

Tauta un Veselība



SATRAUCOŠAS TENDENCES

Smēķētāju slimība – «plaušu vēzis», kas pēdējā laikā arvien biežāk skar arī nesmēķējošos.

2.–4. lpp.



TRĪS VIENĀ

Arvien vairāk pierādījumu, ka zāles cukura diabēta ārstēšanai acimredzami palīdz arī sirds un nieru mazspējas pacientiem. 16.–21. lpp.

Sola vairāk

Jaunajā onkoloģijas plānā 2025.–2027. gadam vēlas izvirzīt onkoloģisko aprūpi par nacionālo prioritāti



Foto: Shutterstock

MELANOMAS RISKS

Ziemeļu saules nopietnās mācības.

6.–7. lpp.

PIE SLIMNIEKA MĀJĀS

Jaunas iespējas paliatīvajā aprūpē.

10. lpp.

MĀCIES SADZĪVOT

Vai var apturēt multiplo sklerozi?

24.–25. lpp.

SASTOP BIEŽI

Kā ārstēt vaginālo kandidozi?

30. lpp.



Līga Kozlovskā: «Plaušu vēža galvenais

ILONA NORIETE

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

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

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

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

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

Kādi vēl apstākļi var stimulēt plaušu vēža rašanos?

– Šai slimībai ir ļoti daudz riska faktoru. Starp tiem ierindojams arī stress, neveselīgs uzturs un mazkustīgs dzīvesveids, kam bieži seko virsvars, aptaukošanās. Tādēļ daudz ko nosaka cilvēka ieradumi, tostarp tas, cik aktīvi esam savā

ikdienas dzīvē. Katram no mums ir dažādi ēšanas paradumi, bet vajadzētu vairāk domāt par to, ko ikdienā patērējam, – vai ēdam pietiekami daudz dārzeņu, augļu. Ja gribas ēst gaļu, tad varbūt nepērkam tik daudz desu vai dažādu pusfabrikātu, bet izvēlamies vietējās zemnieku saimniecībās ražotus gaļas produktus. Protams, izmaksas būs lielākas, toties tā ir dabīga pārtika, kas labāka veselībai. Tāpat es neiesaku pārāk aizrauties ar uztura bagātinātājiem, kas turklāt gana daudz maksā. To vietā labāk nopirkt dārgākus, bet veselīgākus produktus.

Vēl viens ļoti svarīgs riska faktors, tāpat kā visām onkoloģiskajām slimībām, ir paaugstināts un/vai pastāvīgs stress. Tas var rezultēties dažādās, tostarp ļoti nozīmīgās, garīgās veselības problēmās, tādās kā smaga vai vidēji smaga depresija. Tāpat plaušu vēža rašanos var stimulēt multimorbidity, kad cilvēkam ir daudz dažādu slimību. Tās viena otru papildina un kopā paaugstina arī plaušu vēža attīstības risku. Ir vēl viena ļoti svarīga lieta, ko mums noteikti būtu jāņem vērā, turklāt ne tikai attiecībā uz plaušu vēzi, bet visām citām onkoloģiskajām slimībām. Proti, mums ļoti nepieciešams kvalitatīvs miegs, pietiekama atpūta. Veselīgs miegs ir būtisks faktors, lai cilvēka organisms otrā rītā mostos atjaunināts un enerģijas pilns, spētu veikt visas darbības, kas tam ir paredzētas.

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

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

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

– Vai smēķētāji ir pakļauti lielākam tuberkulozes attīstības riskam?

– Jā, šis netikums var veicināt arī tuberkulozes attīstību. Galvenais iemesls ir smēķēšanas



Foto: Shutterstock

Situācijās, kad ir aizdomas par onkoloģisku slimību, ģimenes ārstiem ir pieejams speciāls zaļā koridora telefons, pa kuru piesakot pacientu, viņš desmit dienu laikā var tikt uz konsultāciju pie speciālista.

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

–Vai pārslimota tuberkuloze paaugstina plaušu vēža rašanās risku?

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

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

– Šie pacienti ir uzskaitē pie pneimonologa, un atkarībā no katra veselības stāvokļa speciālists nosaka, cik bieži – reizi vai divas gadā – jāveic rentgena pārbaude, jo pacientam papildus vēl var būt dažādas blakusslimības. Ja vēl ir HIV un AIDS, tad pārbaude nepieciešama nevis reizi

gadā, bet krietni biežāk. Tādēļ ģimenes ārsts sadarbojas gan ar infektologu, gan pneimonologu un vajadzības gadījumā arī ar kardiologu un endokrinologu.

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

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

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

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

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:



riska faktors ir smēķēšana»

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

– Ja nekas slikts nav atklāts, tad cilvēks kādu laiku patiešām var būt mierīgs, taču ilgstošiem smēķētājiem vienmēr galā rodas dažādas sūdzības. Katru gadu datortomogrāfiju var būt arī nevajag taisīt, it sevišķi, ja nav sūdzību. Ģimenes ārsts pacientu izmeklē, izklausās plaušas, izmēra spiedienu, un, ja citi riska faktori netiek konstatēti un viņa veselības stāvoklis ir normāls, var iztikt bez dziļākām pārbaudēm. Tomēr, ja cilvēkam jau pirms plaušu rentgena vai datortomogrāfijas izmeklējuma ir sūdzības, piemēram, klepus ar krēpām, tad ir ļoti svarīgi veikt krēpu analīzi. Nosūtot paraugu uz laboratoriju, vismaz tuberkulozi šādi varam noteikt. Tādos gadījumos ģimenes ārsts vienai sūta pacientu pie pneimonologa, kurš nosaka tālāko izmeklēšanu un ārstēšanu. Tā ir valsts apmaksāta programma.

Ja datortomogrāfijā parādās aizdomīgs ēnojums, *zaļā koridora* ietvaros ar attiecīgu diagnozi mēs sūtām pacientu pie torakālā ķirurga. Visbiežāk uz Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionāru «Tuberkulozes un plaušu slimību centrs» vai Paula Stradiņa Klīnisko universitātes slimnīcu. Situācijās, kad ir aizdomas par onkoloģisku slimību, mums, ģimenes ārstiem, ir pieejams speciāls *zaļā koridora* telefons, pa kuru piesakot pacientu, viņš desmit dienu laikā var tikt uz konsultāciju pie speciālista. Ja onkoloģiskā problēma tiek konstatēta, atbildīgie ārsti izstrādā tālāko rīcības plānu, nosakot, kādi izmeklējumi būs vajadzīgi, varbūt nepieciešama bronhoskopija vai ķirurģiska iejaukšanās. To visu izlemj speciālisti augstākā līmenī, kur ģimenes ārsts vairs neiesaistās. Mēs tikai saņemam informāciju par *zaļā koridora* izmeklējumu rezultātiem. Tā ir atbilde no speciālista, kurā tiek paskaidrots, vai ir bijis pamats noteikt plaušu vēža diagnozi. Vairumā gadījumu ģimenes ārsts aizdomas speciālistu atbildēs apstiprinās.

– Cik liela ir saslimstība ar plaušu vēzi jūsu pacientu vidū?

– Diemžēl tādu pacientu ir pietiekami daudz. Tomēr es gribu teikt arī pāris pozitīvas lietas. Galvenā labā ziņa ir tāda, ka I un II stadijā pacientam ir iespējama operācija. Labi, ja plaušu vēzis ir lokalizējies sektorā, kur torakālais ķirurgs var tam piekļūt un ļaundabīgo veidojumu izoperēt. Patlaban ir pieejami valsts apmaksāti inovatīvi medikamenti, un pacients var iziet efektīvu terapijas kursu. Pirms dažiem gadiem mirstība no plaušu vēža bija daudz lielāka. Pašlaik man ir plaušu vēža pacienti, kuri ir izgājuši līdzīgus ārstēšanas etapus. Rezultāti šobrīd ir nesalīdzināmi labāki, un dzīvildze ir krietni garāka.

– Minējāt, ka plaušu vēzi var izoperēt, ja tas ir lokalizējies noteiktā sektorā, bet tā noteikti nav visos gadījumos.

– Plaušu vēzis nav operējams, ja tas atrodas sirds tuvumā vai konstatēts centrāls audzējs. Tomēr, ja tas ir I vai II stadijā veidojums, ar inovatīvajiem medikamentiem varam palielināt cilvēka dzīvildzi un uzlabot viņa dzīves kvalitāti.

– Kādas ir ģimenes ārsta iespējas plaušu vēža diagnosticēšanā? Vai valsts atbalsts ir pietiekams un arī pašu ģimenes ārsta prasmes ir gana labas?

– Ir svarīgi pēc iespējas pilnīgāk izvērtēt pacienta stāvokli, lai atrastu pareizo diagnozi. Iespējas mums pašlaik ir. Ja cilvēks ilgstoši klepo, mēs veicam iekaisuma rādītāju analīzes, arī pārbaudi uz garo klepu. Garais klepus ir ļoti mokoša, nopietna augšējo elpceļu slimība. Mēs saņemam asins

analīzes arī uz specifiskiem plaušu karšoņa izraisītājiem, tādiem kā mikoplazma. Analīzes parāda, kas ir izraisījis plaušu iekaisumu vai arī jebkuru infekcijas slimību. Par krēpu paraugiem laboratorijas atbildi saņemam apmēram nedēļas līdz desmit dienu laikā. Ja mums ir kaut mazākās aizdomas par ļaundabīgu audzēju plaušās, iespējams veikt rentgena izmeklējumu un datortomogrāfiju. *Zaļā koridora* ietvaros mēs varam desmit dienu laikā nosūtīt pacientu uz šo izmeklējumu, kas apstiprinātu, vai tas ir plaušu karšonis, vai varbūt aizdomas par tuberkulozi. Izzināt slimības vēsturi ir mūsu ikdienas darbs. Īstenībā problēmas visvairāk rodas tadē, ka pie speciālistiem ir rindas. Tomēr, pateicoties *zaļajam koridoram*, aizkavēšanās nav. Kopumā 20 dienu laikā pacients var nokļūt pie speciālista.

Patlaban Latvijā apmēram trešdaļai no 1206 ģimenes ārstiem ir spirogrāfi. Mēs varam veikt spiroometriju, plaušu darbības analīzi, un pārbaudīt, vai pacients var izelpot tik daudz, cik nepieciešams. Klausoties, ko stāsta pacients, izvērtējot analīzi un spirometrijas rādītājus, ir iespējams izdarīt pareizos secinājumus. Nepieciešamības gadījumā tiek uzsākta sadarbība ar speciālistiem, jo mēs visi esam vienā komandā.

– Vai jums bieži nākas saskarties ar tādiem pacientiem, kuri pie ārsta atnāk novēloti? It sevišķi laukos daudzi tiktāl aizņemti ar saviem darbiem, ka nav ne laika, ne vēlēšanās vērsties pie speciālista.

– Jā, tādi pacienti ir. Arī SPKC dati uzrāda, ka reģionos onkoloģiskās slimības sastopamas biežāk. Turklāt 30–40 procentos no reģistrētajiem gadījumiem tās tiek atklātas jau III vai pat IV stadijā, un tas nozīmē, ka laukos cilvēki dažādu iemeslu dēļ ārstu apmeklē novēloti. Bija viens Rīgas Stradiņa universitātes pētījums par to, kāpēc cilvēki neierodas uz skrīningiem. Atbildes bija dažādas – sākot ar to, ka baidās uzināt sliktu diagnozi, ka jūtas daudz maz labi, ka nebrauc tik ilgi, līdz paliek galīgi slikti. No došanās uz pārbaudēm attur arī bailes izdzirdēt, ka būs jābrauc vai nu uz *Stradiņiem*, vai Latvijas Onkoloģijas centru, vai kādu citu onkoloģijas nodaļu. Cilvēki uztraucas un iedomājas, ka tā jau ir sava veida nolemtība. Es gribētu teikt – ja mēs onkoloģiskās slimības atklājam savlaicīgi, tās tiešām ir ārstējamas. Galvenais ir atnākt uz pārbaudēm. Latvijā joprojām reizi gadā bez maksas var veikt profilaktiskās pārbaudes pie ģimenes ārsta, ja nav citu saslimšanu. Ja cilvēks nāk pie ģimenes ārsta ar slimību, tad pacienta līdzmaksājums ir 2 eiro vecumā līdz 65 gadiem vai arī 1 eiro senioriem pēc 65 gadiem. Tāpat ir liels cilvēku loks, kuri ir atbrīvoti no pacientu iemaksām, – pirmās un otrās grupas invalīdi, grūtnieces, bērni, iedzīvotāji ar trūcīgā statusu. Tas attiecas arī uz tuberkulozes pacientiem, kuriem noteikta šī diagnoze.

– Lūdz, izstāstiet kādu pozitīvu piemēru no savas prakses saistībā ar plaušu vēzi.

– Man ir kāds gadījums, par kuru es ļoti priecājos. Šis pacients ir nesmēķētājs, 55 gadus vecs, ļoti līdzestīgs veselības uzraudzībā. Tas nozīmē – ja ģimenes ārsts vai speciālists aicina šo pacientu ierasties, viņš vienmēr atnāk uz visiem izmeklējumiem un konsultācijām, kā arī rūpīgi ievēro ārsta norādījumus par zāļu lietošanu. Taču šim cilvēkam ir daudzas ļoti smagas veselības problēmas. Pēc mikroinsulta viņam bija lieli pārdzīvojumi, depresija, piedevām sirds asinsvadu slimība, ievietots asinsvadu stents, kā arī ir plaušu vēzis. Tiesa, viņa gadījums ir veiksmīgs, jo vēzis tika atklāts pirmajā stadijā, turklāt atradās vietā, kur to var izoperēt. Speciālisti nozīmēja ārstēšanas kursu, un tagad pacients jau trīs gadus atrodas novērošanā

Plaušu vēža attīstības risku noteicošie faktori

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

ESMO/NCCN vadlīnijas

Par plaušu vēzi

Plaušu vēža simptomi

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

Plaušu vēža riska faktori

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

Plaušu vēža veidi

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

Avots: mayoclinic.org

Citu valstu (ASV) plaušu vēža skrīninga piemērs

PLAUŠU VĒŽA SKRĪNINGA KRITĒRIJI

Mūsu pacientiem jābūt:

50-80
gadus veciem



ESOŠIEM
smēķētājiem

ATMETUŠIEM
smēķēšanu pēdējo
15 GADU LAIKĀ

Ar vismaz
20 PAKU GADU
smēķēšanas stāžu

1 paciņa dienā x 20 gadus = 20 paku gadu
vai 1/2 paciņa dienā x 40 gadus

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

Plaušu vēža skrīninga pieredze Baltijas valstīs

Igaunijā 2022. gadā tika apkopoti plaušu vēža skrīninga veikspējas pētījuma rezultāti. Pētījumā tika iekļauti 395 iedzīvotāji, no kuriem atsaucās un skrīninga izmeklējumu veica ap 200 cilvēku. Plaušu vēža skrīninga kandidātus atlasīja pēc riska kritērijiem – vecums 55–74 gadi, smēķēšanas statuss, plaušu vēža risks pēc *PLCOm2oi2noRace* kalkulatora aprēķiniem. Kandidātiem tika veikts zemas devas datortomogrāfijas (ZDDT) izmeklējums, un attēlus novērtēja divi neatkarīgi radiologi pēc specifiski izstrādāta algoritma, klasificējot atradi pakāpēs no pārliecināti labdabīgas līdz pārliecināti ļaundabīgai (*Lung-RADS*). Kopā izdevās veikt ap 200 ZDDT izmeklējumu un atklāt vienu plaušu vēža gadījumu. Vienīgajam pacientam, kuram atklāja plaušu vēzi, audzējs tika atklāts agrīni un veiksmīgi tika veikta operācija. Papildus šajā projektā tika identificēti 27 indivīdi ar neskaidām izmaiņām plaušās. Šiem iedzīvotājiem tika nozīmēts atkārtots ZDDT izmeklējums pēc trim vai sešiem mēnešiem. Pētījumā tika secināts, ka plaušu vēža skrīnings ir ieteicams.*

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

Avots: žurnāls *Latvijas ārsts*

visnotaļ stabilā stāvoklī. Viņš var dzīvot normālu dzīvi, un tas ir brīnišķīgi. Tas ir labais stāsts, kad cilvēkam ir diagnosticēts plaušu vēzis pirmajā stadijā un ārstēšana, rādās, ir veiksmīga. Tā ir pozitīva pieredze.

– **Paldies par sarunu. Novēlēsīm, lai tiešām ir pēc iespējas vairāk tādu pacientu, kuri ir līdzestīgi un rūpējas par savu veselību, nesmēķē un ievēro arī pārējos veselīga dzīvesveida ieteikumus.**

Plaušu vēzis. Bet es taču nepipēju!

TOMS ZVIRBULIS

Plaušu vēzis jau izsenis ir diagnoze, kura pārsvarā tiek noteikta smēķētājiem. Situācija krasi nav mainījusies arī šobrīd, un aptuveni 80 procentu no visiem plaušu vēža gadījumiem ir saistīti tieši ar šo netikumu, turklāt tie parasti ir pacienti ar ilgu smēķēšanas stāžu. Pašlaik gan arvien aktuālāka kļūst situācija, kad šo diagnozi nosaka gados jauniem cilvēkiem, kuri nesmēķē un kuru dzīvesveids nerada papildu audzēja veidošanās riskus.

Sarunā ar onkoloģi ķīmijterapieti **Evu Vecvagari** noskaidrojām, kāda ir situācija ar plaušu vēža ārstēšanas iespējām Latvijā un kāpēc tik daudzi plaušu vēža gadījumi tiek atklāti novēloti.

– Plaušu vēzis pārsvarā tiek atklāts novēloti – 3. vai 4. stadijā. Kāpēc šāda situācija ir izveidojusies, un kā to varētu vērst par labu?

– Plaušu vēzis ir viltīgs audzējs un vairāk sastopams smēķētājiem, kuri tādiem simptomiem kā klepus, kas var būt viena no pirmajām audzēja pazīmēm, nepievērš gana daudz uzmanības. Cilvēks pie ārsta neiet un turpina smēķēt. Tāpēc arī ir tik daudz vēlīni atklātu plaušu vēža pacientu. Saistībā ar iespējām atklāt ļaundabīgu plaušu audzēju – es uzskatu, ka rentgens savu lomu vēža diagnostikā vēl nav zaudējis. Tomēr dažkārt tas prot paslēpties aiz plaušu videnes, ko rentgenā ievērot ir grūti. Ja vēzis ir perifērs un vismaz pāris centimetru liels, tad labs radiologs to var pamanīt. Šo metodi nevajag aizmirst un noniecināt. Ģimenes ārstiem nevajadzētu baidīties nosūtīt pacientus uz rentgenu. Ja tajā tomēr neko nevar ieraudzīt, taču pacients ir smēķētājs, kuram zūd svārs, ir nespēks, šādam cilvēkam būtu jānozīmē datortomogrāfija. Tas varētu samazināt vēlīni diagnosticēto pacientu skaitu. Ja vēzis tiek atklāts agrīni, mūsdienās ir pieejams daudz ārstēšanas metožu, kuras pagarina dzīvi.

– Vai Latvijā būtu vērts padomāt par visaptverošu plaušu vēža skrīninga programmu, lai audzēju atklātu jau agrīni?

– Pašlaik mums ir skrīninga programmas dzemdes kakla, krūts, zarnu un prostatas vēzim. Ņemot vērā šo skrīningu pieredzi, gandrīz droši var teikt, ka krūts vēža skrīninga atdeve salīdzinoši būs daudz lielāka nekā plaušu vēzim, jo smēķētāji savai veselībai gluži vienkārši nepievērš lielu uzmanību. Jāskatās arī, vai mūsu valsts to var atļauties finansēt, jo izmaksas būs ļoti augstas. Kategoriski nevar apgalvot, ka tas nav vajadzīgs, bet, ņemot vērā plaušu vēža skrīninga populāciju, šiem cilvēkiem pašiem vajadzētu domāt par savu veselību un sākt kaut vai ar plaušu rentgenu. Padomājiet, cik daudz cilvēku ietu uz skrīninga izmeklējumu, ja viņi paši savu veselību posta smēķējot? Šobrīd viņiem būtu svarīgāk saprast, kāpēc smēķēt nevajadzētu. Jā, saslimt var visi, un pie manis ārstējas daudz gados jaunu nesmēķējošu sieviešu, kurām ir noteikta diagnoze «plaušu vēzis». Tomēr lielāko pacientu daļu veido smēķētāji, un skrīninga programma viņiem diez vai būs labākais risinājums. Iedarbīgāk būtu tabakas izstrādājumu padarīt mazāk pieejamus plašākai publikai, lai gluži vienkārši smēķēt būtu ne tikai neveselīgi, bet arī apgrūtināti.



Foto: Shutterstock

– Kā līdz diagnozei «plaušu vēzis» nonāk tie cilvēki, kuri nesmēķē un kuriem nav kaitīgu arodfaktoru? Pie tā vainojami gēni vai kādi citi iemesli?

– Uz šo jautājumu vēl arvien nav atbildes. Man ir pacientes sievietes bez vēža ģimenes anamnēzē, bez kaitīgiem ieradumiem. Un nevar teikt trīsdesmitgadīgam cilvēkam, ka biežāk ir jāiet pie ārsta pārbaudīties, lai pārlicinātos, ka viņam nav plaušu vēža. Tautas valodā runājot, jebkurš no mums var saslimt ar jebkuru onkoloģisko slimību, tomēr plaušu vēža gadījumā 80 procenti saslimušo būs smēķētāji. No tā nav paglābti arī bijušie smēķētāji. Nebūs tā, ka cilvēks atmet smēķēšanu un viņa risks saslimt pazūd, pat ja tas iestāties pirms desmit gadiem. Izmēķēto cigarešu skaits ir sakrājis, savu kaitīgo darbu padarījis.

– Turpinot par nesmēķējošiem plaušu vēža pacientiem, – vai viņiem audzējs biežāk tiek atklāts agrīni, vai arī šajā gadījumā tas notiek jau vēlīnās slimības stadijās?

– Notiek visādi. Ja cilvēks aiziet pie ārsta ar sūdzībām par klepu, nespēku, svāra zudumu un rentgenā prasmīgs radiologs audzēju nosaka, tad var teikt, ka pacientam ir laimējies. Šeit gan jāpiebilst, ka reti kurš 30–40 gadus vecs cilvēks ar šādām sūdzībām iedomāties, ka viņam nepieciešams plaušu rentgens. Tāpat arī ģimenes ārsts diez vai šādu pacientu uzreiz sūtīs uz datortomogrāfiju. Varbūt jaunās sievietes vairāk griebs saprast, kāpēc viņām šie simptomi nepazūd, pat ja tiek lietotas antibiotikas. Šādos gadījumos būtu nepieciešams veikt datortomogrāfiju, kaut vai bez kontrastvielas. Latvijā ir ļoti labi pulmonologi, pie kuriem var nosūtīt uz konsultāciju. Viņi regulāri saskaras ar plaušu vēža pacientiem un savukārt nosūtīs cilvēku uz datortomogrāfiju. Nevajag baidīties iet šo ceļu – pie pulmonologa, uz izmeklējumu, lai situācija tiek izvērtēta. Papildu konsultācija nekaitēs tik daudz, cik ielaists audzējs 4. stadijā.

– Vai netipisku, tas ir, nesmēķējošu plaušu vēža pacientu skaits pieaug?

– Pašlaik vispār Eiropā un pasaulē pieaug nesmēķētāju saslimstība ar vēzi. Pēc vairākiem gadiem mēs varēsim analizēt Covid-19 pandēmijas ietekmi uz cilvēku veselību ilgtermiņā. Viennozīmīgi apgalvot, ka Covid-19 ir plaušu vēža riska faktors, vēl nevar. Sāk parādīties pētījumi par to, ka pēc koronavīrusa plaušās veidojas rētaudi, kas

potenciāli var veicināt audzēju veidošanos, bet to precīzi pateikt vēl nevar. Arī gaiss, ko elpojam, uzturs un stress ietekmē mūsu ķermeni.

– Kāda ir pacienta dzīve, ja vēzis tiek diagnosticēts agrīnā stadijā, un kāda būs situācija, ja to konstatē 3. vai 4. stadijā? Kā atšķirsies ārstēšanas process un potenciālais mūža ilgums?

– Agrīnas ir no 1. līdz 3. A stadijai, kad audzēji ir operējami. 4. stadija ir novēlota stadija, kamēr 3. B ir sarežģīta stadija, kad vēl var gan operēt, gan lokāli audzēju apstarot un pielietot ķīmijterapiju. Protams, pacientu dzīvildze atšķiras, un pirmajās stadijās prognoze būs labāka. Mums ir ļoti labi torakālie ķirurgi, kuri audzējus var izoperēt. Piecu gadu dzīvildze 1. stadijas pacientiem ir līdz 75 procentiem, taču arī izoperēts audzējs var atgriezties. 3. stadijā piecu gadu dzīvildzi sasniedz tikai 25 procenti. Lai pēc radikālas ķirurģiskas operācijas audzējs tik ātri neatgrieztos, visā pasaulē izmanto profilaktisko pēcoperācijas terapiju. Pirms 25 gadiem, kad es sāku strādāt onkoloģijā, tā bija tikai ķīmijterapija jeb citotoksiskie līdzekļi, kuri deva tikai 5 procentu garantiju, ka audzējs neatgriezīsies. Tas ir ļoti mazs rādītājs. Šobrīd mēs varam dzīvi pagarināt vairāk. Ja audzējs ir atklāts agrīni, pēc operācijas ir pieejama arī mērķterapija, kura vēža atgriešanās laiku pagarina pat divas reizes. Patlaban Latvijā jau kompensē profilaktisko mērķterapiju pēc operācijas, ja audzējā atrastas EGFR mutācijas, un ir pieejama arī profilaktiskā imūnterapija tiem audzējiem, kuriem ir konstatēts proteīns PD-L un tā rādītājs ir virs 50 procentiem. Imūnterapija pati par sevi uz audzēju neiedarbojas, bet gan palīdz iekustināt mūsu imūnsistēmu, lai tā pati varētu tikt ar vēzi galā.

Ja par agrīno vēža stadiju, – ir noticis liels pavērsiens arī pirmsoperācijas etapā. Agrāk tika izmantota tikai ķīmijterapija, bet tagad tā tiek kombinēta ar imūnterapiju. Eiropā šāda kombinācija tiek kompensēta gan pirms-, gan pēcoperācijas posmā, un mēs ļoti gaidām, kad tas notiks arī Latvijā, jo tad šis audzējs var tikt radikālāk izoperēts un tiek pagarināta pacienta dzīve. 3. audzēja stadija ir «viskutelīgākā». Šajos gadījumos es priecājos, ka mums ir ļoti spēcīgs multidisciplinārs ārsts konsiljijs, kurš izvērtē katru gadījumu individuāli. Variānti ir dažādi. Var veikt operāciju. Ja to nav iespējams darīt, tad tiek kombinēta staru terapija ar ķīmijterapiju un imūnterapiju. Protams, nevar teikt, ka

jaunie medikamenti izārstēs visus pacientus, bet pirms 25 gadiem vēlīno stadiju pacientiem iedeva dažus ķīmijterapijas kursus un pat neārstēja. Tagad ārstē visas stadijas, un man ir 4. stadijas pacienti, kuriem audzēja vairs nav. Tieši tāpēc es šajā profesijā vēl esmu. Protams, viss nav rožaini, bet ir jāprot priecāties arī par mazajām uzvarām. Kompensācijas sistēma Latvijā arī ir spērusi platus soļus uz priekšu. Tāpat kā diagnostika, jo ar gēnu izpēti palīdzību mēs varam precīzi noteikt audzēja mutācijas un to ārstēt. Jā, visas terapijas netiek kompensētas, tāpēc svarīgs ir līdzcilvēku atbalsts. Tajā pašā laikā ir liels prieks, ka pēc diviem medikamentu kursiem cilvēkam izmeklējumos vēzi vairs atrast nevar. Protams, ir arī gadījumi, kad šādi brīnumi nenotiek, pacienta audzējam nav imūnterapijas vai mērķterapijas izmantošanai nepieciešamo mutāciju, kā rezultātā vienīgais ārstēšanas veids ir klasiskā ķīmijterapija. Uzreiz gan gribu piebilst, ka ārstēšanas metodes ļoti strauji attīstās, un ne velti imūnterapijas izgudrotāji par saviem sasniegumiem ir saņēmuši Nobela prēmiju.

– Kā ir mainījusies situācija ar 4. stadijas vēža pacientiem pēdējo desmit gadu laikā? Kāda ir viņu prognoze tagad?

– Tā ir nesalīdzināmi uzlabojusies. Man ir 4. stadijas pacienti, kuriem zinu jau otru kaķa vārdu. Par to man ir liels prieks. Protams, ir arī gadījumi, kad palīdzēt nespējam. Tajā pašā laikā, ja izdodas trāpīt ar mērķterapiju vai imūnterapiju, tad ir pamats cerēt uz pozitīvu iznākumu. Protams, gribētos, lai valsts kompensētu arī pašus jaunākos medikamentus. Teikšu godīgi, mani pacienti pārņem medikamentus citās valstīs, to dara legāli un dzīvo savas dzīves tālāk. Tieši tāpēc gribētos šo slimību atklāt agrīni, lai ne pacientiem, ne valstij nerastos lieli ārstēšanas izdevumi. Agrīni atklāta audzēja pacients dzīvos ilgāk. Arī mērķterapija un imūnterapija būs efektīvākas. Tāpēc nevajadzētu baidīties doties pie ārsta, un ģimenes ārsts nedrīkst baidīties savu pacientu nosūtīt uz padziļinātiem izmeklējumiem vai pie speciālista. Svarīgākais šajā visā gan ir cilvēkam pašam nebaidīties dzīvot. Neatteikties no visa, kas viņam sagādā prieku, jo stress ir ļoti nozīmīgs faktors tajā, kā mūsu organisms cīnās ar slimību. No vienas galējības nevajadzētu pāriet citā, jo mēs nekad nezinām, kuram no mums brīnums notiks un viņš ar šo diagnozi varēs sadzīvot gadiem ilgi.

Labāk pārbaudīt, nevis nožēlot

TOMS ZVIRBULIS

Krūts vēzis ir visizplatītākais ļaundabīgais audzējs sievietē vidū gan Latvijā, gan pasaulē. Katru gadu vairāk nekā 1000 sievietēm Latvijā tiek noteikta šī diagnoze, un skaitlim pēdējo gadu laikā ir tendence pieaugt. Uzreiz gan jāteic, ka lielākajā daļā gadījumu audzējs padosies ārstēšanai un prognozes ir iedrošinošas, tomēr jebkādas izmaiņas veselības stāvoklī nevajadzētu atstāt bez ievēribas.

Sarunā ar onkoloģi ķīmijterapeiti **Sigitu Hasneri** noskaidrojām, kādas ir krūts vēža ārstēšanas iespējas Latvijā, ko sagaidīt pacientēm pēc diagnozes noteikšanas un kurās jomās krūts vēža diagnostikā un ārstēšanā būtu nepieciešami lielākie uzlabojumi.

– Kāda ir krūts vēža izplatība Latvijā? Vai pēdējo gadu laikā tā ir būtiski mainījusies?

– Krūts vēzis ir biežāk sastopamais ļaundabīgais audzējs Latvijā un pasaulē. Katru gadu Latvijā ar krūts vēzi saslimst aptuveni 1200 sievietes. Ja vērtējam desmit gadu griezumā, tad šim skaitlim ir pieaugoša dinamika, bet izplatība ir diezgan vienkārīga. Dzīves laikā saslimt var apmēram viena no astoņām sievietēm vecumā no 50 līdz 80 gadiem. Visbiežāk tāds ir mūsu pacienšu vecums.

– Ar ko ir saistīta tendence pieaugt pirmreizējo vēža pacientu skaitam? Tās ir uzlabotas diagnostikas metodes, agresīvāka slimības izplatība vai kas cits?

– Viens no iemesliem noteikti ir uzlabotas diagnostikas metodes. Pirms 5–10 gadiem bija apmēram 1100 jaunu gadījumu gada laikā. Statistiski nozīmīga šī starpība nav, bet mēs redzam, ka pacienšu kļūst vairāk. Turklāt saslimst arvien jaunākas sievietes. To gan var teikt droši.

– Līdzīga situācija ir lielai daļai slimību – tās skar arvien jaunākus cilvēkus. Vai krūts vēža gadījumā šī tendence ir izteikta un gados jaunāku pacienšu skaits pieaug ievērojami?

– Krūts vēža gadījumā lielākā daļa pacienšu ir manis jau pieminētajā vecumā no 50 līdz 80 gadiem. Kādreiz jauna krūts vēža paciente bija četrdesmitgadniece. Tagad viņa ir 30 gadus veca, un vairākas manas pacientes vēl nav sasniegušas 30 gadu vecumu. Bieži vien audzēji jaunām sievietēm ir ģenētiski pārmantoti. To var teikt droši, jo mēs tagad labāk varam testēt un pierādīt to, ka slimība ir pārmantota.

– Kāds iemesls varētu būt tam, ka slimība kļūst jaunāka? Daudz tiek runāts par mūsdienas pārtiku un apkārtējās vides piesārņojumu. Vai varbūt ir kādi citi iemesli šādai situācijai?

– Protams, lielu lomu spēlē diagnostika. Mēs varam slimību atklāt arvien agrīnāk. Tomēr es gribētu piekrist un izcelt to, ka mēs dzīvojam stipri piesārņotā vidē, kurā saskaramies ar lielu daudzumu pesticīdu, herbicīdu. Tāpat dzīves laikā iegūtas mutācijas šūnās summējas ar mutācijām, kuras tiek pārmantotas no vecākiem. Mēs dzīvojam pilsētās ar piesārņotu gaisu, ēdam ēdienu, kurā ir kaitīgas vielas. Konkrētajā brīdī sekas nejutām, bet ilgtermiņā, pakļaujoties dažādu kancerogēnu iedarbībai, šūna tomēr var kļūt ļaundabīga, tai ir iespēja mutēt. Vēl viens risks faktors mūsdienās ir hronisks stress, kā rezultātā imūnsistēma tiek nomākta. Ja šūna kļūst ļaundabīga, tad tai ir daudz lielākas iespējas attīstīties, jo mūsu imūnsistēma nav tik spēcīga, lai to uzreiz atpazītu un iznīcinātu. Hronisks stress arī ir kaitīgs ilgtermiņā.



Sigita Hasnere: «Lielākā daļa I, II un III stadijas krūts vēža pacienšu tiek izārstētas. Saruna par modernām terapijām un mūža pagarināšanu ir tikai pacientēm ar IV stadijas audzēju. Tāpēc tur arī notiek visvairāk pētījumu, jo pagaidām valda uzskats, ka pacientes ar IV stadijas audzēju izārstēt nevar.»

– Minējāt, ka diagnostikas uzlabošanās ir viens no iemesliem, kāpēc atklāto gadījumu skaits ir audzis. Tajā pašā laikā, ja ir ļaundabīgas šūnas, – cik ātri trīsdesmitgadīgai sievietei attīstīsies vēzis un cik daudz laika ir, lai izvairītos no nopietnām sekām?

– Vēlos uzreiz atzīmēt, ka patlaban nav nevienas metodes, lai atrastu pirmo krūts vēža šūnu organismā. Lai diagnosticētu audzēju, tajā būs aptuveni miljards šūnu. No tā brīža, kad parādās pirmā šūna, līdz miljardam, kad varam to diagnosticēt, laika periods ir ilgs. Tie ir 3–10 gadi. Laiks ir atkarīgs no audzēja agresivitātes. Protams, audzēju ir vieglāk ārstēt un izārstēt tad, kad tas ir mazs. Jāatzīmē, ka jaunām sievietēm diemžēl bieži tiek konstatēta agresīva krūts vēža forma. Sievietēm lielākā vecumā vēzis ir «gljēvas» dabas, un laika sprādis kopš bumbuliša sataustīšanas līdz reālai ārstēšanai var būt ilgāks, jo audzējs paliek sākumstadijā. Jaunām sievietēm tas var būt tikai mēnesis kopš sataustīšanas, un vēzis jau būs izplatījies pa organismu. Svarīgākais ir pašām sevi pārbaudīt. Ja ir aizdomas, necerēt, ka tas pāries, bet doties pie ārsta. Labāk ir veikt lieku izmeklējumu, nevis pārdzīvot, ka ir par vēlu.

– Krūts vēža ārstēšanā tiek izmantotas visas pamatterapijas metodes: ķirurģiskā, staru terapija, ķīmijterapija. Taču arvien vairāk tiek pielietota arī mērķterapija. Kādas ir galvenās atšķirības starp mērķterapiju un tradicionālo ķīmijterapiju?

– Pirms ārstēšanas uzsākšanas pacienta audzēja materiāls tiek testēts uz dažādiem marķieriem. Ja tie ir pozitīvi, tad pacientam var tikt pielietota mērķterapija. Tām sievietēm, kurām marķierus audzēja šūnās neatrod, mērķterapija nedarbosies, jo tā iedarbojas tikai uz konkrētu mērķi vēža šūnā. Savukārt ķīmijterapija strādā ļoti plaši un

nogalina visas šūnas, kuras ātri dalās, kas ir raksturīgi audzēja šūnām. Diemžēl organismā ir arī veselās šūnas, kuras ātri dalās, un tās tiek nogalinātas, radot plašas blaknes. Tā kā mērķterapija nenogalina visas šūnas, bet mērķēti dodas uz šūnām, kurās ir atkrāsas mutācijas vai virsmas marķieri, tad arī blaknes ir krietni mazākas un medikamenti ir vieglāk panesami. Terapijas ilgums ir atkarīgs no tā, kāda ir mērķterapija un kādam nolūkam tā tiek izmantota. Ja tā nozīmēta pirms operācijas kombinācijā ar ķīmijterapiju, tad parasti ilgst pusgadu. Ja to izmanto kā profilaksi pēc operācijas, tad pusgadu, gadu un pat divus. Visbiežāk ilgstoša mērķterapija tiek izmantota pacientēm ar IV stadijas metastātisku krūts vēzi, kurš ir izplatījies uz orgāniem. Šādos gadījumos mēs mērķterapiju izmantojam tik ilgi, kamēr tā ir efektīva. Tas var ilgt mēnešiem un pat gadiem. Ja runājam par dzīves kvalitāti, – mērķterapijas gadījumā tā ir daudz labāka, salīdzinot ar ķīmijterapiju, jo blakņu ir mazāk un ļoti specifiskas. Mēs zinām, pret kādiem orgāniem mērķterapija var vērsties, un ar izmeklējumiem šīs sistēmas kontrolējam. Tomēr varbūtība, ka šādas problēmas būs, ir daudz mazāka nekā ķīmijterapijai. Lielākoties mērķterapiju var savienot ar ikdienas darbu, un dzīves kvalitāte būtiski nepasliktinās.

– Zinātne ļoti strauji attīstās, un ļaundabīgo audzēju ārstēšana kļūst arvien efektīvāka. Vai ir kādi jaunumi HER2+ tipa metastātiska krūts vēža ārstēšanā?

– HER2+ krūts vēzis veido aptuveni 20 procentus no visiem krūts vēža veidiem. Tas tiek uzskatīts par agresīvāku nekā cita tipa krūts vēži. Tāpēc ir būtiski, ka parādījusies mērķterapija, kuru varam apvienot ar ķīmijterapiju, un panākt daudz labākus rezultātus. Viens no jaunumiem ir divu

mērķterapijas medikamentu kombinācija, kuru izmantojam pirms operācijas, tādējādi palielinot nogalināto audzēja šūnu daudzumu, un operācija var būt radikālāka. Šo terapiju izmantojam arī sievietēm ar metastātisku krūts vēzi, kas pagarina dzīvildzi par vairākiem mēnešiem un pat gadiem. Labā ziņa ir tā, ka šīs zāles valsts kompensē gan sievietēm pirms operācijas, gan sievietēm ar krūts vēža metastāzēm.

Pēdējos gados HER2 audzēju terapijā ir parādījies jauns medikaments – antielastāzīnu konjugāts. Šīs zāles ir ieviesušas lielas pārmaiņas terapijā, jo ir pierādījušas ļoti būtisku ieguvumu pacientēm, kurām ir metastātiska slimība. Ja izmantojam šo medikamentu, bezprognozes periods palielinās četras reizes, salīdzinot ar zālēm, kuras standarta terapijā tika izmantotas pirms tam. Pirms šo zāļu parādīšanās sievietēm ar zemu HER2 ekspresiju uz audzēja šūnām nebija pieejama mērķterapija, bet tagad to var pielietot vēl vienai pacienšu grupai, ievērojami pagarinot dzīves ilgumu. Šis medikaments ir mainījis terapijas taktiku. Diemžēl pašlaik valsts šīs zāles nekompensē, bet tas ir tikai laika jautājums. Pateicoties mērķterapijai, mūsu pacienti dzīvo ilgāk un kvalitatīvāk, un katru gadu parādās arvien jaunas zāles, kas dod aizvien labākus rezultātus.

– Ja HER2+ tipa audzēji ir 20 procentiem visu pacienšu, vai arī atlikušajiem 80 procentiem nebūtu jāizstrādā medikamenti, kuri ir ar tikpat augstu efektivitāti un spēj tikpat labi palīdzēt? Ņemot vērā, cik plaši izplatīts ir krūts vēzis, – vai ir cerība, ka nākotnē varētu būt pieejamas zāles, kuras šo slimību izārstē vai ārstē vēl efektīvāk?

– Pārējiem krūts vēža veidiem ir citas terapijas, kuras ir tikpat efektīvas, piemēram, hormonu terapija, kura arī sniedz izcilus rezultātus. Trīskārši negatīvam krūts vēža tipam ir pieejama imūnterapija. Gribu uzsvērt, ka lielākā daļa I, II un III stadijas krūts vēža pacienšu tiek izārstētas. Saruna par modernām terapijām un mūža pagarināšanu ir tikai pacientēm ar IV stadijas audzēju. Tāpēc tur arī notiek visvairāk pētījumu, jo pagaidām valda uzskats, ka pacientes ar IV stadijas audzēju izārstēt nevar. Praksē mēs redzam atsevišķus gadījumus, kur audzējs gadiem ilgi klīniskajos izmeklējumos neparādās. Pārāk skaļi būtu teikt, ka tas ir izārstēts, bet nākotnē uz to ir pamatotas cerības. Eiropā un pasaulē notiek plaši pētījumi par audzēja vakcīnām un specifisku terapiju. Pretaudzēja vakcīnas nav nekas jauns un unikāls, taču pagaidām tās vēl nav līdz galam izstrādātas. Nākotnē vakcīnas noteikti būs pieejamas, taču tās nebūs profilaktiskas kā vīrusu vakcīnas. Tām ir citi iedarbības mehānismi, un tās būs paredzētas pacientiem ar jau diagnosticētu slimību.

– Kādā diagnostikas un terapijas virzienā, pēc jūsu domām, būtu jāpieliek vislielākās pūles, lai tiktu sasniegts maksimāli labākais rezultāts?

– Es ikdienā strādāju ar pacientēm, kurām jau ir atklāts vēzis. Diemžēl audzējam nav svarīgi, cik veselīgu dzīvesveidu cilvēks piekopj, neviens nav no tā pasargāts. Manuprāt, ir nepieciešama savlaicīga diagnostika, kas mums jau ir pieejama *zaļā koridora* ietvaros, bet lielākos ieguldījumus jāveic audzēja ārstēšanā. Problēma ir tāda, ka mēneša laikā var noteikt precīzu diagnozi, bet ir jāgaida vēl mēnesis, lai uzsāktu ārstēšanu. Tas ir ilgs laika periods. Būtu jāsamazina rindas uz terapiju, lai netiktu zaudēts dārgais laiks un varētu koncentrēties uz radikālu terapiju tām pacientēm, kurām tas vēl ir iespējams, un samazinātu audzēja izplatīšanos.

Foto: No Sigitas Hasneres personīgā arhīva

Melanoma – kā panākt labāku rezultātu

TOMS ZVIRBULIS

Ādas vēzis ir samērā plaši izplatīts Latvijas iedzīvotāju vidū. Kaut arī melanoma starp ļaundabīgajiem ādas audzējiem ir sastopama retāk nekā, piemēram, bazalioma vai plakanšūnu vēzis, tā ir daudz agresīvāka un sliktāk padodas ārstēšanai.

Sarunā ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas onkoloģi ķirurgi **Ievu Vidmani-Ozolu** skaidrojam, kā laikus atpazīt šo bīstamo slimību un kā to iespējams ārstēt.

– Kādām pazīmēm vai simptomiem cilvēkam ir svarīgi pievērst uzmanību, lai agrīni atpazītu melanomu?

– Melanomas gadījumā cilvēki parasti ievēro to, ka uz ādas parādās jauns pigmentēts punkts vai plankums, vai arī kāda no esošajām dzimumzīmēm sāk mainīties. Melanoma spēj rasties jebkurā ādas zonā, tostarp arī uz jau esošām dzimumzīmēm, kad kāda no tām ir sākusi mainīties. Svarīgākais, lai atpazītu melanomu, ir novērtēt, kā konkrētais ādas veidojums izskatās. Visbiežāk melanomai ir raksturīga tumša, asimetriska pigmentācija, taču iespējams arī, ka veidojums ir sārtā krāsā. Agrīnas melanomas diagnostikā problēma ir tāda, ka tai raksturīgās pazīmes ar aci nav iespējams noteikt. Atpazīšanā varētu būt noderīgi ABCDE kritēriji (A – asimetrija, B – neregulāras robežas, C – krāsas dažādība, D – diametrs lielāks nekā 6 mm, E – veidojuma izmaiņas), taču agrīnai melanomai šie kritēriji nav efektīvi, jo lielākā daļa no tiem vēl nav attīstījušies. Galvenais, ko ikvienam vajadzētu darīt, lai agrīni atpazītu melanomu, ir regulāra savas ādas novērtēšana. Ja parādās kāds jauns veidojums – pigmentēts vai sārts plankums vai punkts, vai esošās dzimumzīmes kaut nedaudz mainās, – ir jāvērsas pie dermatologa, lai novērtētu veidojumus ar dermatoskopijas palīdzību. Dermatoskopija ir diagnostikas metode, kur vairākkārtīgā palielinājumā var aplūkot ādas veidojumus un noteikt tos raksturojošas specifiskas pazīmes, tādā veidā agrīni atpazīstot potenciāli ļaundabīgus vai ļaundabīgus veidojumus ādā.

– Kādas ir visbiežāk sastopamās melanomas lokalizācijas?

– Iemesli, kāpēc var rasties melanoma, ir vairāki, un viens no tiem ir hroniska, atkārtota saules staru ekspozīcija un saules radīti ādas apdegumi. Tāpēc viena no biežāk sastopamajām lokalizācijām ir zonas, kas pakļautas hroniskam fotobojājumam, – galva, kakls, ķermenis un ekstremitātes. Ja salīdzina melanomas lokalizāciju sievietēm un vīriešiem, – sievietēm tā biežāk sastopama uz apakšstilbu ādas, savukārt vīriešiem melanomu biežāk novēro uz muguras. Kopumā melanoma var rasties jebkurā ādas vai gļotādas zonā, līdz ar to cilvēks ir jāizmeklē un jānovērtē no galvas līdz kājām, lai noteiktu, vai visi ādas veidojumi ir labdabīgi.

– Melanomas diagnostikā ļoti svarīgs solis ir biopsija. Kāda ir galvenā atšķirība starp ekscīzijas, incīzijas un punch biopsijām?

– Aizdomu gadījumā par ādas audzēju, lai apstiprinātu vai izslēgtu diagnozi, ir nepieciešama audu histopatoloģiskā izmeklēšana, kurai jāiegūst audu paraugs, veicot biopsiju. Diagnostikā tiek izmantoti visi trīs minētie biopsijas veidi. Atšķirība ir tajā, cik lielu audu apjomu ir iespējams iegūt ar katru no šiem biopsijas veidiem, kā arī ne visi veidi ir piemēroti visiem gadījumiem. *Punch* (perforācijas) biopsijas laikā tiek iegūts pilna biezuma ādas paraugs. Šī parauga izmērs var būt no 2 līdz 8 milimetru diametrā atkarībā no tā, cik liels biopsijas



Foto: No RAKUS arhīva

Ieva Vidmane-Ozola: «Parasti, lai diagnosticētu melanomu, tiek rekomendēts veikt ekscīzijas biopsiju, lai jau pirmajā reizē, kad histopatoloģiski tiek izmeklēts šis aizdomīgais veidojums, tas viss ir ekscidēts un patologam ir pieejams viss audu materiāls, jo tādā gadījumā ir iespējams noteikt precīzu diagnozi un izslēgt citas iespējamās diagnozes.»

perforators tiek izmantots. Veicot incīzijas biopsiju, tiek iegūts daļējs audu paraugs, tas ir, ne viss veidojums, savukārt ar ekscīzijas biopsiju veidojums tiek izņemts pilnībā ar 1–2 milimetru lielām atkāpēm, un šis ir visbiežāk izmantotais biopsijas veids, ko pielieto melanomas diagnostikā. Parasti, lai diagnosticētu melanomu, tiek rekomendēts veikt ekscīzijas biopsiju, lai jau pirmajā reizē, kad histopatoloģiski tiek izmeklēts šis aizdomīgais veidojums, tas viss ir ekscidēts un patologam ir pieejams viss audu materiāls, jo tādā gadījumā ir iespējams noteikt precīzu diagnozi un izslēgt citas iespējamās diagnozes. Pastāv daži izņēmumi, kad ādas audzējam ir iespējams veikt *punch* vai incīzijas biopsiju, – tas ir gadījumos, kad veidojums ir liels un lokalizējas estētiski un funkcionāli būtiskās zonās. Šādā gadījumā, lai apstiprinātu diagnozi, no sākuma tiek veikta neliela biopsija un pēc tam plānota turpmākā taktika, lai visu veidojumu ekscidētu, saglabātu pacienta funkcionalitāti un panāktu labāko iespējamo estētisko rezultātu.

– Pēc biopsijas paraugs tiek nosūtīts patologam. Kādi ir galvenie prognostiskie faktori, ko var iegūt no patologa slēdziena?

– Pats svarīgākais, ko nosaka patologs, ir diagnoze. Ja tā ir melanoma, attiecīgi nākamais, ko patologs nosaka, ir histoloģiskie prognostiskie faktori. Viens no tiem ir melanomas biežums pēc Breslova – tas ir rādītājs, kas raksturo

audzēja biezumu milimetros. Nākamais kritērijs ir izčūlošanās esamība – izčūlošanās ir ādas virsmas zudums melanomas zonā. Vēl viens būtisks kritērijs ir mitozu skaits – mitoze ir process, kurā notiek šūnu dalīšanās, tāpēc tiek novērtēta šūnu dalīšanās uz 1 mm², kā arī patologs iekļauj savā atzinumā mikrosatelītu esamību, ja tādi ir (mikrosatelīti ir metastātisku šūnu grupa, kas nav savienota ar primāro audzēju un atrodas tuvu veidojumam). Protams, ir svarīgi arī, ka patologs norāda attālumu no melanomas līdz ekscidētā parauga robežām. Kopumā patologa slēdziens ir svarīgākā lieta melanomas diagnostikā, jo no tā ir atkarīga tālākā ārstēšanas un papildu izmeklēšanas taktika: piemēram, no melanomas biezuma milimetros pēc Breslova ir atkarīgs tas, cik lielas atkāpes ir nepieciešamas ievērot, veicot plašu lokālo ekscīziju jeb reekscīziju, un vai ir nepieciešama turpmāka izmeklēšana.

– Kā iedalās melanomas stadijas, un kā tās ietekmē pacienta izredzes uz pilnīgu atveseļošanos?

– Melanomas stadija tiek noteikta pēc TNM klasifikācijas, kas raksturo audzēja izplatību. Stadijas noteikšana ir būtiska, jo no tās atkarīga taktika – vai un kāda izmeklēšana un terapija turpmāk ir nepieciešama. Atbilstošas stadijas noteikšana nodrošina attiecīgu terapiju. TNM klasifikācijā T ir atkarīgs no melanomas biezuma un izčūlošanās

esamības, N ir atkarīgs no reģionālo limfmezglu iesaistes procesā, savukārt M ir atkarīgs no melanomas attālu metastāžu esamības. Ņemot vērā visu šo informāciju, tiek noteikta melanomas stadija. I un II stadijas gadījumā melanomas šūnas nav izplatījušās ārpus primārā audzēja, III stadijai raksturīga melanomas šūnu izplatība ārpus primārā audzēja un reģionālo limfmezglu iesaiste, un/vai mikrosatelīti ap primāro tumoru vai tranzitmetastāzes, kas ir audzēja šūnu sakopojumi «pa ceļam» uz reģionālajiem limfmezgļiem, tos nesasniedzot. IV stadijas gadījumā jau ir attālas metastāzes, kas var būt gan plaušās, gan aknās, gan galvas smadzenēs un citās ķermeņa vietās. Laikus diagnosticējot melanomu agrīnās stadijās (I vai II stadija), ir lielāka iespēja uz pilnīgu atveseļošanos, savukārt vēlinās stadijās, kad melanomas šūnas ir izplatījušās ārpus primārā audzēja, pilnīgas atveseļošanās iespējas samazinās.

– Kas ir sargmezglis? Kāda ir to nozīme loma diagnostikā?

– Melanomas var metastazēt jeb izplatīties caur limfātisko sistēmu vai hematogēnā ceļā, un aptuveni divas trešdaļas metastāžu sākotnēji lokalizējas tikai reģionālo limfmezglu drenāžas zonā. Sargmezglis ir reģionālais limfmezgls, uz kuru plūst limfa no tās zonas, kur konstatēta melanoma. Tāpēc gadījumos, kad melanomas šūnas ir sākušas izplatīties ārpus sākotnējā audzēja vai vietējiem audiem apkārt tai, sargmezglis ir pirmais limfmezgls, kurā tās varētu nonākt. Sargmezglā biopsija parasti notiek vienlaikus ar melanomas reekscīziju, un iegūtais materiāls arī tiek nosūtīts patologam tālākai izmeklēšanai. Kopumā melanomas šūnu esamība sargmezglā ir viens no vis svarīgākajiem prognostiskajiem faktoriem, jo no tā ir atkarīga melanomas stadija un turpmākā ārstēšanas taktika.

– Vai melanoma var atgriezties? Kādi ir galvenie faktori, kas ietekmē melanomas recidīva jeb atkārtotās risku?

– Ja ārstēšanās laikā kāda no melanomas šūnām ir izdzīvojusī, pastāv iespēja, ka šī šūna turpina dalīties, un audzējs var atgriezties jeb recidivēt. Melanomas recidīva risks korelē ar audzēja stadiju diagnostikas brīdī – primārā audzēja biezums, izčūlošanās esamība, mitozu skaits, kā arī tas, vai ir bijuši iesaistīti limfmezgļi. Lai mazinātu melanomas recidīvu, ir jābūt adekvātai gan primārajai diagnostikai, gan sākotnējai ķirurģiskajai ārstēšanai. Pēc diagnostikas un terapijas svarīga ir pacienta regulāra novērošana dinamikā. Novērošanas biežums arī ir atkarīgs no melanomas stadijas. Kopumā pacientam ir jāievēro ārsta sniegtās rekomendācijas, lai gadījumā, ja rodas melanomas recidīvs, tas tiktu laikus noteikts.

– Kādi būtu jūsu galvenie ieteikumi cilvēkiem, kuriem ir aizdomas par veidojumu uz ādas, bet viņi uzskata, ka tas nav nekas nopietns?

– Melanoma tāpat kā jebkurš audzējs sākas no vienas šūnas, kas, turpinot dalīties, spēj izaugt par lielu, labi redzamu audzēju un, ja netiek laikus diagnosticēts un ārstēts, var pat izraisīt cilvēka nāvi. Svarīgi, ka, audzēju agrīnāk diagnosticējot, ir iespējams panākt labāku rezultātu un būtiski palielinās izdzīvošanas iespējas. Ņemot vērā šos faktus, ikvienam cilvēkam, kuram ir aizdomas par veidojumu uz ādas, kaut pavisam nelielu, ir nepieciešams vērsties pie ārsta, galvenokārt dermatologa, lai veiktu ādas veidojumu dermatoskopisku pārbaudi. Šāda pārbaude dod iespēju noteikt, vai aizdomīgais veidojums ir labdabīgs vai ļaundabīgs. Atkarībā no atrades dermatologs sniedz turpmākās rekomendācijas. Svarīgi atcerēties – jo ātrāk audzējs tiek diagnosticēts, jo drīzāk cilvēks var saņemt nepieciešamo palīdzību.

Lielāka terapijas daudzveidība melanomas ārstēšanā

Ilona Noriete

Iestājies silts laiks, un nav tālu dienas, kad daudzi steigs sauļoties uz pludmalēm. Taču nedrīkst aizmirst, ka ilgstoša atrašanās saulē bez ādas aizsarglīdzekļiem var radīt ne tikai apdegumus, bet arī ievērojami paaugstina melanomas rašanās risku. Tieši ultravioletais (UV) starojums mediķu aprindās tiek uzskatīts par vienu no galvenajiem šī ļaundabīgā audzēja veidošanās cēloņiem. Melanoma var parādīties jebkurā vietā uz ķermeņa, turklāt visbiežāk tā izceļas ar ļoti agresīvu dabu, jo ātri aug un veido metastāzes, kas ar asinīm un limfu izplatās pa visu ķermeni.

Kaut arī, pateicoties pieejamajām terapijām, pēdējo desmit gadu laikā melanomas ārstēšanā panākts ievērojams progress, tomēr pret šo audzēju nedrīkst izturēties nenopietni. Par visu vairāk sarunā ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) stacionāra Latvijas Onkoloģijas centrs onkoloģi ķīmijterapeiti Svetlanu Kašperovu.

– Mūsdienās vēl aizvien ir cilvēki, kuri apmeklē solārijus. Pastāstiet vairāk par melanomas galvenajiem riska faktoriem, īpaši saistībā ar šo praksi.

– Ja sauļošanās solārijā uzsāka pirms 35 gadu vecuma sasniegšanas, melanomas attīstības risks pieaug par 75 procentiem. Ja sievietē no 20 gadu vecuma apmeklē solāriju aptuveni reizi nedēļā, ādas vēža iespējamības risks 45 gadu vecumā dubultojas. Pat viena sauļošanās sesija solārijā melanomas attīstības risku palielina par 20 procentiem. Regulāriem solārija apmeklētājiem ir pusotru reizi lielāks bazālo šūnu karcinomas attīstības risks un divarpus reizi lielāka plakanšūnu vēža jeb skvamozu šūnu karcinomas rašanās iespējamība.

– Kādi vēl ir melanomas rašanās iemesli?

– Pie riska faktoriem var minēt arī cilvēka fenotipu. UV starojums īpaši graujoši iedarbojas uz gaišas ādas īpašniekiem, jo tā viegli apdeg saulē. Viņiem parasti raksturīgas arī gaišas acis, gaiši vai rudi mati, vasaras raibumi, nereti bērnišķīga un jaunība bijuši saules radīti apdegumi. Tādēļ šiem cilvēkiem jābūt īpaši piesardzīgiem. Paaugstināts melanomas attīstības risks ir arī indivīdiem ar lielu dzimumzīmju skaitu (vairāk par 50) vai gadījumos, kad šis dzimumzīmes ir lielas (vairāk nekā 5 mm diametrā), brūnas, iedzīmtas. Piesardzība būtu nepieciešama arī cilvēkiem, kuriem personīgajā anamnēzē novērots nemelanomatozs ādas audzējs (bazalioma, plakanšūnu ādas karcinoma). Tas pats attiecas arī uz tiem, kam bijusi melanoma gan personīgajā, gan ģimenes anamnēzē, dažādas vēzdraudes patoloģijas (aktīniskās keratozes, Bouena slimība). Pie riska faktoriem pieskaitāma arī imūnsupresija (HIV, onkohematoloģiskas slimības, stāvoklis pēc orgānu transplantācijas vai hroniska imūnsupresīvu medikamentu lietošana).

– Kādi apstākļi var stimulēt melanomas attīstību?

– Liela nozīme ir vides ietekmei, īpaši agrā bērnībā iegūtajai saules iedarbībai. UV starojums gan neietekmē visus cilvēkus vienlīdzīgi, tāpēc zinātnieks Tomass Ficpatriks savulaik izstrādāja sistēmu, kas klasificē visus cilvēkus atkarībā no viņu ādas reakcijas uz UV starojumu. Mūsdienās šī sistēma ir pazīstama kā Ficpatrika skala. Tā aptver sešus ādas fototipus – no I (āda vienmēr apdeg,



Svetlana Kašperova:
«Paaugstināts melanomas attīstības risks ir arī indivīdiem ar lielu dzimumzīmju skaitu vai gadījumos, kad šis dzimumzīmes ir lielas (vairāk nekā 5 mm diametrā), brūnas, iedzīmtas.»

bet nekad neveidojas iedegums) līdz VI (nekad neapdeg, sk. tabulu).

I un II ādas fototips, kas raksturīgs vairumam Latvijas iedzīvotāju, ir ļoti jutīgs pret UV starojumu. Starptautiskā Vēža pētniecības aģentūra jau 2009. gadā to klasificēja kā I fototipa pārstāvim kancerogēnu.

Lai atgādinātu par UV starojuma negatīvo ietekmi uz cilvēka ādu un mazinātu tā radīto onkoloģisko slimību risku, Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) rīkos sociāli izglītojošu kampaņu

Tradicionāli melanoma tiek uzverta kā slimība ar sliktu prognozi, taču pēdējo gadu medicīnas sasniegumi ir jūtami uzlabojuši ārstēšanas efektivitāti un dod pacientiem cerības uz kvalitatīvu dzīvi.

– Necepies! Tās laikā iedzīvotāji tiks mudināti atbildīgi izturēties pret atrašanos saulē, izmantot aizsarglīdzekļus pret UV starojumu un izvairīties no solāriju apmeklēšanas.

– Runājot par melanomas izplatību, – cik lieliem skaitam pacientu gadā Latvijā tiek noteikta šī diagnoze?

– Katru gadu Latvijā vidēji tiek reģistrēti 215 jauni ādas melanomas un 1410 citu ļaundabīgo ādas audzēju gadījumi. No 2012. līdz 2021. gadam Latvijā ik gadu no ādas melanomas miruši vidēji 72, bet no citiem ļaundabīgajiem ādas audzējiem – 58 cilvēki. Savukārt 2022. gadā, pēc SPKC datiem, šie skaitļi ir attiecīgi 69 un 53. Dati tāpat liecina, ka sievietēm gadā diagnosticēti vidēji 133 jauni ādas melanomas un 859 jauni citu ļaundabīgo ādas audzēju gadījumi. Vīriešiem šie rādītāji ir attiecīgi 82 un 551 gadījums gadā. Var piebilst, ka pēc statistikas datiem Latvija ne ar ko neatšķiras no citām valstīm, kurās veikti līdzīgi novērojumi. Taču Starptautiskā vēža izpētes aģentūra (IARC) prognozē,

ka laika posmā no 2020. līdz 2040. gadam jaunu ādas melanomas gadījumu skaits pasaulē pieaugs vairāk nekā uz pusi, pārsniedzot 500 000 gadā. Savukārt melanomas izraisīto nāves gadījumu skaits pieaugs vairāk nekā par divām trešdaļām un sasniegs gandrīz 100 000 gadā.

– Kā audzēja stadija ietekmē turpmāko ārstēšanas stratēģiju?

– Pārsvārā nākas ārstēt smagas, bieži jau ceturrtajā stadijā esošas melanomas, un šajā gadījumā terapija ir ļoti individuāla. Slimības stadijas precizēšanai rekomendē veikt datortomogrāfiju plaušām un vēdera dobuma orgāniem vai pozitronu emisijas tomogrāfiju (PET/CT), kas ar onkologu konsilija lēmumu ir valsts apmaksāts pakalpojums. Faktiski jebkura pacienta ārstēšanai specializētā jāvēršas personalizēta terapija atkarībā no diagnozes, slimības stadijas, BRAF gēna mutācijas statusa un iepriekš saņemtās ārstēšanas. Onkologi ķīmijterapeiti lielākoties cīnās ar izplatītām melanomām, un šādā gadījumā ārstēšanās vienmēr ir grūta un bieži rada būtiskas blaknes. Lai novērtētu katra pacienta stāvokli un optimālo rīcību, pirms jebkuras terapijas uzsākšanas notiek multidisciplinārs konsilijis. Tas strādā RAKUS poliklinikā. Procesā piedalās daudzi speciālisti, tostarp onkologs ķīmijterapeits, ķirurgs, imunologs, patoloģis, dermatologs un staru terapeits. Atkarībā no konsilija lēmuma tiek nozīmēta ārstēšana. Vienai grupai pacientu var uzsākt imūnterapiju jeb ārstēšanu ar īpašiem medikamentiem – imūnsistēmas kontrolpunktu inhibitoriem, otrai būs jāizmanto kombinētā BRAF/MEK terapija.

– Kādas ir galvenās ārstēšanas taktikas un to atšķirības pirmajai, otrajai, trešajai un ceturtajai melanomas stadijai?

– Latvijā valsts patlaban apmaksā divus ārstēšanas veidus neatkarīgi no mutācijas – imūnterapiju un mērķterapiju. Atbilstoši mūsu kompensācijas noteikumiem, ņemot vērā vispārējo stāvokli un konsilija lēmumu, pacienti saņem noteiktu ārstēšanu.

– Vai varat izskaidrot, kā jaunās metodes ir mainījušas mūsdienu ārstēšanas pieeju un pacientu prognozi?

– Pirms jebkuras terapijas uzsākšanas pacientu izmeklē, tā palīdzot saprast, ar ko labāk sākt, lai

Ādas fototipu klasifikācija

Ādas fototips*	Raksturojums	Konstitucionālais tips
I	Vienmēr apdeg, nekad neveidojas iedegums	Albīni, bieži ar zilām acīm, rudiem matiem un vasaras raibumiem
II	Viegli apdeg, viegls iedegums	Baltādaini cilvēki, bieži blondīni
III	Dažkārt apdeg, tad iedegums veidojas un pastiprinās	Vairākums baltādaino cilvēku
IV	Apdeg minimāli, vienmēr labi iedeg	Latīņamerikāņi un aziāti
V	Apdeg reti, labi iedeg	Austrumnieki, indiāņi
VI	Nekad neapdeg	Afroamerikāņi

* Ādas fototipu klasifikācija pēc Ficpatrika

kontrolētu slimības gaitu. Agrāk ārstēšanā izmantoja tikai BRAF inhibitorus, kuri vērsti pret BRAF mutāciju, un šajā gadījumā atbildes reakcija bija 50 procentu. Taču šiem medikamentiem ir augsta toksicitāte un pret tiem ļoti ātri attīstās rezistence. Medikamentu kombinācijai, kurā BRAF inhibitorus izmanto kopā ar MEK inhibitoriem, ir daudz labāka panesamība un arī atbildes reakcija. Prognozes ir atkarīgas no vairākiem faktoriem, kuri ietver cilvēka vecumu, vispārējo veselības stāvokli un ārstēšanas plāna darbības efektivitāti. Tāpat prognozi ietekmē gan primāro, gan metastātisko audzēju īpašības. Tradicionāli melanoma tiek uzverta kā slimība ar sliktu prognozi, taču pēdējo gadu medicīnas sasniegumi ir jūtami uzlabojuši ārstēšanas efektivitāti un dod pacientiem cerības uz kvalitatīvu dzīvi. Tomēr, neraugoties uz šiem sasniegumiem, atsevišķos gadījumos, kad konstatētas metastāzes smadzenēs vai novērojami tādi reti slimības apakštipi kā glotādas un uveālā jeb acs melanoma, joprojām pastāv problēmas.

– Kādas blaknes var novērot pacientiem, kuri lieto mērķterapiju?

– Diemžēl ikvienu melanomas ārstēšanas veidu pavada blaknes. Tās ir ļoti individuālas. Dažiem pacientiem novēro teju visas iespējamās blakusparādības, bet citi piedzīvo tikai atsevišķas nepatīkamas izpausmes vai tādu viņiem nav nemaz. Biežākās blaknes, ko var izraisīt imūnterapija un mērķterapija, ir caureja, kolīts (zarnu iekaisums), pigmenta zudums (vitiligo), izsitumi uz ādas (hemorāģiski izsitumi), tūska, dziļo vēnu tromboze, kardiomiopātija, vairogdziedzera darbības traucējumi, hiperglikēmija, nieze, drudzis, nespēks, aizcietējums, slikta dūša, locītavu sāpes, acu toksicitāte, plaušu slimības (pneimons), ādas toksicitāte.

Jāņem vērā, ka zināma toksicitāte ir visiem BRAF inhibitoriem un atkarībā no medikamentu lietošanas katram ir arī savas blaknes. Taču, koriģējot devas, mēs varam tās samazināt. Piemēram, slikta dūša, nogurums un acu toksicitāte vairāk saistīta ar MEK inhibitoriem, savukārt fotosensitivitāte un caureja, kā arī drudzis un drebuļi pārsvarā raksturīgi BRAF inhibitoriem. Analizējot blaknes, zinot, kurš medikaments kādus simptomus izraisa, mēs varam nedaudz koriģēt devas vai pārtraukt ārstēšanu un novērst blakusparādību rašanos. Tādēļ, lietojot gan imūnsistēmas kontrolpunktu inhibitorus, gan arī BRAF un MEK inhibitorus, vienmēr jāstrādā komandā kopā ar endokrinologu, dermatologu. Var būt nepieciešama arī okulista palīdzība, ja ir jāpārbauda acu toksicitāte, vai gastroenterologa piesaiste. Caurejas un fotosensitivitātes gadījumos parasti terapiju koriģē es pati, bet acu simptomus vērtējam kopā ar okulistiem.

Liepājas slimnīcā ir visas iespējas savlaicīgi

ILONA NORIETE

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

– Kādas vēža lokalizācijas vēl ir biežāk sastopamas?

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

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

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

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

– Ko jūs vēl varētu cilvēkiem ieteikt šajā jomā?

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

konstatēt vēzi un to uzveikt



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



Liepājas reģionālās slimnīcas Ķīmijterapijas, hematoloģijas un paliatīvās aprūpes nodaļa.

Ķīmijterapiju un staru terapiju stacionārā saņēmušie onkoloģiskie pacienti

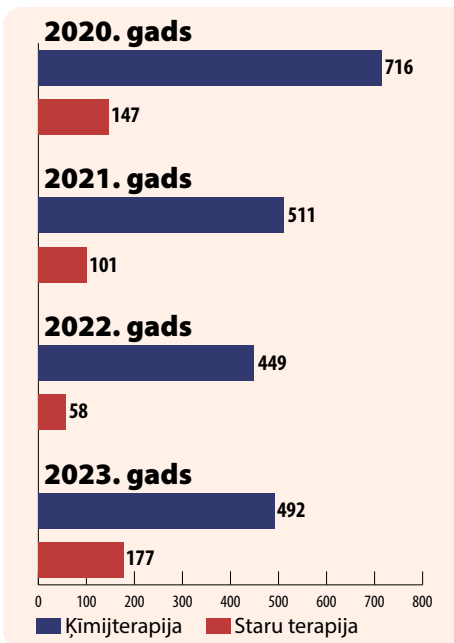


Foto: No Liepājas reģionālās slimnīcas arhīva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– Cik spēcīga jūtas Liepājas reģionālā slimnīca onkoloģisko pacientu izmeklēšanā un

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

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

Paliatīvo aprūpi var saņemt arī pacienta dzīvesvietā

EVITA HOFMANE

20. februārī valdība pieņēma Paliatīvās aprūpes noteikumus, kas nosaka kārtību aprūpes organizēšanai, saņemšanai un finansēšanai, lai nodrošinātu jauna pakalpojuma – paliatīvā aprūpe pacienta dzīvesvietā – ieviešanu. Pirms tam pilotprojekts tika īstenots Liepājas valstspilsētas pašvaldībā un Dienvidkurzemē.

Paliatīvā aprūpe pacienta dzīvesvietā ir jauns valsts apmaksāts veselības aprūpes pakalpojums, kas, izmantojot mobilās komandas, ietver gan veselības, gan sociālo komponentu. Pakalpojumi pacientiem un ģimenēm tiek nodrošināti koordinētā un integrētā veidā.

Par privāto ilgstošās sociālās aprūpes centru *Rūre* un jaunā pakalpojuma ieviešanu valstī runājam ar centra vadītāju ārstu **Kristiānu Dāvi**.

– Kas bija pamatā idejai par sociālās aprūpes centra *Rūre* izveidi?

– Es esmu ārsts, asinsvadu ķirurgs. Savulaik strādāju rezidentūrā Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā. Ideja par centra izveidi dzima tāpēc, ka gana bieži nācās saskarties ar situāciju, kad pacients ir jāizraksta no slimnīcas, viņam jādodas mājās, bet diagnoze ir, piemēram, onkoloģiska slimība terminālā stadijā, slimnieks ir gulošs, un piederīgie jautā – ko mums tagad darīt? Dažkārt bijām spiesti atbildēt, ka nezinām, kā šādā brīdī palīdzēt, iespējas bija ierobežotas. Šie apstākļi ļāva vēl skaidrāk saprast, cik nozīmīga problēma mūsu valstī ir atbilstošas aprūpes trūkums. Tā dzima ideja veidot institūciju, kas šādiem pacientiem un viņu tuviniekiem var palīdzēt. Pakāpeniski attīstot ideju, tapa skaidrs, ka problēma ir ne tikai ar paliatīvās aprūpes pacientiem, bet visā lielajā sociālās aprūpes sfērā Latvijā. Ņemot vērā mūsu mentalitāti, cilvēki, cik vien iespējams, vēlas palikt mājās. Sociālās aprūpes iestādē viņi nonāk saistībā ar veselības problēmām, kas ierobežo pašaprūpes spējas. Šo secinājumu rezultātā dzima ideja par sociālās aprūpes centru *Rūre*, kurā pieejama gan sociālā, gan gulošu pacientu, gan demences slimnieku, gan paliatīva hospisa pacientu aprūpe, kas ietver integrētu veselības aprūpi. Mēs ne tikai nodrošinām pamatvajadzības, bet koncentrējamies uz pacientu veselības stāvokli un sniedzam medicīnisko palīdzību.

Sociālās aprūpes centra *Rūre* dibinātājs uzņēmums *Magnum Social & Medical Care* darbību uzsāka 2020. gadā ar 257 tūkstošu eiro pamatkapitālu. Lai Liepājā izveidotu sociālās aprūpes, rehabilitācijas un paliatīvās aprūpes centru ar 180 līdz 200 gultas vietām, tika piesaistīts Attīstības finanšu institūcijas ALTUM finansējums aizdevuma veidā 2,18 miljonu eiro apjomā, kas tika izmantots, lai izbūvētu un pielāgotu telpas, iegādātos nepieciešamo aprīkojumu, iekārtas u.c.

– Ko nozīmē paliatīvā aprūpe mājās?

– Paliatīvā aprūpe ir specializēta medicīniskā aprūpe cilvēkiem, kuriem diagnosticēta slimība terminālā stadijā. Aprūpe vērsta uz slimības simptomu un stresa mazināšanu, tās mērķis ir uzlabot dzīves kvalitāti gan pacientam, gan tuviniekiem. Paliatīvo aprūpi nodrošina īpaši apmācītu ārstu, medicīnas māsu un citu speciālistu komanda. Tā ir balstīta uz pacientu vajadzībām nevis diagnozi.

– Kā jūs raksturotu paliatīvo aprūpi Latvijā agrāk un tagad?

– Pirms tika uzsākts pilotprojekts Liepājā, paliatīvā aprūpe Latvijā pārsvarā tika nodrošināta tikai un vienīgi stacionāros. Tā bija Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Paliatīvās aprūpes



Kristiāns Dāvis: «Visiem Latvijas senioriem, kuri sasnieguši pensijas vecumu, ir tiesības saņemt veselības un aprūpes pakalpojumus kādā no Latvijas sociālās aprūpes vietām. Mēs sniedzam augstas kvalitātes pakalpojumus gan vietējiem, gan citu reģionu senioriem.»

nodaļa stacionārā Bīķernieki vai citās slimnīcās, kurās varēja palīdzēt cilvēkiem cieņpilni, bez sāpēm un ciešanām aiziet no dzīves. Taču vienlaikus sanāca tā, ka cilvēki nonāca slimnīcā, lai dotos aizsaulē, kas īsti nav stacionāra funkcija klasiskā izpratnē.

Citos gadījumos tuvinieki savus piederīgos ievietoja sociālās aprūpes namos, it īpaši, ja radnieki bija kopjami, guloši. Tomēr liela daļa sociālās aprūpes institūciju šādus pacientus nevēlas uzņemt, un mēs «atduramies» pret medicīnas jautājumu. Daudzi pansionāti šo pacientu aprūpi neuzņemas, jo nevar nodrošināt ikdienas medicīnisko aprūpi. Reizēm tuvinieki paši mēģina algot aprūpētājus. Veidi, kā risināt radnieku paliatīvo aprūpi, bija dažādi, bet nebija rasts kopīgs, valstisks risinājums.

Pilotprojekts ilga pusotru gadu. Mūsu uzdevums bija izveidot sistēmu, sākt to īstenot, lai varētu izvērtēt, cik tā ir efektīva, kas darbojas labi un kas nē. Tad projekts tika pagarināts vēl uz pusgadu. Mēs Veselības ministrijai un Labklājības ministrijai iesniedzām datus, tie tika izvērtēti, un atzinums bija pozitīvs. 2023. gada beigās tika izsludināts konkurss, kurā varēja pieteikties pakalpojuma sniedzēji. No 2024. gada 1. janvāra visā valstī ir uzsākts sniegt mobilās paliatīvās brigādes pakalpojumus. Ja agrāk katrs individuāli centās risināt šo problēmu, meklēt risinājumus, piemēram, krīzes situācijā saucot neatliekamo medicīnisko palīdzību, sadarbojoties ar ģimenes ārstu u.c., tad tagad mobilās paliatīvās brigādes sniedz valsts apmaksātu pakalpojumu, kas ir maksimāli orientēts uz aprūpi mājās. Tā ir būtiska atšķirība.

– Cik liels ir pieprasījums pēc mobilās paliatīvās aprūpes brigādes pakalpojumiem?

– Šis pakalpojums ir ļoti nepieciešams. *Rūre* pašlaik apkalpo visu Kurzemi, Latgali, Daugavas kreiso krastu Rīgā un Pierīgu. Kopumā Latvijā strādājam ar vairāk nekā 200 pacientiem. Iniciatīva un interese ir ne tikai no pašiem sirdzējiem, bet arī no viņu piederīgajiem, ģimenes ārstiem, ārstiem speciālistiem, kuri savus pacientus nosūta pie mums uz aprūpi. Pieprasījums ir liels un acīmredzot kļūs arvien lielāks, jo šī joma cilvēkiem joprojām ir ļoti aktuāla. Ikvienam jaunam pakalpojumam ir vajadzīgs laiks, lai tas gūtu

atpazīstamību, iesaistītās puses noskaidrotu, kāda ir kārtība, lai uzsāktu izmantot piedāvājumu, lai stacionāri saprastu sistēmu.

– Paliatīvo aprūpi sniegt arī centrā *Rūre*. Cik ilgu laiku pacienti var pie jums uzturēties? Piemēram, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Paliatīvās aprūpes nodaļā pacientu uzturēšanās laiks ir ierobežots, jo tur ir ļoti lielas rindas.

– Centrā *Rūre* tiek nodrošināti gan ilgstošas sociālās aprūpes pakalpojumi (pansionāts, sociālās aprūpes pakalpojumi), gan aprūpes slimnīcas pakalpojumi (stacionārs, ārstniecības iestāde). Paliatīvie pacienti var uzturēties tik ilgi, cik viņi un tuvinieki to vēlas, – vai nu līdz tam, kad nolemj pārtraukt uzturēšanos centrā, vai arī līdz brīdim, kad dodas aizsaulē. Tāpat ir hospisa gadījumā – tik ilgi, cik tas nepieciešams, vai tik ilgi, cik cilvēki to izvēlas.

– Kas ir hospisa aprūpe?

– Hospisa aprūpe ir veids, kas koncentrējas uz nedziedināmo slimnieku aprūpi dzīves noslēgumā. Tās prioritāte ir vairo dzīves kvalitāti, mazinot sāpes un ciešanas.

– Kādi pakalpojumi vēl tiek piedāvāti ilgstošas sociālās aprūpes centra *Rūre* klientiem?

– Visiem Latvijas senioriem, kuri sasnieguši pensijas vecumu, ir tiesības saņemt veselības un aprūpes pakalpojumus kādā no Latvijas sociālās aprūpes vietām. Mēs sniedzam augstas kvalitātes pakalpojumus gan vietējiem, gan citu reģionu senioriem.

Rūre piedāvā: ārsta izstrādātu un personalizētu medicīniskās aprūpes plānu katram pacientam; pacienta veselības stāvokļa kontroli diennakts garumā medicīnas personāla uzraudzībā; dažādas manipulācijas (medikamentu ievadi, brūču apkopšanu un pārsiešanu, mākslīgo atveru kopšanu u.c.), fizioterapiju un fizikālo terapiju, psihologa un kapelāna pakalpojumus. Ir pieejama medicīniskā aprūpe pacienta mājās: ārstu speciālistu mājas vizītes, medikamentu ievadīšana, brūču apkope, klīnisko analīžu noņemšana un nogādāšana laboratorijā u.c.

Saviem klientiem medicīnas pakalpojumus nodrošinām atkarībā no nepieciešamā aprūpes līmeņa – no rehabilitācijas, ikdienas atbalsta

Skaidrojošā vārdnīca

Paliatīvā aprūpe – starpdisciplināra, holistiska tādu pacientu aprūpe, kuru slimība ir dzīvildzi ierobežojoša un nav radikāli ārstējama, ar mērķi novērst vai mazināt slimības radītās ciešanas, lai nodrošinātu iespējami augstu dzīves kvalitāti pacientam un atbalstu viņa ģimenei.

Avots: likumi.lv



sniegšanas līdz paliatīvajai aprūpei. Pirmās vizītes laikā notiek multidisciplināra veselības pārbaude. To veic, konsultē un nepieciešamo aprūpes līmeni nosaka veselības, sociālās un rehabilitācijas aprūpes profesionāļi.

Rūre ir aprūpes centrs, kas nodrošina ērtu dzīvi, atbalsta klientus viņu ikdienā, mudina pašus iesaistīties savas veselības uzlabošanā un sekmē būšanu aktīviem un veselīgiem pēc iespējas ilgāk. Kultūras un citās aktivitātēs aicināti piedalīties arī centra klientu tuvinieki. Tiek nodrošināts nepārtraukts sociālais un medicīniskais atbalsts, kas sniedz drošības sajūtu gan ikdienā, gan krīzes situācijās.

Tuviniekiem pieejams sociālais pakalpojums *Atelpas brīdis*. Ģimenes locekļiem vai citiem cilvēkiem, kuri ikdienā rūpējas par nedziedināmi slimu (onkoloģisku, neiroloģisku) pacientu, tā ir iespēja mazliet atvilkt elpu, psiholoģiski atpūsties un pievērsties savām vajadzībām. It īpaši svarīgas ir laikā, kad pienākuši slimnieka pēdējie dzīves mēneši. Pakalpojuma *Atelpas brīdis* mērķis ir nodrošināt islaicīgu diennakts sociālās aprūpes pakalpojumu, tādējādi sniedzot atbalstu pacienta ģimenei.

– Kā pieteikties, lai sāktu saņemt pakalpojumus?

– Jāsazinās ar savas pašvaldības sociālo dienestu, informējot, ka vēlaties kļūt par centra klientu vai to vēlas kāds tuvinieks. Var zvanīt uz centru *Rūre* pa tālruni 29396285, kur sniegs nepieciešamo informāciju. Uz pašvaldības apmaksātu vietu var pretendēt iedzīvotāji no pašvaldībām, kam ir noslēgta sadarbība ar *Rūri*. Senioriem tas izmaksās 85 procentus no pensijas apmēra, starpību no kopējām pakalpojumu izmaksām segs pašvaldība. Pašvaldības nodrošināto aprūpes vietu skaits ir ierobežots. Ja pakalpojums tiks finansēts no privātiem līdzekļiem, ar pašvaldību sazināties nav nepieciešams. Šāds ceļš jēms tikai tad, kad vēlas saņemt pašvaldības līdzfinansējumu.

Veselības aprūpes plāns mājās nozīmē ārsta vizīti un veselības aprūpes plāna izstrādi, ārsta mājas vizītes (skaits atkarīgs no veselības aprūpes plāna), ārsta palīgu mājas vizītes, veselības stāvokļa dinamisko kontroli, injekcijas, infūzijas un citas medicīniskas manipulācijas.

Veselības aprūpes pakalpojumu koordinators pārziņā ir ambulatoro pakalpojumu plānošana un to organizēšana ārstniecības iestādēs (speciālistu konsultācijas, procedūras u.c.), diagnostisko izmeklējumu plānošana un organizēšana, dienas stacionāra un stacionāra pakalpojumu plānošana, diennakts specializētā transporta pakalpojumu kā arī fizioterapeita pakalpojumu organizācija (fizikālās rehabilitācijas plāna izstrāde, fizioterapija, psihoemocionālā atbalsta organizēšana un sniegšana, iesaistot psihologa, psihoterapeita konsultācijas).

Pieejama arī ērta un izdevīga tehnisko palīgīdzekļu noma gan privātpersonām, gan uzņēmumiem.

Raksta tapšanā izmantota informācija no LV portāla un aprūpes centra *Rūre* tīmekļvietnes.

<https://rure.lv/>

OMRON

Brīva elpošana

GOING FOR **ZERO**

OMRON C-102 Total Kompresijas miglotājs ar nazālu dušu



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

Ierīce divi vienā:

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



www.HealthProducts.LV

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

Uzturs vēža pacientiem – kā maksimāli saglabāt dzīves kvalitāti

INGA ELKSNE,
sertificēta uztura speciāliste, RSU docente

Atbilstoša uztura izvēle var palīdzēt efektīvi sagatavoties vēža terapijai, sasniegt labākus terapijas rezultātus, kā arī uzlabot un saglabāt dzīves kvalitāti.

Kāpēc mazinās ķermeņa masa

Onkoloģiskas slimības gadījumā ķermeņa masas zudums ir izplatīta problēma. Atkarībā no audzēja atrašanās vietas 30 līdz 80 procenti slimnieku kādā brīdī slimības laikā var zaudēt ķermeņa masu. Satraucoši ir tas, ka malnutricija (nepietiekama uztura uzņemšana) tiek uzskatīta par iemeslu 20 līdz 40 procentos no visiem ar onkoloģisku slimību saistītajiem nāves gadījumiem. Svara zudums un malnutricija var būt saistīta ar vairākiem faktoriem. Viens no tiem ir audzēja ietekme. Tas var izraisīt ķermeņa masas zudumu. Piemēram, audzēji, kas ietekmē plaušas, aizkuņģa dziedzera, kuņģi vai barības vadu, var radīt ķermeņa masas samazināšanos. Tas notiek tādēļ, ka organisms izdala vielas, piemēram, citokīnus, kas palīdz cīnīties ar slimību, bet kuriem ir arī nelabvēlīga blakusparādība – samazinās ķermeņa masa un apetīte.

Vēl viens faktors ir terapijas ietekme. Ārstēšana, piemēram, ķīmijterapija vai staru terapija, var ietekmēt apetīti un uzturvielu uzņemšanu. Pacientam var nebūt vēlšanās ēst vai dzert, jo viņš cieš no sliktas dūšas, vemšanas, mutes čūlām vai citām blakusparādībām. Tas var izraisīt ķermeņa masas zudumu nepietiekamas uztura uzņemšanas dēļ.

Neraugoties uz to, ka ķermeņa masas samazināšanās onkoloģisku slimību gadījumā ir izplatīta parādība, mazāka uztura daudzuma gadījumā organisms var nesāņemt nepieciešamo enerģiju, olbaltumvielas un citas uzturvielas laikā, kad tam jābūt ļoti spēcīgam, lai izturētu ārstēšanas procesu. Tāpēc to nevajadzētu ignorēt.

Dažreiz slimnieki ķermeņa masas zudumu uztver pozitīvi, jo īpaši tie, kuriem vienmēr ir bijušas problēmas ar lieko svaru un tā kontroli, taču onkoloģiskas slimības ārstēšanas laiks tam nav īstais brīdis. Tas ir tāpēc, ka, ļaundabīga audzēja pacientiem, zaudējot ķermeņa masu, netiek zaudēti taukaudi, bet galvenokārt spēcīgie, aizsargājošie skeleta muskuļu audi, kas ir nepieciešami, lai palīdzētu cīņā pret slimību. Šis skeleta muskuļu audu («liesā ķermeņa masa») zudums ir pazīstams kā kaheksija. Kaheksija var izraisīt garīgu un fizisku nogurumu, bet vēl jo svarīgāk – var pazemināt pacienta toleranci pret ārstēšanu, kas varētu negatīvi ietekmēt dzīvildzes izredzes.

Ķermeņa masas indekss un terapijas efektivitāte

Lai veiktu aprēķinu optimālai ķīmijterapijas devai vēža pacientam, tiek ņemta vērā arī ķermeņa masa un auguma garums, kas veido ķermeņa masas indeksu (KMI). Jebkurām izmaiņām slimnieka ķermeņa masā, sākot no pirmās diagnostiskās, var būt tieša un negatīva ietekme, jo slimnieks, iespējams, vairs nespēj panest pilnu zāļu devu, bet smagākos gadījumos ievērojams KMI samazinājums var pilnībā aizkavēt ārstēšanu. Saņemot pietiekamu uzturvielu daudzumu, slimniekiem var palīdzēt samazināt papildu skeleta muskuļu masas zuduma risku nākotnē, nodrošinot organismam iespēju panest optimālo ārstēšanas devu.

Malnutricijas jeb uzturvielu nepietiekamības novērtēšana

Novērtēt malnutricijas risku ir svarīgi pilnīgi visiem vēža pacientiem, arī pacientiem ar lieko ķermeņa



Inga Elksne: «Ja pacientam pēc veselības aprūpes speciālista ieteikumiem par uzturu joprojām ir uztura vai šķidruma uzņemšanas, vai ķermeņa masas saglabāšanas problēmas, pēc speciālista ieteikuma var uzsākt lietot medicīnisko papildu uzturu.»

svaru vai pat aptaukošanos. Kā jau iepriekš minēju, svara zudums šiem pacientiem parasti notiek uz muskuļmasas rēķina, kas ir īpaši svarīga cīņai ar slimību un dzīves kvalitātes saglabāšanai arī pēc terapijas. Malnutricijas riska izvērtēšana ir ļoti vienkārša un neprasa papildu izmeklējumus. Ir pieejami vairāki validēti skrīninga rīki. Viens no veidiem ir universālais skrīninga rīks pieaugušajiem MUST, ko var izmantot gan stacionārā, gan arī ambulatori (sk. tabulu).

Visus punktus saskaita kopā un iegūst rezultātu. Ja iegūst nulli punktu, tad pacientam nav malnutricijas riska, ja punktu skaits ir viens, tad pacientam ir vidējs malnutricijas risks, bet ja punktu skaits ir divi un lielāks, tad pacientam ir augsts malnutricijas risks.

Īpaši svarīgas uzturvielas vēža slimniekiem

Uztura terapijas mērķis ir panākt pareizo uzturvielu līdzsvaru, kas pacienta organismam ir nepieciešams, lai tas funkcionētu optimāli, tiktu galā ar ārstēšanu un paliktu pēc iespējas aktīvāks. Tomēr onkoloģiskas slimības gadījumā īpaši svarīgas ir šādas uzturvielas:

● **Olbaltumvielas.** Svarīgas ķermeņa šūnu veidošanai un atjaunošanai (pēc operācijas, staru terapijas), brūču dzīšanai, cīņai ar infekcijām. Ja ar uzturu uzņemtais olbaltumvielas neapmierina organisma vajadzības, tiek noārdīti muskuļi, lai to kompensētu. Rezultātā pacientam zūd spēks un nepieciešams ilgāks laiks, lai atgūtos pēc slimības. Pietiekams daudzums olbaltumvielu ir svarīgs onkoloģiskajiem pacientiem, kuri vēlas saglabāt vai atgūt lieso ķermeņa masu. Starptautiskās vadlīnijās ieteikts onkoloģijas pacientiem uzņemt gan drīz divreiz lielāku olbaltumvielu daudzumu, nekā tas ir nepieciešams veselam cilvēkam (>1 g olbaltumvielu uz kg ķermeņa masas, vēlams 1,5 g, salīdzinājumam: veselam cilvēkam nepieciešami 0,75 g uz kg ķermeņa masas). Vienā maltītē būtu jāuzņem aptuveni 20–25 g olbaltumvielu. Olbaltumvielu avoti ir zivis, gaļa (putnu un liesa sarkanā gaļa), olas,

piena produkti (siers, biezpiens), rieksti, pākšaugi (zirņi, pupas, lēcas).

● **Omega-3 polinepiesātinātās taukskābes.** Šīs uzturvielas ar pretiekaisuma īpašībām var palīdzēt stabilizēt vai uzlabot apetīti, ēdiena uzņemšanu, lieso ķermeņa masu un ķermeņa masu.

● **Vitamīni un minerālvielas.** Onkoloģiskajiem pacientiem bieži novērots mikroelementu deficīts gan samazinātas uztura uzņemšanas, gan terapijas dēļ.

Medicīniskā papildu uztura loma

Ja pacientam pēc veselības aprūpes speciālista ieteikumiem par uzturu joprojām ir uztura vai šķidruma uzņemšanas, vai ķermeņa masas saglabāšanas problēmas, pēc speciālista ieteikuma var uzsākt lietot medicīnisko papildu uzturu. Medicīniskais papildu uzturs ir īpašiem medicīniskiem nolūkiem paredzēta pārtika (dzērienu vai pulvera veidā), kas palīdz cilvēkiem ar slimības izraisītu malnutriciju (nepietiekamu spēju uzņemt uzturu) apmierināt viņu uztura vajadzības, nodrošinot nepieciešamo papildu enerģiju, olbaltumvielas, vitamīnus un minerālvielas.

Ir klīniski pierādīts, ka medicīniskais papildu uzturs, jo īpaši, ja tas tiek lietots pacientiem audzēja attīstības sākumstadijā, samazina ķermeņa masas zudumu. Tas ir svarīgi onkoloģijas terapijas turpināšanai un ir saistīts ar labāku ārstēšanas iznākumu.

Medicīniskais papildu uzturs ir pieejams ar dažādām garšām un dažādos veidos: uz piena vai augu valsts olbaltumvielu bāzes gatavs dzeršanai vai pievienošanai ikdienas uzturam, sulas veidā un pulveru veidā.

Ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nosūtījumu medicīniskais papildu uzturs vēža slimniekiem tiek kompensēts.

Ieteikumi olbaltumvielu daudzuma palielināšanai uzturā

● Pievienojiet ēdieniem – kartupeļiem, dārzeņiem, zupām, makaroniem, gaļai un augļiem – rīvētu sieru.

MUST pārvaldības vadlīnijas

Faktiskais KMI	Nemērķtiecīgs svara zudums 3–6 mēnešu laikā	Slimība
0 punktu – KMI > 20 kg/m ²	0 punktu – < 5 %	2 punkti – akūta slimība, pie kuras pēdējo piecu dienu laikā ir traucēta uztura uzņemšana
1 punkts – KMI 18,5–20 kg/m ²	1 punkts – 5–10 %	
2 punkti – KMI < 18,5 kg/m ²	2 punkti – > 10 %	

- Pievienojiet vairāk olu zupām, salātiem, sacepumiem un dārzeņiem.
- Pievienojiet gaļu zupām, sacepumiem, sautējumiem.
- Pievienojiet sēklas vai riekstus augļiem, saldījumam, pudiņiem vai sacepumiem. Riekstus un sēklas var pievienot arī salātiem un makaroniem.
- Pievienojiet medicīnisko papildu uzturu putrai, zupai vai mērcei, kartupeļu biežputrai, taisiet no tā pudiņu vai sacepumu, smūtījumus, izmantojiet kā piedevu pie augļiem.

Ieteikumi enerģijas (kaloriju) palielināšanai uzturā

- Sviests – pievienojiet sviestu kartupeļiem, rīsiem, makaroniem, dārzeņiem, sacepumiem.
- Pievienojiet skābo krējumu vārtiem kartupeļiem un dārzeņiem.
- Lietojiet majonēzi vai salātu mērci (ar normālu tauku saturu, ne pazeminātu) uz sviestmaizēm un gatavojiet no tām mērces salātiem.
- Saldumi – pievienojiet augļiem ievārijumu, saldējumu vai medu.
- Pievienojiet medicīnisko papildu uzturu desertiem, pankūkām, vafelēm, augļiem, kakao, krēmzupām un sacepumiem.

Neaizmirstiet par fiziskajām aktivitātēm

Fiziskās aktivitātes palīdz saglabāt spēku, uzturot muskuļu masu. Fiziskās aktivitātes mazina depresiju, stresu, nogurumu, sliktu dūšu un palīdz pie aizcietējumiem. Fiziskās aktivitātes arī uzlabo apetīti.

Uztura plānu vislabāk saskaņot ar uztura speciālistu un ārstējošo ārstu. Piemērot atbilstošas fiziskās aktivitātes palīdzēs fizioterapeits.

Atsauces

- Ryan et al. *Proc Nutr Soc.* 2016;75(2):199-211.
- Bozzetti 2008 and 2001; Bosaeus 2001; Hebuterne et al, 2014 *JPEN J Parenter Enteral Nutr.*;38(2):196-204.
- Andreyev HJ et al. *Eur J Cancer.* 1998;34(4):p.503-9.
- Hebuterne X et al. *JPEN.* 2014;38:196.
- Argilés JM, et al. *Curr Opin Support Palliat Care* 2009; 3: 263–68.
- Fearon K et al. *Lancet Oncol.* 2011;12(5):489-95.
- Capuano G, et al. *Head Neck* 2008;30:503-8.
- Andreyev HJ, et al. *Eur J Cancer.* 1998;34:503-9.
- Rickard KA, et al. *Cancer* 1983;52:587-98.
- Arends J, et al. *ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients* *Clin Nutr.* 2016; epub.
- Grober U, et al. *Nutrients.* 2016;8(3):163.
- Ströhle A, et al. *Oncology Reports.* 2010;24(4):815-28.
- Garcia-Peris P, et al. *Eur J Clin Nutr.* 2016;70(2):170-174.
- Martin L Senesse P et al. *J Clin Oncol* 2015 Jan 1; 33(1):90-9.
- ASV Vēža biedrības (American cancer society) rekomendācijas: <https://www.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/staying-active/nutrition/nutrition-during-treatment.html>
- L.Meija, D.Santare, E.Kreislere. Uztura ieteikumi onkoloģiskajiem pacientiem ārstēšanās laikā. ISBN 978-9934-19-732-1
- The 'MUST' report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. Elia M, editor. 2003. Redditch, UK, BAPEN.
- Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001 "Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana" Metodiskais materiāls KLINISKĀ DIETOLOĢIJA IKDIENAS PRAKSĒ Georgijs Moisejevs, Dace Trumpika, Jurijs Avdjukovičs, Oksana Zukova

Foto: No Ingas Elksnes personīgā arhīva

MEDICĪNISKAIS PAPILDUZTURS TAGAD VALSTS APMAKSĀTS

ATBALSTS ONKOLOĢISKO SLĪMĪBU ĀRSTĒŠANAS UN ATLABŠANAS LAIKĀ

Nutridrink® Protein ir īpašiem nolūkiem paredzēta pārtika, uztura režīms cilvēkiem nepietiekama uztura uzņemšanas gadījumā un kuri ir pakļauti nepietiekama uztura uzņemšanas riskam kādu saslimšanu gadījumā, īpaši pacientiem ar paaugstinātu nepieciešamību pēc olbaltumvielām, piemēram, audzēju gadījumā. Nutridrink® Protein ir produkts ikdienas uztura papildināšanai ar augstu olbaltumvielu saturu un ar augstu enerģētisko vērtību. Lietot veselības aprūpes speciālistu uzraudzībā.



KAS VAR PIETEIKTIES?

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

 **CILVĒKI AR ONKOLOĢISKĀM SLĪMĪBĀM,**
pirms ķīmijterapijas vai staru terapijas, tās laikā un pēc tās

 **PACIENTI PIRMS/PĒC APJOMĪGĀM
ĶIRURĢISKĀM OPERĀCIJĀM**

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

 **CILVĒKI AR NEIROLOĢISKĀM SLĪMĪBĀM,**
piemēram, pēc insulta vai ar rīšanas traucējumiem

 **SENIORI**

KĀ PIETEIKTIES?


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

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

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

Pirmajai konsultācijai ir jānotiek **klātienē** vai **attālināti**.
Pacientam jāpiesakās tai pa telefonu: **22034606**

Zvanu pieņemšanas laiks: darba dienās no plkst. 8:30 līdz 15:00

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

* Speciālistam jābūt līgumattiecībās ar Nacionālo Veselības dienestu.

UZZINĀT VAIRĀK ▶

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



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

05/2024

NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

Sirds un asinsvadu veselības stūrakmeņi

ILONA NORIETE

Sirds un asinsvadu jeb kardiovaskulārās slimības (KVS) ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma Latvijā. To vienlaikus apliecina augstie mirstības, saslimstības un hospitalizācijas rādītāji, turklāt KVS ir visizplatītākais nāves cēlonis Latvijā. KVS profilakse un agrīna diagnostika primārajā veselības aprūpes līmenī var mazināt šo slimību radītās sekas. Ne velti par veselību atbildīgās instances mūsu valstī sadarībā ar Latvijas Kardioloģijas biedrības ekspertiem, kā arī balstoties uz Pasaulē veselības organizācijas ieteikumiem, jau pirms vairākiem gadiem izstrādāja kārtību, kādā sniedzami veselības aprūpes pakalpojumi KVS profilaksei.

Ko ir svarīgi ievērot ikvienam, kuram rūp sava sirds un asinsvadi, un kāpēc tas tik svarīgi, intervijā skaidro Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas kardiologs, medicīnas zinātņu doktors profesors **Andris Skride**.

– Joprojām galvenais nāves iemesls Latvijā ir KVS. Kā ir ar šo pacientu aprūpi un arī profilaksi, it īpaši, ja liekam akcentu uz paaugstinātu asinsspiedienu (hipertensiju) un holesterīna līmeni (hiperlipidēmiju)?

– Starp visām Eiropas un OECD (Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija) valstīm esam vieni no sliktākajiem KVS mirstības ziņā. Skaidrs, ka te lielu lomu spēlē dzīvesveids un arī ģenētiskie faktori. Lai samazinātu infarkta vai insulta rašanās riskus gan mums, gan mūsu ģimenes locekļiem un radniekiem, pastāvīgi ir jāatceras par tiem ikdienas dzīvesveidu ietekmējošajiem apstākļiem, kurus mēs varam mainīt saviem spēkiem. Viens no šādiem svarīgiem dzīvesveida nosacījumiem ir pietiekama kustēšanās. Katram cilvēkam dienā vajadzētu noiet ja ne desmit, tad vismaz septiņus tūkstošus soļu. Es pats vairākus mēnešus rūpīgi sekoju savam dzīves ritmam, lai varu kalpot arī kā piemērs pacientiem, un katru dienu noeju vismaz desmit tūkstošus soļu. Ja kādu reizi, vēlā vakarā ielūkojoties telefona aplikācijā, konstatēju, ka esmu kustējies pārāk maz un tie septiņi astoņi kilometri nav noieti, tad dodos ārā un eju. Lai arī laiks vējains vai lietains, soļoju, kamēr norma sasniegta. Ejot raitā soli, tā ir apmēram pusotra stunda, kuras laikā mēs vidēji varam šo distanci veikt. Tiesa, tas ir atkarīgs no konkrētā cilvēka. Nākamais faktors ir veselīgāka ēšana, kas paredz samazināt transtaukskābju patēriņu vai vispār tās izslēgt no uztura. Vairāk jālieto olīveļļa. Reizē ir samazināma cukura lietošana, bet sāli drīkst lietot ne vairāk kā trīs četras gramus diennaktī. Tiklīdz mēs to lietojam vairāk, paaugstinām savu asinsspiedienu un līdz ar to arī infarkta un insulta risku.

– Viens no sirds veselību ietekmējošiem dzīvesveida faktoriem ir smēķēšana.

– Jā, jo smēķēšana ir viena no būtiskākajām lietām, kas noved pie smagām slimībām, piemēram, kāju gangrēnas, infarkta un insulta, tāpat var būt par cēloni arī kuņģa un plaušu audzējiem un veicināt daudzas citas slimības. Bet, atgriežoties pie dzīvesveida faktoriem, – vēl ir svarīgi labi izgulēties, tā, lai sanākt vismaz septiņas astoņas stundas kvalitatīva miega. Protams, mūsu dzīvesveidu ietekmē arī stress, psihoemocionālā veselība, attiecības ģimenē, un īstenībā arī šie apstākļi ir ļoti svarīgi sirds veselībai. Pricāties par dzīvi, būt pozitīvam, smaidīt – arī tādas vienkāršas lietas nāk par labu sirds veselībai. Protams, gadu gaitā organismam



Andris Skride: «Ir pierādīts – ja artērija sirdī, galvā vai kājās jau ir aizkaļķojusies, tad, adekvātās devās lietojot statīnus, panga var pat izzust. Tas nozīmē, ka asinsvads var atkal kļūt gluds.»

novecojot, risks saslimt ar kādu no KVS paaugstinās, tas ir neizbēgami. Kad cilvēka asinsvadi kļūst neelastīgi, ir jāsāk lietot asinsspiedienu regulējošus medikamentus. Jebkurā vecumā normāls asinsspiediens ir ne vairāk kā 120/80 mm Hg. Kā pieļaujama augšējā robeža var tikt uzskatīts rādījums 130/85 mm Hg. Ir jāatceras – pat ja jums ir 50 vai 60 gadu un jūsu spiediens ir 135 vai 137 uz 80 mm Hg, tas jau ir paaugstināts.

– Ja ar dzīvesveida maiņu asinsspiedienu neizdodas koriģēt, tad ir jālieto medikamenti?

– Tieši tā. Te gan jāpiebilst, ka joprojām savā ārsta ikdienas praksē sastopos ar cilvēku bailēm lietot medikamentus. Pacientiem nereti šķiet, ka tie saņem kādu orgānu vai arī viņi pieradis pie zālēm. Tās ir pilnīgas muļķības. Visi medikamenti, kas mūsdienās pasaulē tiek lietoti asinsspiediena ārstēšanai, ir pilnīgi droši. Tiem faktiski nav nekādu blakusparādību. Jāatceras pats galvenais, proti, ka asinsspiediena zāles zināmā mērā darbojas kā jaunības eliksīrs, jo saglabā mūsu asinsvadus tādus, kādi tie bijuši jaunībā. Protams, ja zāles ir izrakstītas, tad tās jālieto pastāvīgi, visu mūžu bez pārtraukuma, jo jāuztur normāls asinsspiediens.

– Un kā ir ar paaugstinātu holesterīna līmeni?

– Ja ir augsts holesterīna līmenis, tad pie ģimenes ārsta jānosaka kardiovaskulārais risks pēc speciālām SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation) tabulām un nepieciešamības gadījumā ir jāsāk lietot galveno medikamentu pret infarktu – statīnu. Latvijā ir pieejami divi statīni – atorvastatīns un rosuvastatīns. Protams, zāļu nosaukumi un firmu ražojumi ir dažādi, bet galvenais ir šīs aktīvās vielas ķīmiskais nosaukums. To lietošana kombinācijā

ar asinsspiediena medikamentiem ir ļoti būtisks faktors, lai neattīstītos infarkts un insults. Mēdz būt arī situācijas, kad holesterīna līmenis pēc laboratorijas rādītājiem varētu būt pat normāls, bet tāpat šie medikamenti ir jālieto. Tā ir, piemēram, cukura diabēta gadījumā. Ja pacientam ir konstatēts cukura diabēts, tad statīnu terapija ir obligāti nepieciešama, lai mazinātu infarkta risku. Gadījumos, kad *sliktā* jeb zema blīvuma holesterīna (ZBL) rādītājs pārsniedz 5,0 mmol/L, risku nemaz nevar rēķināt, bet noteikti jālieto statīni. Tāpat kā no asinsspiediena medikamentiem, arī no statīniem nevajag baidīties, tie ir droši un pārbaudīti. Drīzāk vajag baidīties no paaugstināta holesterīna, jo tas ceļ gan infarkta, gan aknu taukainās hepatozes rašanās risku. Savukārt statīnu lietošana nāks par labu, jo aknas vairs neaptauksosies. Pēc veiktajiem pētījumiem mēs arī zinām, ka statīnus var lietot pat hroniska C hepatīta gadījumā. Šie medikamenti patiešām nepasliktina ne aknu, ne nieru darbību, es teiktu, – tieši otrādi. Asinsspiediena zāles un statīni uzlabo gan sirds, gan nieru, gan aknu darbību.

– Kāda situācija ar KVS ir Latvijā, salīdzinot ar citām valstīm?

– Mēs esam vienā no pēdējām vietām Eiropā. Viriešiem mirstība no infarkta un insulta ir vislielākā Eiropas Savienībā. Virieši no šīm smagajām slimībām mirst ļoti agrīni. Katru nedēļu mūsu slimnīcas intensīvajā terapijā nonāk kāds jauns cilvēks apmēram 40 gadu vecumā (ja viņu pagūst nogādāt slimnīcā), bet piecdesmitgadīgi un sešdesmitgadīgi pacienti ar infarktu vai insultu jau ir ierasta parādība.

– Kāda ir holesterīna rādītāju norma?

– Jāsaprot, ka viena konkrēta skaitļa nav. Ja cilvēkam nav nekādu slimību un nav paaugstināts asinsspiediens, tad ZBL rādītājam nevajadzētu būt augstākam par 3 mmol/L. Ja cilvēkam ir cukura diabēts, tad viņa ZBL norma ir ļoti zema – 1,4 mmol/L. Ja pacientam ir arī kāds asinsvadu aizkaļķojums vai bijis infarkts, tad ir spēkā cita norma. Galvenais ir sekot līdz ZBL rādītājiem, bet vienas normas nav. Tā ir atkarīga no cilvēka dzīvesveida, dzimuma, vecuma, ģenētikas, smēķēšanas/nesmēķēšanas un vidukļa apkārtmēra. Vienam sliktā holesterīna rādītājs 2,0 mmol/L, būs normas robežās, otram tas tiks uzskatīts par ievērojami paaugstinātu. Tāpēc individuālā norma tiek noteikta ar uz pētījumu bāzes izveidotu speciālu tabulu palīdzību. Galvenais, ko gribu uzsvērt, – katram cilvēkam holesterīna norma ir individuāla.

– Kā rīkoties situācijā, kad asinsspiediens vai holesterīna līmenis tikai nedaudz pārsniedz rekomendētos rādītājus?

– Holesterīns pats par sevi visu nenosaka. Ar speciāla kalkulatora palīdzību mēs aprēķinām, cik augsta (procentuāli) ir iespējama konkrētajam cilvēkam desmit gadu laikā saslimt ar infarktu. Ja šis rādītājs pārsniedz zināmu robežu, tad ģimenes ārsts vai speciālists nozīmē statīnu terapiju. Ja uzrādītais risks saslimt ar infarktu būs ļoti zems, tad pietiks ar dzīvesveida korekcijām. Mērena, augsta vai ļoti augsta riska gadījumā paralēli ikdienas ieradumu maiņai tiks nozīmēts statīnu medikaments.

– Kādi ir izplatītākie mīti par statīniem? Daudzi baidās, ka statīni sabojās aknas.

– Tas ir mīts numur viens. Aknas bojā nevis statīni, bet paaugstinātais holesterīns, kāds būs, statīnus nelietojot. Aknas ļoti negatīvi ietekmēs infarkts, kas var notikt, ja mēs nebūsim lietojuši statīnus. Turklāt infarkta rezultātā cilvēkam var veidoties arī aknu mazspēja. Varbūt vienā gadījumā no miljona statīni var sekmēt aknu enzīmu līmeņa paaugstināšanos, tāpēc, uzsākot lietot šo medikamentu, mēs vienmēr pēc mēneša veicam analīzes un nosakām, vai aknu enzīmi ALAT un ASAT ir paaugstināti. Ja tie ir normāli, tad statīnus droši var turpināt lietot.

– Vai statīni var samazināt aterosklerotiskās plāksnes jeb pangas lielumu?

– Jā, ir pierādīts – ja artērija sirdī, galvā vai kājās jau ir aizkaļķojusies, tad, adekvātās devās lietojot statīnus, panga var pat izzust. Tas nozīmē, ka asinsvads var atkal kļūt gluds.

– Vai pastāv kāds risks neregulāras statīnu lietošanas gadījumā?

– Tas ir iespējama infarkta risks.

– Aptiekās ir pieejami dažādi lipīdu mazinošie līdzekļi – gan receptu, gan bezreceptu. Ar ko tie atšķiras?

– Vispirms jāatceras, ka bezreceptu medikamentu izmantošana netiek kontrolēta. Mēs nezīnām, kas tie ir un kā tie bieži vien tiek ražoti. Pasaulē nav neviena pierādījuma, ka bezreceptu medikamenti, kas varētu samazināt holesterīnu, palīdz pacientam vai novērst miokarda infarktu. Savukārt receptu medikamentu atorvastatīna un rosuvastatīna lietošanas gadījumā pastāv skaidri, pētījumos pārbaudīti un apstiprināti zinātniskie pierādījumi, ka tie novērst infarktu un insultu. Būtiskākā atšķirība starp rosuvastatīnu un atorvastatīnu ir tāda, ka rosuvastatīns izdalās gan caur nierēm, gan caur aknām. Savukārt atorvastatīns no organisma izdalās galvenokārt caur aknām. Kuru medikamentu sākotnēji nozīmēt, tas ir atkarīgs no katra slimības gadījuma un ārsta individuālās pieejas.

Foto: Gunts Gvozdevs

Dimestil®

Dimetindeni maleas 1 mg/g gels, 30 g

Un niezes vairs nav!



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

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

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



dimestil.com

Grindex

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI

Sirds mazspēju ārstē efektīvāk

ILONA NORIETE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– Ko jūs gribētu novēlēt pacientiem?

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

Foto: No Guntā Tīcmanes personīgā arhīva

Neatlaidība – nozīmīgs papildinājums jauniem medikamentiem un sadarbībai ar ārstu

GUNTA FREIMANE

Neviens nenoliegs, ka rūpes par veselību ir svarīgas, tomēr ikviens cilvēks arī vēlas, lai tās prasītu mazāk laika un pūļu. Sarunā ar endokrinoloģi Valdu Stalti pārrunājām, kāpēc 2. tipa cukura diabēta diagnoze bieži kļūst par savdabīgu traucēšanas signālu. Rūpes par veselību vairs nedrīkst atlikt, jo diabēts saistīts ar citiem būtiskiem riskiem veselībai – sirds mazspēju un hronisku nieru slimību.

Salīdzinot ar iespējām pirms 20–30 gadiem, ārstu rīcībā ir ne tikai jauni medikamenti, bet arī jauni algoritmi medikamentu izvēlei 2. tipa cukura diabēta ārstēšanā, kas balstīti plašos starptautiskos pētījumos gūtos pierādījumos. Tomēr bez sadarbības ar ārstu un neatlaidības neiztik.

– 2. tipa cukura diabēta pacientiem bieži sastop arī nieru bojājumu un sirds mazspēju. Kā jūs to komentētu?

– Mūsdienās arvien biežāk par 2. tipa cukura diabētu runā kā par kardiorenālu vielmaiņas slimību. Vienkāršākiem vārdiem – tas nozīmē, ka 2. tipa cukura diabētam raksturīgi ne tikai vielmaiņas traucējumi, kad organisms nespēj izmantot glikozi enerģijas iegūšanai, insulīns organismā netiek atbilstoši izmantots un rezultātā pieaug glikozes līmenis asinīs, bet vienlaikus raksturīgi arī sirds un nieru veselības traucējumi.

Jau tad, kad pacients stāsta, ka viņam nav cukura diabēta, bet tikai nedaudz paaugstināts cukura līmenis, visbiežāk viņa veselības stāvoklis liecina gan par vielmaiņas, gan arī par sirds un asinsvadu sistēmas bojājumu, piemēram, ir palielināts ķermeņa svars, paaugstināts glikozes līmenis, paaugstināts asinsspiediens, lipīdu (holesterīna, triglicerīdu) daudzums asinīs. Un šie faktori liek nierēm strādāt lielākas slodzes apstākļos – novēro arī glomerulu (nieru kamoliņu) hiperfiltrāciju, kā arī bieži sastop mikroalbuminūriju – neliela olbaltumvielu daudzuma izdalīšanos ar urīnu. Viss nosauktais pazīmju kopums progresē – attīstās 2. tipa cukura diabēts, hroniska nieru slimība (samazināts glomerulārās filtrācijas ātrums un albuminūrija), kā arī sirds un asinsvadu slimības, tostarp sirds mazspēja, ateroskleroze, hipertensija.

Minēšu tikai dažus skaitļus:

- līdz pat 40 procentiem pacientu ar 2. tipa diabētu vienlaikus ir hroniska nieru slimība;
- hronisku nieru slimību diabēta pacientiem sastop trīs reizes biežāk nekā cilvēkiem bez cukura diabēta;
- līdz pat 45 procentiem pacientu ar sirds mazspēju vienlaikus ir 2. tipa cukura diabēts;
- divi no trim pacientiem ar 2. tipa diabētu mirst no sirds un asinsvadu slimībām.

– Lūdz, īsi raksturojiet pazīmes, kas liecina par sirds mazspēju un hronisku nieru slimību.

– **Sirds mazspēja** attīstās, kad sirds vairs nespēj sūknēt pietiekami daudz asiņu, lai nodrošinātu organisma audus ar skābekli.

Galvenie sirds mazspējas simptomi, par ko diabēta pacientam vajadzētu padomāt, ir:

- elpas trūkums;
- tūskas, piemēram, ap potītēm;
- nespēks.

Citas pazīmes ir pastāvīgs klepus un sāpīga elpa, ēstgribas trūkums, slikta dūša, paātrināta sirdsdarbība.



Valda Stalte: «2. tipa cukura diabētam raksturīgi ne tikai vielmaiņas traucējumi, kad organisms nespēj izmantot glikozi enerģijas iegūšanai, insulīns organismā netiek atbilstoši izmantots un rezultātā pieaug glikozes līmenis asinīs, bet vienlaikus raksturīgi arī sirds un nieru veselības traucējumi.»

Hroniska nieru slimība, ko cukura diabēta gadījumā mēdz saukt arī par diabētisko nefropātiju, ir funkcionālas vai strukturālas izmaiņas nierēs, kad glomerulu filtrācijas ātrums (GFĀ) ir zemāks par 60 ml/min un ilgst vairāk nekā trīs mēnešus. Hroniskas nieru slimības gadījumā pacientam samazinās GFĀ un palielinās olbaltumvielu izdalīšanās ar urīnu (albuminūrija), kas savukārt palielina infarkta, insulta, pēkšņas nāves risku. Pacienti ar hronisku nieru slimību ārstējas slimnīcā četras reizes biežāk, bet pacienti ar hronisku nieru slimību 5. stadijā – 12 reizes biežāk nekā cilvēki bez hroniskas nieru slimības. Hroniskas nieru slimības beigu stadijās ir nepieciešama nieru aizstājterapija – ārstēšanās ar hemodialīzi, peritoneālo dialīzi vai arī jāveic nieres transplantācija.

Cukura diabēta pacientiem svarīgi zināt faktorus, kas palielina hroniskas nieru slimības risku, un jācenšas novērst kontrolējamos riska faktorus. Hroniskas nieru slimības riska faktori ir:

- paaugstināts glikozes līmenis asinīs;
- paaugstināts asinsspiediens;
- liekais ķermeņa svars un aptaukošanās;
- paaugstināts urīnskābes līmenis asinīs;
- paaugstināts holesterīna līmenis (dislipidēmija);
- smēķēšana, alkohola lietošana, pastiprināta vāramā sāls lietošana;
- nesteroido pretšāpju un pretiekaisuma līdzekļu nekontrolēta lietošana;
- lielāks vecums un vīriešu dzimums.

Kā jau iepriekš minēju, 2. tipa cukura diabēta pacientiem ir ievērojami lielāks sirds mazspējas un hroniskas nieru slimības risks. Tāpēc regulāri izmeklējumi var palīdzēt laikus diagnosticēt šīs slimības un uzsākt to ārstēšanu.

– Kādām veselības pārbaudēm un izmeklējumiem būtu jāpievērš uzmanība, lai laikus konstatētu sirds mazspēju un hronisku nieru slimību?

– Pirmais ieteikums būtu novērtēt savu pašsajūtu un konsultācijas laikā atklāti pastāstīt ārstam par sūdzībām un pašsajūtas izmaiņām.

Sirds mazspējas diagnostikā izmanto NT-proBNP nātrijurētiskā peptīda laboratorisku noteikšanu asinīs (diemžēl šo izmeklējumu valsts neapmaksā), ehokardiogrammu, nepieciešamības gadījumā veic arī citus izmeklējumus.

Hroniskas nieru slimības diagnostikai nosaka kreatinīna daudzumu asinīs, aprēķina GFĀ, nosaka mikroalbuminūriju (atsevišķs izmeklējums, kas neietilpst vispārīgajā urīna analizē), veic urīna analīzi, nepieciešamības gadījumā izdara citus izmeklējumus.

Esmu bieži dzirdējusi sakām: «Man nav sūdzību! Negribu domāt par to, centrēties uz slimībām. Kaimiņiene teica, ka tieši domas par slimībām ir galvenais slimību cēlonis.» Tomēr sirds mazspējas un hroniskas nieru slimības agrīnajās stadijās bieži vien nav simptomu, tādēļ nereti slimības netiek savlaicīgi diagnosticētas un ārstētas. Tas ir ļoti skumji, jo katru gadu palielinās iespējas aizkavēt gan sirds mazspējas, gan hroniskas nieru slimības progresēšanu un dzīvot ilgāku, aktīvāku mūžu.

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

– Pēdējos gados ārstu rīcībā ir nonākuši daudzi jauni medikamenti 2. tipa cukura diabēta ārstēšanai, un ir veikti arī plaši pētījumi par to, kā šie medikamenti var palīdzēt ne tikai pazemināt glikozes līmeni asinīs, bet arī novērst un aizkavēt izmaiņas sirds un nieru veselībā. Tieši šie pētījumu gūtie pierādījumi ir pamats jaunam cukura diabēta ārstēšanā izmantoto medikamentu izvēles algoritmam. Ja agrāk galvenokārt balstījāmies uz to, kā medikaments vai to kombinācija ietekmē glikozes līmeni asinīs, tad pašlaik ārsts ņem vērā pacienta sirds un nieru veselību, jo ir konstatēti būtiski ieguvumi, ko pacientiem ar sirds mazspēju un hronisku nieru slimību var sniegt SGLT-2i grupas medikamenti.

Pētījumos (*EMPERIOR-Preserved* un citos) konstatēts, ka pacientiem ar sirds mazspēju minētās grupas medikamenti sirds mazspējas izraisītu

ārstēšanos slimnīcā samazināja par 31 procentu, nāves risku no sirds mazspējas samazināja par 21 procentu, nāves gadījumu skaitu tieši no sirds mazspējas 2. tipa diabēta pacientiem samazināja par 28 procentiem.

Arī pacientiem ar hronisku nieru slimību ir būtisks ieguvums no SGLT-2i grupas medikamentiem. Pētījumos (*EMPA-KIDNEY* un citos) konstatēts, ka pacientiem ar hronisku nieru slimību samazinās albuminūrija un albuminūrija, par 28 procentiem samazinājās nāves gadījumu risks no sirds un asinsvadu slimības un hroniskas nieru slimības progresēšanas (piemēram, infarkta, insulta, nieru mazspējas), hroniskas nieru slimības progresēšanas ātrums vidēji samazinājās uz pusi un nepieciešamība ārstēties slimnīcā – par 14 procentiem. SGLT-2i grupas medikamenti ir iekļauti Kompensējamo zāļu sarakstā, un tiesības tos izrakstīt ir gan endokrinologam, gan ģimenes ārstam, gan arī kardiologam un nefrologam.

Pirms nepilniem diviem gadiem kļuvis pieejams vēl viens jauns medikaments, kas pieder minerālkortikoīdu receptoru agonistu grupai. Kā liecina pētījumi, tas mazina iekaisumu nieru audos un saistaudu veidošanos nierēs. Jācer, ka tuvākajā laikā šis medikaments tiks iekļauts Kompensējamo zāļu sarakstā.

Vienlaikus vēlos uzsvērt, ka SGLT-2i grupas medikaments nebūs burvju nūjiņa – ir svarīgi turpināt lietot arī citas ārsta ieteiktās zāles. Tāpat nedrīkstētu aizmirst arī par sabalansētu uzturu, fiziskajām aktivitātēm un citiem dzīvesveida faktoriem, kā arī cukura diabēta ABC – glikozes līmeņa, asinsspiediena un lipīdu rādītāju mērķu sasniegšanu.

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

– Šis jautājums ir ļoti nozīmīgs. Svarīgi ne tikai lietot ārsta ieteiktos medikamentus, bet arī būt pietiekami neatlaidīgam glikozes līmeņa, asinsspiediena un lipīdu rādītāju mērķu sasniegšanā. Dažkārt diabēta pacienti uzsāk lietot, piemēram, jaunu medikamentu kombināciju asinsspiediena pazemināšanai, tomēr jau pēc īsa laika pārtrauc, jo, viņuprāt, «jaunās zāles nestrādā, asinsspiediens neuzlabojas», vai arī viņi secina – «ar jauno kombināciju es jūtos sliktāk». Pareizāk būtu izvērtēt sasniegto kopā ar ārstu un izlemt, vai ir nepieciešamas korekcijas un kādas konkrēti.

Izmantojot izdevību, vēlētos atgādināt, kādi ir glikozes līmeņa, asinsspiediena un lipīdu mērķi, jo dažkārt tieši mērķa rādītāji ir saistīti ar daudziem mītiem:

- Mērķa glikētais hemoglobīns HbA_{1c} – zemāks par 7 %.
- Mērķa asinsspiediens – ne augstāks par 130/85 mm Hg staba.
- Zema blīvuma lipoproteīnu holesterīns: pacientiem ar **augstu risku** – zemāks par 1,8 mmol/l (augsts risks ir visiem cukura diabēta pacientiem); pacientiem ar **ļoti augstu risku** (piemēram, diabēta pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām) – zemāks par 1,4 mmol/l.

Katrā konsultācijā jautājiet, vai ir sasniegti ārstēšanas mērķi un ko varam darīt, lai tos sasniegtu. Mūsdienās ir pieejami efektīvi medikamenti, kas palīdz gan normalizēt glikozes līmeni asinīs, gan arī vienlaikus aizkavēt sirds un nieru bojājumu attīstību, kā arī var uzlabot pašsajūtu un novērst nepieciešamību bieži ārstēties slimnīcā. Tomēr mums pašiem arī jāgrib rūpēties par savu veselību, lai sasniegtu ārstēšanas mērķus un justos labāk.

Foto: No Valdas Staltes personīgā arhīva

Jābūt gataviem uz jauno iespēju radītajiem izaicinājumiem

TOMS ZVIRBULIS

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

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

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

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

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

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

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



Foto: No LRS arhīva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SIRDS MAZSPĒJA

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

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



KARDIOVASKULĀRA SLIMĪBA

Uz visām sirds un asinsvadu slimībām attiecināms jēdziens.

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



MIOKARDA INFARKTS

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



SIRDS MAZSPĒJA

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

3 galvenie sirds mazspējas simptomi:⁴



ELPAS TRŪKUMS



ŠĶIDRUMA UZKRĀŠANĀS, PIEMĒRAM, TŪSKA AP POTĪTĒM

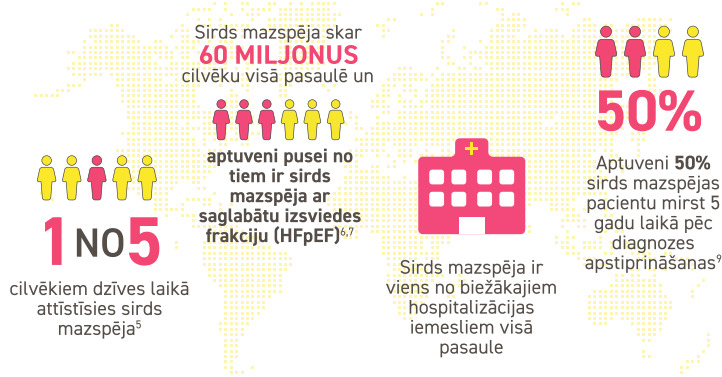


NESPĒKS

Citi simptomi:⁴

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

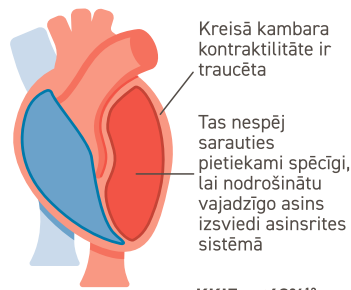
Sirds mazspēja ir nozīmīga problēma pasaulē:



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 (HFpEF)¹¹ jeb sistoliska disfunkcija



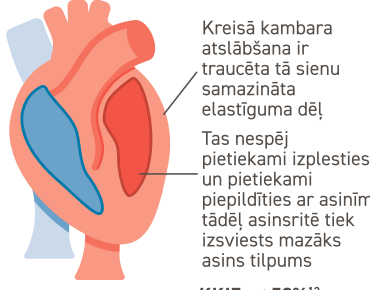
KKIF = <40%¹²

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

PIEEJAMĀ ĀRSTĒŠANA^{13,14,15}

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

2 SIRDS MAZSPĒJA AR SAGLABĀTU IZSVIEDES FRAKCIJU (HFpEF)¹¹ jeb diastoliska disfunkcija



KKIF = >50%¹²

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

PIEEJAMĀ ĀRSTĒŠANA¹⁶

SGLT-2 inhibitori

*SGLT2 inhibitorus iesaka neatkarīgi no sirds mazspējas izsviedes frakcijas

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



NIERU SLIMĪBA



2. TIPA CUKURA DIABĒTS

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

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

Informācija veselības aprūpes speciālistiem



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

Nieru veselības pamatā – veselīgs dzīvesveids

TOMS ZVIRBULIS

Par hronisku nieru slimību netiek plaši runāts, bet tajā pašā laikā pacientu skaits, kuriem ikdienā ar šo slimību jāsavokas, ir samērā augsts. Un lielākās bailes izsauc iespēja nonākt līdz nieru aizstājterapijai jeb hemodialīzei. Vai tiešām tas ir neizbēgami?

Sarunā ar Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas nefrologi **Danielu Silu** noskaidrojam, kādas ir hroniskas nieru slimības pacientu ārstēšanas iespējas un kādi jauni medikamenti pēdējos gados šo pacientu aprūpi ir padarījuši vieglāku.

– Kā jūs raksturotu hroniskas nieru slimības izplatību Latvijā? Vai ir pamats nopietnam satraukumam?

– Hroniska nieru slimība ir samērā izplatīta, bet lielākā problēma ir tā, ka daudzi pacienti pat nenojauš, ka viņiem ir šī slimība. Netiek veiktas pārbaudes un slimību nediagnosticē, tāpēc precīzu pacientu skaitu nosaukt nevarēšu. Aktuāls ir jautājums par nieru slimību reģistru, par kura izveidi valsts līmenī iestājas Latvijas Nefrologu asociācija. Taču šādas sistēmas izveidei ir nepieciešami papildu resursi. Pašlaik notiek aktīvs darbs, lai nieru slimību reģistru ieviestu.

– Kādi ir galvenie riska faktori hroniskas nieru slimības attīstībai, un kādos gadījumos ģimenes ārsts var lemt par pacienta tālāku nosūtīšanu papildu pārbaudei veikšanai?

– Ir riska faktori, kurus mēs nevaram ietekmēt. Tas ir vecums, dzimums un rase. Taču ir daudz riska faktoru, kurus varam izmainīt. Viens no tiem ir svars, jo aptaukošanās ir nieru slimību riska faktors. Tāpat smēķēšana, nesabalansēts uzturs, mazkustīgs dzīvesveids, alkohola lietošana, arī tāda hroniska slimība kā cukura diabēts, hipertensija, paaugstināts holesterīna līmenis. Piemēram, pacientiem ar paaugstinātu asinsspiedienu var būt arī hroniska nieru slimība, bet tā pie ģimenes ārsta netiek atklāta. Visiem Latvijas iedzīvotājiem bez problēmām ir iespējams veikt urīna analīzes, noteikt mikroalbuminūriju, kreatinīna līmeni asinīs, lai diagnosticētu nieru slimību. Analīzes būtu jāveic vismaz reizi gadā, lai varētu laikus konstatēt šos riska faktorus.

– Analīzes tik regulāri būtu jāveic katram iedzīvotājam vai tikai tiem, kuri ir riska grupā?

– Cukura diabēta pacientiem tas būtu jā dara noteikti. To uzsvēr gan ģimenes ārsti, gan nefrologi. Vienreiz gadā diabēta pacientiem būtu jāuztaisa mikroalbuminūrijas tests, ar kura palīdzību mēs varam pateikt, ka ir radies bojājums. Parasti gan pietiek ar vienkāršu urīna analīzi, kura būtu jāveic visiem iedzīvotājiem.

– Viens no svarīgākajiem analīžu raksturlielumiem ir glomerulu filtrācijas ātrums (GFĀ). Kurā brīdī tam būtu jāpievērš papildu uzmanība?

– Par hronisku nieru slimību mēs varam runāt tad, ja GFĀ ir zemāks par 60 mililitriem minūtē vismaz trīs mēnešus vai sonogrāfiski ir novērojami nieru bojājumi vai izmaiņas. GFĀ aprēķināšanai ir nepieciešams zināt pacienta vecumu, dzimumu, svaru, kreatinīna koncentrāciju asinīs, kuru var noteikt laboratorijās. Tāpat ir pieejamas cistatīna C analīzes. Šis peptīds precīzāk atspoguļo glomerulu filtrācijas ātrumu gadījumos, kad nieru funkcija tikai sāk pasliktināties. Cistatīna C koncentrācija

nav atkarīga no dzimuma, svara, uztura. Šīs analīzes ir dārgākas un tiek izmantotas pacientiem, kuriem ir malnutricija jeb nepietiekama barības vielu uzņemšana, kas savukārt var ietekmēt kreatinīna līmeni. Dažkārt arī grūtniecēm tā agrīni var noteikt nieru slimību.

Bieži pie nefrologa nāk gados vecāki pacienti, kuri uztraucas, ka viņiem kreatinīna līmenis ir 80 $\mu\text{mol/l}$ un glomerulu filtrācijas ātrums 60 ml/min , bet tas ir fizioloģiski normāli, jo katru gadu pēc 40 gadu vecuma sasniegšanas GFĀ samazinās par 1 mililitru minūtē.

– Vai cilvēks sajūtu līmeni var saprast, ka ar nieru darbību kaut kas īsti nav kārtībā? Kādi ir pirmie signāli, ka jānododas pie ģimenes ārsta?

– Bieži ir tā, ka hroniskas nieru slimības pirmajās stadijās var nebūt nekādu simptomu. Pirmais izteiktāks simptoms ir tūska uz kājām, elpas trūkums, paaugstināts un grūti koriģējams asinsspiediens. Ja slimība ir progresējusi, tad var būt arī nespēks. Tādā gadījumā pacientam visdrīzāk jau ir attīstījusies arī anēmija jeb mazasinība. Paaugstināts visdrīzāk būs arī kreatinīna līmenis, kas skaidri norādīs uz hronisku nieru slimību.

Tā kā slimības sākumā cilvēkam simptomu var nebūt, uzsvārs jāliek uz profilaktiskajām pārbaudēm, lai jebkuras potenciālās problēmas varētu noķert jau laikus.

– Minējāt, ka urīna analīzes būtu jātaisa katram, bet papildu rādītāju noteikšana varbūt ne visiem būs pa kabatā, vēl citi to neuzskatīs par nepieciešamu. Vai ir riska grupas, kurām to noteikti vajadzētu darīt, atskaitot jau pieminētos cukura diabēta pacientus?

– Diabēta pacientiem šīs analīzes tiek apmaksātas. Tiem, kurus uz analīzēm nosūta nefrologs, arī papildus maksāt nevajadzēs. Par to diemžēl ne visi pacienti ir informēti.

– Kā rīkoties, ja analīzēs tiek konstatēta mikroalbuminūrija, samazināts GFĀ? Kā varam aizkavēt hroniskas nieru slimības progresēšanu?

– Jaunākajās vadlīnijās tiek uzsvērtā veselīga dzīvesveida nozīme. Tas nozīmē nesmēķēt, lietot veselīgu uzturu, izslēdzot dažādus pusfabrikātus. Mēs ēdam ļoti neveselīgi. Diētas korekcijas rekomendē ne tikai nefrologi, bet arī kardiologi. Svarīgi ir samazināt sāls daudzumu uzturā, jo sāls aiztur šķidrumu. Tas ir papildu slogs nierēm un var ietekmēt to darbību. Pie hroniskas nieru slimības mēs iesakām samazināt arī olbaltumvielu patēriņu. Tās no diētas noteikti nevajadzētu izslēgt, bet vairāk lietot augu valsts olbaltumvielas, kuras atrodamas, piemēram, pākšaugos.

Noteikti ir jāpalielina augļu un dārzeņu īpatsvars uzturā. Tāpat ir nepieciešamas mērenas fiziskās aktivitātes, un ķermeņa masas indekss nedrīkst pārsniegt 25 kg/m^2 . Liekais svars ietekmē to, cik fiziski aktīvi mēs varam būt, ierobežo mobilitāti. Svarīgi ir uzturēt normālu asinsspiedienu. Pēc vadlīnijām tam jābūt zem 120 mm dzīvsudraba staba. Diabēta pacientiem nepieciešama laba glikēmijas kontrole. Trīs mēnešu periodā glikētajam hemoglobīnam būtu jābūt zem 6,5 procentiem. Jo augstāks ir glikētā hemoglobīna līmenis, jo lielāks ir risks un iespēja, ka hroniskā nieru slimība progresēs. Tāpat būtu jānosaka medikamenti, kurus pacientiem nevajadzētu lietot. Ļoti bieži tie ir nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi, piemēram, dolmens un ibumetīns, kurus pacienti lieto nekontrolēti. Arī medikamenti gastroezofageālā atvīļņa slimības simptomu mazināšanai var veicināt hroniskas nieru slimības attīstību. Tādēļ pastiprināta uzmanība ir jāpievērš tam, kāpēc konkrētais medikaments pacientam ticis nozīmēts.

– Vai sākotnēji ar veselīgu dzīvesveidu un konkrētu medikamentu nelietošanu būs gana, lai ārstētu hronisku nieru slimību?

– Ar dzīvesveida korekcijām nepietiks. Ir nepieciešams lietot speciālistu nozīmētas zāles ar nieru aizsargājošu iedarbību. Ir vairākas šādu medikamentu grupas. Nesen vadlīnijās parādījās jauni medikamenti – SGLT-2 inhibitori –, kas palīdz aizkavēt hroniskas nieru slimības attīstību. No šī gada aprīļa arī nefrologs var izrakstīt šos medikamentus ar kompensāciju, bet tikai cukura diabēta pacientiem vai sirds mazspējas pacientiem ar samazinātu izviedes frakciju bez cukura diabēta. Ja pacientam ir tikai hroniska nieru slimība bez diabēta, šie medikamenti kompensēti netiek.

– Kāda ir jūsu pieredze ar SGLT-2 inhibitoriem hroniskas nieru slimības ārstēšanā?

– Pagaidām pieredze nav liela. Man ir atsevišķi pacienti, kuri šīs zāles lieto, bet viņiem tās ir izrakstījis endokrinologs. Paskatoties dinamiskā, var redzēt, ka ar šiem medikamentiem ir panākta laba glikēmijas kontrole un ir novērojama arī proteīnūrijas jeb olbaltumvielu izdalīšanās ar urīnu samazināšanās. Protams, ir skumji, ka pacienti dažkārt pie mums nonāk tik vēlu, ka viņiem SGLT-2 inhibitoru terapiju vairs uzsākt nevar. Lai izrakstītu SGLT-2 inhibitorus, GFĀ jābūt vismaz 20 ml/min vai augstākam. Mēs ceram, ka arvien biežāk ģimenes ārsti pacientiem šos medikamentus izrakstīs, pirms viņi ir nonākuši nefrologu rokās.

– Viens no hroniskas nieru slimības riska faktoriem ir sirds mazspēja, savukārt tās attīstības riska faktors ir cukura diabēts. Vai konkrētais medikaments potenciāli varētu atvieglot nefrologa darbu, ja arī hroniskas nieru slimības pacienti to varētu saņemt ar valsts kompensāciju?

– Nefrologu asociācija vēlas panākt, lai nefrologi SGLT-2 inhibitorus ar valsts kompensāciju varētu izrakstīt ne tikai cukura diabēta pacientiem ar nieru slimību, bet arī citu diagnožu pacientiem. Dažkārt pirmais ārsts, pie kura viņi nonāk, ir nefrologs, un mēs būtu ļoti iepriecināti, ja varētu šiem pacientiem tos izrakstīt bez citu kolēģu iesaistes.

– Vai ir veikti pētījumi par to, kā SGLT-2 inhibitori var palīdzēt hroniskas nieru slimības pacientiem? Sirds mazspējas un cukura diabēta gadījumā šos uzlabojumus var novērot jau neilgi pēc terapijas uzsākšanas.

– 2022. gadā noslēdzās vairāki pētījumi (piemēram, EMPA-KIDNEY) gan cukura diabēta pacientiem, gan pacientiem bez cukura diabēta, un SGLT-2i tiek rekomendēti hroniskas nieru slimības attīstības aizkavēšanai pacientiem ar un bez cukura diabēta. Pētījumi tika veikti divu gadu garumā, un šajā laikā varēja secināt, ka medikamentu lietošana sniedz ieguvumu nieru aizsardzībai, pasargā nieru funkciju. Ilustrācijai varam salīdzināt vienu 63 gadu vecu pacientu, kurš saņem SGLT-2 inhibitorus, ar vienāda vecuma pacientu, kurš šos medikamentus nesaņem. Risks attīstīties terminālai nieru mazspējai ir ar 13 gadu nobīdi. Respektīvi, pacientam, kuram tika doti konkrētie medikamenti, termināla nieru slimība attīstījās 86 gadu vecumā, kamēr pacientam, kuram šīs zāles netika dotas, tas notika jau 73 gadu vecumā. Medikaments nav pavisam jauns, tomēr precīza tā ietekme uz hroniskas nieru slimības attīstību vēl ir jāvērtē.

– Ko jūs kā nefrologu vēlētos savā darbības jomā attīstīt Latvijā tuvāko gadu laikā?

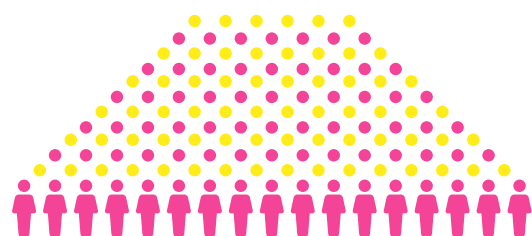
– Kolēģis nesen atgriezās no Vācijas, kur nefrologi paši veic dažādas manipulācijas, kas mūsu darbu padara interesantāku. Taču es nevaru nosaukt vienu konkrētu lietu, kuru vēlētos ieviest. Protams, gribētu redzēt mazāk terminālas nieru slimības pacientu – lai pēc iespējas mazāk pacientu nonāktu līdz nieru aizstājterapijai (dialīzei). Tas ir izaicinoši gan ārstiem, gan pacientiem. Patlaban Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā ir iesākts pilotprojekts ar nakts hemodialīzi, kas Latvijā nav ieviesta nevienā citā stacionārā.



Foto: Shutterstock

Kardiovaskulārās, nieru un vielmaiņas slimības ir savstarpēji saistītas

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



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

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

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



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

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

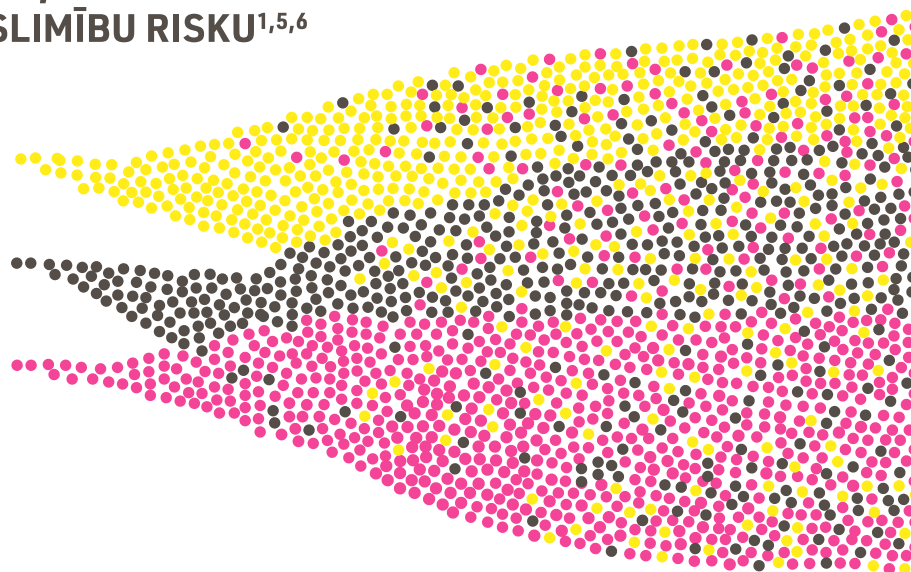
Līdz pat **60%** pacientu ar **hronisku nieru slimību** ir **KV slimība**⁷



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



Līdz pat **45%** pacientu ar **SM** ir **2. tipa CD**¹⁰

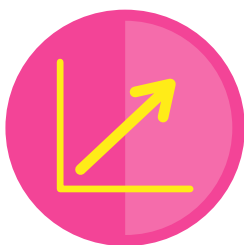


LAIKS

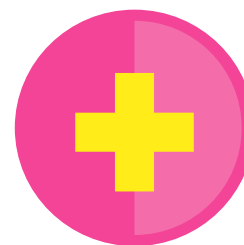
LAI NOVĒRSTU ŠO SLIMĪBU ATTĪSTĪBU NEPIECIEŠAMA HOLISTISKA PIEEJA



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



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



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

Atsauces

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

Diabēta pacients ceļā uz normālu asinsspiedienu

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

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

Kas ir asinsspiediens?

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

Kādam jābūt normālam asinsspiedienam?

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

Kā un kad mērīt asinsspiedienu?

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

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

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

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

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

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

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

1. Pirms uzsākt asinsspiediena mērīšanu, ir svarīgi apmēram 5–10 minūtes mierīgi atpūsties, piemēram, sēžot pie tā paša galda, kur spiediens tiks mērīts. To nebūtu vēlams mērīt uzreiz pēc aktīvām kustībām, piemēram, strauji ienākot telpā vai pēc kāpšanas pa kāpnēm. Tāpat jāņem vērā, ka stress, smēķēšana, aukstums, fiziskās aktivitātes, kofeīns un noteikti medikamenti (piemēram, fenilefrīnu saturoši nazālie dekonģestanti) spiedienu palielina, tāpēc no šiem faktoriem būtu jāizvairās vismaz pusstundu pirms spiediena mērījuma.
2. Roka jātur sirds līmenī, atbalstīta uz stabilas pamatnes, ar plaukstu uz augšu. Svarīgi ir ērti iekārtoties (mērot asinsspiedienu būtu jābūt, ar abām kājām atbalstoties pret grīdu), lai spētu pilnībā atslābināties. Tāpēc būtu vēlams pirms mērīšanas iztukšot urīnpūsli, jo arī tas var ietekmēt rezultātu.
3. Asinsspiediena mērītāja manšete jāliek uz kairas rokas aptuveni 5 cm virs elkoņa locītavas. Ja asinsspiedienu mēra pirmo reizi, ar mehānisko mērītāju to vajadzētu izdarīt abās rokās, jo ir cilvēki, kam var nedaudz atšķirties asinsspiediena rādījumi (tādā gadījumā par pareizo pieņem augstāko spiedienu). Savukārt, lietojot automātisko aparātu, mērījumu veic tikai uz kreisās rokas.
4. Ja priekšroka tiek dota automātiskajam asinsspiediena mērītājam, labāk būtu izvēlēties tādu ierīci, kam manšete ir jāliek uz augšdelma. Šādi mērītāji ir precīzāki par tiem, kuriem manšete stiprinās uz apakšdelma.
5. Ir svarīgi pievērst uzmanību manšetes izmēram, kas jāizvēlas atbilstoši pacienta rokas apkārtmēram, lai manšete cieši piegulētu. Ja tā roka būs par mazu (piemēram, standarta manšete adipoziem cilvēkiem), tad spiediens uzrādīsies augstāks, nekā tas ir patiesībā. Savukārt, ja manšete būs par lielu, asinsspiediens kļūdaini uzrādīsies zemāks. Tāpēc arī bērniem ir speciālas bērnu manšetes.
6. Ja asinsspiediens ir paaugstināts, tad nepieciešams to pārmērīt vēlreiz, taču vismaz 10 minūtes pēc pirmā mērījuma, pretējā gadījumā artēriju spiediens būs nedaudz saspiests no pirmās mērīšanas reizes, un rezultāts katru reizi būs citāds. Lai būtu pavisam droši, var pārmērīt to arī nākamajā dienā. Cilvēkiem, kam jau ir diagnosticēta arteriālā hipertensija, asinsspiediens jāizmēra aptuveni reizi nedēļā, ja pašsajūta ir laba un tiek ievērota ārsta noteiktā ārstēšanās terapija. Nevajag mērīt pārāk bieži, jo tas rada tikai liekus satraukumus, taču ieteicams vienmēr izmērīt asinsspiedienu, ja jūtaties slikti vai arī ir pašsajūtas izmaiņas.
7. Tāpat būtu ieteicams asinsspiedienu pēc katras mērīšanas reizes pierakstīt «asinsspiediena dienasgrāmatā», lai paši un arī ārsts spētu labāk novērtēt spiediena izmaiņas laika gaitā.
8. Nevajadzētu mērīt pēc sportošanas vai ēšanas, vislabāk to darīt rīta pusē.

Kāpēc diabēta pacientam ir īpaši vēlams regulāri kontrolēt asinsspiedienu?

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

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



Foto: Shutterstock

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

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

Kādi simptomi liecina par paaugstinātu asinsspiedienu?

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

Vai ir iespējams pazemināt asinsspiedienu bez zālēm?

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

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

Kādas zāles izmanto asinsspiediena pazemināšanai?

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

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

Ja zāles nepalīdz...

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

Cik ilgi jāārstē paaugstināts asinsspiediens?

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

Kāpēc nevaru zāles dzert tikai tad, kad jūtos slikti?

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

Par ko liecina pētījumi?

Diabēta pacientiem ar paaugstinātu asinsspiedienu –

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

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

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

Informāciju no ārvalstu publikācijām apkopojusi
GUNTA FREIMANE

OMRON

Visās
Latvijas
aptiekās



Asinsspiediena mērītāji no Japānas firmas OMRON

www.HealthProducts.LV

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

Multiplās skleroze diagnostika

ILONA NORIETE

Vēl ne tik sen tika uzskatīts, ka izkaisītās jeb multiplās skleroze (MS) diagnoze būtībā pārvelk treknu svītru cilvēka turpmākajai dzīvei un viņam nākotnē jāsamierinās ar teju vai veģetatīvu eksistenci. Turklāt MS ir jaunu cilvēku slimība – pārsvarā tā tiek konstatēta 20–40 gadu vecumā, kad tāda nākotnes perspektīva būtu sevišķi sāpīga. Īpaši sievietēm, kuras diagnozes noteikšanas brīdī ārsts «iepriecinājies», atklāti pasakot – par bērnu radīšanu pat nedomājiet! Par laimi, mūsdienās tas tā vairs nav.

Par MS izpausmēm un tās ārstēšanas iespējām sīkāk mūsu sarunā ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionāra *Gaiļezers* neiroloģi, Vīspārējās neiroloģijas nodaļas virsārsti un MS vienības vadītāju, RSU docenti **Dainu Pastari**.

– Izdzirdot diagnozi «multiplā skleroze», cilvēkam, kuram ar to nav bijis nekādas saskares, var šķist, ka tas nav nekas nopietns. Vienkārši kaut kāda skleroze, varbūt nelielas atmiņas problēmas vai kas tamlīdzīgs. Ko jūs varat teikt šajā sakarā?

– Atšķirībā no tādām slimībām kā ateroskleroze un amiotrofā laterālā skleroze, MS lielākoties skar gados jaunus cilvēkus. Vidējais saslimšanas vecums ir 20–40 gadi. Protams, MS pacientam var būt arī atmiņas pavājināšanās, turklāt ir izpētīts, ka kognitīvi, domāšanas, koncentrēšanās traucējumi sākas jau agrīni. Tomēr šo slimību mēs konstatējam brīdī, kad sākušies reāli neiroloģiski traucējumi.

– Varat minēt, kādi tie ir?

– Neiroloģiskie traucējumi var izpausties dažādi. Piemēram, MS gadījumā nereti rodas problēmas ar redzi, tāpat iespējama tirpšana, nejutīgums kādā noteiktā ķermeņa zonā, vājums rokās un/ vai kājās, galvas reibonis, koordinācijas grūtības, urinācijas, līdzsvara un gaitas traucējumi.

Tie ir īsti, fiziski konstatējami simptomi, kas saglabājas ilgāk par 24 stundām. Principā tas ir klasiskais gadījums, kad mēs, sastopot jaunu cilvēku ar šādiem fiziskiem neiroloģiskiem simptomiem, sākam aizdomāties, vai pie vainas nevarētu būt MS.

Vēl var minēt, ka daļai pacientu ir izteiktas nogurums, kā arī atmiņas traucējumi, grūtības koncentrēties.

– Vai visos gadījumos slimība sākas ar kādu no jūsu minētajām izpausmēm? Agrāk tika uzskatīts – ja tev ir 40 gadu vai vairāk, tad MS tevi neskars. Tomēr pēdējā laikā, kad arvien plašāk kļūst pieejams magnētiskās rezonanses (MR) izmeklējums, šī slimība arvien biežāk tiek atklāta arī par 40 gadiem vecākiem cilvēkiem. Vai vienmēr jābūt kādam no jūsu uzskaitītajiem simptomiem, lai sāktu aizdomāties par šo diagnozi?

– Parasti šādas pazīmes bijušas arī agrāk, tikai pacients tām nav pievērsis uzmanību vai arī izskaidro to esamību ar kādu citu slimību. Bieži, atskatoties pagātnē, mēs saprotam, ka savulaik novērotais vājums kājā nav bijis saistīts ar mugurkaula deformāciju, bet gan liecinājis par MS. Turklāt pastāv arī retākas slimības formas, piemēram, primāri progresējošā MS, kas sākas salīdzinoši vēlāk, un šajā gadījumā bieži raksturīgi tieši kustību traucējumi. Protī, parādās vājums, spasticitāte kājās, grūtības staigāt, mēdz būt arī urīna aizture vai nesaturēšana.

– Vai MS var būt arī pilnīgi asimptomātiska? Pacientam šī slimība ir, bet viņš visu mūžu nodzīvo, pat nezinot par to?

– Tādā gadījumā īsti nav pamata to saukt par MS, jo šīs slimības definīcijas kritēriji pieprasa klīnisko pazīmju klātbūtni. Ja nav absolūti nekādu traucējumu, mēs nevaram problēmu diagnosticēt kā MS. Tiesa, mēdz būt pacienti, kuriem nozīmē MR sakarā ar galvassāpēm, un izmeklējumā uzrādās potenciālie MS perēkļi. Šādās situācijās mēs veicam papildu analīzes un izmeklējumus. Ja pārbaudes nenorāda uz MS un simptomu tiešām nekad nav bijis, mēs pacientu turpinām vērot. MS gadījumā galvas un muguras smadzenēs esošo perēkļu skaits turpinās pieaugt.

– Kas īsti ir multiplā skleroze?

– MS ir neiroloģiska slimība, kura rodas tādēļ, ka imūnsistēma nepareizi reaģē uz nervu sistēmu. Respektīvi, imūnā sistēma sagrauj nervu šķiedru apvalku jeb mielīnu, un vietās, kur tas tiek bojāts, izveidojas demielinizējošie perēkļi. Tie lokalizējas galvas vai muguras smadzenēs, un šos bojājumus var konstatēt MR izmeklējumā.

– Ja šie perēkļi rada problēmas, vai tos nevar izoperēt līdzīgi kā dažādus veidojumus?

– Diemžēl to nevar izdarīt, jo perēklis īstenībā ir izmainīta smadzeņu viela, tāda sklerotiskā plātnīte, kas pēc dabas līdzinās rētai, bet rētaudus likvidēt nav iespējams. Visās vietās, kur šāds perēklis ir izveidojies, faktiski veidojas rētaudi, un tie paliek uz visu mūžu.

– Vai pastāv risks, ka pēc laika perēkļu var būt daudz vairāk nekā iepriekš?

– Tāda arī ir dabiskā slimības norise. Ja mēs ļaujam MS attīstīties, tad perēkļu skaits nemitīgi palielinās.

– Kādas ir iespējas nepieļaut slimības attīstību?

– Patlaban jau pie pašām pirmajām MS klīniskajām izpausmēm mēs varam noteikt diagnozi ļoti īsā periodā. Faktiski pietiek veikt tikai vienu MR izmeklējumu un lumbālpunkciju. To visu var izdarīt vidēji mēneša laikā. Kad tiek apstiprināta diagnoze, uzreiz arī piedāvājam pacientam ārstēšanu. Terapijas mērķis ir apstādināt MS attīstību esošajā stāvoklī un panākt, lai neizveidotos jauni perēkļi.

– Vai joprojām mēdz būt situācijas, kad, par spīti ārstu pūlēm, slimība turpina progresēt? Varbūt tomēr, pateicoties mūsdienu medicīnas sasniegumiem, izdodas panākt, ka jauni perēkļi vairs neveidojas?

– Ārstu mērķis ir pilnībā apturēt šādu perēkļu rašanos. Ja mūsu izvēlēta zāļu terapija nav pietiekami efektīva un, neskatoties uz medikamentu lietošanu, veidojas jauni perēkļi, mēs pārejam uz efektīvāku terapiju. Ārsti pastāvīgi seko pacientam, regulāri veic MR izmeklējumus, lai kontrolētu situācijas attīstību.

– Kādi ir galvenie MS rašanās cēloņi? Varbūt savu lomu spēlē ģenētika – ja vecākiem ir šī slimība, arī bērni to var pārmantot?

– Pastāv vairākas hipotēzes par to, kāpēc šī slimība attīstās. Ģenētiskais faktors ir svarīgs – ja vienam vecākam ir MS, risks bērnam ir 1:50, taču, ja ar MS slimo abi vecāki, risks pieaug līdz 1:8. Tomēr patlaban mēs nevaram nosaukt vienu dominējošo iemeslu. Ja tāds būtu noskaidrots, protams, ārsti varētu efektīvi cīnīties ar šo cēloni un uzveikt pašu slimību. Taču realitātē MS attīstību nosaka vairāku faktoru kopums. Viena no versijām ir MS saistība ar Epšteina–Barra vīrusa infekciju, jo praktiski visi ar MS sirgstošie ir pārslimojuši šo vīrusu. Tajā pašā laikā jāņem vērā, ka ne visiem cilvēkiem uz planētas, kuriem bijis kontakts ar šo vīrusu, ir



Daina Pastare: «Pastāv vairākas hipotēzes par to, kāpēc šī slimība attīstās. Ģenētiskais faktors ir svarīgs – ja vienam vecākam ir MS, risks bērnam ir 1:50, taču, ja ar MS slimo abi vecāki, risks pieaug līdz 1:8.»

izveidojusies MS. Tāpēc mēs nevaram vienpusēji vainot tieši šo infekciju.

– Kā izvairīties no Epšteina–Barra vīrusa, lai samazinātu risku iegūt MS?

– Praktiski to izdarīt nav iespējams, jo tas pastāvīgi cirkulē apkārtējā vidē. Latvijā ar šo vīrusu kontakts ir bijis lielākajai daļai, vismaz 95 procentiem iedzīvotāju, bieži arī bez simptomiem. Visticamāk, tas ir noticis bērnībā.

– Kāda ir MS norise?

– Visbiežāk slimībai ir recidivējoši remitējoša forma. Tā ir tipiskākā un biežākā MS attīstības gaita, kas skar vairāk nekā 80 procentus pacientu. Tas nozīmē, ka slimība norit ar paasinājumiem. Šāds uzliesmojums liecina, ka tobrīd smadzenēs ir izveidojies akūts autoimūns iekaisums, un šajā akūtā fāzē arī parādās minētie simptomi. Pēc kāda laika simptomi izzūd un iestājas remisija. Tāpat recidīvs ir paasinājums, bet remisija – miera periods. Ļaujot slimībai iet savu gaitu, tās norisē šādi krīzes brīži mijas ar atslābuma laiku. Problēma slēpjas tajā, ka mēs nezinām, vai pēc slimības uzliesmojuma visi simptomi pilnībā izzūd. Tāpēc piedāvājam sākt ārstēšanu agrīni, lai šādu paasinājumu nebūtu.

– Kā izpaužas paasinājumi?

– Simptomi parādās subakūtā veidā. Visi ar MS saistītie ir manis minētie veselības traucējumi novērojami galvenokārt paasinājuma laikā.

– Kā MS var diagnosticēt? Jūs jau minējāt, ka tiek veikta MR, bet laikam jāsāk ar pārbaudi pie neirologa?

– Jau vizītē pie šī speciālista kļūst skaidrs, vai simptomi, par ko sūdzas pacients, varētu būt saistīti ar MS, jo organismā ir ne tikai centrālā, bet arī perifērā nervu sistēma. Piemēram, runājot par tirpšanu noteiktā zonā, ārsts var atšķirt, vai tā varētu būt saistīta ar perifēro nervu bojājumu, vai tomēr nāk no centrālās nervu sistēmas, kā MS gadījumā. Veicot neiroloģisko izmeklēšanu, mēs redzam noteiktas pazīmes, kas var apliecināt aizdomas

par MS. Jebkurā gadījumā, ja neirologam rodas bažas, viņš nosūta pacientu uz MR izmeklējumu konkrētajai ķermeņa zonai, kas saistīta ar esošajiem simptomiem. Praktiski visos gadījumos MR obligāti tiek veikta galvai. Ja iegūtais rezultāts ir normāls, tas nozīmē, ka MS diagnoze nav aktuāla.

– Varbūt slimības perēkļi var būt arī muguras smadzenēs?

– Ja kāds no tiem ir konstatēts galvā, mēs izmeklējam arī visas muguras smadzenes, proti, veicam MR kakla un krūšu daļai. Tāpat visiem pacientiem rekomendējam papildus veikt lumbālpunkciju un nodot analīzes, kas palīdz šo slimību atšķirt no citām veselības problēmām.

– Pastāstiet, lūdzu, nedaudz vairāk par lumbālpunkciju.

– Tās laikā nosaka oligoklonālās ķēdes, kuras tiek konstatētas 95 procentiem MS pacientu. Tā ir pati galvenā analīze šajā diagnostikā. Ir arī citas demielinizējošas slimības, kurām var būt perēkļi muguras smadzenēs un redzes nervos, piemēram, optiska neiromielīta spektra slimība vai MOG antivielu asociēta slimība. Respektīvi, mēs pārbaudām pacienta antivielas uz slimībām, kas var radīt līdzīgus perēkļus. Parasti tiek veiktas pārbaudes arī uz infekcijām un reimatoloģiskām kaitēm.

– Kā notiek MS ārstēšana? Minējāt par pamat-slimības terapiju, bet noteikti ir arī iespējas cīņai ar slimības simptomiem? Piemēram, ja ir urīna nesaturēšana, nespēks vai citas nepatīkamas izpausmes, bāzes terapija var nepalīdzēt cīņā tieši ar šīm problēmām?

– Mūsu rīcībā ir trīs ārstēšanas metodes. Pirmā tiek izmantota akūta paasinājuma gadījumā. Tad pielietojam augstas devas hormonālo jeb kortikosteroīdu terapiju. Tās laikā pacientam vēnā ievada medikamentus, lai samazinātu akūto autoimūno iekaisumu. Ja slimnieka stāvoklis ir ļoti smags un kortikosteroīdu terapija nesniedz efektu, mēs varam izmantot plazmas apmaiņas procedūru, lai samazinātu antivielu daudzumu.

nepārvelk svītru dzīvei

Šī procedūra notiek tikai stacionārā, to nav iespējams saņemt ambulatori. Otrs ārstēšanas risinājums ir imūnmodulējošā terapija. Tā necinās ar simptomiem, bet nepieļauj jaunu perēkļu veidošanos un paasinājumu iestāšanos. Šī terapija jālieto regulāri, noteiktā režīmā – atkarībā no izmantojamā medikamenta. Faktiski šīs zāles ir jālieto visu mūžu ar domu, lai neļautu slimībai ritēt tās dabisko gaitu. Trešā metode ir simptomātiskā terapija, kas būtībā neatšķiras no līdzīgas ārstēšanas citu slimību gadījumā, proti, mēs cīnāmies ar pacienta simptomiem. MS gadījumā tiek ārstēta spasticitāte ar muskuļus atslābinošiem līdzekļiem. Varam piedāvāt medikamentus arī urīna nesaturēšanai. Citas zāles savukārt mazina nogurumu, arī dažādas nepatīkamas jušanas traucējumus – tādas kā dedzināšana, skudriņu skraidīšana. Šīs terapijas gadījumā tiek piemēroti medikamenti, kas vislabāk piemēroti konkrēta pacienta sūdzībām.

– Mēs ļoti labi zinām, ka ilgtermiņā organismam mēdz veidoties dažādi pieradumi un tas uz noteikta tipa zālēm, kas lietotas ilgāku laiku, kādā brīdī pārstāj reaģēt, proti, kļūst rezistents. Kāda situācija šajā ziņā ir ar kortikosteroīdiem? Ja pacientam regulāri mēdz parādīties paasinājumi un viņš lieto šos medikamentus, vai nevar būt tā, ka pēc gadiem pieciem to efektivitāte zūd?

– Drīzāk organisms joprojām reaģē uz šīm zālēm, bet ir svarīgi atšķirt, vai tobrīd novērojams reāls paasinājums. Jo īsts slimības uzliesmojums nozīmē, ka ir sācies autoimūns iekaisums, radies jauns perēklis vai kāds no jau esošajiem krāj kontrastvielu, kas rada šos simptomus. Savukārt, ja novērojama pakāpeniska situācijas pasliktināšanās, tad steroidi nelīdzēs. Lēns simptomu intensitātes pieaugums ir saistīts ar jau esošajiem perēkļiem nevis jauniem. Šādos gadījumos pacienti, balstoties uz iepriekšējo pieredzi, nereti grib, lai viņiem ievada kortikosteroīdus, jo atceras, ka tie kādreiz ļoti labi palīdzējuši. Taču, ja paasinājums nav saistīts ar jaunu, aktīvu perēkļu veidošanos, šīs zāles simptomus nemazinās.

– Iespējams, pacientam pēkšņi kādā ķermeņa daļā sācis vairāk tirpt vai radies nejutīgums. Ja ārsts vairs nenozīmē kortikosteroīdu terapiju, viņš var būt nesaprašanās – kāpēc tā?

– Mums pacients jāapskata, jo noteikti jāatšķir slimības progresēšana no paasinājuma. Lieka steroidu lietošana mēdz radīt daudz blakņu. Ārstam ir jāsatiekas ar slimnieku, jānovērtē situācija, jāsalīdzina iepriekšējais stāvoklis ar esošo un jāatšķir šīs divas lietas – pakāpeniska progresēšana vai uzliesmojums.

– Kādas blaknes var radīt kortikosteroīdu lietošana?

– Tie atstāj iespaidu uz gandrīz visām orgānu sistēmām. Pirmkārt, kortikosteroīdi iedarbojas uz kuņģa un zarnu traktu, veicina gastrītu, čūlu veidošanos. Tie var paaugstināt cukura līmeni asinīs un asinsspiedienu, iespējama arī trauksme, bezmiegs. Otrkārt, šie medikamenti veicina tūskas, arī ādas bojājumu un aknes rašanos. Tāpat kortikosteroīdu iedarbība rada endokrinoloģiskas izmaiņas un papildus veicina osteoporozes veidošanos. Tādēļ kortikosteroīdu lietošana jāapsver ļoti rūpīgi un tā nevar būt regulāra. Maksimāli pieļaujama augstas devas kortikosteroīdu terapijas kurss daudzums ir trīs reizes gadā.

– Kāpēc ir tik būtiski laikus uzsākt MS ārstēšanu?

– Tāpēc, ka mūsdienās pieejama efektīva terapija, kas Latvijā MS pacientiem ir bez maksas, un mēs savā praksē redzam, ka tā patiešām var apstādināt

šo slimību. Protams, mēs nevaram to garantēt, bet pieejamās ārstēšanas iespējas noteikti vajag izmantot, lai neļautu slimībai ritēt savu gaitu.

– Vai MS pacientes drīkst plānot ģimeni? Padomju gados šīs diagnozes gadījumā dakteri uzreiz teica – jums bērnu nebūs.

– Tagad noteikti tā nav. Mēs ļoti atbalstām ģimenes veidošanu un cenšamies katru gadījumu izskatīt individuāli, saskaņot ārstēšanu ar pašas pacientes vēlmēm. Patlaban pieejami medikamenti, kuru lietošana arī grūtniecības laikā ir pilnīgi droša.

– Vai drīkst ceļot?

– Protams.

– Vai var braukt arī uz siltākām zemēm, jo dzirdēts, ka MS pacientiem karstums nav vēlams?

– Patiešām, tas nav ieteicams, bet jāvērtē individuāli – ja pacients labi panes karstumu, tad noteikti neaizliedzam ceļošanu arī uz dienvidu valstīm. Ir MS pacienti, kuriem nav negatīvas reakcijas uz karstumu, nereti viņi stāsta, ka visu mūžu ir gājuši pirti un turpina to darīt. Mēs varam tikai ieteikt pacientiem pavērot sevi, bet noteikti to neaizliedzam.

– Kāds dzīvesveids jāievēro ar MS sirgstošajiem? Noteikti nav vēlams uztraukties, bet šo ieteikumu ir ļoti grūti izpildīt.

– Tā ir svarīga rekomendācija, kura parasti nedarbojas. Būtībā uzsvars jāliek uz veselīgu dzīvesveidu, kas paredz atbilstošu uzturu un pietiekamas fiziskās aktivitātes. Noteikti nevajag smēķēt – ja šis netikums piemīt, jācenšas pēc iespējas ātrāk no tā atbrīvoties.

– Cik lielu lomu MS gadījumā spēlē liekais svars?

– Jebkuram cilvēkam ar šo problēmu arī bez MS dzīve ir sarežģītāka, jo kustības ir apgrūtinātas, un vairāk raksturīgs mazkustīgums. Mēs rosinām ievērot veselīga uztura ieteikumus un atbrīvoties no liekajiem kilogramiem. Normāls ķermeņa svars samazina slimības aktivitāti un invaliditātes attīstības risku.

– MS pacientiem tiek rekomendēts vairāk pievērst uzmanību zivju eļļai, arī citu vērtīgu uzturvielu lietošanai.

– Šie padomi ir līdzīgi kā visiem pārējiem cilvēkiem, proti, augļu, dārzeņu, pilngraudu produktu lietošana uzturā. Vēlams iespējami samazināt patērētā cukura daudzumu. Runājot par zinātniskajiem pierādījumiem, – nav atklāta konkrēta diēta, kuras lietošana lielam cilvēku skaitam būtiski ietekmētu MS gaitu. Tomēr pētījumi liecina, ka uzturā noteikti vajadzētu iekļaut D vitamīnu. Zinātniski pierādīts, ka augstāks šīs vērtīgās vielas līmenis organismā ir saistīts ar labvēlīgāku slimības norisi.

– Vai šādā veidā nerodas risks D vitamīnu pārdozēt?

– Tāpēc D vitamīna līmenis asinīs ir jākontrolē. Liekākoties mēs redzam, ka pacientiem, kuriem pirmreizēji tiek diagnosticēta MS, tā saturs ir sevišķi zems. Mūsu mērķis būtu panākt, lai D vitamīna līmenis sasniegtu 60-80 ng/ml. Tas ir nedaudz augstāks, nekā parasti tiek rekomendēts, bet šim ieteikumam ir zinātnisks pamatojums. Lai minimizētu pārdozēšanas risku, var ik pēc laika veikt asins analīzes, taču, godīgi sakot, šos augstos skaitļus nemaz tik daudz pacientu nesaņem.

– Kāda ir MS pacientu tālākā mūža prognoze?

– Protams, jārēķinās, ka šīs slimības gadījumā viena no problēmām ir pazemināta dzīves kvalitāte. Kopumā ir aprēķināts, ka MS pacientu dzīvildze ir par pieciem līdz desmit gadiem īsāka nekā vidēji populācijā. Proti, šī prognoze ir ļoti līdzīga kā smēķētājiem, kuriem dzīvildze arī ir



Foto: Shutterstock

Multiplā skleroze

Tā ir visbiežāk sastopamā demielinizējošā slimība; pasaulē slimo ~2,1 miljons cilvēku. Multiplās sklerozes (MS) incidence 2–150:100 000 atkarībā no valsts.

Multiplās sklerozes simptomi

- Nogurums
- Nejutīgums
- Tirpšana
- Līdzsvara un koordinācijas traucējumi
- Spasticitāte
- Redzes traucējumi
- Sāpes
- Urīnpūšļa traucējumi
- Aizcietējumi
- Reiboņi
- Seksuālā disfunkcija
- Depresija
- Kognitīvā disfunkcija
- Trauksme
- Runas un balss problēmas

Multiplajai sklerozei ir norīšu klasifikācija, kuru nosaka klīniski. No tās ir atkarīga iespējamā ārstēšana.

• Recidivējoši remitējoša norise – visbiežāk sastopamā MS forma. Raksturīgi pēkšņi slimības uzliesmojumi, kuru starplaikos ir stabils veselības stāvoklis. Reizēm pēc recidīviem pacienta vispārējais veselības stāvoklis var pasliktināties. Šīs MS formas rezultātā MS pacienta veselības stāvoklis arvien pasliktinās (50 procentiem 10 gadu laikā pāriet sekundāri progresējošā norisē, ja netiek ārstēta).

• Sekundāri progresējoša norise – šī slimības forma pamatā attīstās gadījumos, kad nav tikusi ārstēta recidivējoši remitējošā MS. Šīs formas gadījumā ir iespējami recidīvi, kas ne vienmēr parādās. Pacientu veselības stāvoklis ar laiku pasliktinās. Aptuveni 15 gadu laikā slimība var novest pie nepieciešamības pēc palīgierīcēm (no spieķa līdz ratiņkrēslam).

• Primāri progresējoša norise – pacientiem nav slimības uzliesmojumu, bet regulāri un stabili progresē slimības simptomi. Veselības stāvoklis ar gadiem pasliktinās, lai gan dažiem MS pacientiem tiek novēroti mēneši un pat gadi, kuru laikā slimība neprogresē. Šai slimības formai nav raksturīgi ne paasinājumi, ne strauji uzlabojumi. Visbiežāk ar šo MS formu slimo sievietes un vīrieši virs 40 gadiem. Sākotnējie simptomi ir gaitas traucējumi un apgrūtināta staigāšana. Veselības stāvoklis pasliktinās straujāk, nekā slimojot ar citu MS formu.

• Progresējoši recidivējoša norise.

Avots: Neuroimmunology.lv

sāsināta. Tomēr, pateicoties jaunajām, efektīvākajām terapijām, ir paredzams, ka situācija uzlabosies – gan pacientu dzīves kvalitātes, gan dzīvildzes ziņā. Tiesa, lai varētu par to objektīvi spriest, vēl jāpaiet vairākiem gadiem. Varu piebilst, ka uztura ziņā ir veikti pētījumi par dažādu ēšanas paradumu ietekmi. Piemēram, izvērtēts dažādu diētu – ketogēnās, Vidusjūras, paleo-diētas – iespējamais piensums, taču nozīmīgos darbos to pozitīva iedarbība nav pierādīta. Zivis uzturā gan ir ieteicams lietot – tāpat kā visiem cilvēkiem.

– Kur Latvijā iespējams ārstēt MS?

– Latvijā šīs slimības pacienti var saņemt terapiju trīs medicīnas centros – Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) stacionārā

Gaiļezers, Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā (PSKUS) un Latvijas Jūras medicīnas centrā.

– Vai pastāv MS pacientu atbalsta biedrības?

– Cik man zināms, ir divas pacientu biedrības – Latvijas MS asociācija un Mana MS. Tās aktīvi darbojas un pulcina pacientus.

– Sarunas noslēgumā vēlos jums pajautāt – kā cilvēkam reaģēt uz paziņojumu par MS diagnozi?

– Noteikti nevajadzētu krist izmisumā, jo tā nav nāvējoša slimība. Jāsamierinās un jāmēģina ar to sadzīvot. Jāatrod ārsts, kuram jūs uzticaties un ar kuru esat gatavs turpināt sadarbību faktiski visa mūža garumā. Sekojiet ārsta norādījumiem un saņemiet iespējami labāko terapiju.

Stiprināt kaulus visa mūža garumā

ILONA NORIETE

Daudziem no mums ir nācies saskarties ar traumām. Tās mēdz atšķirties gan pēc veida, gan smaguma pakāpes. Atkarībā no traumētās ķermeņa daļas un bojājuma nopietnības ārstēšana var būt atšķirīga. Biežāk izplatīti ir sasitumi, locekļu izmežģījumi un lūzumi. Taču pat situācijā, kad ķermeņa savainojums nešķiet nopietns, cietušajam būtu jāseko līdzi sajūtām un simptomiem, lai nerastos sarežģījumi.

Par visu vairāk stāsta *Orto klīnikas* traumatologs ortopēds **Andrejs Elksniņš-Finogejevs**.



Foto: Shutterstock

– Kādas ir galvenās traumu riska grupas? Vai tie ir aktīva dzīvesveida piekritēji, sportisti? Bet varbūt vecāka gadagājuma cilvēki, kuriem kauli kļuvuši trauslāki?

– Viss atkarīgs no traumas mehānisma. Jaunim cilvēkiem pārsvarā ir augstas enerģijas traumas, respektīvi, tādas, kas iegūtas ceļu satiksmes negadījumos, kritienos no augstuma. Senioriem visbiežāk raksturīga zemas enerģijas traumatizācija. Šādas traumas gadās, kad cilvēks vienkārši pakrīt mājās, uz ielas, ejot, skrienot vai kāpjot pa trepēm. Sportisti ietilpst atsevišķā grupā, un šajā jomā daudz kas atkarīgs no sporta veida. Katram ir savi riski un atbilstošas traumas.

– Cik liela nozīme ir diagnostikas metodēm, un cik svarīgi traumu gadījumos laikus vērsties pie ārsta?

– Ja pacients ir guvis traumu, viņš pats lielākoties apzinās, kāds ir šīs traumas mehānisms. Piemēram, kritiens, mežģījums, sasitums, ārējo faktoru iedarbība. Ja novērojama vizuāla deformācija, liels asinsizplūdums, nepilnvērtīga traumētās ķermeņa daļas funkcija, tie jau ir sarkano karogu simptomi. Šādas pazīmes liecina, ka nekavējoties jāvērsas pie ārsta. Tas pats jā dara, ja ir sāpes miera stāvoklī vai tās ilgst vairāk par diennakti un nepāriet. Skaidrs, ka mūsdienās ārsta loma traumu diagnostikā vairs nav tik liela kā agrāk, jo ir pieejamas dažādas modernas ierīces – jauni ultrasonogrāfijas aparāti un rentgena iekārtas, arī magnētiskās rezonanses izmeklējumi. Tomēr vienmēr ir jāatceras, ka ārsta uzdevums un svarīgākais posms visā diagnostikas procesā ir kvalitatīva apskate. Praktiski visi izmeklējumi tiek veikti tādēļ, lai apstiprinātu vai noraidītu ārsta klīniski noteikto diagnozi.

Viena lieta, ko cilvēki noteikti nedrīkst darīt, ir ciest sāpes un gaidīt mēnesi vai vēl ilgāk. Tādā gadījumā traumas var kļūt hroniskas un to izārstēšana ir ļoti sarežģīta.

– Kā novecošanās process ietekmē muskuļu un skeleta sistēmu, un kādi ir galvenie apsvērumi vecāka gadagājuma cilvēku muskuļu un skeleta sistēmas veselības nodrošināšanā?

– Senioriem nereti sāk attīstīties osteoartrīts jeb locītavu nodilums. Bieži vien, kad sāk parādīties pirmie simptomi, jau ir notikušas diezgan nopietnas izmaiņas. Lai locītavas būtu veselā, jāievēro vairāki pamatprincipi. Pirmkārt, locītava obligāti jākustina, tai nepieciešama regulāra darbība. Otrkārt, nepieciešama sabalansēta slodze. Tas nozīmē, ka muskuļiem jābūt tik stipriem, lai varētu kompensēt ikdienas slodzi. Ja tā ilgstoši ir lielāka par muskuļu spēku un muskuļi šo slodzi nespēj kompensēt, palielinās spiediens starp kauliem un locītavām un locītavas sāk dilt. Treškārt, muskuļiem ir jābūt ideāli sabalansētiem, lai locītavām būtu vienmērīga, pareiza noslodze

un neizjuku locītavas balansējums. Ceturtkārt, jācenšas mazināt riska faktorus, kas bojā locītavas, tādus kā liekais svars, nekvalitatīva pārtika. Ja cilvēkam ir pārtikas nepanesamība vai alerģija, kā rezultātā viņš neuzņem noteiktu produktu klāstu, tos nepieciešams aizvietot ar pārtikas piedevām. Tikko cilvēkam sāk parādīties pirmie simptomi, piemēram, sāpes, pietūkums, locītavas funkcijas traucējumi, nevajag tos ignorēt, labāk atnākt un pārbaudīties. Jo slimību vienmēr vieglāk ārstēt sākuma stadijā. Bet galējā osteoartrīta stadijā dažreiz vajag veikt arī locītavas maiņu, dabīgo resursu aizstājot ar protēzi.

– Vecāka gadagājuma cilvēkiem bieži sastopams osteoartrīts un osteoporozē. Ko viņiem svarīgi zināt un ņemt vērā?

– Osteoartrīts ir locītavas nodilums, kad procesā tiek iesaistītas visas locītavā esošās struktūras. Tā nav tikai skrīmšļa vai kaulu problēma. Osteoartrītam raksturīgs bojāts skrīmšlis, izmaiņas kaulā, mainīts locītavas iekšējais apvalks, tāpat visas iekšējās struktūras, saites kļūst rigidās, stīvas, līdz ar to mainās visa locītava. Rentgena uzņēmumā mēs redzam tikai nodilušus kaulus, taču jāsaprot, ka tos sedz apvalks, ir arī citi mikstie audi, kurus rentgenā neredz. Savukārt osteoporozē tiek diagnosticēta, kad ir samazināts kaulu blīvums. Latvijā tā ir ļoti izplatīta problēma, jo pie mums ir salīdzinoši maz saulainu dienu un ierobežotas iespējas ražot dabīgo D vitamīnu. Līdz ar to ļoti daudziem pacientiem rodas tā dēvētā osteopēnija jeb kaulu vājums. Tā vēl nav osteoporozē, kad kauli tiešām kļūst trauslāki, bet tā ir pakāpe ceļā uz to. Osteoporozē var attīstīties dažādu iemeslu dēļ. Var būt gan ģenētiskā predispozīcija, gan vecuma ietekme. Ja organismā trūkst kalcija, D vitamīna, proteīnu, aminoskābju, tad kauli kļūst vājāki un trauslāki. Es saviem pacientiem iesaku vismaz reizi gadā uztaisīt D vitamīna pārbaudi, lai novērtētu tā līmeni asinīs. Ja tas ir samazināts, tad uzturā nepieciešams papildus lietot D vitamīnu. Ir arī speciāls izmeklējums osteodensitometrija, kas ļauj izmērīt kaulu blīvumu. Tad var secināt, vai pacientam ir osteopēnija vai arī jau osteoporozē. Protams, ja tā tiek konstatēta, viņam ir lielāks traumu risks. Ja cilvēks ar stipriem kauliem nokritis no pusmetra augstuma, viņam, visticamāk, viss būs labi. Savukārt, ja no šāda augstuma nokritis seniors ar izteiktu osteoporozē, viņš var salauzt kāju vai roku.

– Kā varētu novērst kritienus un lūzumus gados vecākiem pieaugušajiem, ņemot vērā paaugstināto risku, kas saistīts ar vecuma izraisītajām kaulu blīvuma un muskuļu spēka izmaiņām, kā arī locītavu fleksibilitāti?

– Viens no veidiem, kā cīnīties ar osteoporozē, lai cik tas divaini nebūtu, ir noslogot kaulus. Ja cilvēks gulēs uz divāna un spaiņiem ēdīs D vitamīnu,

kalciju un visu pārējo, tas nenozīmē, ka viņam būs stipri kauli. Taču šai slodzei ir jābūt pakāpeniskai un samērīgai. Tas nozīmē – ja es gribu stipras locītavas un izturīgus kaulus, man vajag normālu, pilnvērtīgu, sabalansētu uzturu un nelielu slodzi, lai organisms saprastu, kas jāstiprina. Šāda pārdomāta un sabalansēta slodze uzlabo asins cirkulāciju, kas palīdz visas svarīgākās barības vielas nogādāt vajadzīgajās vietās. Mēdz būt situācijas, kad absolūti veselam, jaunam cilvēkam pēc ilgākas kādas ķermeņa daļas (pēdas, plaukstas locītavas) imobilizācijas tajā var attīstīties lokāla osteoporozē. Tā veidojas tādēļ, ka slodzes trūkuma dēļ organisms no šiem ilgāku laiku nekustīgajiem kauliem izskalo nepieciešamo kalciju. Kad pacients pēc imobilizācijas rīku noņemšanas atkal sāk ekstremitāti kustināt, noslogot, uzlabojas asins cirkulācija, palielinās slodze un kauli atkal atjauno nepieciešamo blīvumu. Tāpēc cilvēkiem ir jākustas, tas ir obligāts priekšnosacījums. Tā ir arī vieglāk kontrolēt svaru. Cilvēks ir būtne, kurai ir jāstāv un jāiet ar abām kājām, mums ir jābūt vertikālā stāvoklī. Ja cilvēks ilgi guļ gultā, var rasties plaušu problēmas, piemēram, attīstīties hipostatiska pneimonija. Tas ir plaušu karsonis, kurš veidojas nekustīguma rezultātā.

– Minējāt, ka nozīmīgs ir pilnvērtīgs, sabalansēts uzturs. Cik svarīgi ir ar cilvēkiem gados apspriest uztura nozīmi muskuļu un skeleta sistēmas veselības nodrošināšanā, jo īpaši saistībā ar kaulu blīvumu, muskuļu masas zudumu un locītavu stīvumu? Kurus produktus noteikti nav vēlams izslēgt no uztura?

– Tas ir ļoti individuāli. Mūsu komandā ir arī uztura speciālisti. Viņi vērtē pacientus, viņu ēšanas principus un pielāgo ēdienkarti. Mūsdienās ēst pareizi vairs nenozīmē maksāt dārgi. Patlaban var nodrošināt normālu pārtikas grozu, netērējot tam īpaši daudz naudas. Es parasti pacientiem saku tā: uzturā jābūt absolūti visam, sākot ar vienkāršiem piena un gaļas produktiem un beidzot ar ceptiem, kūpinātiem izstrādājumiem. Respektīvi, pārtikai ir jābūt dažādai, tāpat nevajag ēst tikai divas reizes dienā, turklāt lielām porcijām, labāk to darīt biežāk un mazākās devās, tad uzturs labāk uzsūcas mūsu organismā. Seniori ļoti bieži aizmirst, ka vajag dzert pietiekami daudz ūdens. Ir ļoti svarīgi, lai tā organismā netrūktu. Citi nereti neiedomājas, ka ir produkti, kas palīdz izvadīt ūdeni no organisma. Piemēram, cilvēks dienas laikā patērējis daudz kafijas, pa virsu izdzēris divus litrus ūdens, un viņam šķiet, ka viss ir kārtībā. Bet pilnīgi iespējams, ka šīs kafijas dēļ viņš skraida uz tualeti un tādējādi ir zaudējis vairāk ūdens, nekā uzņēmis. Tas nozīmē, ka viņa organismā ir šķidruma deficīts. Ūdens ir ļoti svarīgs elements, lai veidotos kolagēns. Pirmā tipa kolagēns sintezējas

mūsu organismā, tas par 80 procentiem sastāv no ūdens un ir vajadzīgs cīpslām un arī citām saistaudu struktūrām. Ja cilvēkam organismā nav pietiekamu ūdens resursu, tad pirmā tipa kolagēna ražošana tiek kavēta.

– Kas ir kolagēns?

– Kolagēni ir šķiedras, no kurām sastāv saistaudu struktūra. Tiem ir dažādi tipi – pirmais, otrais u.c. Lai vieglāk saprastu, mēs par piemēru varam ņemt apģērbu. Vismazākais, tievākais diedziņš, no kā šīs drēbes gabals sastāv, arī ir kolagēns. Kolagēni ir kā smalki pavedieni, kuri savienojas viens ar otru, pinot lielāku, biežāku diegu, un, savijoties kopā ar citām aminoskābēm un struktūrām, izveido audumu. Piemēram, cīpslu, muskuļu vai saiti. Atkarībā no tā, vai tie ir mikstāki vai cietāki audi, pastāv arī dažādi kolagēna tipi.

– Ko mēs varam darīt, lai organisms kolagēnus ražotu vairāk, un vai tas vispār ir nepieciešams?

– Palielināt šīs vielas ražošanu varbūt nepieciešams cilvēkam ar būtisku traumu, piemēram, ja ir bojāta saite vai muskulis. Laikā, kamēr notiek dzīšana, vajadzīgs lielāks kolagēna patēriņš. Jāsaprot arī tas, ka mūsu organisms visu laiku atjaunojas. Mums vairāku dienu laikā pilnīgi atjaunojas visa āda, arī kauli un citas ķermeņa daļas atrodas pastāvīgā nomaiņas procesā. Tas pats attiecas arī uz kolagēnu. Tā šķiedras nerimīgi atmirst, uzsūcas, bet tajā pašā laikā veidojas jaunas. Līdz ar to kolagēns rodas pastāvīgi, jo citādi nevar būt.

– Mēs ļoti labi zinām, cik svarīgs cilvēka veselībai ir D vitamīns. Kā darbojas D vitamīns tandēmā ar magniju? Kādas ieguvumus no šādas savienības var dot tieši magnijs?

– D vitamīnu un magniju var lietot kopā. D vitamīns veicina arī normālu imūnsistēmas darbību, palīdz uzturēt zobu un kaulu veselību un izturību. Magnijs savukārt ir ļoti vajadzīgs muskuļiem. Ir izveidots arī minerālvielu un vitamīnu komplekss, kurā ietilpst magnijs un B grupas vitamīni, kas palīdz noņemt muskuļu spazmas, ja cilvēkam ir krampju lēkmes. Magnijs veicina normālu muskuļu darbību, palīdz tiem kļūt elastīgākiem, atbrīvo no hipertonusa. Šis mikroelements arī palīdz izvadīt no muskuļiem nevajadzīgus produktus, kuri veidojas muskuļu darbības laikā, – pienskābi u.c. Savukārt B6 vitamīns veicina normālu nervu sistēmas darbību, palīdz samazināt nogurumu, nespēku. Līdz ar to D vitamīns kombinācijā ar magniju un B6 vitamīnu ir patiešām labs komplekss. Tas atrisina uzreiz vairākas problēmas. To var rekomendēt bērniem, kuri strauji aug, piemēram, pubertātes laikā. Tas arī ļoti noderēs gan pacientiem rehabilitācijas laikā pēc operācijām, gan grūtniecēm, kad daudzi organisma resursi tiek patērēti mazuļa augšanai un uzturēšanai.

JAUNUMS!

TEV IZDODAS



Jaunākais

Kolagēns + Mg + D3



UZTURA BAGĀTINĀTĀJS. UZTURA BAGĀTINĀTĀJS
NEAIZSTĀJ PILNVĒRTĪGU UN SABALANSĒTU UZTURU

Rūpēs par citiem – neaizmirst sevi

EVITA HOFMANE

«Runājot par veselību, gribu akcentēt, ka ir slimības, kuras mēs diemžēl nevaram savlaicīgi konstatēt un novērst, bet ir problēmas, kuru gadījumā tas ir iespējams. Tāpēc ir ļoti svarīgi veikt visus profilaktiskos pasākumus. Svarīgs ir veselīgs dzīvesveids, sabalansēts uzturs, regulāras fiziskās aktivitātes. Tas, ko mēs ieguldām savā ķermenī katru dienu, rezultējas ar labu veselību vai arī gluži pretēji – var radīt problēmas. Nozīmīgs veselības jomā ir darba un atpūtas līdzsvars, regulāri un laikus veikti izmeklējumi ar mērķētu konkrētu slimību profilaksi,» pārliecināta ginekoloģe **Jana Žodžika**, Rīgas Stradiņa universitātes asociētā profesore, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Ginekoloģijas klinikas vadītāja.

Ar speciālisti runājam par bieži sastopamu sievietes veselības problēmu, kurai var būt daudz cēloņu, – patoloģisku asiņošanu no dzimumorgāniem.

– Kas ir patoloģiska asiņošana no dzimumorgāniem?

– Vispirms jāpaskaidro, kas ir normāla asiņošana. Veselai meitenei vai sievietei reprodūktīvajā vecumā ir menstruācijas – tā ir normāla asiņošana. Viss, ko nevar klasificēt kā parasto menstruāciju, ir patoloģiska asiņošana. Normālu asiņošanu no patoloģiskas var atšķirt pēc noteiktiem kritērijiem. Pirmkārt, pēc tā, kādā vecumā asiņošana sākas. Tiek uzskatīts, ka tad, ja menstruācijas sākas pēc deviņu gadu vecuma, tad tas ir normāli, bet ja meitenei asiņošana ir pirms šā vecuma, tā ir patoloģija. Kad sievietei iestājas menopauze (vidēji tā sākas 52 gadu vecumā), gadu nav menstruāciju, bet pēc tam atsākas asiņošana, – tā uzskatāma par patoloģiju. Nākamais kritērijs ir menstruālā cikla garums. Tas tiek aprēķināts no vienu mēnešreizu pirmās dienas līdz nākamā mēnešreizu pirmajai dienai. Vidēji tās ir 28 dienas, bet ilgums var svārstīties no 21 līdz 28–35 dienām. Ja cikla garums iekļaujas šajā intervālā, tas tiek uzskatīts par normālu, savukārt, ja neiekļaujas, – par patoloģisku. Menstruācijas vidēji ilgst no 3 līdz 5–7 dienām. Ja tās ir garākas, tad tā ir patoloģiska asiņošana. Kritērijs ir arī menstruāciju apjoms. Aprēķināts, ka vidēji vienu menstruāciju laikā ir fizioloģiski normāli, ja sieviete zaudē 80 mililitru asiņu. To gan, protams, ne vienmēr var izmērīt, bet rēķināts tiek tā: ja sieviete lieto vidēja izmēra higiēniskos ieliktņus vai tamponus, tad normāli ir izmantot līdz sešiem ieliktņiem vai tamponiem diennaktī. Ja apjoms ir lielāks, ir asins recekļi, tā ir patoloģiska asiņošana. Rezumējot iepriekš teikto, patoloģiska asiņošana notiek tad, kad tai nevajadzētu būt, lielākā apjomā nekā vajadzētu, biežāk, retāk un neregulāri. Arī tad, ja ir regulārs cikls, bet notiek asiņošana starp menstruācijām, tā tiek uzskatīta par patoloģisku.

– Kādi cēloņi izraisa patoloģisku asiņošanu?

– Dažādām vecuma grupām cēloņi mēdz būt atšķirīgi. Bērniem tie var būt svešķermeņi dzimumorgānos, iekaisums, audzējs un citi retāk sastopami iemesli. Pusaudžu periodā, sākoties reprodūktīvajam vecumam, patoloģiska asiņošana var būt saistīta ar nepareizu olnīcu hormonu darbību, grūtniecību, spontāno abortu vai ārpusdzemdes grūtniecību. Pieaug arī iegurnā iekaisuma slimību risks, ko izraisa seksuāli transmisīvās infekcijas, piemēram, hlamīdijas. Šajā periodā var būt arī retāk sastopami labdabīgi veidojumi,



Foto: No Janas Žodžikas arhīva

Jana Žodžika: «Sievietēm reprodūktīvajā vecumā stipra menstruālā asiņošana ir viens no biežāk sastopamajiem dzelzs deficīta anēmijas iemesliem. Ja asiņošana nav ļoti spēcīga, bet nedaudz stiprāka nekā tas būtu normāli, tad daudzu gadu garumā organismā samazinās dzelzs rezerves, radot mazasinību.»

kas var izraisīt asiņošanu, vai arī ir gūta trauma. Sievietēm vecumā no 25 līdz 40 gadiem patoloģisku asiņošanu visbiežāk izraisa ar grūtniecību saistīti sarežģījumi, iekaisumi, palielinās arī labdabīgu veidojumu (polipi, miomas) risks, kas var izraisīt asiņošanu. Tā var rasties arī olnīcu disfunkcijas rezultātā. Šie ir visbiežāk sastopamie iemesli. Pakāpeniski palielinās arī ļaundabīgo slimību risks. Menopauzē asiņošanu visbiežāk izraisa labdabīgi polipi, bet šī vecuma sievietēm ir lielāks ļaundabīgo patoloģiju risks, kas arī var izraisīt asiņošanu no dzimumorgāniem.

– Vai sievietes savlaicīgi meklē palīdzību, vēšas pie ģimenes ārsta un ginekologa?

– Es biežāk redzu tās sievietes, kuras vērsas pēc palīdzības, jo zina un saprot, ka patoloģiskas asiņošanas gadījumā ir jāvērsas pie ginekologa. Taču ir arī sievietes, kuras situācijai ilgstoši nepievērš uzmanību un vēlāk jau ar akūtu, stipru asiņošanu nonāk stacionārā. Tādu sieviešu nav maz. Stipra asiņošana var sākties arī pēkšņi. Tas, ka sieviete regulāri apmeklē ārstu, nebūt nenozīmē, ka viņai šāda akūta situācija nevar rasties.

Vēlos uzsvērt, ka pie ginekologa nebūt nav jāiet divas reizes gadā. Ja nav sūdzību par cikla traucējumiem vai sāpēm un nav nepieciešams izrakstīt kontracepcijas līdzekļus, tad arī reizi gadā ginekologa apmeklējums nav obligāts. Svarīgi veikt visas skrīninga izmeklēšanas: dzemdes kakla skrīningu, mamogrāfiju. Ir jālieto droša kontracepcija, intīmās dzīves laikā jāpasargā sevi no seksuāli transmisīvajām infekcijām, jāseko menstruālajam ciklam. Vienlaikus ir ārkārtīgi svarīgi sekot, vai kaut kas nemainās, piemēram, asiņošana parādās tad, kad tai nav jābūt, mēnešreizes kļūst garākas, ar lielāku asiņošanu vai mazāku, vai parādās asiņošana starp menstruācijām. Tad noteikti jādodas pie ārsta. Tas nenozīmē, ka noteikti piemēklēsi

kāda slimība. Iemesli var būt dažādi, piemēram, dzemdes kakla gļotādas iepatnības. Ir svarīgi apzināties situācijas, kad ir noteikti jādodas pie ārsta.

– Ja patoloģiskai asiņošanai var būt dažādi iemesli, – kādi izmeklējumi tiek veikti, lai noteiktu diagnozi?

– Iemesli var būt dažādi, bet principi ir diezgan līdzīgi. Pirmkārt, svarīgi laikus veikt ginekoloģisko apskati. Ja sieviete ir reprodūktīvajā vecumā, jānosaka, vai nav iestājusies grūtniecība, ko var pārbaudīt ar urīna grūtniecības testa palīdzību. Ja ir aizdomas par infekciju, tad ir jāveic izmeklējums no dzemdes kakla (tādām infekcijām kā hlamīdijas, gonoreja).

Galvenā papildu izmeklēšanas metode ir ultrasonogrāfija. Veicot izmeklēšanu, varam izvērtēt, vai nav dzemdes sienu labdabīgu izmaiņu, ko sauc par miomām, vai dzemdes dobuma gļotādas izmaiņu, ko sauc par endometrija hiperplāziju, vai nav polipu pazīmju, vai olnīcās nav veidojumu, piemēram, cistu. Veicot ultrasonogrāfiju, var sekot, vai olnīcas strādā pareizi. Dažkārt sievietes nāk pie ginekologa, jo vēlas nodot hormonu analīzes, lai pārbaudītu, vai ar veselību viss ir kārtībā. Taču ar šiem hormoniem nav tā kā vairāgdziedzera gadījumā, kad pēc analīžu rezultātiem var pārbaudīt, vai viss ir labi. Par sievietes reprodūktīvo veselību vēsta gan tas, ko sieviete pastāsta par cikla norisi, gan arī ultrasonogrāfijā redzamais un tas, vai olnīcās un dzemdes gļotādā nav vērojamas izmaiņas. No tā var secināt, vai viss notiek pareizi. Galvenais notikums katrā sievietes ciklā – ir vai nav ovulācija. Ne tikai anatomiju, bet arī olnīcu darbību mēs varam izvērtēt ultrasonogrāfijā.

Dažkārt, ja ultrasonogrāfija nav pietiekami informatīva, padziļinātai izmeklēšanai veic datortomogrāfiju vai magnētisko rezonansi iegurnim.

Ja sievietei pastāv ļaundabīgu slimību risks, tad ir iespējams no dzemdes dobuma paņemt gļotādas paraugu – audu aspirāta biopsiju, kuras materiālu izmeklē histoloģiski, kā arī, ja ultrasonogrāfijas izmeklējums nav bijis pietiekami informatīvs, lai izvērtētu dzemdes dobumu, ir iespējams dzemdes dobumu apskatīt ar instrumentu, kura galā ir kamera. To sauc par histeroskopijas izmeklējumu. Iespējas un indikācijas ir dažādas. Izmeklējumu plāns ir atkarīgs no sievietes vecuma, sūdzībām un tā, ko ginekologs konstatē apskates laikā.

– Kādas ir patoloģiskas asiņošanas cēloņu ārstēšanas iespējas? Vai tās pārsvarā ir medikamentozas, vai arī ķirurģiskas?

– Ārstēšana notiek atbilstoši tam, ko esam atklājuši izmeklējumos. Infekcijas ārstējam ar antibiotikām. Ja tas ir labdabīgs veidojums, polipi, mēs histoskopiski polipus izņemam. Ne visas miomas ir jāārstē, bet, ja tā ir mioma, kas izraisa asiņošanu, tad gan. Ārstēšana ir atkarīga no daudziem faktoriem: sievietes vecuma, miomas izmēra, lokalizācijas, grūtniecības plāniem. Izvērtējot katru gadījumu individuāli, nolemj veikt histeroskopiju, laparoskopiju, mezglu izņemot, vai arī radikāli izņemt dzemdes iekšējo daļu. Šo mezglu izmērus iespējams samazināt ar neķirurģiskām metodēm, veicot embolizāciju. Ir arī medikamenti, kas samazina asiņošanu un mezgla izmērus. Ja asiņošanas iemesls ir hormonālie traucējumi, tos ārstē ar hormonāliem līdzekļiem. Jaunākām sievietēm tie var būt orālie kontracepcijas līdzekļi, jebkurā vecumā var ievadīt dzemdes dobumā hormonālo spirāli, kas neļauj sabiezēt dzemdes dobuma gļotādu.

– Kas var notikt, ja patoloģisku asiņošanu neārstē?

– Tas ir atkarīgs no iemesla un situācijas. Akūtas asiņošanas dēļ var arī zaudēt dzīvību. Ja tā nav akūta un spēcīga, bet ilgstoša, norit gadiem, tas var organismā radīt dzelzs deficīta anēmiju. Sievietēm reprodūktīvajā vecumā stipra menstruālā asiņošana ir viens no biežāk sastopamajiem dzelzs deficīta anēmijas iemesliem. Ja asiņošana nav ļoti spēcīga, bet nedaudz stiprāka nekā tas būtu normāli, tad daudzu gadu garumā organismā samazinās dzelzs rezerves, radot mazasinību (anēmiju). Anēmijas situācijā savukārt organisms pastāvīgi ir skābekļa badā, cieš visas sistēmas, katrā šūna. Sievietēm, kuras ir vecākas par 45 gadiem, nedīagnosticētas miomas var sasniegt milzīgus izmērus, ietekmējot apkārt esošos orgānus (urīnceļus, zarnu trakta darbību u.c.). Ja asiņošanas iemesls ir pirmsvēža izmaiņas, tās neārstējot, var rasties vēzis. Savukārt, ja asiņošanu rada vēzis, to savlaicīgi neārstējot, ļaundabīgais process var izplatīties un sekas var būt nopietnas.

– Nereti sievietes ļoti rūpējas par tuviniekiem, bet par sevi mēdz piemirst. Kādi būtu jūsu ieteikumi?

– Par sevi ir jādomā. Ja sievietei būs slikta veselība, viņa nespēs palīdzēt arī citiem. Svarīgs ir veselīgs dzīvesveids, sabalansēts uzturs, izvairīšanās no kaitīgiem ieradumiem, pietiekami daudz fizisko aktivitāšu. Tas uzlabos veselību. Jāveic nepieciešamās profilaktiskās pārbaudes. Pusaudzes vecumā jāsaņem nepieciešamās vakcīnas. Vēlāk jāveic dzemdes kakla skrīnings, mamogrāfija. Kad ģimenes ārsts aicina, vajadzētu veikt arī zarnu vēža skrīninga pārbaudi, lai pārliecinātos, ka nav kolorektālā vēža. Grūtniecību vajadzētu plānot, bet, ja tā netiek plānota, lietot drošu kontracepciju, pasargāt sevi no seksuāli transmisīvajām slimībām, tostarp C hepatīta un HIV. Sava veselība ir jāuzmanā. Ja ir kādas sūdzības, laikus jāvērsas pie ģimenes ārsta vai ginekologa.

Lai cistīts neliek skraidīt!



Canephron®

- Ārstē cistītu
- Mazina dedzināšanas sajūtu urinējot
- Mazina sāpes

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

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

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

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI!

Bieži sastopamā vaginālā kandidoze

ILONA NORIETE

Ne vienai vien sievietei dzīves laikā nācies saskarties ar piena sēnīti jeb vaginālo kandidozi. Nereti šī liksta mēdz uzrasties pēc baseina vai pirts apmeklējuma, tāpat bieži piena sēnītes rašanos stimulē antibiotiku lietošana. Dažkārt var arī nebūt acīmredzama iemesla, taču vaginālā kandidoze spēj sievietei pamatīgi sagandēt noskaņojumu un ievērojami pasliktināt dzīves kvalitāti.

Pret piena sēnīti tradicionāli tiek izmantotas vaginālās svečītes, taču sievietes dažkārt atzīst, ka tās lietošanā nav īpaši ērtas, turklāt ne vienmēr novērš problēmas atkārtošanos. Par piena sēnītes infekciju un dažādiem veidiem, kā ar to cīnīties, mūsu sarunā ar ginekoloģi, kolposkopijas speciālisti Kristīni Pčolkīnu.

– Cik bieži ir sastopama vaginālā kandidoze? Vai vismaz reizi dzīvē ar to ir saskārusies katra sieviete?

– Ap 80 procenti sieviešu vismaz reizi dzīvē sastopas ar šo infekciju. Apmēram 10 procentiem sieviešu vaginālā kandidoze ir komplikēta un atkārtojas vairākas reizes gada laikā.

– Kā sievietei var saprast, ka viņas organismā, konkrēti dzimumceļos, ir iemājojusi šī infekcija?

– Visbiežāk par to liecina subjektīvās sūdzības. Sieviete novērojami pastiprināti balti, iespējams, biezi pienskābes izdalījumi no maksts, nieze, dedzināšanas sajūta un apsārtums dzimumorgānu rajonā un makstī. Var būt sāpīgs dzimumaksts, arī sāpes urinējot.

– Vai pastāv šo infekciju provocējoši faktori?

– Jā, ir faktori, kas palielina vaginālās kandidozes attīstības risku. Viens no tiem ir cukura diabēts. Šī slimība vājina imūnsistēmu un padara cilvēku uzņēmīgāku pret sēnīšu infekciju. Tiek uzskatīts, ka paaugstināta glikozes līmeņa dēļ tiek traucēta asins šūnu saistība, kā arī slimību izraisīto patogēno organismu iznīcināšana. Glikoze ir viens no galvenajiem enerģijas avotiem sēnītes augšanai. Vēl viens riska faktors ir antibiotiku lietošana. Pastāv uzskats, ka antibiotikas iznīcina ne tikai sliktās, bet arī labās baktērijas, tādējādi mainot zarnu mikrobiotu un samazinot pienskābo baktēriju jeb laktobacīļu daudzumu. Tas var veicināt patogēno mikroorganismu vairošanos. Šī teorija gan nav pierādīta.

Vaginālo kandidozi veicinošs faktors ir arī grūtniecība. Tās laikā sievietēm ir paaugstināts hormona estrogēna līmenis. Tas ietekmē pienskābo baktēriju spēju noturēt makstī pareizo skābju un sārnu līmeni, palielinās citu baktēriju, tostarp *Candida* patogēna, skaits, veicinot vaginālās kandidozes veidošanos. Arī lielākā daļa orālo kontracepcijas līdzekļu satur estrogēnu un progesteronu, tāpēc šo pašu iemeslu dēļ arī tie var palielināt sēnītes izplatīšanās iespēju.

Lai gan nav konkrētu pētījumu, kas saistītu uzturu ar maksts sēnītes rašanos, taču, saistībā ar *Candida* klātbūtni gremošanas traktā, pētījumi liecina, ka ēšanas paradumi, kas ietver produktus ar augstu ogļhidrātu, tostarp cukura, saturu, var palielināt sēnīšu infekcijas risku. No otras puses,

šie produkti satur fruktozi, kas cukura diabēta pacientiem palīdz risku samazināt.

– Vai menstruālais cikls var izraisīt maksts sēnītes radīto simptomu saasināšanos? Nereti tiek novērots, ka pirms mēnešreizēm šīs izpausmes pastiprinās.

– Hormonālās izmaiņas, kas notiek pirms menstruācijām, nereti var veicināt maksts sēnītes attīstību. Hormonu, īpaši estrogēna, svārstības var mainīt maksts pH līdzsvaru un izjaukt dabisko mikrovidi, kas var izraisīt *Candida* dzimtas sēnīšu pārmērīgu augšanu. Taču sievietes sūdzības var arī nebūt saistītas ar maksts sēnīšu infekciju. Iespējama arī maksts infekcija – bakteriālā vaginoze, kas ir sastopama biežāk nekā vulvovaginālā kandidoze. Tā ir saistīta ar maksts pH līmeņa izmaiņām. Bet maksts kandidoze var parādīties arī citā menstruālā cikla fāzē. Tas ir visnotaļ individuāli.

– Ja novērojami maksts kandidozes radīti simptomi, vai vienmēr būs jālieto medikamenti? Kā tie savā starpā atšķiras?

– Bieži vien nekomplīcētas maksts sēnītes gadījumā medikamenti nav nepieciešami, sieviete var neizjust diskomfortu un infekcija spontāni izzūd. Tomēr, ja ir vajadzīga ārstēšana, tad pirmā izvēle būs lokāli lietojamās zāles. Patlaban ir pieejams jauns, efektīvs medikaments, kas satur imidazolu grupas pretsēnīšu līdzekli sertakonazolu un lieti noder ātrai palīdzībai sievietei ar nekomplīcētu maksts sēnīšu saslimšanu. Farmaceits šādos gadījumos var būt labs padomdevējs.

– Ja sievietei aptiekā iegādātais medikaments palīdzējis un pēc tam nav nekādu sūdzību, vai viņai tik un tā jāatrodas ginekologam?

– Nē. Lielākoties pie šī speciālista nonāk sievietes ar komplīcētām kandidozes formām vai tad, ja bezrecepšu medikaments nav palīdzējis. Tad, protams, ir jāvēršas pie ginekologa un jāveic tālāka izmeklēšana. Iespējams, ka sēnīte ir rezistenta pret konkrētu aktīvo vielu, tāpēc zāles jāmaina. Tikpat labi sēnīte var būt sekundāra saslimšana, bet primārs ir cits izraisītājs, piemēram, seksuāli transmisīvā slimība (STS) vai zarnu mikrofloras baktērija, kas nokļuvusi makstī un izraisījusi iekaisumu.

– Minējāt, ka sēnītes radītas problēmas var būt arī grūtniecības laikā. Vai topošajām māmiņām jāizmanto atšķirīgi medikamenti?

Lokāli lietojamie bezrecepšu preparāti lielākoties ir droši izmantojami, īpaši no II trimestra, bet par katru preparātu lietošanu ir jākonsultējas ar ārstu. Brīvdienās ir iespējams konsultēties ar farmaceitu. Jaunais imidazolu grupas pretsēnīšu līdzeklis sertakonazols ir drošs sievietei visā grūtniecības laikā. Nekādā gadījumā nevajadzētu skatlot makstī, jo tai ir sava mikroflora, kas var tikt mainīta, turklāt šāda procedūra simptomus nemazina. Ja bērna gaidīšanas laikā makstī parādās nieze, diskomforts vai pastiprinās izdalījumi, noteikti nepieciešams konsultēties ar savu ginekologu. Tas ir svarīgi, jo gaidību laikā jāizslēdz arī citu slimību iespējamība, kuras potenciāli varētu apdraudēt mazuli un pašu grūtniecības norisi. Kopumā maksts sēnīšu infekcija lielākajai daļai topošo māmiņu noris bez simptomiem un nepieciešamības gadījumā ir viegli ārstējama.

– Ar ko savā starpā atšķiras dažādi vaginālās kandidozes ārstēšanai domāti medikamenti? Varbūt dažreiz jālieto pat antibiotikas?



Foto: Shutterstock

– Antibakteriālos preparātus sēnīšu infekcijas ārstēšanai izmanto tikai komplīcētos gadījumos, kad tiek konstatētas iekaisuma izraisītas baktērijas. Sēnīšu infekciju antibiotikas neārstē. Ja maksts sēnīte ir sekundāra parādība, bet infekcijas galvenais iemesls ir zarnu mikrofloras baktēriju invāzija, kas izmainījusi maksts vidi, tad vispirms būs nepieciešama primārā saslimšanas iemesla ārstēšana un papildus vēl arī sēnīšu infekcijas terapija. Ir iespējama arī sistēmiska ārstēšana tablešu formā, bet šādu terapiju nozīmē tikai ārsts. Sarežģītākos gadījumos, lai mazinātu atkārtotas sēnīšu infekcijas epizodes, sievietes var saņemt arī ilgtermiņa ārstēšanu. Nepieciešamo terapiju šādos gadījumos nozīmē speciālists.

– Vai pastāv risks, ka no pārāk biežas medikamentu lietošanas organismā pret šīm zālēm varētu iestāties rezistence?

– Tas nav izslēgts, bet jebkuru ilgtermiņa terapiju nozīmē speciālists, un ir nepieciešama terapijas novērtēšana. Ilgtermiņa ārstēšana vairāk darbojas kā profilakse, lai novērstu atkārtotu saslimšanu. Taču jāņem vērā, ka komplīcētas sēnīšu infekcijas ārstēšana nereti prasa ilgāku laiku. Ja netiek novērots uzlabojums vai parādās recidīvi jeb atkārtotas saslimšanas epizodes, tas nozīmē, ka terapija ir jāmaina. Ļoti svarīgi arī veikt papildu izmeklējumus, lai izslēgtu citus iemeslus.

– Kādā veidā medikamenti iedarbojas uz sēnīti?

– Tie galvenokārt samazina tās daudzumu. *Candida albicans* ietilpst normālas mikrofloras sastāvā, bet sūdzības visbiežāk parādās tad, kad sēnīte šķērso gļotādas barjeru un rada iekaisumu. Medikamenti nomāc sēnīti un samazina iekaisumu.

– Medikamenti iedarbojas tikai lokāli vai arī sistēmiski, ar asinsrites palīdzību nokļūst citos orgānos?

– Sistēmiskie preparāti jeb tabletes izplatās pa organismu un tiek noārdīti jeb pārstrādāti aknās.

– Vai šīs zāles, iznīcinot vaginālo kandidozi, var negatīvi ietekmēt maksts mikrofloru, līdzīgi kā tas ir ar antibiotikām?

– Makstij ir sava mikroflora, sava vide. Lietojot antibiotikas jebkādam nolūkam – maksts infekcijai, plaušu karsonim vai kādai citai saslimšanai –,

tās var ietekmēt normālo mikrofloru. Savukārt zāles, kas vienreizēji vai īslaicīgi tiek lietotas maksts sēnītes infekcijas ārstēšanai, maksts mikrofloru nopietni neietekmē.

– Vai visus medikamentus pret maksts sēnīti drīkst lietot ikviena sievietei, kurai ir diagnosticēta šī infekcija?

– Grūtniecības laikā nav ieteicams lietot sistēmiskos preparātus, īpaši I trimestrī. Jebkuru sistēmisko terapiju nozīmē ārsts, kurš pirms tam ir novērtējis visus ieguvumus un riskus. Bezrecepšu medikamenti lielākoties būs ar lokālu iedarbību.

– Kādas ir pretsēnīšu līdzekļu blakusparādības? Cik bieži tās ir sastopamas?

– Lielākoties lokāli lietojamiem pretsēnīšu medikamentiem nav nopietnu blakņu. Biežāk sastopamā blakusparādība ir alerģiska reakcija. Sistēmisko medikamentu lietošanas gadījumā var būt sliktā dūša, caureja, citi kuņģa – zarnu trakta darbības traucējumi. To iedarbība var radīt dažādas sistēmiskās izmaiņas kā jebkurš preparāts, tāpēc lietošana ir jāsaņū ar speciālistu.

– Sarunas noslēgumā, lūdzu, akcentējiet, kādiem nosacījumiem sievietēm vajadzētu sekot, lai neradītu sev liekas problēmas?

– Es pacientēm vienmēr saku: ja tuvojās piektdienas vakars vai priekšā ir garākas brīvdienas un piecas dienas nebūs iespējams tikt pie ginekologa, jāiziet uz aptieku. Arī atrodoties ārzemēs, saglabājas iespēja doties uz aptieku un konsultēties ar farmaceitu, kurš ieteiks bezrecepšu preparātu akūtu simptomu mazināšanai. Bet, ja sūdzības saglabājas, tiek novēroti citi simptomi – piemēram, neregulāra asiņošana, izdalījumiem ir nepatīkams aromāts, tajos sāk iezīmēties nedabiska krāsa vai parādās kādas citas sūdzības, kādu nav bijis iepriekš, – vienmēr ir jādodas pie speciālista. Ja sievietei, lietojot antibiotikas, sākas vulvas, maksts nieze, un kamēr nav tikusi pie ārsta, viņa nekādi nespēj sev palīdzēt, šādā brīdī paciente var uzsākt bezrecepšu preparātu lietošanu pēc farmaceita ieteikuma. Ja tie nelīdz, tad jādodas pie ārsta. Vienmēr jāatceras, ka pastāv arī komplīcētas problēmas, kas visbiežāk rada vairāku simptomu kopumu. Bet to visu novērtēs speciālists.

orivas



VIENA PESĀRIJA VEIKSMES STĀSTS

ĒRTS
RISINĀJUMS
VAGINĀLĀS
KANDIDOZES
ĀRSTĒŠANAI

BEZRECEPŠU ZĀLES.

Cagynol 300 mg pesāriji (*sertaconazoli nitras*)

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

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI.

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

LVCAGYN/2024/01/02



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



VAKCINĒJIETIES LAICĪGI!