžēl atklājam krietni retāk nekā jau ielaistā formā. Ielaists kuņģa vēzis korelē ar dzīvildzes rādītājiem, un 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. Prieccē 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 nespēj iet uz ārstu 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 novēcot, 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 pārlielu 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 viņē 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.

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 piekritu. 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, jāpdomā, 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, izņēst 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 jāpdomā 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 jāpdomā 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 spermu. 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 šīm 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 dažādās jaundabīgo 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!

Rehabilitācija – glābšanas riņķis noteiktās situācijās

ILONA NORIETE

Rehabilitācija ir cilvēka fizisko un garīgo spēju atjaunošana. Tā ir plaša medicīnas nozare, kura ietver aktivitātes gan kustību funkciju atgūšanai, gan mentālajai labklājībai. Tas ir mīts, ka rehabilitācija ir paredzēta tikai cilvēkiem ar nopietnām veselības problēmām vai invaliditāti. Noteiktās dzīves situācijās tā var būt vajadzīga katram.

Sarunā ar Jelgavas pilsētas slimnīcas Rehabilitācijas un fizikālās terapijas nodaļas vadītāju sertificētu audiologopēdi **Undu Medisu** vairāk pievērsīsimies akūtai medicīniskajai rehabilitācijai.

– Rehabilitācija ir ļoti nepieciešama ne tikai tad, ja ir kāda akūta kaite, bet arī hronisku slimību gadījumos. Vai rehabilitācija pašlaik ir ļoti pieprasīta?

– Es varu runāt par situāciju mūsu slimnīcā. Mēs galvenokārt sniedzam akūtās rehabilitācijas pakalpojumus pacientiem, kuriem pēc saslimšanas tiek novēroti funkcionāli traucējumi. Rehabilitācijas pakalpojumus sniedz funkcionālie speciālisti – fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi, kā arī rehabilitācijas un fizikālās medicīnas ārsti (rehabilitologs).

Piemēram, Neiroloģijas nodaļā ir ļoti daudz pacientu pēc galvas smadzeņu asinsrites traucējumiem (insulta). Pēc šīs saslimšanas akūta rehabilitācija ir viens no galvenajiem faktoriem, kas ietekmē un nosaka to, kā cilvēks dzīvos tālāk. Pēc insulta mēdz būt visdažādākie funkcionēšanas traucējumi, un mūsu komanda – fizioterapeiti, ergoterapeiti un audiologopēdi – atbilstoši savām metodēm un katra indivīda vajadzībām izstrādā rehabilitācijas plānu, cenšas samazināt funkcionālos ierobežojumus, uzlabojot cilvēka turpmāko dzīves kvalitāti. Pacientiem ar funkcionēšanas traucējumiem ir ierobežota vai zaudēta kāda spēja, piemēram, runāšana vai staigāšana, un tādā gadījumā mūsu uzdevums ir zudušās un/vai ierobežotās funkcijas atjaunošana. Galvenokārt mūsu darbs ir vērst uz funkcionālo spēju uzlabošanu, bet sastopami arī gadījumi, kad tas nav iespējams, tāpēc svarīgi ir to saglabāt esošajā līmenī, proti, lai nekļūst sliktāk.

Jā, pacientu ir daudz, un problēmas rada ne tikai insults, bet arī citas slimības, piemēram, dažādas galvas un citu ķermeņa daļu traumas, dažādas operācijas u.c.

Akūtās rehabilitācijas pakalpojumus sniedzam, tiklīdz tas ir nepieciešams un to atļauj vispārējais veselības stāvoklis.

– Kādu rezultātu jūs paredzat šiem pacientiem pēc rehabilitācijas saņemšanas?

– Ikvienas slimības iespējams rezultāts ir atkarīgs no ļoti daudziem faktoriem, tostarp no cilvēka vecuma, viņa vispārējā veselības stāvokļa, arī slimības plašuma un dažādām citām individuālām īpatnībām. Ņemsim par piemēru insultu – vienam sarežģījumi var izpausties kā runas un valodas traucējumi, otram var būt grūtības sēdēt, pārvietoties, proti, viņam var tikt ierobežotas ikdienas fiziskās aktivitātes. Gala rezultāts būs atkarīgs no iepriekšminētajiem faktoriem un arī no mūsu sniegtās rehabilitācijas un slimnieka motivācijas. Vērtējot insulta pacientus kopumā, varu minēt

pāris piemērus. Ja pacients ir salīdzinoši jauns, ap gadiem 50, viņam agrāk insulta nav bijis, funkcionālās spējas ir ierobežotas nelielā apjomā un esošais bojājums nav plašs, prognoze ir laba. Proti, aptuveni divu nedēļu laikā, kamēr viņš atrodas slimnīcā, strādājot kopā ar funkcionālajiem speciālistiem, radušies ierobežojumi var tikt gandrīz pilnībā likvidēti. Ja sākotnēji pacientam bijušas grūtības piecelties un staigāt, tad pēc darba ar speciālistu viņš to atkal spēj. Citam varbūt bijušas ierobežotas komunikācijas spējas, radušās grūtības izteikties, bet pēc darba ar audiologopēdu runas spējas ir būtiski uzlabojušās. Gadījumi, kad pacienti pēc insulta izrakstās no slimnīcas bez jebkādiem funkcionēšanas ierobežojumiem, ir ļoti reti, bet, ja tas tā notiek, tad viņiem ir tiešām paveicies. Tomēr lielākajai daļai (vismaz 70 – 80 procentiem, ja ne vairāk) pastāv kāda problēma kaut vienā funkcionēšanas līmenī. Tādēļ pēc akūtās rehabilitācijas darbs neapstājas un ārsts pacientu nosūta tālākai rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai. Salīdzinoši bieži novērojami gadījumi, kad cilvēks divas nedēļas ir pie mums, bet viņam ir bijis smagāks veselības stāvoklis un/vai lielāks vecums (70+), līdz ar to rehabilitācijas iespēja un potenciāls atgūt zaudēto ir zemāks. Viņš izrakstās no slimnīcas, bet nav atguvis tādu funkcionēšanas līmeni, kāds bijis pirms slimības. Protams, mēs ar rehabilitāciju cenšamies iegūt pēc iespējas labākus rezultātus. Izvērtējam, cik daudz pacients būtu spējīgs sasniegt, un laikā, kamēr viņš atrodas stacionārā, mēģinām ar viņu darboties un attīstīt zaudētās funkcijas. Pateicoties tam, lielākoties cilvēki, izrakstoties no slimnīcas, ir uzlabojuši savas funkcionālās spējas.

– Jūs vairāk runājat par insulta pacientiem, bet rehabilitologiem noteikti nākas palīdzēt arī citiem!

– Jā, gan rehabilitologi, gan funkcionālie speciālisti strādā arī ar citu problēmu skartiem cilvēkiem. Piemēram, fizioterapeiti ļoti bieži darbojas ar traumatoloģijas un ortopēdijas nodaļas pacientiem pēc gūžas endoprotezēšanas, ceļgalu operācijām, pēc dažādām traumām, tostarp lūzumiem, tāpat ir darbs ar ķirurģijas nodaļas pacientiem. Arī viņiem jāņem vērā visi iepriekš minētie kritēriji (vecums, problēmas plašums u.c.), kas nosaka rehabilitācijas rezultātu. Šo slimnieku vidū biežāk vērojami labi panākumi. Tomēr jāņem vērā, ka mēs sniedzam akūto rehabilitāciju. Līdz ar to pacienti uzturas stacionārā vidē divas nedēļas, bet lielākajai daļai sirdzēļu rehabilitācijas pakalpojumi ir nepieciešami ilgstoši. Rehabilitācija ir ilgs process – pusgadu un arī vairāk, jo bez akūtās rehabilitācijas ir subakūtā un arī ilgtermiņa rehabilitācija.

– Pastāstiet vairāk par audiologopēdiju. Ar ko tā nodarbojas, kādi ir tās mērķi un uzdevumi?

– Audiologopēds ir viens no funkcionālajiem speciālistiem, ārstniecības persona, kas veic pacientu komunikācijas – runas, valodas, fonācijas jeb balss veidošanas – spēju, kā arī rīšanas traucējumu novērtēšanu, diagnostiku, korekciju, terapiju un rehabilitāciju. Tas attiecas uz jebkura vecuma personām, kurām ir dažādu iemeslu izraisīti runas, valodas, tostarp mutvārdu un rakstu valodas, balss, dzirdes un rīšanas traucējumi. Tātad strādājam ar cilvēkiem, kuriem slimības rezultātā ir radušās grūtības komunicēt, izmantojot runu un valodu, kā arī parādījušies rīšanas traucējumi. Mēs novērtējam un diagnosticējam viņu situāciju no



Foto: Shutterstock

Pēc insulta akūta rehabilitācija ir viens no galvenajiem faktoriem, kas ietekmē un nosaka to, kā cilvēks dzīvos tālāk.

savas specialitātes skatu punkta, izvirzām terapijas mērķus un cenšamies šiem pacientiem uzlabot komunikācijas spēju. Atkal pieminēšu insultu, jo pēc tā ļoti bieži cilvēkiem novēro runas un valodas traucējumus, kas tiek saukti arī par afāziju. Afāzija ir vai nu runas veidošanas, proti, izteikšanās spējas, vai valodas sapratnes traucējums, kas ierobežo komunikāciju. Tādēļ šīm personām ir grūti sazināties ar apkārtējiem. Viņi vai nu nespēj izteikties, vai arī izsakās daudz, taču apkārtējie viņus nesaprot. Šādos gadījumos mēs mēģinām palīdzēt pacientiem uzlabot runas un/vai valodas spējas. Ja stacionārā pavadītajā laikā to nav iespējams izdarīt, tad sniedzam dažādas rekomendācijas tuviniekiem, lai viņi zinātu, kā ar slimnieku strādāt mājās, kā atvieglot komunikāciju, lietot citas iespējas. Piemēram, izmantojot žestus, dažādus attēlus vai kartītes, mēģinot uzlabot viņa dzīves kvalitāti un iespējas sazināties ar apkārtējiem.

– Ko jūs kā audiologopēds no savas pieredzes varat teikt – kādu rezultātu jau no pirmās reizes var panākt?

– Spēkā būs visi iepriekš minētie kritēriji – vecums, bojājuma plašums utt. Ļoti reti uzlabojumi ir manāmi jau vienas divu dienu laikā. Protams, ir arī šādi gadījumi, tomēr jebkuras traucētās funkcijas atjaunošanai ir nepieciešams ilgāks laiks. Vērtējot arī pēc pētījumiem, afāzijas simptomi aptuveni 90 procentos gadījumu var saglabāties arī pusgadu pēc insulta. Līdz ar to mūsu mērķis ir sniegt visu iespējamo palīdzību, lai pēc izrakstīšanās no stacionāra cilvēks var turpināt darbu ar citiem rehabilitācijas speciālistiem un sasniegt izvirzītos mērķus. Ļoti bieži redzam, ka pacientu spējas uzlabojas, taču mēs ejam pavisam maziem soliņiem. Reizēm šis process, kad mēs mācām skaņas, to grafiskos apzīmējumus – burtus – vai liekam nosaukt savu vārdu, uzvārdu, nedēļas dienas, var šķist visai savdabīgs. Taču jāņem vērā, ka pēc insulta slimniekam nereti ir grūti pateikt, kā viņu sauc vai kāda šodien ir diena. Tāpēc esam spiesti iet ļoti lēnām. Vispirms iemācām izrunāt savu vārdu, bet, kad viņš jau to spēj nosaukt pats, tas ir liels panākums.

Varbūt tuviniekiem un citiem speciālistiem var šķist, ka divu nedēļu laikā iemācīt cilvēkam izteikt dažus vārdus nav liels sasniegums, bet patiesībā tas ir ļoti labs rezultāts. Ja ir izdevies apgūt minimumu, tad ir iespēja turpināt attīstīt

komunikācijas spējas. Turklāt ir arī tiešām veiksmīgi gadījumi, kad sirdzējam pirmajā otrajā dienā pēc saslimšanas ir izteiktas grūtības sazināties ar apkārtējiem, bet jau trešajā ceturtajā dienā ir iespējama tāda līmeņa saziņa, kas ļauj uzdot ikdienišķus jautājumus, un saslīmušais izrāda interesi iesaistīties komunikācijā. Šādos gadījumos ir zināms, ka runas un valodas spējas, visticamāk, atgriezīsies pilnībā. Tomēr biežāk mēs saskaramies ar situācijām, kad traucējumi saglabājas visa perioda laikā, kamēr pacients atrodas pie mums. Pēc izrakstīšanās no stacionāra sniedzam rekomendācijas par to, ko pacientam ir nepieciešams veikt mājās, ko var darīt tuvinieki, lai palīdzētu uzlabot runas un/vai valodas prasmes un slimnieka spēju iesaistīties ikdienas komunikācijā. Tāpat arī nosūtām pacientu uz tālāku rehabilitāciju, lai turpinātu apgūt šīs spējas.

– Vai kādreiz ir bijis tā, ka pacients atnāk pēc laika un pasaka jums paldies?

– Gadās dažādi. Ir demotivēti cilvēki, kuri nevēlas neko darīt. Gan audiologopēdijā, gan rehabilitācijā viens no svarīgākajiem faktoriem ir šo pacientu motivācija. Tikai ar to, ka mēs kā speciālisti gribam palīdzēt, nepietiks, ja slimnieks pats to nevēlēsies. Tādēļ šādos gadījumos, kad cilvēks atsakās un nevēlas neko darīt, rehabilitācija nav iespējama. Protams, viņam ir tiesības atteikties. Taču nereti sirdzējam slimības dēļ ir traucēta spriestspēja vai viņš nespēj adekvāti novērtēt savu traucējumu. Šādās situācijās nekad nav tā, ka vienreiz aizejam, pieņemam viņa nevēlēšanos iesaistīties un vairs nemēģinām rehabilitāciju uzsākt. Mēs katru dienu turpinām slimnieku apmeklēt, cerot, ka varbūt šodien izdosies viņu kaut kā iesaistīt, motivēt. Reizēm tiešām sanāk – ja sākumā pacients nav sapratis, kāpēc viņam to vajag, tad, diendienā runājot, pamazām viņš sāk atskārst, ka tas dod labumu, un arī iesaistās procesā.

– No jūsu stāstītā saprotams, ka līdzestība šeit ir pats svarīgākais.

– Ļoti gribētos, lai gan slimības skartie cilvēki, gan viņu tuvinieki būtu atsaucīgi, vēlētos iesaistīties rehabilitācijas procesā un uzklausīt to, ko saka speciālisti, nevis naīvi cerētu un domātu, ka zaudētās vai ierobežotās spējas pēc kāda laika atgriezīsies. Sevišķi tuviniekiem ir svarīgi ieklausīties speciālistā un mēģināt kopā ar sirdzēju panākt situācijas uzlabošanu.

Moderni un digitāli rīki ārstu rokās

Mūsdienu straujais temps prasa sistematizētu pieeju ikdienas uzdevumu izpildei, citādi lielajā informācijas apjomā var pazust būtiskais. Endoskopijas speciālistu ikdiena saistīta ar izmeklējumu veikšanu un liela apjoma informācijas apstrādi, kur lieti noder informācijas tehnoloģiju risinājumi.

Ik gadu visā Latvijā tiek veikti desmitiem tūkstošu gastroenteroloģisko endoskopisko izmeklējumu, turklāt to skaitam ir tendence augt. Tas saistīts arī ar tehnoloģiju attīstību, tātad – labākām slimību diagnostikas iespējām un informācijas pieejamību. Pieaug arī no pacientiem iegūtās informācijas apjoms, nepieciešamība to apstrādāt un uzglabāt. Arī populācijas novecošanās ietekmē šo izmeklējumu skaita pieaugumu. Latvijā radītā programmatūra ENDO-IT faktiski ir nākotnes ārstu instruments, kas speciālistiem pieejams jau šobrīd.

Risinājums, kas ceļ endoskopijas izmeklējuma kvalitāti

Jebkura veiksmīga IT risinājuma pamatā ir aksioma, ka programmatūra ir rīks, kas palīdz. Tātad ir ērti lietojams, saprotams, ar operatīvi sasniegtamu tehnisko palīdzību. Pēdējo 20 gadu laikā veiksmes stāstu medicīnas IT jomā Latvijā nav visai daudz, tomēr *Arbor Medical Korporācija*, sekojot līdzi vajadzībām nozarē, jau pēdējos desmit gadus aktīvi meklē un izstrādā labākos risinājumus, kā atvieglot ārstu un pacientu ikdienu.

Saprotot milzīgo izmeklējumu apjomu, bija skaidrs, ka jāveido programmatūra, kas palīdz

veicināt standartizētu izmeklējuma protokolu atbilstoši aktuālajām vadlīnijām. Turklāt darbs ar ENDO-IT sniedz iespēju izmantot jau iepriekš sagatavotu tekstu šablonus izmeklējumu aprakstu sagatavošanai. Tātad ārstiem paliek vairāk laika izmeklējuma veikšanai un sarunai ar pacientu, kas savukārt veicina pakalpojuma kvalitāti.

Struktūra no uzgaidāmās telpas līdz pacienta dokumentācijai

Viena no būtiskām lietām, kuru var atrisināt piemērotas IT sistēmas lietojums, ir speciālistu noslodze intensīvas pacientu plūsmas gadījumā. ENDO-IT sniedz iespēju veidot procedūru kabineta noslodzes grafiku, tā iespējami veiksmīgāk risinot speciālistu darba laika plānojumu.

Otrs izaicinājums, ar kuru ikdienā saskaras ikviens speciālists, ir IT risinājumu savienojamība ar dažādām iekārtām un sistēmām. ENDO-IT ir savietojama ar lielāko daļu endoskopisko izmeklējumu iekārtu, tātad nav nepieciešams iegādāties papildu ierīces vai programmas, caur kurām šo IT risinājumu pielāgot. Vēl būtiskāk – programmatūra nodrošina iespēju integrēt izmeklējumu dokumentāciju ar citām IT sistēmām, piemēram, *Data-Med, Ārsta birojs* un Slimnīcas medicīnas datu arhīvu *Sectra PACS*, kas nodrošina piekļu visu veidu medicīnas informācijai, sākot no radioloģijas izmeklējumiem līdz 12 novadījumu EKG pierakstiem, video no operācijām un patoloģijas bildēm. Tādējādi izmeklējumu apraksti un atskaites kļūst pieejami speciālistiem un

pacientiem, veidojot ērtu to apriti un plānojot pacientu ārstēšanu.

Šī programmatūra mazina papīra dokumentācijas apriti, ļaujot kļūt draudzīgākiem videi un taupot arī pacienta laiku izmeklējuma apraksta saņemšanai.

Ārsts nav arhivārs

Pacientu izmeklējumu analogo kartotēku laiks tuvojas savam loģiskajam noslēgumam, un brīdis, kad pacientu dati tiks uzkrāti kādos mākoņu pakalpojumos, jau nav vairs pat rītdiena. Iespēja izmeklējumu datus apkopot elektroniski sniedz iespēju arī kvalitatīvākai datu analīzei. Piemēram, nepieciešamības gadījumā var saglabāt vairāk attēlu, pievienojot tiem komentārus.

ENDO-IT ir izdarījis grūto darbu, izveidojot virtuālo datubāzi, kuru speciālisti, nepārslogojot savu ikdienu ar liekām darbībām, var pārvaldīt, saglabājot jaunus izmeklējuma aprakstus, atskaites un citu būtisko informāciju par pacientu veselības stāvokli un ārstēšanu, kā arī apskatīt vēsturiskos datus.

PRONEX – ķirurģisko instrumentu mūsdienīgai izsekošanai

PRONEX ir mūsdienīgs un Latvijā radīts IT risinājums ķirurģisko instrumentu aprites izsekošanai medicīnas iestādēs. PRONEX nodrošina ķirurģisko instrumentu komplektu un individuālu instrumentu saistīti ar konkrēto pacientu un personālu. Sistēma medicīnas iestādēm piedāvā pārskatāmi izsekot ķirurģisko instrumentu aprītei, apstrādes kvalitātei, nolietojumam, atlikumiem noliktavās, kā arī ļauj apzināt to apstrādei un loģistikai patērēto laiku pa posmiem. Ar PRONEX medicīnas iestādēm ir iespēja atteikties no tā saucamajām «uzskaites kladēm» un fiziskām iekšējās kustības pavadzīmēm, nodrošinot pilnībā digitālu un pārskatāmu vidi ķirurģisko instrumentu izsekošanai un arī infekciju riska samazinājumu.

Visi iepriekšminētie IT risinājumi – ENDO-IT, *Sectra PACS* un PRONEX ir izstrādāti Latvijā, uzņēmumā *Arbor Medical Korporācija*. Vairāk informācijas saņemsiet, rakstot arbor@arbor.lv.

Sagatavoja *Arbor Medical Korporācija*

Pilna cikla risinājums endoskopijas izmeklējuma veikšanai



Diabēta pacients ceļā uz normālu asinsspiedienu

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

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

Kas ir asinsspiediens?

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

Kādam jābūt normālam asinsspiedienam?

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

Kā un kad mērīt asinsspiedienu?

Lai mērītu asinsspiedienu mājās apstākļos, var izvēlēties gan automātisko, gan mehānisko asinsspiediena mērītāju. Kā jau ierīcēm, katram aparātam ir savi plusi un minusi, 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 jāliet 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 jāliet uz augšdelma. Šādi mērītāji ir precīzāki par tiem, kuriem manšete stiprinās uz apakšdelma.
5. Ir svarīgi pievērst uzmanību manšetes izmēram, kas jāizvēlas atbilstoši pacienta rokas apkārtmēram, lai manšete cieši piegulētu. Ja tā roka būs par mazu (piemēram, standarta manšete adipoziem cilvēkiem), tad spiediens uzrādīsies augstāks, nekā tas ir patiesībā. Savukārt, ja manšete būs par lielu, asinsspiediens kļūdaini uzrādīsies zemāks. Tāpēc arī bērniem ir speciālas bērnu manšetes.
6. Ja asinsspiediens ir paaugstināts, tad nepieciešams to pārmērīt vēlreiz, taču vismaz 10 minūtes pēc pirmā mērījuma, pretējā gadījumā artēriju spiediens būs nedaudz saspiests no pirmās mērīšanas reizes, un rezultāts katru reizi būs citāds. Lai būtu pavisam droši, var pārmērīt to arī nākamajā dienā. Cilvēkiem, kam jau ir diagnosticēta arteriālā hipertensija, asinsspiediens jāizmēra aptuveni reizi nedēļā, ja pašsajūta ir laba un tiek ievērota ārsta noteiktā ārstēšanās terapija. Nevajag mērīt pārāk bieži, jo tas rada tikai liekus satraukumus, taču ieteicams vienmēr izmērīt asinsspiedienu, ja jūtaties slikti vai arī ir pašsajūtas izmaiņas.
7. Tāpat būtu ieteicams asinsspiedienu pēc katras mērīšanas reizes pierakstīt «asinsspiediena dienasgrāmatā», lai paši un arī ārsts spētu labāk novērtēt spiediena izmaiņas laika gaitā.
8. Nevajadzētu mērīt pēc sportošanas vai ēšanas, vislabāk to darīt rīta pusē.

Kāpēc diabēta pacientam ir īpaši vēlams regulāri kontrolēt asinsspiedienu?

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

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



Foto: Shutterstock

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

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

Kādi simptomi liecina par paaugstinātu asinsspiedienu?

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

Vai ir iespējams pazemināt asinsspiedienu bez zālēm?

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

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

Kādas zāles izmanto asinsspiediena pazemināšanai?

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

Dažkārt diabēta pacienti kavējas uzsākt ārstēšanos ar asinsspiediena pazemināšanai domātiem medikamentiem, jo baidās no zāļu blakusparādībām, kaitīgas iedarbības uz aknām vai citu iemeslu dēļ. Pārņemiet 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 proteīnūrijas risku par 39 procentiem;
 - samazina olbaltumvielu izdalīšanos ar urīnu par 29 procentiem.

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

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

Informāciju no ārvalstu publikācijām apkopojusi
GUNTA FREIMANE

OMRON

Visās
Latvijas
aptiekās



Asinsspiediena mērītāji no Japānas firmas OMRON

www.HealthProducts.LV

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

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 izvide, bet arī nātrijūreze – 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, tāpēc 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 izvadē, 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, tāpēc 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. Tāpēc 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. Kurie 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, aktīvijas gan simpātiskā 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 mazelastīgi, 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 antiinflatatoro jeb iekaisumu mazinošo citokīnu daudzums, savukārt pieaug proinflatatoro jeb

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

– Kādas blakusparādības var izraisīt SGLT-2i lietošana?

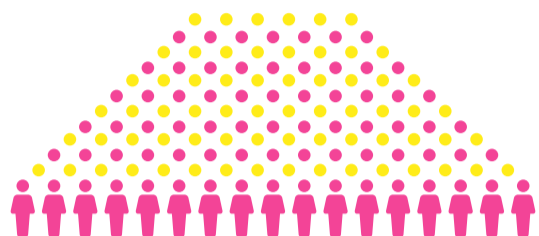
– Tāpat kā jebkuriem medikamentiem, arī SGLT-2i ir blakusparādības. Tā kā tie veicina glikozes ekskreciju ar urīnu, visbiežākais blakusefekts ir urīnceļu un ģenitālo infekciju risks. Tādēļ, ja pacientam jau sākotnēji ir hroniskas šāda tipa infekcijas, tobrīd varbūt nevajadzētu medikamentu sākt lietot, 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 eīglēmiskās ketoacidozes risks. Tas pats jādara 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.

Kardiovaskulārās, nieru un vielmaiņas slimības ir savstarpēji saistītas

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



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

Šīs slimības ir pasaulē biežākais nāves cēlonis²

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



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

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

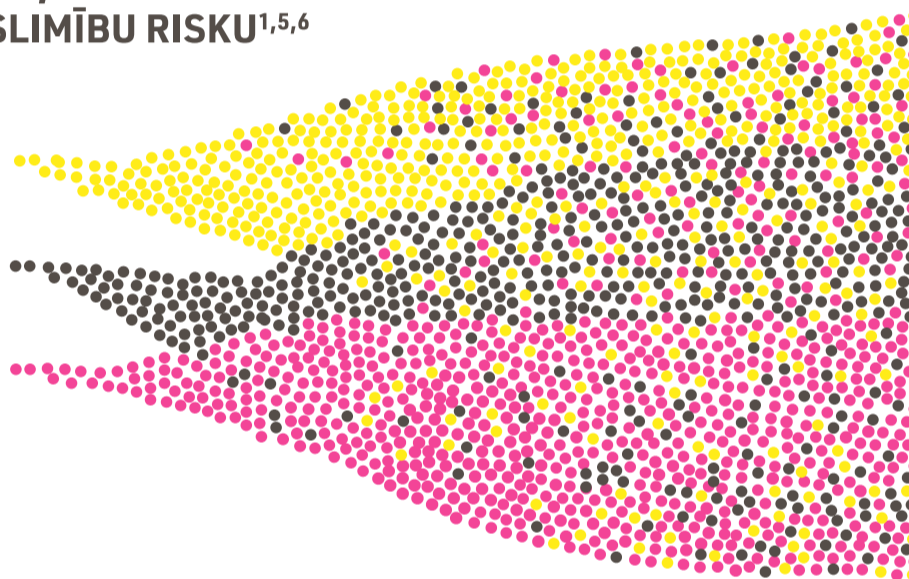
Līdz pat **60%** pacientu ar hronisku nieru slimību ir KV slimība⁷



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



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

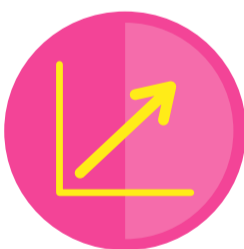


LAIKS

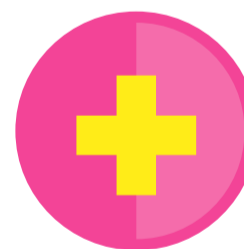
LAI NOVĒRSTU ŠO SLIMĪBU ATTĪSTĪBU NEPIECIEŠAMA HOLISTISKA PIEEJA



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



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



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

Atsauces

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



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

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 inhalējamu 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 inhalējamu 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 tabletētajiem 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 inhalējamajiem 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 jāpauz, 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 māsu 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 inhalāciju 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.

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.

Ziedojo ar asinis, izglābt dzīvību

ILONA NORIETE

Ziedoiet savu laiku un asinis, jo kādam tas var būt dzīvības vērts! Tādus un līdzīgus uzsaukumus var dzirdēt un lasīt bieži, jo asins krājumi Valsts asinsdonoru centrā jāatjauno nepārtraukti, tādēļ gan esošie, gan jauni donori tiek aicināti tās nodot.

Arī Jelgavas pilsētas slimnīcā ir speciāla nodaļa, kas atbildīga par asins un tās komponentu sagatavošanu, kā arī apstrādi, uzglabāšanu un izplatīšanu. Par to runājam ar slimnīcas Asins sagatavošanas nodaļas vadītāju **Solvitu Dzērvi**.

– Medijos pastāvīgi atskan aicinājumi iedzīvotājiem nodot asinis, tāpat arī ik pa laikam Latvijā tiek atklāti jauni asins nodošanas punkti. Vai cilvēki ir pretimnākoši un atsaucas aicinājumiem?

– Nevar teikt, ka cilvēki būtu neatsaucīgi, tieši otrādi. Mēdz būt gadījumi, kad darba kolektīvu pārstāvji masveidā ierodas ziedot asinis, ja kādam kolēģim ir notikusi nelaime. Tādos brīžos cilvēki nāk labprāt, bez aicināšanas, interesējas un nodod asinis.

– Darba kolēģi ir viena lieta, bet kāda situācija ir kopumā?

– Ar to strādā Valsts asinsdonoru centrs. Lai gan mēs visi esam vienotā asinsritē, līdz ar to sadarbojamies un piekopjam kopīgu politiku. Asinsdonoru centrs centralizēti organizē lielās akcijas, aicinot cilvēkus nodot asinis, un mēs iekļaujamies šajos pasākumos. Jelgavā patlaban par donoru trūkumu nevar žēloties, iedzīvotāji ir pietiekami aktīvi.

– Cilvēki ir dažādi. Daudzi ir regulāri asins ziedotāji un par savu nesavtīgumu pat saņem balvas, bet ir pietiekami daudz arī tādu, kas nekad to nav darījuši. Kā mēs varētu viņus pamudināt kļūt par donoriem?

– Te jārunā par donoru iespējamo motivāciju. Kāds varbūt baidās inficēties asins ņemšanas laikā, kaut gan tas nav iespējams, jo mēs strādājam ar vienreizējās lietošanas sistēmām. Turklāt asins nodošana noteikti nav veselībai kaitīga, tieši otrādi. Ziedojo ar asinis, organismā tiek stimulēta asinsrades sistēma, kas palīdz atjaunot asins sastāvu. Donori mazāk slimo ar akūtām un hroniskām slimībām. Asins ziedošana pati par sevi raisa cilvēkam pozitīvas izjūtas, jo sniedz apziņu, ka tu esi kādam grūtā brīdī palīdzējis vai pat glābis dzīvību. Tas mēdz dot lielu morālo gandarījumu. Kad donors ierodas nodot asinis, viņam ir iespēja uzzināt savu puls, asinsspiedienu, hemoglobīna līmeni, vēlāk arī saņemt analīžu rezultātus. Vēl donoram tiek izsniegts uzskatu komplekts. Pēc asins nodošanas arī neliela kompensācija zaudētā asins apjoma atjaunošanai – lielākas uztura devas nodrošināšanai asins nodošanas dienā. Par katru asins nodošanas reizi tiek izsniegta īpaša izziņa. Tas ir dokuments, kuru iesniedzot darba devējam, var saņemt apmaksātu brīvdienu.

– Kā ir jāgatavojas, nākot nodot asinis?

– Ir būtiski zināt, ka donēšanas dienā nav tādu ierobežojumu kā pirms vairuma analīžu. Proti, pirms asins nodošanas var ēst vieglas brokastis, vien neēdot neko treknu un nedzerot ļoti daudz piena. Tāpat nevajadzētu lietot majonēzi,

šokolādi, kolu, nepārcensties ar riekstu ēšanu. Viegļajai ēdienreizei ir jābūt trīs četras stundas pirms procedūras. Vismaz divas trīs stundas pirms asins nodošanas nav ieteicams smēķēt, jo smēķēšanas procesā skābekļa līmenis asinīs samazinās par 15 procentiem, kas atsaucas uz visu organisma vielmaiņu un asins kvalitāti. Protams, donoram ir jābūt veselam, viņš nedrīkst būt pārslimojis C un B vīrusa hepatītu, tāpat nevar būt slimis vai slimojis ar sifilisu un, protams, nedrīkst būt inficēts ar HIV. Tālākās nianšes tiek noskaidrotas saziņas procesā, runājot ar ārstniecības personu, kura veic donoru reģistrāciju un atlasī. Donors aizpilda anketu, un noslēgumā speciālists vērtē iegūto rezultātu, uz kura pamata tiek pieņemts slēdziens, vai konkrētais cilvēks varēs kļūt par donoru.

– Vai donoriem pastāv vecuma ierobežojumi?

– Asinis var nodot no 18 līdz 65 gadu vecumam, ja dara to regulāri. Pilnīgi pietiek, ja cilvēks nāk pāris reizi gadā, bet pastāvīgi. Pirmreizējai asins nodošanai donora vecums varētu būt līdz 60 gadiem. 62 gadu vecumā teorētiski donoram vajadzētu uzrādīt ģimenes ārsta izziņu par veselības stāvokli. Par tālāko lemj atbildīgā ārstniecības persona.

– Vai par donoru var kļūt cilvēki ar nelielu svaru?

– Svaram ir jābūt stabili virs 50 kilogramiem.

– Varbūt ir vēl citi nosacījumi?

– Ir vajadzīga laba vēna, jo asins nodošana nav kā analīžu ņemšana, šajā gadījumā ir drusku sirsnīgāk jāpiestrādā. Arī adata ir nedaudz resnāka par to, kuru izmanto laboratorijā. Deva nav maza – jāpaņem tomēr 450 mililitri asiņu. Vēnas sliktā stāvoklī rada neizdošanās risku. Mums ir jābūt pārliecinātiem, ka varam paņemt nepieciešamo asins daudzumu.

– Cik lielam ir jābūt periodam starp divām asins nodošanas reizēm?

– Minimālais laiks ir 63 dienas.

– Kādus labus piemērus jūs no savas pieredzes varat minēt? Varbūt kāds donors ir nodevis asinis 50 un vairāk reizi?

– Pozitīvu piemēru ir daudz. Pie mums nāk cilvēki, kuri ir nodevuši asinis arī 100 un vairāk reizi. Šie donori tiek atbilstoši novērtēti un apbalvoti. Pasākumus Rīgā organizē Valsts asinsdonoru centrs.

– Kas tālāk notiek ar nodotajām asinīm?

– Asinis tiek izmeklētas laboratorijā. Pirmreizējo asins grupu un hemoglobīna līmeni nosaka uz vietas, bet tālāko izmeklēšanu veic Valsts asinsdonoru centrs, tostarp pārbauda iegūto materiālu viroloģiski, meklējot infekciju marķierus.

– Cik daudz donoru ir Jelgavas slimnīcā?

– Valsts pasūtījums, ko mēs gatavojam, ir 2300 devu gadā. Vidēji mēnesī pie mums nāk apmēram 200–220 donoru, kādreiz arī vairāk.

– Vai veicat arī iegūto asiņu apstrādi?

– Mēs pašī gatavojam asins komponentus no pilnasinim. Tā kā esam vienotā sistēmā ar Valsts asinsdonoru centru un visu Latviju, notiek arī savstarpēja apmaiņa. Mēs varam lūgt palīdzību, ja slimnīcā tobrīd kaut kā trūkst. Bet, ja kaut kā ir sakrājis pārāk daudz, mēs to piedāvājam Valsts asinsdonoru centram, un viņi pēc vajadzības izplata šos komponentus tālāk.

– Vai tas nozīmē, ka Jelgavā nodotās asinis pārsvarā tiek pacientiem, kuri ārstējas Jelgavas slimnīcā?

– Lielākoties jā. Vairumu asiņu pārlej mūsu slimnīcā vietējiem pacientiem. Salīdzinoši neliela daļa tiek sūtīta uz Rīgu un nokļūst galvaspilsētas slimnīcās vai arī citur valstī. Mūsu primārais mērķis ir gatavot asinis savas slimnīcas vajadzībām. Jelgavā tomēr atrodas daudzprofilu reģionālā slimnīca – mums ir neatliekamā palīdzība, ķirurģija, tāpat dzemdniecība, ginekoloģija un terapijas nodaļa.

– Kādu grupu asinis visbiežāk trūkst?

– Vairāk trūkst to grupu asiņu, kuras dominē iedzīvotājiem populācijā. Latvijā apmēram 36 procentiem cilvēku ir 0 grupas un 37 procentiem – A grupas asinis, tāpēc šādu pacientu ir vairāk un attiecīgi ir lielāka vajadzība pēc šo grupu asinīm.

– Jelgavas slimnīcas mediķi arī ir atsaucīgi asins nodošanā?

– Jā, protams. Nāk ārsti, medmāsas, apkalpojošais personāls – visi, kam tas ir iespējams.

– Varbūt tiek rīkotas donoru dienas vai citas aktivizējošas akcijas?

– Valsts asinsdonoru centra mājaslapā www.vadc.lv ir ļoti daudz informācijas donoriem, arī ieteikumi, ko ņemt vērā pirms un pēc asins nodošanas, tāpat arī par sabiedrības līdzdalību. Īpašos izbraukumos mēs nedodamies, to dara Valsts asinsdonoru centrs. Mēs pieņemam tepat slimnīcā, savā nodaļā. Protams, par donoriem esam īpaši padomājuši – Jelgavā trešdienu pēcpusdienās ikviens var atnākt nodot asinis pēc darba, jo šajā dienā strādājam no pulksten 14 līdz 18, savukārt citās dienās – no rīta. Trešdienas mēs saucam par «siena laiku», jo cilvēku nāk daudz vairāk.

– Cik daudz cilvēku vidēji nāk trešdienās?

– Kādi 30–40 noteikti.

– Tas ir daudz vai tomēr gribētos vairāk?

– Par pēdējo laiku runājot, nevar sūdzēties, mēs tīri labi tiekam galā. Vienīgi man ir bail visu pārāk

saslavēt un kādā brīdī konstatēt, ka rodas problēmas. Reti, bet tā notiek. Piemēram, ja slimnīcā vienlaikus ārstējas pieci 0 grupas rēzus negatīvi pacienti, kuriem nepieciešams pārliet asinis, tad iespējami lieli sarežģījumi. Problēma ir tajā, ka rēzus negatīvo 0 grupas donoru ir mazāk, jo arī kopumā šādu cilvēku populācijā nav daudz. Ja vienlaikus rodas nepieciešamība pēc padsmiņiem devām asiņu vai 0 grupas rēzus negatīvo eritrocītu masas, tad parasti tādās situācijās jālūdz palīdzība Valsts asinsdonoru centram.

– Donoriem iepriekš kaut kur jāpiesakās vai arī viņi var vienkārši piejums atnākt?

– Viņi var droši nākt, jo mēs pieņemam donorus tad, kad viņi atnāk. Iespējams, Valsts asinsdonoru centrā vai citur var pieteikties uz konkrētu laiku. Mēs to nevaram, jo mums nav tik daudz darbinieku, – esam vien četri mediķi, kas nodarbojas ar asins pieņemšanu. Arī telpa, kur to var darīt, ir tikai viena. Tāpēc donori nāk, reģistrējas un nodod asinis rindas kārtībā.

– Kādi dokumenti atnācējam nepieciešami?

– Līdz jābūt derīgam personu apliecināšanai dokumentam – pasei, personas apliecināšanai (eID kartei) vai jebkuram citam dokumentam, kas satur personas kodu, vārdu, uzvārdu un foto. Bez šāda dokumenta donorus nepieņem.

– Vai Covid-19 ir kā ietekmējis asins nodošanu?

– Pandēmijas laikā donoru bija mazāk, jo daļa cilvēku nevēlējās nākt. Tagad daudzi no viņiem ir atgriezušies, un mēs, ja tā var teikt, esam atpakaļ «vecajās slīdēs». Jā, Jelgavas slimnīcā donori ir, bet asins krājums ir pastāvīgi jāpapildina. Dažreiz zvana piederīgie, ka steidzami vajadzīgas asinis. Mēs atbildam: viss kārtībā, nāciet, mūsu slimnīcā pacientam tās būs. Tomēr nereti aicinām radniekus iespēju robežās nodot asinis un tādējādi papildināt krājumus. Slimnīcā mēdz būt pacienti, kuriem pārlej diezgan daudz eritrocītu masas devu, un tad ārstējošie ārsti nodaļās paziņo piederīgajiem, ka viņiem būtu vēlams iesaistīties asins krājumu papildināšanā. Vairums ir atsaucīgi un to arī dara.

– Ko jūs vēl gribētu piebilst mūsu sarunas nobeigumā?

– Asins pārlišana ir valsts apmaksāts pasākums, tas nav kā medikaments, par to atsevišķi samaksu neprasa. Tādēļ ir ļoti būtiski palīdzēt citiem, ja vien ir tāda iespēja. Kaut vai atnākt pāris reizi gadā. It sevišķi, ja kādam no piederīgajiem regulāri nepieciešama asins pārlišana. Mums ļoti simpātīzē, ja piederīgie nāk, interesējas un nodod asinis. Tas ir bezgala labi un pareizi darīts.



Foto: Shutterstock

Ierīces, kas ikvienu var padarīt par dzīvības glābēju

Statistika Latvijā liecina, ka lielākā daļa gadījumu, kad publiskās vietās cilvēkiem apstājas sirdsdarbība, diemžēl beidzas ar nāvi. Viens no iemesliem ir saistīts ar cilvēku bailēm kļūdīties vai izdarīt ko nepareizu, veicot pirmās atdzīvināšanas darbības. Otrs – drošu un vienkārši lietojamu palīglīdzekļu pieejamības trūkums publiskās vietās.

Jau šā gada maijā stājās spēkā grozījumi Ārstniecības likumā, kas paredz, ka, sākot ar 2024. gada 1. janvāri, publiskās vietās jābūt pieejamiem automatizētiem ārējiem defibrilatoriem (AĀD).

Kas ir defibrilators?

Automatizēts ārējais defibrilators ir medicīnas ierīce, kas dod elektrisko impulsu, lai atjaunotu sirds ritmisku darbību. Ierīces lietošana padarīta tik vienkārša, lai ar to varētu rīkoties arī cilvēki bez medicīnas zināšanām, proti, veiksmīgu lietošanas procesu nodrošina audio informācija par secīgi veicamajām darbībām, sniedzot pirmo palīdzību.

Nemot vērā, ka ierīci varētu izmantot visdažādākie cilvēki bez medicīniskās izglītības, ražotājs Schiller ir parūpējies, lai:

- lietošana būtu pēc iespējas vienkāršāka un intuitīvāka;
- lietotājs instrukcijas var saņemt latviešu, krievu vai angļu valodā;
- baterijas darbības termiņš ir seši gadi;
- elektrodi ir vienmēr ieslēgti un gatavi izmantošanai.

Šeit svarīgākais ir ātra, pārliecināta rīcība un reakcijas laiks, jo palīdzība, kas sniegta pirmajās 3–5 minūtēs, līdz pat 70 procentiem palielina cilvēka iespēju izdzīvot, kamēr tiek gaidīta neatliekamā medicīniskā palīdzība.

Būtiski atcerēties, ka ierīci drīkst lietot arī tad, ja palīdzība nepieciešama bērniem. Pielāgotās detaļas šādām situācijām atrodas atsevišķā iepakojuma nodaļumā.

Garantija drošai lietošanai

Schiller FRED PA-1 AĀD atgādina nelielu somiņu, kas piestiprināta redzamā un pieejamā vietā. Ierīce ir koša un labi pamanāma. Ražotājs īpaši pievērsis uzmanību vizuālo instrukciju izstrādei, kas nepārprotami norāda uz secīgu un pareizu ierīces lietošanu.

Nelaiemes gadījumos cilvēkiem nebūtu jālauza galva, cik ilgi ierīce nav bijusi izmantota, vai tā pildīs savus uzdevumus un vai tā ir darba kārtībā. Schiller FRED PA-1 AĀD ik nedēļu veic paštestu. Pārliecināties, ka iekārta ir darba kārtībā, ir iespējams ar zaļo LED indikatoru, kas mirgo uz AĀD korpusa. Tieši tāpēc, pieņemot lēmumu ierīci iegādāties, jāpievērš uzmanība AĀD ražotājam un tā dotajām drošības garantijām. Veicot iepirkumu, jums jābūt pilnībā pārliecinātam, ka vajadzīgajā brīdī, neatkarīgi no tās dikstāves ilguma, to vienu kādam liktenīgo reizi ierīce darbosies nevainojami.

«Rūpējoties par sabiedrības veselību un investējot publiskās vietas apmeklētāju drošībā, Latvijas uzņēmumi aktīvi meklē atbilstošu

risinājumu un ir gatavi iegādāties automātiskos ārējos defibrilatorus. Kā Latvijas medicīnas nozares aktīvs dalībnieks jau 22 gadu garumā Arbor Medical Korporācija spēj nodrošināt saviem klientiem kvalitatīvu un pieejamu risinājumu ar Schiller Medical ražotāja palīdzību, kas ir viens no

pasaules vadošajiem kardiopulmonālās diagnostikas, defibrilācijas un pacientu monitoringa ierīču ražotājiem,» uzsver Arbor Medical Korporācija valdes locekle Dace Rātfeldere.

Sagatavoja: Arbor Medical Korporācija



Pirmā palīdzība bez kavēšanās

Defibrilators būtiski uzlabo cietušā izredzes izdzīvot. Automātiskā ārējā defibrilatora SCHILLER FRED PA-1 lietošana ir vienkārša un droša.

- Vizuālā un balsis instrukcija latviešu valodā
- Vienmēr gatavs palīdzēt*

SCHILLER ir viens no pasaules vadošajiem kardiopulmonālās diagnostikas, defibrilācijas un pacientu monitoringa ierīču ražotājiem.



* Baterijas darbības un derīguma termiņš 6 gadi.



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 pilnšļircē, 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.