

# Tauta un Veselība



## IZMANTO IESPĒJU

Urologs skaidro, kāda nozīme prostatas vēža agrīnā diagnostikā ir PSA noteikšanai un no kā atkarīgi ārstēšanas rezultāti. **3. lpp.**



## NEPĀRTRAUKTĀ ATTĪSTĪBĀ

Invazīvās radioloģijas ceļš – no pirmās angioplastijas līdz mākslīgā intelekta atbalstītiem izmeklējumiem. **10. lpp.**

# Gatavi iesaistīties?

2023. gadā prostatas vēža skrīninga aptvere bija vien 45 %.

Avots: Slimību profilakses un kontroles centrs



# PROSTATAS VĒZIS

Foto: Shutterstock

## URĪNCEĻU INFEKCIJA

Kā būtu jārikojas pacientam?

**8. lpp.**



## SVARĪGA APMĀCĪBA

Inhalatoru svarīgi lietot pareizi.

**17. lpp.**



## JAUNUMI ĀRSTĒŠANĀ

Sadzīvot ar multiplo sklerozi.

**22.-23. lpp.**



## ATPAZĪT MALNUTRĪCIJU

Īpašas rūpes par senioru uzturu.

**26. lpp.**



# 15 attīstības gadi

EVITA HOFMANE

**1. septembrī apritēja 15 gadu, kopš izveidota Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) Uroloģijas un onkoloģiskās uroloģijas klinika.**

Ar RAKUS Uroloģijas un onkoloģiskās uroloģijas klinikas vadītāju profesoru **Vilni Lietuvieti** runājam par klinikas darbu, speciālistiem un pacientiem kā retrospekcijā, tā perspektīvā.

**– Klinika ir tikko atzīmējusi 15. jubileju. Kādi ir bijuši šie gadi?**

– 15 gadi ir laiks, kad paraudzīties uz paveikto. Pirms 15 gadiem Latvijā bija ekonomiskā krīze, kas ieviesa būtiskas izmaiņas daudzu cilvēku dzīvē, tostarp arī medicīnā. Situācija prasīja pārmaiņas, bija nepieciešama procesa un arī medicīnas efektivizācija. Tajā laikā tika apvienotas četras slimnīcas. Radās jautājums, vai Bīķernieku slimnīcā, Latvijas Onkoloģijas centrā, Gaiļezera slimnīcā un Linezera slimnīcā ir vajadzīgas atsevišķas uroloģijas nodaļas. Tika nolemts, ka tas nav nepieciešams un ir jāizveido klinika, kurā strādās speciālisti ar vienādu izpratni par būtiskiem jautājumiem, savstarpēji sadarbojoties, un arī mācīs jauno uroloģijas speciālistu paaudzi. 2008. gadā bija izveidots vienots Uroloģijas dienests un tika meklēti ceļi, kā veiksmīgi apvienot slimnīcu uroloģijas nodaļas. Pamatojoties uz RAKUS valdes lēmumu, ko parakstīja profesors Viesturs Boka, ārsti Anita Slokenberga un Oskars Velmers, tika izveidota RAKUS Uroloģijas klinika. Pēc deviņiem gadiem klinikas nosaukums tika papildināts, lai labāk atspoguļotu tās būtību, kļūstot par RAKUS Uroloģijas un onkoloģiskās uroloģijas kliniku. Uroloģijā 50 līdz 60 procentu darba tiek veltīts onkoloģisko slimību diagnostikai un ārstēšanai. 15 gadu laikā esam daudz darījuši, lai varētu strādāt efektīvāk. Tas saistīts gan ar jaunajām tehnoloģijām, gan zināšanām, gan izaugsmi, gan jauno speciālistu izglītošanu. Pašlaik vidējais pacientu ārstēšanās laiks klīnikā ir 5,6 dienas. Gultu noslodze ir 80–85 procenti. 15 gadu laikā izvirzītie mērķi ir sasniegti. Mūsu ārsti strādā gan Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas klīnikā, nodrošinot diennakts neatliekamo palīdzību, gan ambulatorajā nodaļā, gan arī veic ikdienas darbu slimnīcas nodaļās. Var teikt, ka mūsu ārsti sniedz palīdzību visiem pacientiem, kuriem tas nepieciešams. Mēs vienmēr esam uzsvēruši, ka ārstiem ir jāizglītojas, jāmāca savi kolēģi, rezidenti un studenti,



**Vilnis Lietuvietis:** «Darba apjoms ir ļoti audzis. To var teikt gan par sniegtajām konsultācijām, gan izmeklējumiem, gan operācijām. Gada laikā klīnikas ārsti sniedz aptuveni 24 000 konsultāciju, tiek veikts vairāk nekā 3000 operāciju.»

jāveic arī zinātniskā darbība. Tas nozīmē, ka laika plānošanai un darba organizācijai klīnikā jābūt vienotai, lai paveiktu visu iecerēto. Nevar būt tā, ka vienas specialitātes ārsti strādā dažādās slimnīcas struktūrvienībās. Darba plānošana slimnīcas uzņemšanas nodaļā, poliklīnikā un klīnikas nodaļās nevar būt atrauta viena no otras. Ja kāds no ārstiem ir prombūtnē, mēs viņu varam efektīvi aizvietot.

Patlaban ar šādu pieeju un darba organizāciju, kad uroloģijas un onkoloģijas jomas ir vienotas, esam vadošā un lielākā uroloģijas klīnika Latvijā un arī Baltijā. Ārsti, protams, specializējas, bet viņu zināšanas ir vispusīgas, ietverot arī onkoloģiju un neatliekamo medicīnisko palīdzību. Tas ir neatverams ieguvums pacientiem. Ārsti var reaģēt daudz ātrāk, efektīvāk un palīdzēt pacientiem. Šī pieeja sniedz iespēju uzsākt ārstēšanu pēc iespējas ātrāk, palīdz risināt problēmas un pacientiem atgūt veselību.

**– Kas no 15 gadu laikā paveiktā sagādā lielāko gandarījumu?**

– Vislielāko gandarījumu sagādā cilvēki, ar kuriem kopā ir pavadīti šie 15 gadi. Kad sākās nodaļu apvienošana, daļa kolēģu izvēlējās aiziet – strādāt citās slimnīcās, praktizēt privāti. Tie, kuri palika, apvienoja zināšanas, prasmes un enerģiju kopējām mērķim. Esam izaudzinājuši daudz jauno kolēģu, kuri pārņem pieredzi, domas, idejas, mācās, strādā, ar savu jaunības degsmi papildina kolektīvu un sniedz savu artavu kopējā darbā. Tas ir lielākais prieks. Nevienam no jaunajiem ārstiem no mūsu klīnikas nav aizbraucis strādāt uz ārzemēm, visi ir palikuši Latvijā. Pašlaik vairāki kolēģi ir iesnieguši pieteikumus doktorantūrai. Šo gadu laikā 18 ārsti ir pabeiguši rezidentūru un kļuvuši par urologiem. Tas ir ievērojams skaits. Arī šogad četri jauni ārsti mūsu klīnikā nāks mācīties rezidentūrā. Ir kolēģi, kuri ir nokārtojuši Eiropas urologa sertifikātu. Visi jaunie ārsti ir mācījušies ERASMUS programmās – Vācijā, Lielbritānijā, Itālijā, Dānijā, Zviedrijā. Jaunie speciālisti brauc mācīties un atgriežas ar jaunām zināšanām, prasmēm un sadarbības kontaktiem. Tas ir ceļš, kā viņi

attīstās, sniedz būtisku pienesumu klīnikai un mūsu valsts medicīnas sistēmai. Man ir patīams prieks par kolēģiem – gan par tiem, ar kuriem kopā dibinājām klīniku, gan tiem, kuri gadu gaitā nākuši klāt. Katra jauna paaudze ienes darbā pārmaiņas un novitātes. Es esmu ļoti priecīgs par saviem jaunajiem ārstiem. Gandarījumu sagādā visi kopīgiem spēkiem realizētie ārstniecības, izglītības un zinātnes projekti. Priecājos arī par to, ka jaunā paaudze ir sabiedriski aktīva, iesaistās Latvijas Urologu asociācijas darbā, piedalās Baltijas konferencēs ar referātiem un prezentācijām. Gandarījumu un jaunas iespējas sniedz sadarbība ar ārzemju klīnikām, piemēram, Dānijā, Kopenhāgenā.

**– Gada laikā klīnikas ārsti sniedz aptuveni 24 tūkstošus konsultāciju. Tas ir ļoti daudz. Kāds ir gaidīšanas laiks, lai konsultāciju saņemtu?**

– Kopīgā tendence ir, ka darba apjoms ļoti aug. To var teikt gan par sniegtajām konsultācijām, gan izmeklējumiem, gan operācijām. Gada laikā tiek veikts vairāk nekā 3000 operāciju. Apjoms aug arī līdz ar speciālistu skaitu. Mūsu klīnikā pašlaik strādā 24 ārsti. Palielinājies arī pieprasījums pēc uroloģijas speciālistu pakalpojumiem, jo pieaug vidējais iedzīvotāju dzīves ilgums. Pirms gadiem 25 Latvijā aptuveni 2000–2500 vīriešu bija priekšdziedzera vēzis. Patlaban mums ir aptuveni 10 000 pacientu ar tādu diagnozi. Pacienti ar šo hronisko slimību dzīvo ilgāk. Ir liels pieprasījums pēc konsultācijām, izmeklējumiem, urologu pakalpojumiem. Vērojams, ka pieaug tādu pacientu skaits, kuri vērsas Neatliekamās medicīnas klīnikā. Ir cilvēki, kuri brauc no Valmieras, Limbažiem, Jēkabpils, Jelgavas u.c. Reģionālā aptvere ir ļoti plaša. Ja sasirgušie vērsas pēc palīdzības, tad mums ir jāpalīdz, jāglābj viņu veselību un dzīvību pēc labākās sirdsapziņas. Sniegto pakalpojumu apjoms ir atbilde uz cilvēku pieprasījumu.

**– Kā vērtējat saikni starp primāro un sekundāro veselības aprūpi?**

– Sadarbība gadu no gada attīstās un uzlabojas. Tomēr vēl ir pietiekami tāls ceļš ejams. Pirms vairāk nekā 30 gadiem Latvija atguva neatkarību.

Tika izveidota ģimenes ārstu institūcija. Taču viņi vairāk bijuši terapeitiskā novirziena ārsti, bet uroloģija ir šauri specializēta nozare un šajā jomā daudziem ģimenes ārstiem zināšanu pietrūkst. Urologu sadarbība ar ģimenes ārstiem būtu jāpilnveido, jāpadziļina. Jautājums ir, kā uroloģijas speciālisti ar savām zināšanām un pieredzi varētu «iespraukties» ģimenes ārstu darba ikdienā, lai viņi vairāk pievērstos pacientiem, kuriem ir aktuāli uroloģijas jautājumi. Ir jāmeklē atbildes, kā uzlabot sadarbību starp urologiem un ģimenes ārstiem. Līdz šim informatīvās kampaņas, ko organizē Latvijas Urologu asociācija, ir daudz devušas sabiedrības un ģimenes ārstu informēšanas sekmēšanā, tomēr tas nav pietiekoši.

**– Kā jūs raksturotu mūsu valsts iedzīvotāju attieksmi pret savu veselību? Kādas ir pozitīvās un kādas – negatīvās tendences?**

– Gadiem ejot, sabiedrība ir vairāk uzziņājusī par mūsdienīgas uroloģiskās ārstēšanas iespējām, sapratusi arī tās slimības, kas gan vīriešus, gan sievietes var priekšlaicīgi novest *citās medicīnas laukos*. Stāsts ir par sadarbību starp ārstiem, pacientiem un pacientu organizācijām. Pateicoties mūsdienu tehnoloģijām, internetam, daudzi lasa, ir zinoši, uzdod jautājumus. Tas ir labi, jo medicīnas un katra ārsta mērķis ir informēt pacients. Tas ir ļoti labi, ka paši pacienti aktīvi iesaistās un arī mēģina gūt informāciju, noskaidrot sev aktuālus jautājumus. Tā ir viena no veiksmīgas sadarbības ķīlām. Savukārt negatīvā ziņa ir tā, ka ne visi cilvēki pievērš uzmanību savai veselībai, ņem vērā riskus, atbilstoši rīkojas. Daudzu zināšanas par būtiskiem veselības jautājumiem ir nepietiekošas. Cilvēki nereti emocionāli pretojas tam, ka ārsti grib palīdzēt. Medicīnas jēga ir padarīt cilvēka dzīvi labāku un garāku. Ja sabiedrības daļa neizprot, novēršas, pretojas šai idejai, viņi paši sev tādējādi kaitē. Vēl būtiski atcerēties, ka cilvēks var daudz ko izlasīt, uzziņāt, bet nereti viņam ir vajadzīgs skolotājs, atbalstītājs, konsultants, kurš izskaidro lasīto. Tas noteikti var būt medicīnas darbinieks, ārsts. Domāju, ka daudziem cilvēkiem pietrūkst šī izskaidrojošā posma, speciālista, pie kura vērsties.

**– Kādas ir klīnikas nākotnes ieceres tuvāko 3–5 gadu laikā?**

– Kad būs noslēdzies remonts un visi būs zem viena jumta, vienā stacionārā, būs īstenotas ikdienas darba organizācijas izmaiņas, tad strādāt kļūs vieglāk un mazāk laika būs jātērē nelietderīgi. Šo laiku ļoti gaidu, lai teritoriālās apvienošanas process būtu noslēdzies. Nākamie lielle jautājumi ir saistīti ar cilvēkresursiem un uroloģijas jomas attīstīšanu ambulatorās medicīniskās palīdzības un dienas stacionāra pakalpojumu virzienā. Tie būs jauni izaicinājumi – izveidot, kā arī pilnveidot šo pakalpojumu sniegšanu – ciešāk sadarboties ar ģimenes ārstiem, labiekārtot telpas. Nepieciešams sekmēt iedzīvotāju informētību par uroloģijas jomu. To es noteikti gribētu īstenot. Vēl es vēlētos, lai vairāki jaunie ārsti aizstāv disertāciju, lai mums būtu jauni zinātnu doktoranti, docenti, profesori, kuri varētu pārņemt un turpināt darbu. Tālāk, pateicoties jaunajiem pētniekiem, zinātniekiem, notiktu zinātniskā attīstība, lai uroloģijas joma Latvijā kļūtu vēl spēcīgāka, mūsu speciālisti iegūtu atpazīstamību Eiropā un mēs cienjami turpinātu Latvijas uroloģijas zinātnisko sasniegumu tradīcijas.

## 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:



# Prostatas vēzis – uzmanīgi, bet bez panikas

EVITA HOFMANE

Latvijā ik gadu tiek atklāti ap 1300 jaunu prostatas jeb priekšdziedzera vēža gadījumu. Prostatas vēzis mūsu valsts vīriešiem pēc 50 gadu vecuma ir biežāk sastopamā onkoloģiskā slimība. Ņemot to vērā, Latvijā ir ieviesta valsts apmaksāta profilaktiskā pārbaude prostatas vēža noteikšanai, taču liela daļa vīriešu to neveic. Tā ir ļoti aktuāla problēma, kam jāpievērš uzmanība.

Ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Uroloģijas un uroloģiskās onkoloģijas klinikas urologu **Arvi Freimani** runājam par prostatas vēzi, tā mūsdienīgu ārstēšanu un to, cik svarīga ir pacienta un ārsta sadarbība.

## – Kas ir prostatas vēzis?

– Prostatas vēzis ir onkoloģiska slimība, kas attīstās priekšdziedzērī un biežāk skar vīriešus pēc 50 gadu vecuma. Līdz ar vecumu pieaug iespējamība, ka vīrietim attīstīsies prostatas vēzis. Diagnoze «vēzis» izklausās draudīgi, bet slimība kopumā nav tik biedējoša. Prostatas vēzis var būt dažāds. Nereti tas ir pat nekaitīgs un nav bīstams dzīvībai. Tādēļ šī slimības diagnoze nav jāuztver kā kaut kas fatāls. Tomēr ir arī agresīvi audzēji, kuri var būt bīstami. Tādēļ prostatas vēzim ir jāpievērš uzmanība.

## – Kādas ir iespējas veikt profilaktiskās pārbaudes? Kuriem vīriešiem tas būtu jā dara?

– Gribu uzsvērt, ka prostatas vēzis nav slimība, kuru var novērst tikai ar profilaksi. Lielākoties – līdz pat 80 procentos gadījumu – slimība rodas tāpēc, ka pieaug vīrieša nodzīvoto gadu skaits, viņš noveco. Protams, vispārējā profilakse, ievērojot veselīgu dzīvesveidu, ir svarīga vīriešiem jebkurā vecumā. Jo veselīgāks ir vīrietis, jo mums ir lielākas iespējas viņam palīdzēt un sasniegt labus ārstēšanas rezultātus arī tad, ja viņam ir diagnosticēts prostatas vēzis. Runājot par savlaicīgu diagnostiku, agrīnu slimības atklāšanu, – pamata metode ir prostatas specifiskā antigēna (PSA) noteikšana asins analīzēs. Tas šobrīd ir pieejamākais, lētākais un labākais veids, kā agrīni diagnosticēt prostatas vēzi. Tomēr šī metode nav ideāla, jo PSA rādītājus ietekmē ne tikai prostatas vēzis. Ir arī citi iemesli, kas var paaugstināt PSA līmeni organismā. Tāpēc vienmēr, kad ir paaugstināts PSA līmenis, katrs gadījums individuāli jāizvērtē pie speciālista, lai saprastu, vai rādītājam ir klīniska nozīme. Šādas pārbaudes jau būtu ieteicamas vīriešiem ap 40 gadu vecumu, lai noteiktu t.s. izejas līmeni un ar urologu vienotos, kad vajadzēs izdarīt atkārtotas analīzes, – vai tas būs pēc pieciem gadiem vai agrāk. Pēc 50 gadu vecuma sasniegšanas vīriešiem šīs analīzes vajadzētu veikt vismaz reizi divos gados.

## – Ģimenes ārsti pacientiem parasti atgādina, ka ir jāveic PSA testi. Kāda ir vīriešu atsaucība skrīningam? Kādi ir jūsu novērojumi pēdējo gadu laikā?

– Kopumā ir novērojama intereses palielināšanās par šo iespēju, taču, statistiski raugoties, vīriešu atsaucība varētu būt lielāka. Viena lieta ir tā, ka ģimenes ārsta darbs un pienākums ir atgādināt pacientiem, ka šāda pārbaude ir jāveic, cita lieta – cik daudz vīriešu aicinājumam atsaucas. Lielākoties mēs redzam, ka vīrietis atnāk pie ārsta veikt analīzes vai citus izmeklējumus tāpēc, ka tas ir bijis vajadzīgs. Ja nav sūdzību par veselības problēmām, profilakses nolūkos vīrieši ārstus apmeklē kūtri.



**Arvis Freimanis:** «Nevajag baidīties no prostatas vēža pārbaudēm, jo tās nav nedz sāpīgas, nedz citādā veidā biedējošas. Regulāras, preventīvas rūpes par veselību noteikti sniegs vērtīgu piensumu vīrieša veselībai.»

## – Slimībai ir nespecifiski simptomi. Kas varētu liecināt par to, ka vīrietim ir prostatas vēzis?

– Prostatas vēzis ir slimība, kurai noteikti nav jāgaida simptomi vai sūdzības. Klīniskās pazīmes, kas tieši saistāmas ar prostatas audzēju, ir jūtamā vai nu ļoti vēlinā stadijā, vai ļoti specifiskos gadījumos. Vairumā gadījumu prostatas vēža savlaicīgas atklāšanas pamatā ir profilakse un PSA testa veikšana. Pazīmes, kas mudina vīrieti vērsties pie urologa, biežāk saistītas ar labdabīgu prostatas palielināšanos (prostatas hiperplāziju), kas izpaužas kā urinācijas traucējumi (biežāka urinācija, vajadzība apmeklēt tualeti naktī u.c.). Šis stāvoklis saistīts ar hormonālajām pārmaiņām, kas rodas, vīrietim novecojot. Tas ir biežākais iemesls, kas pamudina vīriešus meklēt ārsta palīdzību.

## – Kāda ir pacienta prognoze, ja audzējs netiek atklāts savlaicīgi?

– Tas ir ļoti individuāli. Daļa vīriešu pat nepamanīs, ka viņu prostatā ir ļaundabīgās šūnas, tomēr ir pietiekami daudz vīriešu, kuriem slimība var progresēt, radīt metastāzes citos orgānos un novest pie letāla iznākuma, ja savlaicīgi netiek noteikta diagnoze un uzsākta ārstēšana.

Pat ja vēzis ir atklāts vēlākā laikā, arī izplatītam prostatas vēzim mūsdienās ir pieejama efektīva ārstēšana, kuru var pielietot un kas būtiski uzlabo pacientu dzīves kvalitāti un pagarina dzīvildzi. Kaut gan, ja prostatas vēzis ir attīstījies un tiek diagnosticēts novēloti, dažkārt mūsu iespējas palīdzēt pacientam ir ierobežotas. Svarīgi uzsvērt, ka savlaicīgi atklātu prostatas vēzi var pilnībā izārstēt. Prostatas vēža diagnoze nenozīmē, ka pacienta prognoze ir slikta.

– **Ir dažāda riska prostatas vēzis. Zema riska gadījumā pietiek ar pacienta novērošanu. Ja tomēr ir nepieciešama ārstēšana, – kāda terapija pieejama Latvijas vīriešiem?**

ļauj samazināt ārstēšanas izraisītās blaknes. Trešais veids, ko izmanto vidēja un augsta riska audzējiem, kas ir lokalizēti prostatā, ir radikālā ārstēšana. Šī metode potenciāli ļauj pilnībā atbrīvoties no audzēja. Tā ir ķirurģiska ārstēšana. Operācijas laikā tiek izņemta visa prostata. Vēl viens variants ir staru terapijas metode, ko kombinē ar medikamentu lietošanu. Tie ir galvenie ārstēšanas stūrakmeņi. Audzējiem, kuri jau ir izplatīti (metastātiski), pamata metode ir medikamentozā ārstēšana.

## – Kad ārstēšanas process ir pabeigts, – kam jāpievērš īpaša uzmanība, jo slimība var atgriezties?

– Protams, katrs gadījums un pacienta situācija jāizvērtē individuāli. Ja bijusi ķirurģiska ārstēšana, tai seko rehabilitācijas periods. Ja tā ir bijusi apstarošana kopā ar medikamentu lietošanu, kas aizņem aptuveni divus gadus, ir individuālas nianšes. Galvenais pēc pilnībā pabeigtas ārstēšanas ir regulāri apmeklēt urologu un veikt veselības pārbaudes. Līdz 20 procentiem gadījumu desmit gadu periodā organismā atkal parādās ļaundabīgās šūnas. To mēs varam noteikt, izdarot PSA analīzes, kas ar regulāriem intervāliem jāturpina arī pēc pabeigtas ārstēšanas, lai to laikus varētu atklāt. Ja tā noticis, atkal jāatsāk onkoloģiskās slimības ārstēšana.

## – Kā jūs vērtētu urologu pieejamību? Varbūt tam, ka ilgi jāgaida rindā, lai satiktu savu ārstu, arī ir vēra ņemama loma?

– Ir svarīgi savlaicīgi ielānot vizīti pie sava ārsta. Protams, atsevišķos Latvijas reģionos ārstu urologu pieejamība varētu būt labāka. Tāpēc apmeklējums ir jāplāno. Ja vīrietis regulāri apmeklē savu ārstu, mazinās iespējamību, ka viņam pēkšņi steidzamības kārtā būtu nepieciešama urologa palīdzība. Ja tāda vajadzība ir, visos reģionos ir pieejama uroloģiskā aprūpe. Tāpat pastāv iespēja apmeklēt urologu arī citviet Latvijā, ja ierastais speciālists dažādu iemeslu dēļ nav pieejams. Ja urologa vizīte ir nepieciešama steidzamības kārtā, tad lielajās slimnīcās – Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā un P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā – visu diennakti ir pieejams dežurējošais urologs. Kopumā uroloģiskā aprūpe Latvijā ir uzlabojusies. Reģionu galvenajās slimnīcās ir pieejama augsta līmeņa uroloģiskā aprūpe – gan ārstu urologu konsultācijas, gan stacionārā palīdzība.

Noteikti nevajag baidīties no prostatas vēža pārbaudēm, jo tās nav nedz sāpīgas, nedz citādā veidā biedējošas. Regulāras, preventīvas rūpes par veselību noteikti sniegs vērtīgu piensumu vīrieša veselībai. Jebkura pārbaude un izmeklējums sākas ar sarunu ar ārstu. Vajag aiziet pie sava urologa, izrunāt visus jautājumus, kas satrauc vai ko gribas noskaidrot. Tas dos gan drošību, gan pašvērtību. Tāpēc vīriešiem ar savu urologu ir jādraudzējas.

## Prostatas vēža skrīninga atsaucības rādītāji 2024. gada sešos mēnešos

NVD teritoriālā nodaļa	Reģistrēto pacientu skaits		Izmeklētās personas		Personas ar pozitīvu testa rezultātu	
	Skaits	% sadalījums pa teritoriālajām nodaļām	Skaits	% no reģistrētā skaita	Skaits	% no izmeklēto skaita
Kurzeme	22 037	15 %	10 552	48 %	1 150	11 %
Latgale	20 095	14 %	9 533	47 %	1 155	12 %
Rīga	64 044	44 %	27 031	42 %	3 369	12 %
Vidzeme	19 069	13 %	9 473	50 %	1 065	11 %
Zemgale	21 366	15 %	9 821	46 %	1 261	13 %
Kopā	146 610	100 %	66 410	45 %	8 000	12 %

Avots: Nacionālais veselības dienests

# Pilnvērtīga dzīve arī ar sēklinieka vēzi

ILONA NORIETE

Sēklinieku vēzis ir reti sastopams ļaundabīgs audzējs, kas visbiežāk novērojams jauniem vīriešiem. Šo slimību ir salīdzinoši viegli diagnosticēt, jo izmaiņas sēkliniekos var konstatēt vīrietis pats. Audzēja gadījumā ir sataustāms ciets, sākumā nesāpīgs veidojums, iespējama arī sēklinieka palielināšanās. Taču, tā kā sāpes nav jūtamas, vīrieši nereti nepievērš pienācīgu uzmanību jaunveidojumam. Šāda rīcība var būtiski sarežģīt ārstēšanu, tādēļ, ja vīrietis konstatē jebkādas izmaiņas šajā ķermeņa daļā, nekavējoties jādodas pie urologa.

Vairāk par sēklinieku vēzi mūsu sarunā ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas urologu Jāni Bērziņu.

**– Cik izplatīts ir sēklinieku vēzis, un vai vīriešiem bieži nākas saskarties ar šo onkoloģisko slimību?**

– Šis ļaundabīgais audzējs ir samērā reti sastopams, taču nevar teikt, ka gadījumu skaits būtu nenozīmīgs. Sēklinieku vēzis katru gadu Latvijā tiek diagnosticēts apmēram 30 pacientiem.

**– Kā to var atklāt? Nemot vērā, ka vīrieši pārāk bieži neapmeklē urologu, kas varētu likt aizdomāties par iespējamu problēmu?**

– Lielākais risks saslimt ar sēklinieku vēzi ir jauniem vīriešiem 15–35 gadu vecumā. Viņi tiešām nenāk pie urologa, un normālos apstākļos tas viņiem arī nebūtu jādara. Īstenībā jūsu izdevums šobrīd veic ļoti vērtīgu, pozitīvu ieguldījumu, jo sabiedrības informēšana par vēža esamību ir ārkārtīgi svarīga. Būtībā tā ir rekomendācija zēniem un jauniem vīriešiem veikt pašpārbaudes, jo sēkliniekus katrs pats var kārtīgi iztaustīt. Tas arī ir galvenais vēstījums, kas visiem jānodod, – vismaz reizi gadā katram pašam sevi mērķtiecīgi pārbaudīt – aplūkot un iztaustīt, vai sēkliniekā nav parādījusies kaut kas izteikti ciets, blīvs. Uzreiz jāpiebilst, ka ir arī pietiekami daudz ļaundabīgu veidojumu, kuri jaunajam vīrietim pašpārbaudes laikā var raisīt aizdomas par potenciālu sēklinieka audzēju. Tā var būt, piemēram, cista vai arī sēklinieka piedēklis, kas ir visiem vīriešiem. Ja puisis pēkšņi satausta kaut ko blakus sēkliniekam un satraucas, varbūt labāk atnākt uz pārbaudi, kuras laikā mēs konstatējam, ka nekas slikts nav izveidojies, nekā palaist garām sēklinieku vēzi. Tādēļ šis pašpārbaudes ir tik nozīmīgas.

Par iespējamu problēmu var signalizēt arī diskomforta sajūta, trulas sāpes sēkliniekos, vēdera lejasdaļā vai cirkšņi. Protams, arī šajā situācijā man uzreiz jāteic, ka daudz biežāk šādu simptomu iemesls tomēr ir muguras problēmas, kad tiek nospiesti nervi un sāpes izstaro uz cirkšņi vai sēklinieku. Tomēr labāk būt drošam un pārbaudīties, nekā nepamanīt kaut ko potenciāli bīstamu.

**– Kādi varētu būt sēklinieku vēža rašanās cēloņi?**

– Jebkura ļaundabīga audzēja cēlonis ir ģenētiskas mutācijas, kuras izjauc šūnu dalīšanās normālo programmatūru, kas to visu regulē. Tā rezultātā šūnas sāk nekontrolēti dalīties, un šāds haotisks process arī veido audzēju. Gadu gaitā tie, kas nodarbojas ar šī veida pētniecību, ir noskaidrojuši, ka būtībā ļoti daudzu audzēju pamatā ir ģenētisks faktors. Ja zināms, ka pirmās pakāpes radniekam (arī vectēvam) ir bijis sēklinieku audzējs, arī sev noteikti jāpievērš lielāka vērība. Tāpat, ja cilvēkam pašam jau agrāk ir bijis audzējs vienā sēkliniekā, pastāv ievērojami lielāks risks, ka tas



Foto: No Jāņa Bērziņa personīgā arhīva

**Jānis Bērziņš:**  
**«Sēklinieku vēzis ir rets audzējs, bet ar salīdzinoši ļoti labu prognozi. Viens no prognozes rādītājiem jebkuram ļaundabīgam audzējam ir paredzamā piecu gadu dzīvildze. Sēklinieku audzējam šis rādītājs sasniedz pat 95 procentus.»**

var veidoties arī otrā. Iespējama arī tāda specifiska situācija, kad ir nenoslīdējis sēklinieks. Tas nozīmē, ka puisim viens vai arī abi sēklinieki neatrodas sēklinieku maisiņā. Sēklinieki embriogēneses laikā izveidojas vēdera dobumā un pēc tam kopā ar saviem asinsvadiem slīd uz leju, līdz caur cirkšņa kanālu nonāk sēklinieku maisiņā. Ja kaut kādu traucējumu dēļ tie tur nenonāk, bet paliek cirkšņa kanālā vai vēdera dobumā, tie atrodas salīdzinoši karstākā vidē (tuvu 37 grādiem pēc Celsija) nekā sēklinieku maisiņā. Šāds notikums pavērsiens, iespējams, var provocēt nelabvēlīgu mutāciju rašanos un tādējādi arī paaugstina sēklinieku vēža rašanās risku. Tas ir galvenais iemesls, kāpēc pastāv rekomendācija nenoslīdējušos sēkliniekus profilaktiski izņemt.

**– Ja veidojumu sēkliniekos var sataustīt, vai tas nozīmē, ka lielākoties sēklinieku vēzis tiek atklāts pirmajās stadijās?**

– Latvijā trūkst tik precīzi ievāktu datu, taču var teikt, ka apmēram divas trešdaļas jaunu vēža gadījumu tiek diagnosticēti agrīni, bet atlikusi trešdaļa – jau vēlinākās stadijās.

**– Ja sēklinieku vēzi diagnosticē pirmajās stadijās, – cik labvēlīgs varētu būt ārstēšanas iznākums?**

– Sēklinieku vēzis ir rets audzējs, bet ar salīdzinoši ļoti labu prognozi. Viens no prognozes rādītājiem jebkuram ļaundabīgam audzējam ir paredzamā piecu gadu dzīvildze (kāda ir statistiskā varbūtība, ka pacients nodzīvos vēl piecus gadus no brīža, kad tiek noteikta diagnoze). Sēklinieku audzējam šis rādītājs sasniedz pat 95 procentus. Protams, tas atkarīgs arī no stadijas, kurā vēzis atklāts, un vēlinākām stadijām šis skaitlis ir mazāks.

**– Kādas ir izmantotās terapijas metodes? Vai parasti nepieciešama ķirurģiska ārstēšana?**

– Pirms sākt ārstēšanu jāveic visas nepieciešamās pārbaudes. Ja veidojumu var ne tikai sataustīt, bet arī ultrasonogrāfija apliecina pamatotas aizdomas par sēklinieka audzēju, tad mēs domājam par sēklinieka noņemšanu. Par papildu faktoru, kas liek izšķirties par labu operācijai, var kalpot arī paaugstināti vēža marķieru rādītāji.

Pēc tam ķirurģiskas operācijas laikā sēklinieks tiek noņemts un nosūtīts histoloģiskai izmeklēšanai. Tikai tad mēs iegūstam galīgo diagnozi, ka pacientam ir konkrēta veida sēklinieka audzējs. Histoloģiski tie iedalās dažādos apakštipos. To nosaka fakts, ka ir ļoti daudz šūnu, no kurām var izveidoties audzējs. Primāri šis vēzis iedalās divās lielās grupās – seminoma un neseminoma. Tālāk seko vēl sīkāks iedalījums. Pēc tam vēl tiek vērtēts, vai ir paaugstināta audzēja marķieru koncentrācija asins serumā.

Ārstēšana ir atkarīga no daudzu faktoru kombinācijas. Piemēram, kāda tipa audzējs konstatēts, cik liels tas lokāli izaudzis, vai nav izplatījies uz limfmezgliem, ir vai nav paaugstināti vēža marķieru rādītāji. Svarīgi ir arī tas, vai marķieru koncentrācija pēc sēklinieka noņemšanas nokrītas, vai arī paliek paaugstināta. Balstoties uz visiem iegūtajiem datiem, onkoloģisko pacientu konsilijā tiek pieņemts lēmums par papildu ārstēšanu pēc operācijas, ja tas ir nepieciešams, un tā visbiežāk ir ķīmijterapija.

**– Sēklinieku audzējs parādās lielākoties gados jauniem cilvēkiem, bet tieši jaunie vīrieši veido ģimeni un noteikti gribēs arī bērnus. Ja vīrietim tiek atklāts sēklinieku vēzis, vai tas nozīmē, ka pēcnācēju radišanai ir parvilktā stripa?**

– Nē, situācija nav tik drūma. Te darbojas divi faktori. Pirmais – ja pacients paliek ar vienu sēklinieku, visbiežāk otrs spēj kompensēt gan testosterona, gan spermatozoīdu ražošanu. Šāds vīrietis var būt auglīgs arī ar vienu sēklinieku. Turklāt der atcerēties, ka nereti sēklinieki jānoņem ne tikai audzēja, bet varbūt arī kādas nopietnas infekcijas vai smagas traumas dēļ, kā arī nenoslīdējušu sēklinieku gadījumā. Daudzi vīrieši dzīvo ar vienu sēklinieku, viņiem ir pašiem savi bērni un viss kārtībā ar testosteronu. Savukārt otrs faktors ielēdzas, ja pacientam pēc operācijas jāsaņem ķīmijterapija. Šī ārstēšanas metode gan ļoti kaitē spermatozoīdu ražošanai. Lielākoties ķīmijterapija iznīcina šūnas, kas ļoti aktīvi dalās, piemēram, audzēju šūnas. Taču arī spermatozoīdu šūnu

linijas, kas aktīvi dalās, tāpat ļoti cieš no ķīmijterapijas. Tādēļ, kad esam pacientam noteikuši šo diagnozi, pirms ārstēšanas uzsākšanas viņam tiek rekomendēts nodot spermatozoīdus sasaldēšanai jeb kriozervācijai. Tas tiek darīts, lai tos varētu izmantot nākotnē, kad pacients vēlēties veidot ģimeni. No šī gada sākuma Latvijā tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, un pēc ārstu konsilija lēmuma par to, ka pacientam ir paredzēta ķīmijterapija, viņš var bez maksas nodot glabāšanā savu spermas paraugu. Jāatzīmē, ka šī iespēja ir pieejama ne tikai pacientiem ar sēklinieku vēzi. To var izmantot jebkurš jauns cilvēks, arī bērni, kuriem paredzēta ķīmijterapija jebkāda cita audzēja dēļ. Tieši tādā pašā veidā sievietēm tiek apmaksāta olšūnu sasaldēšana. Tā ir vesela valsts programma, kas pieejama visiem vēža pacientiem. Vēl viena lieta, ko es gribēju pieminēt, ir sēklinieku protēze. Tas Latvijā vēl nav valsts apmaksāts pakalpojums, bet cerams, kādu dienu arī šī iespēja būs pieejama bez maksas. Pašlaik vīriešiem protēzes izveidošanas izmaksas, kas ir pāris simti eiro, jāsedz no savas kabatas. Taču tas ir ļoti labs risinājums – pēc sēklinieka izņemšanas sēklinieku maisiņā ievieto un nofiksē īstajam ļoti līdzīgu, pēc otra sēklinieka lieluma izgatavotu un pielāgotu silikona protēzi. Tādā veidā vīrietis pilnvērtīgi turpina savu dzīvi bez kādām redzamām izmaiņām.

**– Kādi nosacījumi ir jāievēro pēc vēža ārstēšanas?**

– Pārbauzu biežums ir atkarīgs no vēža specifiskās stadijas. Sēklinieku audzējs, salīdzinot ar citiem vēža veidiem, ir pietiekami sarežģīts, jo pastāv ļoti daudz vēža ņemamu faktoru. Bet, kad viss nepieciešamais ir noskaidrots, top zināms arī novērošanas režīms. Tas ir jāievēro un jāveic visi paredzētie izmeklējumi. Tie iekļauj datortomogrāfiju, lai varētu izvērtēt iekšējos orgānus un limfmezglus, tāpat arī urologa apskati, lai pārbaudītu otru sēklinieku un cirkšņu rajonu.

**– Vai datortomogrāfija palīdzēs noteikt, ka nav izveidojušas metastāzes? Varbūt tiek veikti arī citi izmeklējumi?**

– Pārbaudu pamatā ir regulāras vizītes pie urologa, tāpat tiek noteikts audzēju marķieru līmenis asinīs. Papildus, saskaņā ar vadlīnijām, tiek veikta datortomogrāfija, atsevišķos gadījumos arī magnētiskā rezonanse. Šāda shēma tiek izmantota pēdējos piecus gadus. Dažreiz tiek veikts arī krūškurvja rentgens. Pēc pieciem gadiem recidīva risks kļūst mazāks, tad izmeklējumi tiek veikti pēc ārsta sastādīta, pacientam individuāli pielāgota plāna.

Sadarbība un pārbaudu veikšana ir ļoti svarīga, jo pastāv ne tikai recidīva risks, kad vēzis pēkšņi atgriežas, bet var parādīties arī vēlinās metastāzes. Tāpat šiem vīriešiem ir augstāks audzēja attīstīšanās risks otrā sēkliniekā.

**– Vai otrā sēkliniekā vēzis var parādīties pēc pieciem, desmit vai varbūt pat 20 gadiem?**

– Var. Ja vīrietim bijis viena sēklinieka audzējs, ir lielāka varbūtība, ka tas skars arī otru sēklinieku. Tādēļ šiem cilvēkiem biežāk jānodod uz izmeklējumiem, un, protams, arī visu mūžu jāveic pašpārbaudes. Domāju, ka vīrietis, kuram bijis sēklinieka audzējs, jau ir pozitīvi vērsti uz sadarbību un regulārām pārbaudēm.

**– Kā jūs vērtējat mūsdienu pacientu izglotību medicīnas jomā?**

– Es domāju, ka sabiedrības veselības pratība gadu gaitā uzlabojas. Noteikti vēl ir, kur piestrādāt. Ar to es domāju nepieciešamību ieviest skolās tādu mācību priekšmetu kā veselības mācība. Būtu ļoti svarīgi panākt, lai Latvijā izaug tāda jaunā paaudze, kas izprot savu organismu, veselību un spēj paši par sevi parūpēties.

# Urīnpūšļa un nieru vēzi var sekmīgi ārstēt

ILONA NORIETE

Onkoloģijā valda nemainīgs likums – jebkura ļaundabīga audzēja rašanās gadījumā ir izšķiroši svarīgi to pēc iespējas ātrāk atklāt un uzsākt atbilstošu terapiju. Dažādu audzēju lokalizācijas gadījumā veikt savlaicīgu diagnostiku dažkārt ir grūti, jo bieži vien vēzis attīstās nemanāmi, neradot simptomus. Tāpēc nereti ļaundabīgie audzēji tiek atklāti nejauši, veicot izmeklējumus ar pilnīgi citu nolūku. Viens no šādiem asimptomātiskiem vēžiem ir nieru audzējs, kurš par sevi parasti liek manīt tikai progresējošā stadijā. Arī urīnpūšļa vēzis agrīnā attīstības posmā bieži vien pacientam nerada jūtamās sūdzības.

Vairāk par nieru un urīnpūšļa vēzi, tā diagnosticēšanas iespējām un ārstēšanas metodēm mūsu sarunā ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) stacionāra *Gaiļezers* urologu **Kārlī Pētersonu**.

**– Cik izplatīts ir nieru un urīnpūšļa vēzis? Vai vispār šīs abas slimības var aplūkot kopā, vai tomēr pareizāk būtu katru no tām skatīt atsevišķi?**

– Abus vēža veidus vieno fakts, ka tie ir urīnceļu audzēji un ka tos ārstē urologs. Tik lielā mērā mēs tos varam «salikt kopā». Pēc statistikas datiem, pasaulē nieru vēzis ir 14. vietā no visām onkoloģiskajām slimībām. Urīnpūšļa vēzis ir sastopams biežāk, tas atrodas devītajā vietā starp dažādiem ļaundabīgo audzēju veidiem.

**– Vai starp abu dzimumu pārstāvjiem ir novērojamas atšķirības saslimstības biežumā?**

– Urīnpūšļa vēzis vīriešiem ir sastopams apmēram trīs reizes biežāk nekā sievietēm. Savukārt ar nieru vēzi vīrieši slimo aptuveni divreiz biežāk.

**– Kāpēc vīriešiem urīnpūšļa vēzis ir izplatīts biežāk?**

– Jāņem vērā, ka viens no galvenajiem riska faktoriem ir smēķēšana, un, atbilstoši statistikas datiem, tieši vīrieši smēķē vairāk. Būtisks riska faktors ir saskare ar dažādām kaitīgām ķīmiskajām vielām, kuras nereti izmanto rūpniecībā, un rūpniecības strādnieku vidū dominē stiprais dzimums.

**– Lūdzu, pastāstiet vairāk par šiem vēža veidiem.**

– Nieres vēzi visbiežāk atrod nejauši. Vairāk nekā 60 procentos gadījumu šo slimību atklāj, veicot profilaktisku izmeklējumu, vai saistībā ar kādu citu kaiti. Tas notiek tādēļ, ka nieru vēzis parasti (vairāk nekā 80 procentos gadījumu) ir asimptomātisks. Savukārt urīnpūšļa vēža primārais simptoms bieži vien ir asinis urīnā. Urologi šādu signālu sauc par «sarkanā karoga» simptomu. Ja kas tāds parādās, tad noteikti ir jāiedarbina tā dēvētais vēža izmeklēšanas protokols, un pacientam tiek veikti visi nepieciešamie izmeklējumi, lai noskaidrotu asiņu parādīšanās cēloni. Tobrīd primārais uzdevums ir izslēgt iespējamu urīnceļu audzēju.

**– Kādi vēl riska faktori var stimulēt nieru vēža attīstību? Jūs minējāt smēķēšanu, kancerogēnu ķīmisko vielu iedarbību. Vai nieru vēzis ir arī ģenētiski pārmantojams?**

– Pie citiem nieru vēža rašanās iemesliem var minēt virssvaru, hipertensiju, sava loma ir arī iedzimtībai. Ja nieru vēzis konstatēts pirmās pakāpes radniekiem, tad risks būs augstāks.

**– Kādas pazīmes var liecināt par nieru vēzi?**

– Simptomi parasti parādās tikai tad, kad vēzis jau ir diezgan attīstījies. Sākotnējās stadijās šis audzējs nekādi neliel par sevi manīt, tāpēc, ja izdodas to



Foto: No RAKUS arhīva

**Kārlis Pētersons: «Krioblācijas laikā ar īpašas adatas palīdzību nieru vēža skartajai vietai tiek pievadīts sašķidrināts argons, tādējādi sasaldējot audzēja šūnas un iznīcinot tās. Šī inovatīvā ārstēšanas metode ir pieejama arī Austrumu slimnīcā.»**

diagnosticēt agrīnā stadijā, tā parasti ir nejauša atrade. Ja vēzis jau ir vairāk izplatījies, var būt sataustāma lielāka masa vēdera dobumā. Tāpat var parādīties asinis urīnā, arī sāpes, bet pirmajās stadijās simptomu nebūs. Tieši tādēļ ikvienam cilvēkam regulāri vajadzētu apmeklēt ģimenes ārstu, ik pa laikam veikt profilaktisko apskati, piemēram, uztaisīt ultrasonogrāfiju (USG) vēdera dobuma orgāniem un urīnceļiem. Šāda izmeklējuma laikā tiek pārbaudītas arī nieres. USG var dēvēt par primāro skrīningu. Šī izmeklēšanas metode mums ļauj aplūkot nieres. Ja būs novērojamas izmaiņas, ģimenes ārsts pacientam nozīmēs datortomogrāfiju, lai sīkāk izvērtētu nieru stāvokli, un tālāk jau pacientu nosūtīs pie mums. Profilaktiskās pārbaudes parasti ietver arī analīzes – pilnu asinsainu, urīna analīzi. Tas viss noteikti būtu jādarā regulāri, nevis jāgaida, līdz parādās simptomi.

**– Cik strauji attīstās nieru vēzis?**

– Šis audzējs attīstās samērā lēni – gadā tas izaug aptuveni septiņus milimetrus. Protams, var būt atsevišķi izņēmumi, bet parasti tā augšana nenotiek sprādzienveidīgi.

**– Ja tiek atklāts nieru vēzis, – kā to ārstēt? Vai vienmēr nepieciešama nieru izņemšana, varbūt pastāv arī citas iespējas?**

– Galvenā metode ir ķirurģiska terapija. Ja pacienta veselība ir pietiekami laba, lai varētu veikt operāciju, ir jāizmanto ķirurģiska ārstēšana. Mūsdienās ārsti, ja vien iespējams, dod priekšroku nefronus (nieru funkcionālā vienība) saudzējošai operācijai, tas ir, mēģina izņemt tikai audzēju, cenšoties saglabāt pēc iespējas vairāk nieru audu. Ir vēl saudzīgākas metodes, kas pacientam samazina sāpes un slimnīcas gultā pavadāmo dienu skaitu. Viena no tām ir mazināzīva ārstēšana – laparoskopija, kuras laikā visas manipulācijas veic caur maziem iegriezumiem. Pēc šādas operācijas pacients ātrāk atlabst un atgriežas ikdienas dzīves ritmā. Ārzmēs vēl pielieto arī robotizēto ķirurģiju, kas būtībā ir līdzīga laparoskopijai. Tas ir tehnoloģiski mūsdienīgākais risinājums. Ir arī rīcības variants, kas neparedz nekādu ķirurģisku iejaukšanos. Tas parasti tiek pielietots pacientiem cieniņamā vecumā, kuriem vēža izmēriņi vai veidojumi ir ļoti mazi. Tā kā nieru vēzis aug lēni un cilvēkiem vecumā virs 80 gadiem tā augšanas temps ir vēl mazāks, mēs viņus novērojam un neko nedarām – protams, ja situācija to ļauj. Visbeidzot, tagad ir pieejama vēl viena

jauna terapijas metode – krioblācija. To pielieto pacientiem, kuriem ir augstāks anestēzijas risks vai pastāv citi faktori, kuru dēļ ķirurģiju nevar piedāvāt. Tad izmanto krioblāciju, kuras veikšanai nav nepieciešama vispārēja narkoze. Šis procedūras laikā ar īpašas adatas palīdzību vēža skartajai vietai tiek pievadīts sašķidrināts argons, tādējādi sasaldējot audzēja šūnas un iznīcinot tās. Šī inovatīvā ārstēšanas metode ir pieejama arī RAKUS.

**– Kādās situācijās tiek izmantoti tādi vēža ārstēšanas veidi kā ķīmijterapija, staru terapija, varbūt arī imūnmodulējošā terapija?**

– Kad vēzis jau ir izplatījies tālāk organismā, tad talkā nāk mērķterapija. Šādiem pacientiem Latvijā ir pieejams valsts kompensēts medikaments. Tāpat pacienti ar augsta riska vēzi, kuri jau saņēmuši ķirurģisku ārstēšanu, bet kuriem aizvien ir augsts metastāžu veidošanās potenciāls, tagad var saņemt valsts apmaksātu imūnterapiju. Šāda nieru vēža ārstēšanas iespēja Latvijā ir parādījusies šogad.

**– Kāda ir nieru vēža pacientu dzīvildze? Droši vien daudz ko nosaka vēža stadija diagnosticēšanas brīdī?**

– Šis rādītājs tiešām ir saistīts ar vēža diagnosticēšanas brīdi. Ja operācija tiek veikta savlaicīgi, tad skats nākotnē ir pozitīvs – piemēram, piecu gadu dzīvildzes rādītāji, ko parasti izmanto onkoloģisko slimību gadījumos, pārsniedz 90 procentus. Jo vēlākā stadijā slimība atklāta, jo vairāk samazinās dzīvildze.

**– Urīnpūšļa vēzis veidojas urīnpūšļa audos, gļotādā. Sākotnēji tas var skart urīnpūšļa sienīgu, bet, slimībai attīstoties arvien tālāk, arī metastazēties. Cik bieži tas tiek atklāts?**

– Latvijā gadā vidēji tiek konstatēti 450 jauni urīnpūšļa vēža gadījumi.

**– Kas var veicināt šī ļaundabīgā audzēja attīstību?**

– Tā ir smēķēšana, darbs ar metāliem, krāsām, regulāra saskare ar kaitīgām ķīmiskām vielām. Piemēram, specifiski benzola savienojumi, kas stimulē mutāciju rašanos tieši urīnceļu, urotēlija gļotādā, jo veicina tur esošo šūnu izmaiņas un līdz ar to audzēja rašanos. Tāpat risku paaugstina staru terapija anamnēzē. Piemēram, ja paciente ar ginekoloģisku audzēju būs saņēmusi staru terapiju iegurnim, tad viņai paaugstināsies risks saslimt ar urīnpūšļa vēzi. Savu lomu spēlē arī iedzimtības faktors.

**– Kādi ir galvenie diagnostikas veidi, nepieciešamās analīzes un izmeklējumi, kas var palīdzēt atklāt vēzi?**

– Primārais izmeklējums gan nierēs, gan urīnpūšļa vēža gadījumā ir USG. Tas ir pats pamats, kas ļauj atklāt vēzi. Tālākai un precīzākai diagnostikai zelta standarts vienmēr ir datortomogrāfija. Ja vēl būs palikušas aizdomas vai neskaidrības par to, cik dziļi audzējs ieperinājies, urīnpūšļa vēža gadījumā talkā nāk arī magnētiskā rezonanse. Tie ir radioģeniski izmeklējumi. Mums noteikti jāizpēta arī augšējie urīnceļi, jo gļotāda ir vienāda gan nierēs, gan urīnvados, gan urīnpūslī. Ja tiek konstatēts aizdomīgs veidojums urīnpūslī, ir jāizslēdz, ka nekā līdzīga nav arī augstāk, tāpēc noteikti būs vajadzīga datortomogrāfija. Tāpat tiks paņemtas parastās urīna analīzes, skatīsimies citoloģiju, pētīsim, vai urīnā neparādās audzēja šūnas. Vēl noteikti tiks veikta cistoskopija, kad caur urīnvadkanālu urīnpūslī tiek ievadīta īpaša kamera, kas ļauj aplūkot aizdomīgos veidojumus no iekšpuses, – cik to daudz, cik lieli tie ir, vai tehniski tos iespējams izoperēt.

**– Kā notiek ārstēšana? Ja nierēs vēža gadījumā galvenā ir ķirurģiskā terapija, tad ko iesākt, ja pacientam ir urīnpūšļa vēzis? Bez urīnpūšļa taču būs daudz grūtāk dzīvot nekā bez vienas nieres.**

– Arī urīnpūslim primāri tiek veikta operācija. Jāsaprot, ka šis vēzis rodas ārējā jeb gļotādas slānī. Zem tās atrodas zemgļotāda, bet vēl dziļāk seko muskuļslānis, apkārtējie taukaudi un citi blakus esošie orgāni. Vēzis sāk augt no gļotādas, bet pakāpeniski urbjas arvien dziļāk, līdz beidzot cauraug urīnpūšļa sienīgu. Ja audzējs tiek atklāts laikus, agrīnā stadijā, tad mēs izdarām operāciju caur izvadkanālu. Urīnpūslī tiek ievadīti instrumenti, un no iekšpuses nogrieztu audzēja veidojumi. Kad tas paveikts, iegūtais materiāls tiek sūtīts uz patoloģijas centru, kur ārsts patoloģis pēta, cik dziļi urīnpūšļa sienīgā vēzis ir ieaudzis. Robežšķirtne ir muskuļslānis – ja audzēja pazīmes parādās arī šajā orgāna daļā, tā ir indikācija pilnīgai urīnpūšļa izņemšanai. Ja vēzis nav sasniedzis muskuļslāni, to var turpināt ārstēt endoskopiski jeb operēt caur urīnvadkanālu. Pirmā operācija pārsvarā ir diagnostiska, taču nereti var būt arī ārstējoša. Ja konstatēts viens virspusē augošs veidojums, mēs to gan diagnosticējam, gan uzreiz arī nogriežam. Pēc tam tiek pierādīts, ka tās ir audzēja šūnas, un noskaidrots vēža ieaugšanas dziļums. Ja pašā sākumā zinām, ka vēzis jau ieaudzis muskuļslānī, ar šāda veida operāciju to pierādām un tad piedāvājam pacientam izņemt urīnpūslī. Tā ir patiešām liela, smaga operācija ar izteikti negatīvām dzīves kvalitātes izmaiņām pēc tās. Proti, tiek izveidota pastāvīga urīna stoma, kurā krājas un caur kuru tiek izvadīts urīns. Ar to ir jādzīvo visu atlikušo mūžu.

**– Varbūt ir kāda būtiska atziņa, uz ko jūs sarunas nobeigumā gribētu vērst mūsu lasītāju uzmanību?**

– Vēlos aicināt cilvēkus nepieļaut sabiedrībā plaši izplatītu kļūdu un nekad neignorēt hematūriju. Nedrīkst pašauties uz to, ka ēstas bietes vai dzerts sarkanvīns, un viss pāries pats no sevis. Asins parādīšanās urīnā ir «sarkanā karoga» simptoms, kad noteikti jāvērsas pie ģimenes ārsta, lai tālāk saņemtu nosūtījumu pie speciālista. Kaut vienreiz noteikti nepieciešams veikt pārbaudi, jo šāda situācija var liecināt par iespējamu audzēju urīnceļos. Veicot profilaktiskās apskates, mēs audzējus varam atklāt daudz agrākās stadijās un veiksmīgi ārstēt. Tas būtiski pagarina pacientu dzīvildzi un nodrošina labāku dzīves kvalitāti.

# Prostatas vēža skrīnings ir svarīgs

ILONA NORIETE

Prostatas vēzis ir visbiežāk sastopamais vīriešu urīnizvadsistēmas un dzimumorgānu sistēmas audzējs, kā arī izplatītākais ļaundabīgais audzējs vīriešiem pēc 50 gadu vecuma. Tas bieži vien ir asimptomātisks, turklāt aug ļoti lēni un bieži vien nerada nekādas jūtamas veselības problēmas. Taču, kad parādās simptomi, nereti audzējs jau ir attīstījies tālāk, ka ārstēšana kļūst apgrūtināta. Tādēļ ir svarīgi šo vēzi diagnosticēt laikus, jo agrīnās stadijās prostatas audzējs ir pilnībā izārstējams. Šim nolūkam lieti noder prostatas specifiskā antigēna (PSA) analīzes, kuru veikšanu visiem vīriešiem Latvijā no 50 līdz 75 gadiem paredz prostatas vēža skrīnings.

Vairāk par prostatas vēzi, tā diagnostiku un ārstēšanu mūsu sarunā ar Liepājas reģionālās slimnīcas Kurzemes Uroloģijas, nefroloģijas centra uroloģijas virsrūtu Mihailu Menisu.

**– Katru gadu apmēram 1300 stiprā dzimuma pārstāvju Latvijā saslīgst ar prostatas vēzi. Slimībai nav specifisku simptomu, tāpēc daudziem par to grūti aizdomāties. Līdz ar to PSA analīzes ir vienas no būtiskākajām, kuras var palīdzēt atklāt prostatas vēzi.**

– Patiešām, prostatas vēzis vīriešiem mūsdienās nav retums. Pastāv dažādi riska faktori, un viens no galvenajiem ir vecums. Jo vīrietis vecāks, jo lielāka prostatas vēža varbūtība. Lielākam riskam pakļauti pacienti ar pozitīvu ģimenes anamnēzi. Ja kādam no vīrieša pirmās pakāpes radniekiem šī slimība tikusi konstatēta, risks pieaug. Arī onkoloģiskas slimības no mātes puses var paaugstināt saslimšanas risku.

**– Kuriem stiprā dzimuma pārstāvjiem vajadzētu apmeklēt profilaktiskas pārbaudes pie ārsta un veikt PSA analīzes?**

– Mēs motivējam pacientus aiziet pie urologa jau pēc 40 gadu vecuma sasniegšanas – arī tad, ja nav nekādu simptomu. PSA analīze ir vienīgā skrīninga metode, kas mums ļauj aizdomāties par iespējamu saslimšanu. Pirmo reizi profilaktiski nodot PSA analīzes tiek rekomendēts pēc 50 gadu vecuma sasniegšanas. To var izdarīt pie ģimenes ārsta vai urologa. Protams, ja pastāv kādi no iepriekš minētajiem riska faktoriem, tad šīs analīzes jānodod jau no 40–45 gadiem. PSA pārbaude nevar uzreiz atbildēt uz jautājumu, vai pacientam ir vai nav prostatas vēzis, bet analīze liek aizdomāties, vai vīrieša dzīves laikā pastāv šāds risks. Atkarībā no analīžu rezultātiem urologi domā, ko darīt tālāk.

**– Ja attīstījies prostatas vēzis, – vai PSA rādītājs palielinās pakāpeniski vai uzreiz «uzlec» ļoti augstu?**

– Mēs nekad nevadāmies tikai pēc vienu reizi nodotām PSA analīzēm, jo iegūtais rādītājs nav izteikti specifisks, tas var paaugstināties arī citu faktoru iedarbībā. Tie var būt, piemēram, urīnceļu, sēklas ceļu iekaisumi, tāpat dramatisks kāpums iespējams, ja bijis iekaisums arī citur organismā. Tikpat labi arī invazīvas procedūras citā ķermeņa daļā var izraisīt PSA rādītāja lēcieni. Tāpēc šo analīzi nevajadzētu nodot akūtas saslimšanas brīdī. Mēs parasti balstāmies uz vairāku analīžu rezultātiem, mērot PSA līmeni atkārtoti. Turklāt kopējais PSA ir tikai viens skaitlis, tādēļ nepieciešami citi mērījumi. Zinot prostatas izmērus, izrēķinām PSA densitāti. Visi iegūtie skaitļi palīdz saprast, vai pastāv reāli riski. Tādēļ ir svarīgi veikt vairākus



Mihails Meniss: «Pēc 40–50 gadu vecuma prostatā notiek izmaiņas. Tās var būt gan labdabīgas, gan ļaundabīgas, kuras bruģē ceļu prostatas vēzim.»

mērījumus ar laiku atstarpi. Tomēr jāņem vērā, ka retumis vēzis var būt arī pie zema vai normāla PSA līmeņa. Jo agresīvāks vēža gadījums, jo sarežģītāk interpretēt visus aprēķinus.

**– Daudzi vīrieši nelabprāt dodas pie ārsta, nerunājot par vizīti pie urologa. Kā vīrietis pats var konstatēt aizdomīgas izpausmes, un kurā brīdī nopietni jāskatās domāt par steidzamu došanos pie urologa?**

– Patiešām, dabūt vīrieti pie urologa nereti nav viegls uzdevums, jo daži kautrējas, citi uzskata, ka svarīgāk ir strādāt un nepievērst uzmanību nelielām diskomforta izpausmēm. Taču pēc 40–50 gadu vecuma šajā orgānā notiek izmaiņas. Tās var būt gan labdabīgas, gan ļaundabīgas, kuras bruģē ceļu prostatas vēzim. Parasti, sākoties labdabīgām izmaiņām, kas visbiežāk ir labdabīga prostatas hiperplāzija, pirmie simptomi ir urīnēšanas izmaiņas – tā kļūst biežāka, pavājinās urīna strūkļa, parādās vajadzība urinēt naktī. Šis arī būs atskaites brīdis, kad noteikti vajadzētu doties pie urologa un veikt izmeklējumus. Ja netiks atklāts nekas sliktas, vīrietis varēs mierīgi dzīvot tālāk, bet, ja apstiprināsies ļaunākās aizdomas, nekavējoties tiks uzsākta ārstēšana un līdz ar to būs lielāka iespējamība uzveikt slimību.

**– Daudzus iedzīvotājus satrauc fakts, ka bieži vien, lai ātrāk nokļūtu pie speciālista, par vizīti ir jāmaksā pašam pacientam, jo valsts kvotu nepietiek. Vai par pārbaudēm pie urologa ir jāmaksā?**

– Es gribētu uzslavēt Latvijas Urologu asociāciju, jo pēdējos gados ir diezgan daudz pūļu veltīts, lai palīdzētu pacientiem saņemt urologa konsultāciju arī ārpus Rīgas. Pirmkārt, arvien vairāk kolēģu brauc strādāt vai vismaz atsevišķās dienās pieņemt reģionos. Arī es to praktizēju. Pēdējos gados daudzi jauni speciālisti ir aizbraukuši strādāt uz reģioniem, un tas mums palīdz sniegt uroloģisku palīdzību visā valstī. Otrkārt, asociācija iegulda gana daudz rūpju, lai sadarbotos ar *zaļo koridoru*. Ja pacients tiek novirzīts uz *zaļo koridoru*, viņam nekas nav jāmaksā. Ja mums kaut vai pēc PSA skrīninga rodas aizdomas, ģimenes ārsts var droši sūtīt pacientu pa *zaļo koridoru* uz valsts konsultāciju, un viņš tiks pie urologa. Protams, valsts finansējums ir nepietiekošs, un dažreiz kvotas beidzas jau gada sākumā. Tomēr es

teiktu, ka patlaban pacients var tikt pie urologa arī par valsts līdzekļiem.

**– Kādi ir biežākie simptomi, kas var liecināt par prostatas vēzi?**

– Sākuma stadijās nekādu jūtamu traucējumu nebūs. Kad simptomi parādās, tie var būt saistīti arī ar minēto labdabīgo procesu, bet kā blakusparādība var būt urīnēšanas izmaiņas. Specifiskāki simptomi ir, piemēram, asins piejaukums spermai, kad slimība jau ir ielaista vai izplatījies tālāk organismā. Var būt dažādi simptomi atkarībā no metastāžu lokalizācijas. Nogurums, nespēks, klepus, kaulu sāpes – nereti, meklējot šādu simptomu cēloni, nejausi var diagnosticēt prostatas vēzi.

**– Vai vīrietis var izārstēties no prostatas vēža?**

– Kas attiecas uz ārstēšanu, visas Eiropas vadlīnijas un arī mūsu nostāja virzīta uz to, ka vairāk rūpju tiek veltīts agresīvajiem slimības gadījumiem. Patlaban bieži vien ir tā – ja mēs diagnosticējam neagresīvu, maza apjoma prostatas vēzi jaunam vīrietim, tad uzreiz neuzsākam ārstēšanu, bet pacientu novērojam. To dēvē par aktīvo novērošanu. Esam konstatējuši, ka ir prostatas vēzis, bet konkrētais veidojums nav agresīvs. Tādēļ mēs novērojam pacienta dinamiku, respektīvi, veicam gan PSA analīzi, gan magnētisko rezonānsi, dažreiz nemam arī biopsijas paraugus. Mēs zinām, ka vēzis neatstās, tādēļ turpinām to novērot. Ārstēšana sākas tikai tad, kad tiek gūts apstiprinājums audzēja augšanai. Tādējādi mēs pacientam nodrošinām gan labu onkoloģisko iznākumu, gan labu dzīves kvalitāti. Bet šāda novērošana ir aktīva un diezgan rūpīga, tāpēc jāsadarbības ar urologu, jāveic nepieciešamā diagnostika un jāievēro ārstēšanas nosacījumi.

Otrs rīcības variants tiek izmantots tad, kad atklāts prostatas vēzis, kas prasa ārstēšanu. Mēs cenšamies pacientu izārstēt, ja tas ir iespējams. Tas nereti prasa radikālu terapiju. Pirmais šādas terapijas risinājums ir operācija, kad mēs izgriežam visu prostatu, lai atbrīvotu pacientu no vēža. Tā ir nopietna un diezgan sarežģīta ķirurģiska iejaukšanās, bet četrās Latvijas slimnīcās, kur nodrošina šo onkoloģisko palīdzību, to ir iespējams izdarīt. Ja mēs konstatējam jau izplatītu augsta riska vai pat metastātisku prostatas vēzi, arī šādiem pacientiem iespējama ļoti veiksmīga ārstēšana. Mērķis šādā situācijā ir maksimāli

pagarināt dzīvildzi. Tagad arī Latvijā ir pieejami valsts kompensēti jauni medikamenti, un terapijas iespējas ir dažādas. Pateicoties inovācijām, mēs nodrošinām šiem pacientiem labu dzīvildzi un dzīves kvalitāti.

**– Kādi simptomi var liecināt par slimības atgriešanos?**

– Kad pacients iziet viena vai otra veida prostatas vēža ārstēšanu, mēs pēc tam viņu rūpīgi novērojam. Periodiski tiek veiktas analīzes un vērtēts PSA līmenis. Tāpēc varam sekot, kā pacientam iet. Ja PSA rādītājs dinamiskā atkal sāk kāpt līdz zināmā robežai, tad var teikt – jā, iespējams, ka prostatas vēzis ir atgriezies. Šīs analīzes palīdz to saprast. Var būt, ka pēc ārstēšanas nav nekādu specifisku simptomu, kas liecinātu par audzēja atgriešanos. Ja parādās jaunas metastāzes, tad iespējamie simptomi ir saistīti ar metastāžu lokalizāciju – vai tās būtu skeletā, plaušās vai kur citur organismā. Šādos brīžos urologs nozīmē papildu izmeklēšanu. Parasti tā ir datortomogrāfija vai magnētiskā rezonanse. Mūsdienīga metode, kura pēc onkoloģiskā konsilija lēmuma tagad pieejama arī Latvijā, ir pozitronu emisijas tomogrāfija (PET/CT).

**– Prostatas vēzis var būt dažāds. Zema riska vēža gadījumā vīrieti neārstē, tikai intensīvi novēro. Ja vēzim ir vidēja riska pakāpe, pacientam tiek veikta operācija vai staru terapija. Kā tiek ārstēts augsta riska vēzis?**

– Šādā situācijā iespējami divi rīcības varianti. Mēs skatāmies, kāds ir pacienta vispārējais stāvoklis. Ja cilvēks ir jauns, labā vispārējā stāvoklī, tad rīkosimies kā vidēja riska vēža gadījumā, pielietosim tās pašas divas metodes – ķirurģiju un apstarošanu. Taču var gadīties, ka papildus būs nepieciešams vēl kaut kas, lai vīrieti izārstētu. Tās var būt specifiskas zāles, piemēram, hormonālā jeb antiandrogēnā terapija. Lai ārstētu metastātisku prostatas vēzi, dažreiz tiek pielietota arī ķīmijterapija.

**– Vai tad, ja vīrietis zina, ka viņam ir ģenētiski mantots prostatas vēža risks, viņš pats var kaut ko darīt lietas labā un ar dzīvesveida koriģēšanu samazināt šī audzēja rašanās iespēju?**

– Protams, veselīgs dzīvesveids ir svarīgs. Ja viņš ir spēcīgs vīrietis vispārējā labā formā, tas palīdz pie jebkuras ārstēšanas. Tādēļ veselīgs dzīvesveids un uzturs ir būtisks faktors. Vēl viens riska faktors ir smēķēšana, jo tā arī ir saistīta ar prostatas vēzi, tāpat kā ar citām onkoloģiskajām slimībām. Runājot par veselīgu uzturu, jāuzsver, ka cilvēkam nevajadzētu visu laiku ēst gaļas produktus, kuri satur daudz olbaltumvielu. Arī tas var būt saistīts ar paaugstinātu prostatas vēža attīstības risku.

**– Varbūt kādas specifiskas diētas, popularitāti gūstošais veģetārais vai vegāniskais uzturs var ietekmēt prostatas vēža attīstības procesu?**

– Tas vēl isti nav zināms, bet es uz šo jautājumu raugos no tāda skata punkta, ka organismam ir jābūt vispusīgi stipram. Vai vegānisms to spēj dot? Atbildi atstāsim uztura speciālistu ziņā.

**– Kādu problēmu jūs vēlētos izcelt mūsu sarunas noslēgumā?**

– Diemžēl prostatas vēzis mūsdienās nav reta problēma. Taču cīņā ar to mums nepalīdz vīriešu kautrēšanās vai arī nespēja atrast laiku urologa apmeklējumam. Patlaban Latvijā ir pieejamas dažādas ārstēšanas metodes, ar kuru palīdzību var izārstēt šo kaiti un palīdzēt pacientiem arī vēlīnās prostatas vēža stadijās. Taču ko dod iespējas, ja pacients nenāk pie urologa? Tā ir galvenā sāpe. Mēs joprojām cenšamies un arī nākotnē sadarbībā ar Latvijas Urologu asociāciju cīnīsimies un motivēsim pacientus apmeklēt urologu, it īpaši brīžos, kad parādās aizdomīgi simptomi.

Foto: No Liepājas reģionālās slimnīcas arhīva

# Par implantiem – bez aizspriedumiem

TOMS ZVIRBULIS

**Būtu divkosīgi apgalvot, ka bez seksa var viegli iztikt. Tomēr šis apgalvojums kļūst par realitāti vīriešiem, kuriem nācies piedzīvot prostatas vēža terapiju, jo tās rezultātā neatgriezeniski tiek bojāts viens no mehānismiem, kuri nodrošina erekciju. Šajā jautājumā gan ir parādījies ne tikai cerību stariņš, bet reāls risinājums, kurš vīriešiem var palīdzēt saglabāt veselīgu dzimumdzīvi arī pēc šādām procedūrām un citiem sarežģījumiem.**

Sarunā ar urologu **Pēteri Vaganovu** noskaidrojām vairāk par to, kas ir dzimumlocekļa implantī, kādos gadījumos pacientiem tos var ievietot un, galu galā, cik šāda implantācija izmaksā.

**– Kādos gadījumos vīrietim var tikt ievietots dzimumlocekļa implants?**

– Ja vīrietim ir erekcijas traucējumi, tad mēs vienmēr sākam ar citu terapiju. Implanta ievietošana ir pēdējais solis erekcijas problēmu ārstēšanā. Šī ir efektīva, pierādījumos balstīta un dzīves kvalitāti ievērojami uzlabojoša metode, bet tajā pašā laikā arī visinvasīvākā no metodēm erektilās disfunkcijas ārstēšanai. Parasti mēs sākam ar novērošanu, smēķēšanas atmešanu, dzīvesveida maiņu, sportisku aktivitāšu uzsākšanu, dažādu papildu izmeklējumu veikšanu, blakusslimību kontroli, hormonālā līmeņa līdzsvarošanu. Tad tiek izmantota medikamentozā terapija, kura ir efektīva 80 procentos gadījumos. Ja šī ārstēšana nav efektīva vai vīrietim jau sākotnēji ir ievērojami organiski bojājumi, kuri traucē panākt erekciju, tad pēdējais solis ir manis pieminētais implants. Pārsvārā mūsu pacienti ir onkoloģiskie slimnieki, kuriem ir bijis prostatas vēzis un tas ārstēts radikāli. Nevēlos saukt šos gadījumus par ielaistiem, drīzāk ārstēšanas rezultātā ir bojāti nervu ceļi, kuru uzdevums ir nodrošināt erekciju. Sākot no prostatas audzēja 2. stadijas, būs grūti saglabāt erekciju, jo manis pieminētie nervi iet cauri prostatas kapsulai. Tāpēc arī mēs mudinām vīriešus regulāri pārbaudīt prostatu. Savlaicīgi atklājot vēzi, mēs varam ārstēt tā, lai erekcija netiktu bojāta. Kā zinām, reālajā dzīvē ceturtdaļa audzēju tiek konstatēti novēloti, kas nesola pozitīvu iznākumu attiecībā uz erekciju pēc operācijas. Ar zālēm vai dzīvesveida maiņu to atgūt vairs nevarēs, jo vienkārši ir pārcirsti nervi, kuri nodrošina signālu nonākšanu dzimumlocekli pēc uzbudinājuma. Šajā gadījumā ir liels risks risinājums, jo var ievietot dzimumlocekļa implantu. Vēl viena pacientu grupa, kam varam piedāvāt implanta ievietošanu, ir dekompensēta cukura diabēta vai sirds un asinsvadu slimību pacienti, kuriem ir apgrūtināta asins cirkulācija dzimumlocekli. Teikšu godīgi, ja cilvēkam ir ielaista šādas veselības problēmas, šaubos, vai viņam būs liela interese par dzimumdzīvi. Lauvas tiesa pacientu ir pēc onkoloģiskajām operācijām, bet ir arī neliela daļa ar iedzimtiem defektiem, piemēram, pārāk lielu dzimumlocekļa izliekumu.

**– Implanta ievietošana – tas tiek darīts ar mērķi, lai saglabātu pacientam dzimumdzīvi, vai arī šai procedūrai ir vēl kāds ieguvums?**

– Tā nav saglabāšana. Implanta ievietošana paceļ vīrieti citā līmenī. Kad implants tiek ievietots, viņam vairs nav jādodomā par to, vai erekcija būs vai nebūs un cik ilgi tā būs. Vairāk jūš brīnīsieties,

bet tā ir viena no mūsu esības galvenajām sastāvdaļām. Šeit mēs runājam par cilvēka fizioloģiskajām vajadzībām un viņa partnera fizioloģiskajām vajadzībām. Pētījumi parāda, ka dzimumlocekļa implanta ievietošanai ir pozitīvs efekts attiecībā uz vīrieša psiholoģisko un fizisko veselību, kā arī uz partnera fizisko un psiholoģisko veselību. Ja runājam par to, ka sabiedrība pamazām noveco, tad šis ir liels veids, kā palikt jaunam ilgāk. Ir būtiska atšķirība starp 60 gadus vecu vīrieti tagad un pirms 50 gadiem. Bioloģiskais un fizioloģiskais vecums stipri atšķiras. Mēs dzīvojam krietni ilgāk un ilgāk arī dzīvojam pilnvērtīgi. Es negribu to nosaukt tikai par psiholoģisku sevis pacelšanu, jo no implanta ievietošanas ir arī pierādāmi fiziski ieguvumi.

**– Dzimumlocekļa implants tomēr nav piemērots visiem. Kādos gadījumos ārsts var atteikties veikt pacientam šādu procedūru? Esmu dzirdējis, ka riska faktori ir urīnceļu infekcijas, slikti kompensēts cukura diabēts. Ko darīt šādos gadījumos?**

– Pirms implanta ievietošanas mums ir jābūt drošiem, ka ārstēšana ir noslēgusies un, piemēram, uzreiz pēc procedūras nebūs jāveic audzēja apstarošana. Protams, urīnceļu infekcijas un citas hroniskas saslimšanas ir jāizārstē. Lielākā problēma ir slikti kompensēts cukura diabēts. Pavisam nesen Latvijā bija viens sarežģīts gadījums, kad jaunam vīrietim ar slikti kompensētu cukura diabētu tika ievietots implants. Šeit gan uzreiz jāpiebilst, ka jebkurš ārsts atturīgi skatīsies uz iespēju operēt pacientu, kuram būs slikti kompensēts cukura diabēts, kas palielina infekciju vai arī sirds un asinsvadu sistēmas slimību risku. Tai nav jābūt tik invazīvai procedūrai kā šī. Pavisam vienkāršs piemērs ir zoba izraušana un implanta ievietošana, jo arī šādā gadījumā pastāv dažādu komplikāciju risks.

Konkrētu kontrindikāciju dzimumlocekļa implanta ievietošanai nav. Noteikti jāizvērtē šāda implanta nepieciešamība, it īpaši jauniem cilvēkiem, jo tā var būt psihogēna erektilā disfunkcija, kuru var ārstēt ar dažādiem citiem līdzekļiem, piemēram, kognitīvo biheiviorālo terapiju psihologa uzraudzībā. Vienmēr ir jāvadās pēc veselā saprāta. Ja pie mums atnāk divdesmitgadīgs vīrietis, kurš uztraucas, ka viņa dzimumloceklis tuvu būs brīdī nestrādā, mēs diezin vai viņam uzreiz rekomendēsim ievietot implantu. Tajā pašā laikā, ja ierodas pacients pēc prostatas vēža operācijas ar domu, ka viņam pietiek ar fiziskajām aktivitātēm un veselīgu uzturu, tad mums ir jāpasaka, ka operācijas pamatuzdevums ir izņemt prostatu ar visiem nerviem. Ja pēc operācijas ir iespējams sasniegt erekciju, tad operācija diezin vai ir veikta kvalitatīvi.

**– Implants tiek ievietots uz visu atlikušo mūžu, un procedūra ir neatgriezeniska. Cik ilgi šis implants kalpo?**

– Ja par Latvijā populārākajām semirigidajām protēzēm, kuras mēs paceļam un nolaižam, kad tas ir nepieciešams, – implants paredzēts 50 tūkstošiem darbības ciklu. Tas ir līdzīgi kā ar rokturi galda lampām, kuru pierēģulē pēc nepieciešamības, vai mobilā telefona turētājiem automašīnās. Kad tā ir nepieciešama, to paceļ. Kad tā nav nepieciešama, to var salocīt tā, lai to būtu ērti nēsāt. Situācija ir līdzīga ar mainīgas konsistences ierīcēm, bet tās ir stipri dārgākas nekā semirigidie implantī. Tā ir sarežģītāka sistēma, kurā ietilpst detaļa, kura līdzīga laivas piepūšamajiem



Foto: Shutterstock

**Implanta ievietošana ir pēdējais solis erekcijas problēmu ārstēšanā. Šī ir efektīva, pierādījumos balstīta un dzīves kvalitāti ievērojami uzlabojoša metode, bet tajā pašā laikā arī visinvasīvākā no metodēm erektilās disfunkcijas ārstēšanai.**

boortiem. To ievieto dzimumlocekli, un tai pievieno šķidrums rezervuāru ar pumpi. Šķidrums rezervuāru ievieto vēdera priekšējā sienā, un pumpītis tiek ievietots sēklinieku maisiņā. Kad tas ir nepieciešams, vīrietis šo *laivu* uzpumpē un sasniedz dabīgu erekciju. Kad ierīce nav vajadzīga, tad tiek nospiešis ventīlis, šķidrums atgriežas rezervuārā vēderā un dzimumloceklis kļūst mīksts. Šo ierīci ievadīt operējamam ķirurģam ir vienkāršāk, jo nav precīzi jātrāpa izmērā, kā tas ir ar semirigidajām ierīcēm. Ja tā ir par garu, tad var tikt bojāti audi un migrēt, ja tā ir par īsu, tad dzimumlocekļa galviņa var «staigāt» un iespējams gūt traumu. Semirigidā ierīce ir lētāka un ērtāka lietošanā. Mainīgas konsistences ierīce ir sarežģītāka, bet arī dabiskāka. Tajā pašā laikā šai ierīcei ir vairāk kustīgu detaļu, kas rada lielāku bojājumu risku. Pacientam ir jābūt mentāli noturīgam, lai viņš ar to varētu pareizi rīkoties un spētu atrast sēklinieku maisiņā implantēto pumpi. Pamazām parādās arī jauna tipa ierīces, kur nebūs vajadzīga pumpīša un vārsta sistēma. Būs telefona aplikācija, ar kuras palīdzību dzimumlocekli varēs pacelt un nolaiest. Tā ir nākamās paaudzes ierīce, kas tirgū varētu ienākt tuvāko gadu laikā.

**– Kāds ir valsts atbalsts šādiem pacientiem? Vai viņi var pretendēt uz līdzfinansējumu?**

– Finansiāli pašlaik viss gulstas uz pacienta pleciem. Ar jums sarunājos zīmīgas dienas priekšvakarā, jo rīt NVD runāsim par onkoloģisko slimnieku līdzmaksājumiem medicīnisko ierīču un medikamentu jomā. Tostarp tiks apspriests jautājums par nesaturēšanu, kur ierīces ir līdzīgas, bet runāsim arī par dzimumlocekļu implantu līdzfinansēšanu no valsts puses, kā tas ir, piemēram, gūžas protēzēšanai. Mēs esam izteikuši savu ierosinājumu, tāpat kā pacienti. Daudzas iniciatīvas ir farmācijas kompāniju iniciētas, bet ir divi priekšlikumi, kurus virzām mēs. Latvijā ir precedents – krūts vēža pacientēm tiek kompensēta krūts implantu ievietošana. Vīrieši arī vēlas pretendēt uz vīzmas daļēju valsts atbalstu erekcijas atjaunošanas operācijām. Par erekcijas ierīču izmantošanu ar valsts atbalstu Igaunijā man precīzas informācijas nav. Taču soli priekšā igauņi mums ir urīna nesaturēšanas implantu gadījumā – vīriešiem ar smagu urīna nesaturēšanu pēc onkoloģiskas slimības ārstēšanas ar valsts atbalstu ir pieejamas desmit

mākslīgās urīna saturēšanas ierīces. Šāds atbalsts Igaunijā ir pieejams jau divus gadus. Latvijā līdz šim atbilde ir «nē» – gan erekcijas traucējumu, gan urīna saturēšanas ierīcēm. Aptuveni implanta cena ar visu operāciju semirigidajai ierīcei ir 5000 eiro. Pats implants maksā aptuveni divus tūkstošus. Savukārt dārgākie implantī, kurus pats esmu licis vien atsevišķiem pacientiem, maksā no 7,5 līdz 10 tūkstošiem eiro, kur pati ierīce maksā no 5 līdz 7 tūkstošiem.

**– Vai pacienti, kuri pie jums vērsas, ir informēti par iespēju ievietot šādus implantus, lai saglabātu savu seksuālo dzīvi?**

– Līdz šim ierīces Latvijai piegādāja caur Igauniju un pie mums bija tikai šo kompāniju pārstāvēniecības. Runājot ar urologiem, pārstāvji secināja, ka liela daļa speciālistu nav ieinteresēti šādu ierīču izmantošanā un par tām nemaz nestāsta. Runājot ar saviem pacientiem, es uzreiz uzveru, ka ar audzēja operāciju dzimumdzīve nebeidzas. Stāstu, ka būs nesaturēšana, kura pāries. Pie tā būs jāstrādā, bet lielākā daļa vīriešu kļūst «sausī» aptuveni divu mēnešu laikā pēc operācijas, ja nav bijusi ļoti ielaista stadija. Tas pats ir ar erekciju. Dzimumdzīve pēc operācijas nebeidzas. Vēlme un dzinulis paliek, bojāts ir erekcijas mehānisms. Runājot par erekcijas saglabāšanu, – jebkura operācija tik sensitīvā vietā var nozīmēt problēmas. Pacientam pēc operācijas jāievēro veselīgs dzīvesveids un jālieto erekciju saglabājoši medikamenti. Medikamentozā terapija palīdz līdz 86 procentiem pacientu. Cits jautājums ir, ja erekciju saglabāt neizdodas. Ja pēcoperācijas periodā cilvēks vēlas nodarboties ar seksu, tad ir speciāli medikamenti, kurus ievada tieši dzimumlocekli, un tie nodrošina normālu erekciju. Sākotnēji šie medikamenti, lai panāktu erekciju, būs jāievada pašam. Metode ir ļoti efektīva, bet neērtās lietošanas dēļ pastāvīgi to turpina izmantot tikai 30 procenti pacientu. Bet šis ir labs pārejas variants, līdz var ievietot implantu. Mani pacienti ir informēti, ka erektilo disfunkciju pēc operācijas mēs varam ārstēt simtprocentīgi, galvenais ir motivācija un finansiālās iespējas. Ja ir iespējas un vēlēšanās, erekciju var saglabāt un dzimumdzīve būs labāka nekā pirms operācijas. Tās kvalitāte atbildīs līmenim, kāds bija 20 līdz 25 gadu vecumā. Tas ir pierādījumos balstīts fakts.

# Ko der zināt par cistītu jeb urīnpūšļa iekaisumu?

ILONA NORIETE

Cistīts ir urīnpūšļa iekaisums, ko pārsvarā izraisa bakteriāla urīnceļu infekcija. Retākos gadījumos cistīta rašanās iemesls ir reakcija uz noteiktiem medikamentiem, staru terapiju un kairinātājiem. Tāpat cistīts var attīstīties arī kā citu slimību komplikācija. Ja kādu piemeklējusi bieža, sāpīga urinācija, urīna nesaturēšana vai pat hematūrija (asins klātbūtne urīnā), nekavējoties jādodas pie ārsta. Speciālists izmeklēs pacientu un atbilstoši diagnozei nozīmēs piemērotāko ārstēšanu.

Par to, kādēļ veidojas cistīts, kā to ārstēt un kādus personīgās higiēnas paradumus ikdienā ieviest, lai šī slimība cilvēku nepiemeklētu, iztaujājam Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionāra *Gaiļezers* uroloģi **Sandu Siliņu**.

**– Kādēļ ar urīnceļu infekciju biežāk saskaras sievietes?**

– Sievietēm tā biežāk rodas anatomisku iemeslu dēļ, jo viņām urīnizvadkanāls ir īsāks nekā vīriešiem. Protams, urīnceļu infekciju novēro arī kungiem, it sevišķi, ja viņiem jau ir urinācijas traucējumi, ievietots urīnpūšļa katetrs vai cistostoma. Tāpat cistīta rašanās risks pieaug pacientiem, kuriem ir dažādas blakus slimības, piemēram, cukura diabēts vai nierakmeņu slimība.

**– Vai ir kādas iedzīvotāju grupas, kas ar cistītu slimo biežāk?**

– Vērtējot šādi, lielākoties saslimst sievietes – gan gados jaunas, gan arī menopauzi sasniegušas. Jaunas dāmas ar cistītu saskaras dažādu iemeslu dēļ, savukārt sievietēm menopauzē nereti noteicošais faktors ir estrogēna trūkums organismā, kā arī mazā iegurņa funkcijas traucējumi. Urīnceļu infekcija mēdz būt sastopama arī neiroloģiskiem pacientiem, piemēram, cilvēkiem pēc insulta vai muguras traumām. Cistīta risks ievērojami pieaug arī tad, ja novērojami urīna atceses traucējumi vai pacientam ilgstoši ir urīnpūšļa katetrs vai cistostoma. Urīnceļu infekcijas nereti raksturīgas arī imūnsupresētiem cilvēkiem – pacientiem ar imūndeficītu, cukura diabētu, pēc transplantācijas. Urīnceļu infekciju riskam pakļauti arī vīrieši, kuriem problēmas rada labdabīga priekšdziedzera hiperplāzija. Tas gan vairāk izpaužas situācijā, ja parādījušies nopietni simptomi, piemēram, urīnpūslis regulāri vai pilnībā neiztukšojas un tajā uzkrājas neizvadītais urīns.

**– Kas liecina par urīnceļu infekciju? Vai mēdz būt kādas netipiskas pazīmes?**

– Galvenie simptomi ir bieža, sāpīga urinācija. Var būt novērojama arī urīna nesaturēšana, un tieši to varētu dēvēt par netipiskāko simptomu. Tāpēc situācijās, ja novērojama arī tikai šī viena sūdzība, mēs liekam pacientam veikt urīna analīzi, lai izslēgtu urīnceļu infekciju, jo cistīts var provocēt arī nesaturēšanu. Pie netipiskajām urīnceļu infekcijas pazīmēm var minēt arī sāpes mazajā iegurnī. Savukārt klasiskās sūdzības ir dizūrija – bieža un sāpīga urinācija, pēkšņa vajadzība iet uz tualeti, sāpes vēdera lejasdaļā vai sānos, tāpat var būt arī hematūrija.

**– Vai higiēnas ievērošana var pilnībā novērst cistīta rašanos? Cilvēki mēdz būt dažādi – daļa varbūt nevelta pietiekamu vērību ķermeņa tīrībai, citi ļoti ievēro visus higiēnas priekšrakstus. Varbūt pārlieka uztība šajā jomā var nodarīt pat jaunu, piemēram, iznīcināt visu sievietes normālo mikrofloru?**

– Sievietes makstij piemīt pašsargājošas un attīrošas īpašības. To nodrošina noteikts skābes



**Sanda Siliņa: «Ar cistītu ielākoties saslimst sievietes – gan gados jaunas, gan arī menopauzi sasniegušas. Jaunas dāmas ar cistītu saskaras dažādu iemeslu dēļ, savukārt sievietēm menopauzē nereti noteicošais faktors ir estrogēna trūkums organismā, kā arī mazā iegurņa funkcijas traucējumi.»**

limenis (pH 3,5–4,5) un mikroflora, par kuras veselību gādā pienskābās baktērijas. Tāpēc pilnīgi pietiek, ja intīmās vietas apmazgā ar tīru ūdeni, jo tas ir visnekaitīgākais maksts videi. Jaunām, seksuāli aktīvām sievietēm pēc intīmajām attiecībām vienmēr iesakām iet uz labierīcībām, lai novērstu baktēriju klātesamību ar to potenciālu iekļūšanu apakšējos urīnceļos un sekojošu migrāciju uz augšu. Ir pacienti, kuri ļoti rūpīgi ievēro visas higiēnas prasības, taču lielu lomu spēlē arī katra organisma dabīgās aizsargspējas. Jāņem vērā, cik vesels ir pats pacients, cik viņam stipra imunitāte, kāds ir viņa organisma vispārējais stāvoklis. Bieži vien šādas infekcijas rodas tieši tad, kad esošie aizsargmehānismi nedarbojas.

**– Vai cistīts vienmēr jāārstē ar antibiotikām?**

– Tas ir iespējams, bet nav obligāti. Ja ir paaugstināta temperatūra, tad drīzāk rodas aizdomas par nieru iekaisumu jeb pielonefrītu. Tas visbiežāk izpaužas ar paaugstinātu temperatūru un sāpēm sānā, var būt arī slikta dūša. Ja urīna analīzēs un klīniski tiek apstiprināts akūts cistīts, būtu vēlams empiriska antibakteriālā terapija. Tāpat pacientam vienmēr lūdzam veikt urīna uzņēmumu, lai nākamajā reizē, kad var tikt novērotas līdzīgas problēmas, mēs zinātu konkrētās baktērijas antimikrobiālo jutību. Visbiežāk urīnceļu infekcijas izraisītājs ir *Escherichia coli* zarnu floras baktērija. Speciālistiem ļoti jāuzmanās no tā, lai neizrakstītu stiprākas, plašāka spektra antibiotikas, nekā konkrētajam pacientam nepieciešams. Mūsdienās arvien vairāk runā par pieaugošu antimikrobiālo rezistenci, kas izpaužas arī saistībā ar urīnceļu infekcijām. Ar šo problēmu ļoti bieži saskaras gan ģimenes ārsti, gan speciālisti stacionāros, kad pacientiem tiek nozīmētas antibiotikas. Taču šie medikamenti nereti tiek piemeklēti vai mainīti vienkārši uz labu laimi, ar cerību, ka viens vai otrs palīdzēs, neizvērtējot vai nemaz nepaņemot urīna uzņēmuma analīzi.

**– Ja cilvēks jūt, ka viņam varētu būt urīnceļu infekcija, varbūt vispirms doties uz aptieku un iegādāties kādus uztura bagātinātājus? Vai tomēr nekavējoties vajag vērsties pie ģimenes ārsta vai urologa?**

– Šādā situācijā var vērsties pie abiem. Iespējams lietot arī dabīgas izcelsmes medikamentus. Ja tie cilvēkam palīdz, tad viss kārtībā. Bet, ja situācija neuzlabojas, būtu svarīgi pēc iespējas ātrāk doties pie ģimenes ārsta vai arī uzreiz pie urologa, lai pacients var nodot analīzes, savukārt speciālists – izvērtēt situāciju. Mums pacients ir jāpaskata, objektīvi jāizmeklē, bieži vien jānosūta uz kādu papildu pārbaudi. Sevišķi, ja pievienojas drudzis vai temperatūra. Tad noteikti nevajadzētu gaidīt, bet steidzamā kārtā meklēt medicīnisko palīdzību.

**– Jūs pieminējāt rezistenci pret antibakteriālajiem medikamentiem. Cik bieži drīkst lietot antibiotikas, ja cistīts regulāri atkārtojas?**

– Tas tiek vērtēts ļoti individuāli. Ja novērojamas rekurentas infekcijas, kas atkārtojas vairākas reizes gada laikā, pacientam jāveic arī vispārēja izmeklēšana. Var būt nepieciešamas papildu pārbaudes, jo svarīgi noskaidrot, kāpēc infekcija atkārtojas. Varbūt to uztur kāds nierakmens nierēs, iespējami arī atceses traucējumi urīnpūslī. Šādos brīžos speciālisti nozīmē datortomogrāfiju vai cistoskopiju, kas paredz urīnpūšļa aplūkošanu no iekšpuses. To var veikt brīdī, kad pacientam nav akūts slimības periods. Ir jāatrod infekcijas iemesls, lai izslēgtu anomālijas urīnizvadceļos. Bieži lieti noder arī urodinamika, kuru veic situācijā, kad cistīts ir izārstēts, bet pacients stāsta, ka tas regulāri, vairākkārt gada laikā atkārtojas. Tad mēs meklējam problēmas cēloni. Saistībā ar antibiotikām – tām jābūt atbilstoši piemērotām, lai mēs nejausī nevarētu kaitēt savam ķermenim. Ja neizdodas atrast objektīvu slimības iemeslu, tad ļoti jāpieņem par profilaksi, lai infekcijas neatkārtotos. Īpaši tas attiecas uz jaunām sievietēm. Tāpēc, sākoties rudenim vai pavasarim, var sākt lietot uztura bagātinātājus, svarīgi arī dzert pietiekami daudz šķidruma. Jaunām sievietēm pēc seksuālām attiecībām noteikti būtu vēlams apmazgāties. Savukārt vīriešiem, kuriem konstatētas komplikētas urīnceļu infekcijas, jānovērs primārais to rašanās faktors. Tā var būt labdabīga priekšdziedzera hiperplāzija, kas veido urīna atceses traucējumus, vai arī nierakmeņi, kuri jāārstē ķirurģiski.

**– Vai uztura bagātinātājus var lietot nepātraukti, profilaktiski, vai arī nepieciešama pauze?**

– Pārsvarā tos iesaka uzņemt kursa veidā – lieto vienu līdz divus mēnešus, tad ietur pauzi, pēc tam var atkal atsākt. Pie recidivējošām urīnceļu infekcijām pacients pats aptuveni nojauš, kuros periodos viņam šīs zāles vairāk nepieciešamas, vai tas ir rudens, pavasaris vai vasara. Šajā laikā infekcijas izplatībai ir tendence pieaugt.

**– Vai urīnceļu infekcijas pazīmes nevar liecināt arī par onkoloģiska rakstura saslimšanu?**

– Tas nav izslēgts. Bieži vien recidivējošas urīnceļu infekcijas sastop arī pie atsevišķām onkoloģiskām slimībām, piemēram, kad skarta urīnizvadstēma. Tādēļ, ja pacientam šīs infekcijas atkārtojas, noteikti jāveic papildu izmeklējumi, lai izslēgtu iespējamo onkoloģisko diagnozi, tādu kā urīnpūšļa vēzis. Līdzīgi simptomi raksturīgi dažādām diagnozēm.

**– Cik bieži tādā veidā tiek diagnosticētas ar urīnceļiem saistītas onkoloģiskas slimības?**

– Es teiktu, ka tādu gadījumu ir pietiekami daudz. Aiz šādiem neskaidriem simptomiem, kad pacients nāk ar sūdzībām par sāpīgu urināciju, var slēpties arī onkoloģiska diagnoze. Tā ir bijis arī manā praksē. Otra lieta, kam noteikti ļoti jāpievērš uzmanība, ir asins piejaukums urīnā. Ja tāds konstatēts, tad vajadzētu steidzami vērsties pie urologa. Iespējams, tas ir pirmais simptoms, kas signalizē par onkoloģisku urīnpūšļa vai urīnizvadceļu diagnozi. Ikdienas klīniskajā praksē šādi pacienti tiek sastapti arvien vairāk.

**– Cilvēki ir dažādi. Ļoti daudzi, sastopoties ar kādu problēmu, vispirms mēģinās paši tikt galā. Piemēram, aizies uz aptieku, parunās ar farmaceitu un varbūt nopirks piedāvātos uztura bagātinātājus. Vai šādā situācijā tomēr nevajadzētu uzreiz vērsties pie ārsta? Nav noslēpums – jo ātrāk tiks konstatēta onkoloģiska slimība, jo labāks ir prognozējama rezultāts.**

– Es teiktu, ka vismaz pie urīnceļu infekcijām uztura bagātinātāji vairāk darbojas profilaktiski, lai palīdzētu organismam aizsargāties pret šīm baktērijām. Ja infekcija jau ir sākusies, tie ne vienmēr spēs palīdzēt. Tādēļ lielākoties akūtās situācijās pacients nāk pie ārsta.

**– Vai pacientam, kuram diagnosticēts akūts cistīts, pastāv alternatīva antibakteriālajai terapijai?**

– Es patlaban neko tādu nevarētu ieteikt. Rietumu medicīnā pārsvarā tomēr ārstēšanu sāk ar antibakteriālu terapiju, vērstoties tieši pret urīnceļu baktērijām. Taču vienmēr jāatceras, ka cistīts ir iekaisums urīnpūslī, tādēļ mēs papildus nozīmējam arī atbilstošas zāles, lai mazinātu iekaisumu un noņemtu sāpes. Par to nereti aizmirstam, kad iedomājamies, ka pietiks ar antibiotikām.

**– Kā ir ar profilaksi?**

– Ir jāatrod cēlonis, kāpēc veidojas iekaisums. Pacients ir jāizmeklē burtiski no galvas līdz kājām. Varbūt viņam ir nediagnosticēts cukura diabēts vai kāda neiroloģiska slimība. Iespējami arī urīnpūšļa atceses traucējumi, kā rezultātā pacients pastāvīgi staigā ar 400 mililitriem atlieku urīna urīnpūslī, kas ir baktērijām patēnīga vairošanās vide. Tas ir būtiskākais, kas pacientiem jāsaprot. Vīriešiem nereti novērojami dažādi sarežģījumi, turklāt šādas infekcijas, tostarp prostatīti un citas komplikācijas, bieži vien notiek urīna atceses traucējumu dēļ. Arī viņiem novērojami klasiskie simptomi – bieža, sāpīga urinācija, paaugstināta temperatūra. Pārsvarā šie pacienti samērā savlaicīgi vērsties pie ārsta.



# 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! Reklāmdevējs: Ārvalstu komersanta "BIONORICA SE" pārstāvniecība.

# ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI!



# Vieta labām idejām

SARMA ZVIRBULE

Izvirzīt sava darba centrā pacientu un darīt visu iespējamo, lai viņa veselība būtu pēc iespējas labāka un nodzīvotie gadi – kvalitatīvāki. Tādu uzdevumu sev ir izvirzījusi maija vidū atvērtā Profesora Skrides Sirds klīnika.

Ar klīnikas galveno ārstu medicīnas zinātņu doktoru Rīgas Stradiņa universitātes asociēto profesoru **Aināru Rudzīti** runājam par to, ar kādiem izaicinājumiem klīnikas darbā jāsaprotas ik dienas un kā realizēt sev izvirzītos ambiciozos mērķus.

**– Klīnikas nosaukums liek skaidri saprast, ka šeit tiek ārstētas sirds slimības. Tomēr pie jums strādā daudz dažādu citu specialitāšu ārstu. Kas noteica šo izvēli?**

– Jā, lai gan klīnikas nosaukums liecina, ka tā ir orientēta uz sirds veselību, mēs izvērtējam iespējas paplašināt pakalpojumu loku. Sirds un asinsvadu sistēmu nevar nodalīt no citām orgānu sistēmām. Pacienti nāk ar dažādām citām slimībām, kas var veicināt sirds slimību attīstību, un otrādi – sirds slimības var izraisīt citas problēmas. Tāpēc mūsu uzmanības centrā ir pacients un ārstēšanā tiek iesaistīti dažādi speciālisti, kuri, apkopojot savas zināšanas, pieredzi, iemaņas, var sniegt visefektīvāko palīdzību. Mēs nevēlamies savus pacientus sūtīt vēl uz trim četrām citām vietām pie speciālista. Vislabāk, ja viņi ir pieejami tepat pie mums klīnikā.

**– Latvijā darbojas pietiekami daudz privāto ārstniecības iestāžu. Kas jūs varētu atšķirt no citām vietām, lai pacienti izvēlētos par labu Skrides klīnikai?**

– Šobrīd tiešām ir daudz ambulatoro medicīnas iestāžu, kas jau strādā vai tiek atvērtas no jauna. Ir arī privātas slimnīcas. Tāpēc ir svarīgi definēt, ar ko mēs atšķiramies no citiem. Mēs centāties sapulcināt labākos savas nozares speciālistus, bet ne tikai. Klīnikas speciālistu vidū ir arī jauni ārsti, kuri sertifikātu saņēmuši salīdzinoši nesen, tāpat rezidenti. Doma, izvēloties šādu modeli, bija audzināt jauno paaudzi, kura saprastu, ka pacients ir visa centrā un ap viņu tiek pulcināta multidisciplināra komanda. Nevar strādāt tā, ka pacients atnāk uz iestādi «x» pie ārsta «y» un veic ehokardiogrāfiju, doplerogrāfiju, USG izmeklējumu, tad dodas tālāk uz citu klīniku, citiem izmeklējumiem un gala rezultātā vēl nokļūst pie ārsta pavisam citā ārstniecības iestādē, lai nonāktu līdz diagnozei.

Taču beigās viņam netiek veikta izmeklējumu analīze, nav kopainas. Ar to es sastopos ik dienas, kad pacients atnāk ar veselu kaudzi izmeklējumu, bet neviens viņam nav pateicis, kas viņam kaiš, ko darīt, kā dzīvot tālāk, kā ārstēties. Tā ir mūsdienu medicīnas sistēmiska kļūda – ir ļoti augsta līmeņa speciālisti dažādās nozarēs, bet trūkst apkopjoša viedokļa. Mūsu klīnikas darba pamatideja ir tāda, ka pacients nav šurp atnācis, tikai garāmejojot. Mēs turpināsim ar viņu strādāt ilgtermiņā. Ja pacients pie mums ir izgājis komplekso veselības pārbaudi (*check-up*), tajā nav atrastas nopietnas problēmas, bet pastāv riska faktori – paaugstināts asinsspiediens, liekais svars, augsts holesterīna līmenis –, tad mēs sniedzam rekomendācijas un pēc gada aicinām pacientu atkārtotā vizītē. Ja pacientam ir atklāta nopietna hroniska slimība, mēs turpinām sadarbību ar viņu, sniedzam rekomendācijas un gaidām, lai pēc kāda laika korigētu terapiju, veiktu papildizmeklējumus.

Vēl viena būtiska lieta – mēs cenšamies strādāt komandā, ārsti savstarpēji komunicē. Tas ir ļoti



**Ainārs Rudzītis: «Mūsu klīnikas darba pamatideja ir tāda, ka pacients nav šurp atnācis, tikai garāmejojot. Mēs turpināsim ar viņu strādāt ilgtermiņā.»**

svarīgs princips. Cilvēks ir bioloģiski sarežģīta sistēma, un viņam ir nepieciešama multidisciplināra pieeja.

**– Vai ārsti prot strādāt šādā komandā?**

– Tā sajūta, nepieciešamība jau ārstam ir, taču mūsdienu medicīnas struktūra ir tik sarežģīti uzbūvēta, ka ārstiem nereti nav dota iespēja sadarboties multidisciplinārās komandās. To ir sarežģīti noorganizēt pat universitāšu slimnīcās, kur visi ārsti ir ļoti aizņēti. Es kā galvenais ārsts esmu uzņēmis šo darbu – veidot multidisciplināru pieeju. Mums ir doma organizēt un attīstīt konsilija tipa apspriedes, kā tas ir slimnīcās, lai, piemēram, nepieciešamības gadījumā trīs speciālistu ārsti konsultētu pacientu vienlaikus vai secīgi viens pēc otra, vai arī apspriestu to pēc vizītes. Ārstu komunikācija ir nepieciešama. Ja speciālists viens nevar uzreiz noteikt gala diagnozi un viņam ir aizdomas par kāda cita orgāna slimību, kas būtu jāizmeklē, nedrīkst pacientu vienkārši ar rekomendāciju kaut kur aizsūtīt. Klīnikas administratīvie resursi ir vērsti uz to, lai mēs turpinātu sekot pacientam un iesaistītu arī citus ārstus. Tas ir diezgan liels organizatoriskais darbs. Vairums ārstu labi saprot, ka tā tam ir jābūt, bet reālajā dzīvē šāda pieeja nedarbojas. Mēs esam pieņēmuši izaicinājumu to mainīt.

**– Ar kādām problēmām pacienti biežāk pie jums vērsas, kādas tendences ir iezīmējušas?**

– Viens no klīnikas galvenajiem darba virzieniem ir slimību profilakse un veselības veicināšana. Mūsu mērķis ir paildzināt Latvijas iedzīvotāju kvalitatīvi nodzīvotos dzīves gadus vismaz par septiņiem gadiem. Latvija pašlaik ir vienā no pēdējām vietām Eiropas Savienībā tieši kvalitatīvi, veselīgi nodzīvoto gadu ziņā. Problēma ir tāda, ka mūsu valstī iztrūkst primārās profilakses posms. To nodrošināt it kā ir ģimenes ārstu uzdevums, bet skaidrs, ka vieni paši viņi ar to nevar tikt galā. Slodze ir liela, dažkārt ir grūti panākt pietiekamu pacientu motivāciju. Lai gan cilvēku, kas vēlas izvērtēt savu veselību, kļūst arvien vairāk. Mēs arī gribam izglītēt pacientus, skaidrot, ko nozīmē sirds veselība, vispār veselība, kas būtu jādara, lai to saglabātu pēc iespējas ilgāk. Tāda ir primārā profilakse. Ceru, ka skolās kādreiz tiks atjaunota veselības mācība kā atsevišķs mācību kurss (ieskaitot pirmo palīdzību).

Klīnikā ir pieejamas tā saucamās apsekošanas programmas, kompleksās veselības pārbaudes

(*check-up*). Pacienti dodas pie ģimenes ārsta, pie internista, lai to izietu.

**– Ja pacienti iet pie klīnikas ģimenes ārstiem, vai tas nozīmē, ka viņi grib nākt tieši pie jums, nevis pie sava ģimenes ārsta?**

– Vairumam pacientu ir sava ģimenes ārsts, bet nereti kontakts nav pietiekami labs, viņi vēlas rūpīgāku pieeju, ne tik formālu, kad ārsts tikai izraksta nosūtījumus, receptes, bet ar pacientu neaprunājas. Ģimenes ārstam ir milzīga slodze, stress, lai aizpildītu dokumentāciju, izpildītu aprūpes kritērijus, viņam atliek ļoti maz laika sarunai ar pacientu. Klīnikā konsultācijas ilgums pie ģimenes ārsta ir vismaz pusstunda. Mēs ļoti lielu uzmanību pievēršam sarunai ar pacientu. Viņam ir jāizskaidro labas veselības uzturēšanas principi. Savukārt, ja ir atrasta kāda problēma, jāpastāsta, ko tas nozīmē, ko vajadzēs darīt.

Mūsu pacienti ir ļoti dažādi. Pats esmu saskāries ar smagiem, ielaistiem gadījumiem, kad ir jāizvērtē nepieciešamība pacientam ārstēties terciārā aprūpes līmeņa slimnīcā. Esmu nosūtījis diezgan daudz pacientu uz *Stradiņiem*, kur arī strādāju un varu turpināt šos pacientus apsekot, izmeklēt vai arī novirzīt tālāk pie kardiokirurgiem, uz invazīvo ārstēšanu. Es pats organizēju nokļūšanu slimnīcā arī pacientiem ar specifiskām problēmām, piemēram, pulmonālo hipertensiju, retām kardioloģiskām slimībām. Tas atvieglo ārstēšanas ceļu gan pacientam, gan viņa ģimenes ārstam. Mums klīnikā ir bijuši arī akūti pacienti, kuri jānosūta uz slimnīcu ar neatliekamo medicīnisko palīdzību.

**– Vai pacienti ar smagām diagnozēm pie jums nokļūst, jo ir meklējuši labāku ārstu, vai arī vienkārši ir kaut ko dzirdējuši par profesoru Skridi?**

– Viens no aspektiem ir tāds, ka pie mums pašlaik vēl nav garu gaidīšanas rindu, un mēs arī cenšamies nosegt pieejamību pēc iespējas labāk. Vasarā pie mums nereti brauca pacienti no reģioniem, kuru ģimenes ārsts ir garākā atvaļinājumā – pat mēnesi un ilgāk. Laukos nav kas šos ārstus aizvieto. Tādā gadījumā ir divi ceļi: vai nu pacients akūtā situācijā nonāk slimnīcā ar ātro palīdzību, vai nu, ja tas nav dzīvību apdraudošs stāvoklis, meklē iespēju, kur vērsties. Mums ir bijuši pacienti no attālākajiem reģioniem – Saldus, Liepājas, Balviem, Gulbenes – ar salīdzinoši akūtām problēmām, ar sirds aritmijām un pat ar «izstaigātu»

miokarda infarktu. Tas ir paradokss, bet mums dažkārt jāpilda ģimenes ārstu funkcija, ko it kā vajadzētu nodrošināt valstij kopā ar ģimenes ārstu praksēm. Taču viņu kapacitāte ne vienmēr ir pietiekama. Nereti valsts rindā uz ehokardiogrāfiju ir jāgaida pusgads vai ilgāk. Pie mums to iespējams izdarīt pēc nedēļas vai vēl agrāk.

**– Kad kļūvāt par klīnikas galveno ārstu, jūs minējāt, ka viens no klīnikas mērķiem ir iesaistīties zinātniskajā darbā, kļūt par veselības kompetences un ekselences centru. Kā jūs plānojat realizēt šo mērķi? Tas, šķiet, vienmēr ir bijis universitātes slimnīcu darba lauciņš?**

– Jā, tas varbūt ir diezgan ambiciozs mērķis, bet visos ārstniecības līmeņos ir jāsaplabā dzīva atziņa par medicīnu kā amatu, zinātņu un mākslu. Liela daļa mūsu ārstu strādā universitāšu slimnīcās. Mums ir zinātnisko pētījumu, zinātniskās domāšanas pieredze. Mums ir jaunās paaudzes ārsti, rezidenti, kuri ir bijuši iesaistīti zinātniskajā darbā. Patlaban top projekts sadarbībā ar Rīgas Stradiņa universitāti, kurā mēs gatavojamies pētīt, kāpēc daļa pacientu nelieto medikamentus pietiekamās devās vai neseko rekomendācijām, pavirši attiecas pret savu asinsspiedienu, holesterīna līmeni. Bieži vien ārsti strādā kā ugunsdzēsēji, cīnās ar sekām, kad māja jau deg pilnās liesmās. Mums tas ir jānodzēš, jāizglābj dzīvība. Noslaidrot, kāpēc ugunsgrēks ir izcēlies, kas to ir ietekmējis, ir ļoti svarīgi. To mēs kā primārās aprūpes iestāde gribētu analizēt un arī saprast, kāds ir Latvijas pacientu domāšanas veids, lai varētu to ietekmēt pozitīvā virzienā. Lai cilvēki sāktu vairāk domāt par savu veselību.

**– Jūsu ikdienā pāriet ciešā saiknē ar pacientiem. Kādi viņi ir?**

– Diemžēl pacienti nāk ar diezgan ielaistām slimībām – tad, kad ugunsgrēks ir pieņēmis spēkā, veselība jau «deg». Cilvēki nav pārāk labi informēti par labas veselības pamatprincipiem, veselības pratības līmenis ir salīdzinoši zems, neraugoties uz plašo pieejamās informācijas klāstu. Mēs klīnikā gribētu vairāk strādāt profilaktiskajā medicīnā, izglītēt pacientus, sagaidīt, ka viņi nāks uz konsultācijām profilakses nolūkā, pirms slimība jau ir attīstījusies.

**– Kas jūs mudināja piekrist darbam klīnikā, ja jums tāpat ir ļoti piesātināts darba grafiks?**

– Mēdz teikt, ka ir cilvēki, kurus mil darbs. Es laikam esmu viens no viņiem. Nevaru «aizbēgt» no darba, lai gan gribētu vairāk laika veltīt sev, ģimenei, vairāk sportot. No otras puses, lielā valsts klīnikā, kur ir vairākus tūkstošus liels personāls, ir diezgan liela birokrātiskā inerce, un daudzas idejas, ko mēs kā profesionāļi gribētu realizēt, tiek ieviestas samērā lēni. Patiesībā privātā medicīna Rietumu pasaulē ir ļoti attīstīta un tā sadarbojas ar valsts veselības aprūpes organizācijām, palīdz valstij, ja tā var teikt. Noteikti jāattīsta sadarbība ar apdrošināšanas kompānijām. Privātajā medicīnā, salīdzinoši nelielā klīnikā mēs paši varam noteikt savu darba stilu, režīmu, darbības principus. Esam elastīgi un varam ļoti ātri ieviest uzlabojumus. Mēs mazāk laika tērējam birokrātijai, bet vairāk tam, kā patiešām uzlabot savu darbību un sekot jaunākajām tendencēm medicīnā. Šeit es varbūt varu realizēt savas idejas, kuras grūtāk ieviest lielā sistēmā. Nereti klīniskā inerce un birokrātiskais kūtrums ir tas, kas traucē ārstiem realizēt savus sapņus, savas labākās idejas. Neapšaubāmi, universitātes klīnika ir tā vieta, kur es realizēju savu profesionalitāti augstākajā līmenī, bet šeit ir jauni izaicinājumi, tā ir cita darba vide. Dažreiz pat mēdz teikt, ka atpūsties no viena darba var ar citu darbu. Es esmu no tiem cilvēkiem.

Foto: No Profesora Skrides Sirds klīnikas arhīva

# Plaušu vēzis. Ne tikai smēķētājiem

ILONA NORIETE

Plaušu vēzis ir viena no izplatītākajām un nāvējošākajām onkoloģiskajām slimībām gan Latvijā, gan pasaulē. Par šī audzēja galvenajiem riska faktoriem tiek uzskatīta smēķēšana un dažādu kaitīgu vielu (azbesta, radona) iedarbība. Parasti tiek minēti divi galvenie plaušu audzēja veidi – sīkšūnu vēzis un nesīkšūnu vēzis. Taču iedalījums ir vēl plašāks. Viens no plaušu vēža paveidiem ir adenokarcinoma, un tās izcelsme, atšķirībā no citiem biežāk sastopamiem plaušu audzēja apakštipiem, nav tik ļoti saistāma ar smēķēšanu. Ņemot vērā, ka šī slimība var skart arī tos, kas nekad nav smēķējuši, mēs nevaram sev iegalvot – ja nesmēķējam, esam no plaušu vēža pasargāti.

Vairāk par plaušu vēzi pastāsta Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Tuberkulozes un plaušu slimību centra Torakālās ķirurģijas un invazīvās pneimonoloģijas klinikas vadītājs, torakālais ķirurgs **Ints Siliņš**.

– Pēc statistikas datiem, plaušu vēzis ir viena no biežāk sastopamajām onkoloģiskajām slimībām, īpaši vīriešu populācijā. Cik liela ir tā izplatība?

– Patiešām, plaušu vēzis ir viena no izplatītākajām onkoloģiskajām slimībām pasaulē. Latvijā trūkst precīzu datu par vēža pacientu skaitu pēdējos gados, jo vēža reģistrs pastāvīgi atrodas pārbūves vai veidošanas stadijā. Vērtējot pasauli kopumā, plaušu vēzis pēc izplatības praktiski visur atrodas vienā no pirmajām trim vietām, salīdzinot ar citām audzēju lokalizācijām, daudzviet pat pirmajā vietā. Runājot par mirstību no plaušu vēža, diemžēl nākas secināt, ka tas pārliecinoši ir lielākais slepkava starp visām onkoloģiskajām slimībām. Tas arī ir fakts, ka ar plaušu vēzi vairāk slimo vīrieši. Taču reizē jāteic, ka pēdējos gados plaušu vēzis mainās. Tā nav viena slimība, pastāv dažādi plaušu vēža apakštipi, un aizvien biežāk parādās tāds plaušu vēzis, kas nav tik tieši saistīts ar smēķēšanu. Tā ir adenokarcinoma. Šāds plaušu vēža apakštips arvien biežāk tiek diagnosticēts arī sievietēm, tāpat tas skar aizvien jaunākus pacientus, tostarp tādus, kas nesmēķē vai pat nekad nav smēķējuši.

– Tad jau kāds izslasis šo rakstu un nospriedīs, ka nemaz tik traki ar to smēķēšanu nav. Redz, plaušu vēzis var būt arī nesmēķētājiem!

– Nē, tā nav. Smēķēšana aizvien ir galvenais plaušu vēža attīstības riska faktors.

Nereti valda nepareizs priekšstats – tiklīdz pārtraucu smēķēt, man attīstījās plaušu vēzis. Taču smēķēšana sistēmiski un ilglaicīgi iedarbojas uz plaušām, radot visus riska faktorus plaušu vēža attīstībai. Turklāt šis process notiek pakāpeniski. Vēl vairāk – var teikt, ka dažreiz mēs plaušu vēzi izārstējam, tomēr pacients turpina smēķēt, un pēc gadiem viņam attīstās jauns audzējs. Turklāt tas nav bijušā vēža recidīvs, bet gan atkārtots plaušu vēzis.

Savukārt adenokarcinoma, kuru es pieminēju iepriekš un kas mēdz attīstīties arī nesmēķētājiem, ir cits plaušu vēža apakštips. Jā, pasaulē daudz kas mainās, un diemžēl parādās arī šādi audzēji. Bet lielāko vairumu plaušu audzēja gadījumu joprojām veido plakanšūnu vēzis, lielšūnu vēzis un sīkšūnu vēzis, kuri ļoti cieši korelē ar smēķēšanu.

– Par onkoloģiskajām slimībām labi zināms – jo ātrāk audzēju atklāj, jo lielāka iespēja to labāk un veiksmīgāk ārstēt. Kā ir ar plaušu



Foto: No RAUKUS arhīva

**Ints Siliņš: «Patlaban vairumā gadījumu plaušu vēža ārstēšana nav tikai ķirurga rokās. Šis jautājums jāizvērtē multidisciplināri, jo parādās arvien jauni medikamenti un jaunas iespējas vadīt ārstēšanu kompleksi kopā ar ķīmijterapieti un staru terapieti.»**

vēzi – ja pacients iziet profilaktiskās pārbaudes un reizi gadā uztaisa rentģenu plaušām, vai ar to pietiek, lai savlaicīgi atklātu plaušās ieperinājušos audzēju?

– Kā jau teicu iepriekš, plaušu vēzis ir lielākais slepkava no visām onkoloģiskajām slimībām. Kāpēc tas tā ir? Viens no faktoriem ir plaušu vēža plašā izplatība. Savukārt otrs ir tāds, ka agrīnam plaušu vēzim bieži vien nav nekādu simptomu, tādēļ audzēja diagnosticēšanas brīdī tas ļoti bieži jau ir vēlinā stadijā. Šādu novēlotu atklāšanu sekmē arī apstākļi, ka plaušu vēzim nav specifisku marķieru, kuri varētu signalizēt par audzēja esamību. Ar to plaušu vēzis atšķiras no citiem, piemēram, prostatas vēža vai ginekoloģiskajiem audzējiem. Arī jūsu minētā rentģena izmeklēšana lielākoties neizgaismos vēža klātbūtni, ja vien audzējs nav ļūvis jau ļoti vizualizējams. Respektīvi, rentģenā bieži vien šo audzēju var neredzēt. Ja plaušu vēzi izdodas ieraudzīt vienkārsā rentģenogrammā, tad parasti tas ir vai nu perifērs un atrodas labi redzamā vietā, vai arī centrāls un diemžēl jau tiktāl izplatīts, ka nosprosto bronhus. Centrāls plaušu vēzis attīstās bronhu sienā, tādēļ rentģenā to var neredzēt. Tādu veidojumu nereti pat datortomogrāfijā nebūs tik viegli pamanīt. Viss kopumā minētais arī izskaidro, kāpēc plaušu vēzis pārsvarā tiek diagnosticēts vēlīni un kādēļ jācenšas izvairīties no riska faktoriem, lai samazinātu šī audzēja rašanās iespēju.

Skaidrs, ka visus riska faktorus mēs nezinām, jo arī apkārtējā vide, mūsu uzturs, gaiss, ko elpojam, ļoti lielā mērā var ietekmēt plaušu vēža veidošanos. Mēs droši zinām to, ka viens no galvenajiem faktoriem ir smēķēšana, tādēļ vismaz to mums vajadzētu izslēgt. Ja tas nekādi neizdodas, tad vajadzētu noteikt riska grupas, kuras varētu sistēmiski pārbaudīt jeb skrīnēt. Daudzās valstīs tiek izmantotas zemas devas datortomogrāfijas plaušu vēža skrīninga programmas, bet arī šāds risinājums nebūs panaceja. Tā ir sistēmiska pieeja, kas prasa gan lielu finansējumu, gan arī ļoti sakārtotu darbību kopumu – riska grupu noteikšanu, uskaiti, loģistiku, izmeklējumu interpretāciju u.c.

– Kāda ir ķirurga lielākā sāpe saskarsmē ar tikko diagnosticētu plaušu vēža pacientu?

– Īstā sāpe jau ir pacientam – pats fakts, ka viņam atklāts vēzis. Ķirurgam ir jāatrota piedurknes un jāspēj atrast pareizo veidu, kā šo audzēju ārstēt.

Patlaban vairumā gadījumu ārstēšana nav tikai ķirurga rokās. Šis jautājums jāizvērtē multidisciplināri, jo parādās arvien jauni medikamenti un jaunas iespējas vadīt ārstēšanu kompleksi kopā ar ķīmijterapieti un staru terapieti. Droši vien jau tuvākajā nākotnē aizvien lielāku lomu spēlēs modernākās ārstēšanas metodes, piemēram, pretvēža imūnterapija. Tādēļ multidisciplināri pieeja ir ļoti svarīga. Sāpe ārstam rodas, ja pacients, zīnot, ka viņam ir plaušu vēzis, mēģina izvairīties no ārstēšanas un rīkojas neadekvāti. Piemēram, dodas pie pūšlotājiem un pseidodziedniekiem, nevis vēršas pie speciālistiem.

– Kādi ir biežākie simptomi, kurus var pamanīt tuvinieki un mudināt cilvēku doties pie ārsta?

– Kā jau minēju, sākumā diemžēl simptomu var nebūt. Visbiežākais droši vien būs klepus, bet tas uzreiz neliecina par plaušu vēzi. Tomēr jebkurš klepus, kas ielgst un nepadodas ārstēšanai, vienmēr signalizē par nepieciešamību doties pie speciālista. Parasti pie pneimologa, kurš varēs izvērtēt, vai vajadzīgi papildu izmeklējumi. Nereti būs nepieciešams veikt bronhoskopiju, jo dažkārt situācijās, kad pat datortomogrāfija neko neuzrāda, veicot bronhoskopiju, mēs atrodam izmaiņas, no kā var paņemt biopsiju, lai noskaidrotu isto cēloni.

Ļoti bīstams simptoms ir asins piejaukums krēpās. Diemžēl lielākoties tas liecina par centrālu audzēju. Tomēr tas vienmēr jāizmeklē, paviršībai nav vietas, un nevienu pazīmi nedrīkst novērtēt. Arī tad, ja tiek atrasts ielaists audzējs, pacients jāizmeklē un jāapstiprina diagnoze ar biopsiju, jo audzējiem vēlinās stadijās ir iespējama ārstēšana. Terapijas iespējas mūsdienās kļūst aizvien plašākas. Ja vēzis jau ielaists, parādās tādi simptomi kā neizskaidrojamas apetītes izmaiņas, piemēram, apetītes zudums, vispārējs nogurums vai pastiprināta svīšana. Simptomi, kas var būt novērojami pie plaušu audzēja, ne vienmēr ir ļoti specifiski. Ģimenes ārstam vajadzētu pēc iespējas iedziļināties un virzīt pacientu uz izmeklējumiem, kas izslēgtu vēža diagnozi. Jāpatur prātā: ja radioloģiski redzamas izmaiņas plaušās, tad vispirms jāiedomājas par potenciālu plaušu vēzi un jāpārliecinās, ka tā nav.

Neizvērtējot visus izmeklējumus, nevar ārstēt kaut ko, kas var izskatīties tikai pēc plaušu karsoņa, bet nav līdz galam pierādīts.

– Kad un cik daudz var izdarīt plaušu ķirurgi?

– Plaušu vēzi pirmajās divās stadijās joprojām pamatā ārstē ķirurģiski. Protams, vienmēr jāvērtē konkrētā pacienta stāvoklis kopumā, galvenokārt, vai viņš spēj panest šādu ķirurģisku ārstēšanu. Ja nav iespējama ķirurģiska ārstēšana, var pielietot alternatīvas metodes, piemēram, precīzo staru terapiju vai sistēmisko mērķterapiju. Vēlināku stadiju audzējiem arī ļoti svarīga ir multidisciplināra izvērtēšana. Reizēm, uzsākot ķīmijterapiju, tās iedarbības rezultātā audzējs samazinās tiktāl, ka to var izoperēt un pēc tam turpināt ārstēšanu ar sistēmisko terapiju.

Ķirurga loma plaušu vēža ārstēšanā nesena pagātnē un faktiski vēl joprojām ir diezgan statiska – ja audzējs diagnosticēts pirmajās divās stadijās, pacients uzreiz tiek virzīts uz operāciju. Nākotnē situācija droši vien būs citādāka, jo modernās imūnterapijas iespējas ķirurgu ieguldījumu varbūt mainīs. Protams, viņu pārziņā paliks agrinie plaušu audzēji, bet reizēm arī vēlīnie vēži, kuru ārstēšanā labu efektu būs devušas citas metodes.

– Mēs daudz runājam par datortomogrāfijas nozīmi, bet varbūt nenovērtēsim pārāk zemu arī rentģena izmeklējumu laikā, kad ir garas rindas uz datortomogrāfiju.

– Rentģens ir labāk nekā nekas. Būs pacienti, kuriem varbūt jau pēc rentģena pārbaudes daudz ko varēs pateikt. Es šobrīd runāju par tādiem audzējiem, kas ir norobežoti perifēri un labi redzami rentģenā. Diemžēl rentģenizmeklējuma attēlā audzēja ēna var slēpties aiz kādām citām struktūrām, piemēram, aiz sirds vai diafragmas. Tāpēc dažreiz ar rentģenu vien nepietiek, lai izslēgtu potenciālu vēža esamību. Taču rentģens nav pilnīgi aizmirsta metode. Ja parādās aizdomas, ielgst klepus, protams, sākam ar rentģenu. Ja tas neko neuzrāda un klepus turpinās, tad pacientam nozīmē datortomogrāfiju, bronhoskopiju vai vēl kādus izmeklējumus, kas konkrētā situācijā nepieciešami. Bet nevar cerēt, ka, turpinot smēķēt un vienreiz gadā veicot rentģena pārbaudi, mēs izvairīsimies no plaušu vēža vai diagnosticēsim to agrīni.

– Onkoloģisko slimību ārstēšanā ļoti svarīgs ir laiks – lai periods no diagnostikas brīža līdz terapijas uzsākšanai nebūtu pārāk garš.

– Laikam, bez šaubām, ir nozīme. Varbūt tas visiem vēža pacientiem nav vienlīdz svarīgi, bet kopumā vienmēr tā ir. Kā jau teicu, plaušu vēzis mainās. Daļa no adenokarcinomām, kas ir perifēri audzēji, bieži vien nav nemaz tik agresīvas. Reizēm mēs cilvēkam ilgāku laiku redzam kaut kādu ēnu un palīdzēt varam arī vēlāk. Tomēr, kopumā ņemot, jo ātrāk viss notiek, jo labāk. Tas visvairāk attiecas uz centrālajiem audzējiem, jo tie var samērā ātri progresēt vai metastazēt limfmezglos vai pat citos orgānos. Nokavēts laiks sākotnēji operējamu pacientu var pārvērst par neoperējamu. Savukārt, ja cilvēkam šķiet, ka ar ārstu neveidojas kontakts vai viņš no daktera neļūst ieinteresētu attiecīgi, mūsdienās katrs var vērsties vēl pie kāda cita ārsta, lai uzklautu viņa viedokli.

– Kāds ir lielākais gandarījums, ko ķirurgs izjūt plaušu vēža pacientu aprūpē?

– Tas var būt izjūtams dažādās situācijās. Piemēram, ja izdodas veikt kādu sarežģītu mazināšanu operāciju, kādas mēs arvien vairāk praktizējam. Līdzīgas sajūtas valda, ja redzi, ka pacients pēc operācijām jūtas labi un nāk uz kontroles izmeklēšanām. Gandarījums rodas, ja izdodas sākotnēji neoperējamu pacientu ar sistēmisko terapiju padarīt par operējamu, likvidēt audzēju un vērot, ka cilvēks aizvien dzīvo. Šādu pacilājuma un reizē arī prieka mirkļu īstenība ir pietiekami daudz.

# Insulta ārstēšanā svarīga sadarbība

ILONA NORIETE

Insults ir plaši izplatīts un regulāri paņem cilvēku dzīvības. Tādēļ ir izšķiroši svarīgi uzreiz konstatēt insulta simptomus un cilvēku, kuru insults piemeklējis, pēc iespējas ātrāk nogādāt ārstniecības iestādē. Lai varētu veiksmīgāk cīnīties ar šo slimību un to novērst, nepieciešams apzināt un mazināt insulta riska faktoros.

Vairāk par jaunumiem insulta ārstēšanā un profilaksē, kā arī holesterīna līmeņa kontroles nozīmi mūsu sarunā ar neiroloģi, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) stacionāra *Galjezers* Neuroloģijas un neiroķirurģijas klīnikas Neurovaskulārās nodaļas Insulta vienības ārsti Ivetu Haritončenko.

**– Vai būtu pareizi teikt, ka asinsvadu problēmas galvas smadzeņu un sirds rajonos izraisa vieni un tie paši riska faktori, vai tomēr ir kādas atšķirības?**

– Visus riska faktoros iedala divās lielās grupās atkarībā no tā, vai mēs tos varam vai nevaram ietekmēt. Tie, kuri pakļaujas zināmām korekcijām, tiek dēvēti par modificējamiem riska faktoriem. Savukārt tos, kurus mēs nespējam ietekmēt, sauc par nemodificējamiem riska faktoriem. Starp tiem minams vecums, dzimums, rases piederība. Tāpat pie nemodificējamiem faktoriem var tikt pieskaitīta ģenētiskā predispozīcija, piemēram, fakts, ka ģimenē iepriekš kādam jau ir noticis insults. Savukārt ietekmējamie riska faktori ir dažādas slimības un patoloģiskie stāvokļi. Tā varētu būt, piemēram, hipertensija, cukura diabēts, dislipidēmija, paaugstināts holesterīna līmenis, mirdzaritmija jeb ātriju fibrilācija vai kādas citas slimības, kas paaugstina trombu rašanās risku galvas smadzenēs. Protams, jāņem vērā arī ar dzīvesveidu saistītie faktori – mazkustīgums, smēķēšana, pārmērīga alkohola lietošana, aptaukošanās vai nepareiza diēta ar augstu piesātināto tauku saturu.

Daudzi riska faktori sirds un galvas smadzeņu asinsvadu problēmām tiešām ir kopīgi. Taču jāņem vērā, ka galvas smadzeņu asinsvadu nosprostošanos izraisa arī sirds slimības, piemēram, mirdzaritmija vai citas sirds slimības ar paaugstinātu trombu veidošanās risku, tādās kā vārstuļu patoloģija vai miokarda infarkts. Patlaban jau labi zināms, ka pie ātriju fibrilācijas nepieciešams lietot antikoagulantus. Taču pēdējā laikā varbūt esam atstājuši novārtā aterosklerozi, aterosklerozi (ateroskleroze attīstības pēdējo stadiju), kuru attīstību ietekmē holesterīna vielmaiņas traucējumi.

**– Vai bieži dzirdētais sauklis «jo mazāks, jo labāk», ko kardiologi sirds un asinsvadu slimību profilaksē izmanto attiecībā uz sliktu jeb zema blīvuma holesterīnu (ZBLH), tieši tāpat būtu jāizmanto insulta profilaksē?**

– Noteikti. Es bieži saviem pacientiem saku, ka insulta riska samazināšanās ir proporcionāla ZBLH samazinājumam. Arī zinātniski pierādīts, ka, lietojot statīnu terapiju, līdz ar ZBLH koncentrācijas samazināšanos insulta risks sarūk par 20 procentiem uz katru vienību. Tas ir ļoti nozīmīgs ieguvums.

**– Vai Latvijā insulta pacientiem izdodas sasniegt un noturēt ilgtermiņā tādu ZBLH līmeni, lai novērstu atkārtotu insultu? Kāds būtu vēlams ZBLH līmenis jeb mērķis?**

– Daudz kas atkarīgs no ārsta un pacienta sadarbības un izpratnes par slimības nopietnību. Lielu lomu spēlē arī pacienta līdzestība medikamentu lietošanā. Lai sasniegtu vēlamo rezultātu, roku



Foto: No RAKUS arhīva

Iveta Haritončenko: «Šābrīža aktualitāte ir jauna pretholesterīna medikamenta ieviešana, kurš pierādījis efektivitāti ZBLH mērķa ātrākā sasniegšanā. Pēdējos gados pacientiem, neraugoties uz rūpīgi ievēroto terapiju holesterīna līmeņa pazemināšanai, neizdodas sasniegt vēlamo ZBLH līmeni, ir pieejams jauns risinājums.»

rokā jādabojas ārstam speciālistam, ģimenes ārstam un pašam pacientam, kuram arī jābūt ieinteresētam. Būtībā ZBLH mērķi mēs nosakām tāpat kā augsta riska pacientiem, kuriem jau bijis kardiovaskulārs notikums un/vai ir kāda sirds slimība, piemēram, pārciests miokarda infarkts vai stenokardija. Jāņem vērā arī konstatētās aterosklerotiskās izmaiņas, tādās kā pangas miega artērijā. Šiem pacientiem ZBLH mērķis atkarībā no insulta riska būs mazāks nekā 1,4–1,8 mmol/l.

**– Kādu ZBLH līmeni jūs rekomendētu četrdesmitgadniekiem, lai mazinātu insulta risku?**

– Tas nav atkarīgs no pacienta gadiem, bet no riska faktoriem, kas viņam jau konstatēti. Ja nav riska faktoru, kas var izraisīt insultu, būtībā pietiek ar dzīvesveida maiņu un ZBLH kontroli. Taču, ja novērojams paaugstināts insulta risks, kas vērtējams kā mērens vai zems, šiem pacientiem vēlams ZBLH mērķis ir zem 3 mmol/l.

**– Vai un kādos jautājumos insulta ārstēšanā jūs sadarbojaties ar kardiologiem, endokrinologiem un citiem speciālistiem?**

– Lielākoties insults notiek citu slimību rezultātā, tādēļ sadarbība ar dažādiem speciālistiem ir ļoti svarīga. Arī mūsu klīnikā neskaidros jautājumos mēs aicinām citus speciālistus uz konsultāciju, lai varētu nodrošināt gan pēc iespējas precīzāku pacientu ārstēšanu, gan arī mērķtiecīgāku sekundāro profilaksi.

**– Vai ir kādas atziņas un rekomendācijas attiecībā uz insulta terapiju, kas ieviestas praksē pēdējos gados un devušas būtiskus uzlabojumus ārstēšanā un prognožu uzlabošanā?**

– Pēdējā desmitgadē kopumā terapijā ir ienākuši daudzi jauni medikamenti. Kā jau minēju, patlaban jau pašsaprotama ir asins šķidrīnātāju jeb antikoagulantu regulāra lietošana pacientiem ar mirdzaritmiju. Šābrīža aktualitāte ir jauna pretholesterīna medikamenta ieviešana, kurš pierādījis efektivitāti ZBLH mērķa ātrākā sasniegšanā.

Pēdējos gados pacientiem, kuriem, neraugoties uz rūpīgi ievēroto terapiju holesterīna līmeņa pazemināšanai, neizdodas sasniegt vēlamo ZBLH līmeni, ir pieejams jauns risinājums. Neurologu vai kardiologu konsilijās var tikt pieņemts lēmums par jaunākās paaudzes injicējamā pretholesterīna medikamenta nozīmēšanu.

**– Jaunākās paaudzes injicējamo pretholesterīna zāļu terapijas uzsākšanai nepieciešams neirologu konsilijās. Sakiet, lūdzu, cik gara ir rinda uz konsiliju RAKUS?**

– Mūsu slimnīcā ir neirologu vaskulārais konsilijās, kas notiek reizi nedēļā. Tajā piedalās multidisciplināra komanda, kurā kopā ar neirologiem darbojas arī kardiologs, internists, invazīvais radiologs vai radiologs. Dažreiz tiek pieaicināti arī citi speciālisti – asinsvadu ķirurgs, neiroķirurgs un reimatologs vai pat hematologs. Patlaban rinda uz šo konsiliju ir apmēram vienu mēnesi gara.

**– Vai ir kāda informācija, kas insulta pacientam vai viņa piederīgajiem būtu jāzina par neirologu konsilija kārtību RAKUS? Kur to iespējams iegūt?**

– Uz konsiliju pacientam ir jāierodas sagatavotam – ar visiem veikto izmeklējumu rezultātiem, izrakstiem no slimnīcām, lietotajiem medikamentiem, kā arī asins analīzēm, kas veiktas pēdējo divu nedēļu laikā, tostarp arī lipidogrammu. Vēlama arī asinsspiediena kontroles dienasgrāmata. Pacientu konsilijam piesaka ģimenes ārsts vai speciālists, zvanot mūsu klīnikas konsilija koordinatorei. Šo informāciju var atrast arī RAKUS mājaslapā Neuroloģijas un neiroķirurģijas klīnikas sadaļā pie atzīmes Ambulatorie pakalpojumi.

**– Vai neirologu konsilijā var notikt arī ārpus Rīgas?**

– Man nav tādas informācijas. Ņemot vērā, ka uz vaskulāro konsiliju tiek nosūtīti pacienti no visas Latvijas, varu teikt, ka multidisciplināra komanda pieejama universitātes slimnīcās.

**– Kādi būtu trīs jūsu ieteikumi «vidusmēra» latvietim, lai paildzinātu veselīgi nodzīvotos mūža gadus un pasargātos no insulta?**

– Es atbildēšu ar gudru cilvēku vārdiem. Pirmais ieteikums – savlaicīgi apzināt savus riska faktorus. Kā vēsta ķīniešu paruna – tas, kurš uzņem zāles un nerūpējas par pareizu ēšanu, iznieko sava ārsta laiku un prasmes. Otrais – būt aktīviem. Kā zīmīgi kādā no savām uzrunām norādījis ievērojamais 19. gadsimta britu politiķis Edvards Stenlijs, – tie, kas neatrod laiku vingrošanai, agrāk vai vēlāk būs spiesti atrast laiku slimīšanai. Trešais – būt veselīgi. Kā savulaik uzsvēris Hipokrāts, – tavs uzturs lai ir tavas zāles un tavas zāles lai ir tavs uzturs.

**– Mūsdienās pieejami dažādi uztura bagātinātāji. Vai tie var kompensēt neveselīgas pārtikas radītus trūkumus, vai tomēr labāk veselīgāk ēst?**

– Ja cilvēks ēd pilnvērtīgi, visas uzturvielas viņš uzņem pietiekami, un tādā gadījumā nekādu citu uzturu, kas papildināts ar medikamentiem vai uztura bagātinātājiem, īsti nebūtu vajadzības lietot. Arī esošās vadlīnijas konstatē – pagaidām nav ticamu pierādījumu, ka uztura bagātinātāju lietošana palīdzētu mazināt insulta risku.

**– Gan primārajā, gan sekundārajā sirds un asinsvadu slimību profilaksē tiek rekomendēta Vidusjūras diēta. Vai pastāv specifiski ieteikumi attiecībā uz uzturu insulta pacientiem?**

– Runājot par Vidusjūras diētu, arī Pasaules Veselības organizācija norāda, ka vislabākā insulta profilakses diēta ir tāda, kas pārsvarā satur augu valsts produktus ar nelielu gaļas un zivju daudzumu. Iegūts gana daudz pierādījumu, kas apstiprina šīs diētas priekšrocības sirds un asinsvadu veselībai un insulta profilaksei. Treknās zivis rekomendē ēst vismaz divas porcijas nedēļā, bet dārzeņus – gandrīz katru dienu. Vien jāņem vērā, ka vairumam pacientu pēc insulta novērojami rīšanas traucējumi jeb disfāģija. Šādās situācijās ir nepieciešams adaptēts jeb specifisks vai sasmalcināts uzturs. Dažkārt, lai nodrošinātu organismam nepieciešamās uzturvielas un kaloriju daudzumu, ikdienas produktu klāstu papildina ar medicīnisko papilduuzturu. Gadījumā, ja pacients neuzņemas nepieciešamo kalorāžu, viņš var zaudēt spējas atlabt pēc insulta.

**– Vai jūs arī ievērojat principu, ka vēlams dienā apēst puskilogramu dārzeņu, vai tas tomēr būtu pārāk daudz?**

– Apēst puskilogramu uzreiz neieteiktu, to vajadzētu sadalīt porcijās un apēst visas dienas garumā. Dārzeņi savas specifikas dēļ mēdz būt mazgaršīgāki, tādēļ mēs tiem nereti pievienojam pārāk daudz sāls. Savas veselības labā būtu vēlams dārzeņu garšas pastiprināšanai sāls vietā vairāk izmantot citas garšvielas, tāpat dārzeņiem var pievienot arī pākšaugus.

**– Vai ikdienas darbs Insulta vienībā nav pārāk stresa pilns, tas ir, tieši tāds, no kāda rekomendējat izvairīties pacientiem? Kā jūs ar to tīkat galā?**

– Manuprāt, viegls stress uztur tonusu un dod spēju pieņemt lēmumus īsā laikā, kas mums nepieciešams arī ikdienas praksē. Tādēļ es teikšu, ka viegls stress ir noderīgs. Ja izdodas pacientu izglābt no paralīzes vai ilgstošas nespējas, kas var draudēt, ja insults netiek ārstēts, – šī savijuma sajūta ir neapraktāma! Tā transformējas par lielu prieku.

Mums faktiski ik dienu ir liela darba intensitāte, tādēļ brīvdienās pārsvarā dodos uz vecāku mājām laukos. Tur varu savu nedēļas laikā uzkrāto stresu izvēdināt, darot vienkāršus lauku darbus.

# Varam daudz, bet gribam vēl vairāk

TOMS ZVIRBULIS

No šā gada jūlijā Latvijā insulta pacientiem ar valsts kompensāciju ir pieejami jauna tipa medikamenti, ar kuru palīdzību iespējams samazināt atkārtota insulta risku. Kopējo situāciju gan vēl arvien krāsojam tumšākās krāsās, jo insulta un citu kardiovaskulārās sistēmas slimību izplatības ziņā esam Eiropas melnā saraksta galvā.

Ar Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas neirologu, Insulta vienības virsrustu **Kristapu Jurjānu** runājam par to, kā pacientiem un viņu radniekiem ierādīt tuvojošās briesmas un kā vislabāk sevi no tām pasargāt.

– **Agrāk cilvēki ļoti baidījās no triekas un sirdslēkmes. Mūsdienās insulti tiek kategorizēti, izmantojot vairākus SSK-10 diagnožu kodus. Lūdzu, pastāstiet par šiem atšķirīgajiem insulta veidiem un to simptomiem.**

– Vispirms jāpaskaidro, ka vecmodīgais termins «trieka» ir sastopams ļoti reti, un mūsdienās galvenokārt tiek lietots nosaukums «insults», ar ko apraksta visa veida galvas smadzeņu asinsrites traucējumus. Savukārt ar jēdzienu «sirdstrieka» apzīmē miokarda infarktu.

Insults nozīmē, ka ir radusies problēma smadzeņu asins apgādē. Tā nav slimība, kas rodas pati par sevi, bet gan kā komplikācija citai slimībai, kas nav bijusi laikus diagnosticēta un atbilstoši ārstēta. Līdz ar to, kad insults jau noticis, nepieciešams identificēt iemeslu, lai varētu pacientu pasargāt no atkārtotiem notikumiem.

Biežāk sastopams ir išēmiskais insults jeb galvas smadzeņu infarkts, kas rodas, nosprostojošies vienam no galvas smadzeņu asinsvadiem. Retāk sastopams, bet klīniski un prognostiski daudz nelabvēlīgāks ir hemorāģisks insults, kas rodas, plīstot kādam no galvas smadzeņu asinsvadiem. Klīniski nav iespējams atšķirt išēmisku un hemorāģisku insultu, jo simptomi ir līdzīgi, tādi kā kustību traucējums vai zudums vienā ķermeņa pusē, asimetriska seja, runas traucējumi, nespēja saprast runu un runāt pašam, redzes traucējumi, jušanas traucējumi vienā ķermeņa pusē, kustību koordinācijas traucējumi. Svarīgi atcerēties, ka insults ir akūta slimība, un visi manis nosauktie simptomi attīstās ļoti īsā laikā. Arī brīdis, kad ir iespējama ārstēšana, ir ļoti īss. To nedrīkst nokavēt!

– **Runājot par paaugstinātu zema blīvuma holesterīna (ZBLH) līmeni, biežākās piesauktās problēmas ir ateroskleroze un miokarda infarkts. Kādi ir pierādījumi paaugstināta ZBLH ietekmei uz galvas asinsvadiem un insulta risku?**

– Išēmisks insults, kas rodas galvas un kakla asinsvados aterosklerozes dēļ, tiek uzskatīts par dominējošo insulta subtipu visā pasaulē. Galvenie riska faktori ir tādi paši kā miokarda infarktā – augsts holesterīna līmenis, paaugstināts asinsspiediens, cukura diabēts, smēķēšana, liekais svars, mazkustīgs dzīvesveids. Augsts holesterīna līmenis ir trešais biežāk sastopamais insulta riska faktors. Līdz ar to svarīgi kontrolēt savu holesterīna līmeni un nepieciešamības gadījumā to koriģēt – ar diētu un/vai medikamentiem.

Kardiovaskulāro risku izvērtē, izmantojot SCORE sistēmu, kas nosaka fatālu kardiovaskulāro notikumu risku tuvāko desmit gadu laikā. Tā kā Latvija atrodas ļoti augsta kardiovaskulārā riska grupā, mūsu valsts iedzīvotājiem netieši ir arī paaugstināts risks saslimt ar aterosklotisku insultu.



**Kristaps Jurjāns:** «Augsts holesterīna līmenis ir trešais biežāk sastopamais insulta riska faktors. Līdz ar to svarīgi kontrolēt savu holesterīna līmeni un nepieciešamības gadījumā to koriģēt – ar diētu un/vai medikamentiem.»

– **Kāds ZBLH līmenis būtu ieteicams insulta pacientiem, lai pēc iespējas samazinātu atkārtota insulta risku? Vai pacientiem mēdz būt grūtības sasniegt un noturēt šādu līmeni ilgtermiņā?**

– Insulta pacienti ir iekļaujami sevišķi augsta riska grupā, līdz ar to viņu holesterīna līmenim ir jābūt zem 1,8 mmol/l. To sasniegt var būt liels izaicinājums gan ārstam, gan pacientam. Ar diētu vien šeit būs par maz, un līdz ar to būs nepieciešams ne tikai viens, bet, visticamāk, otrs un vēl trešais medikaments efektīvai ZBLH samazināšanai.

– **Kādas vadlīnijas insultu ārstēšanā iekdienas praksē izmanto Latvijas neirologi? Vai pie mums ir pieejams nepieciešamais aprīkojums un medikamenti, lai šīs vadlīnijas veiksmīgi realizētu?**

– Mēs izmantojam Eiropas Kardiologu asociācijas izstrādātās vadlīnijas. Atbilstoši tām notiek holesterīna līmeņa regulēšana, pieskaitot insulta pacientus augsta riska grupai un vērtējot pārējos riska faktorus. No nepieciešamajiem medikamentiem izvirzīto mērķu sasniegšanai Latvijā ir pieejami gandrīz visi tie paši, kas citur pasaulē. Savukārt to pieejamība pacientam var būt ierobežota konkrēto medikamentu kompensācijas politikas dēļ. Un lai gan nav tā, ka šaurajam ar lielgabalu pa mušām, liela daļa pacientu būtu lieli ieguvēji, ja ātrāk tiktu pie 3. līmeņa medikamentiem.

– **Latvijā jau vairāk nekā trīs gadus ir pieejamas injicējamās pretholesterīna zāles. No jūlijā šīs zāles insulta pacientiem ir pieejamas ar 75 procentu kompensāciju. Uz kādiem pacientiem tas attiecas?**

– Šā brīža nosacījumi paredz, ka kompensācija ir pieejama pacientiem, kuri insultu ir pārslimojuši pēdējo sešu mēnešu laikā un kuriem ir ļoti augsti holesterīna rādītāji, neskatoties uz to, ka viņi jau saņem medikamentozu terapiju. Tādā gadījumā, ja ar perorālajiem medikamentiem ZBLH mērķus sasniegt neizdodas, tad tiek nozīmēta terapija ar injicējamajām pretholesterīna zālēm. Latvijas Insulta biedrība cenšas uzrunāt atbildīgās institūcijas, lai sekmētu šo medikamentu pieejamību arī pacientiem, kuri insultu pārslimojuši agrāk. Tādu pacientu skaits ir daudz lielāks, un arī viņiem šis medikaments varētu būtu ļoti nepieciešams.

– **Jaunākās paaudzes pretholesterīna medikamentu izrakstīšanai ir nepieciešams neirologu konsilija slēdziens. Cik ilgs laiks pāiet no brīža, kad pacientam konkrētās zāles tiek rekomendētas, līdz konsilija slēdzienam par to izrakstīšanu un kompensāciju?**

– Patlaban tāda veida konsiliji tiek organizēti vai nu stacionārā, vai ambulatori pēc pieprasījuma. Vispirms gan pacientam vajadzētu atnākt uz konsultāciju pie kāda no Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas (PSKUS) neirologiem, kas vairāk specializējas tieši cerebrovaskulārajās slimībās. Ja tiek secināts, ka pacients varētu būt šādas terapijas kandidāts, tālāk tiek organizēts attālināts konsilijis, un pacientu pēc tam informē par lēmumu. Visticamāk, šādā gadījumā ilgi gaidīt nevajadzēs. Pēc lēmuma saņemšanas pacientam būtu jāvēlējas pie sava ģimenes ārsta, kurš viņu nosūtīs pie neirologa vai kardiologa zāļu izrakstīšanai ar 75 % kompensāciju, balstoties uz konsilija lēmumu.

– **Vai tiek izvērtēti arī citi faktori? Ne tikai fakts, ka pacients ir pārcietis insultu, bet arī viņa vecums, dzīvesveids, kaitīgie ieradumi un citas slimības, lai tiktu piešķirti jaunākās paaudzes medikamenti?**

– Šie pacienti ir jāizvērtē no dažādiem aspektiem. Insults nav slimība, kura eksistē viena pati. Ir svarīgi noteikt, vai pacients ir mobils, vai viņš ir gatavs sadarboties. Tāpat jāizvērtē paša pacienta vēlēšanās lietot šos medikamentus. Jāsaprot, ka konkrētās zāles neuzlabos pacienta pēcinsulta funkcionālo stāvokli un nepātrinās atveseļošanās, bet gan samazinās risku saslimt ar insultu atkārtoti. Šie medikamenti dos ieguldījumu pacienta kardiovaskulārās un vispārējās veselības uzlabošanā. Jāsaprot arī tas, ka vecums nav lielākais šķērslis medikamenta nozīmēšanai, jo tieši gados vecāki cilvēki bieži vien visvairāk iegūst no holesterīna un asinsspiediena mērķu sasniegšanas. Katrs gadījums ir jāskatās kā vairāku faktoru kopums.

– **Kas insulta pacientiem un viņu tuviniekiem būtu jāzina par neirologu konsultācijām un konsiliju Stradiņa? Kur viņi var atrast sev svarīgo informāciju?**

– Uz konsultāciju var pieteikties, zvanot uz slimnīcas vienoto reģistrācijas tālruni (67069280), vai arī vienkāršāk to ir izdarīt slimnīcas mājaslapā (<https://epieraksts.stradini.lv/>), kur tiek piedāvāts laiks konsultācijai. Uz konsultāciju līdzī jāņem iepriekšējie izraksti no slimnīcas, veiktās analīzes un citi ar slimību saistīti dokumenti, kas varētu palīdzēt atbilstoši lēmuma pieņemšanā.

– **Vai ir arī tādi gadījumi, kad pacientam šīs zāles nevar izrakstīt kontrindikāciju vai kādu citu iemeslu dēļ?**

– Līdz šim mēs nevienu atteikumu vēl neesam rakstījuši, bet ir diezgan droši, ka ar šādu situāciju varam saskarties nākotnē. Ja pacients ir guļošs un

aprūpējams, ar smagu kognitīvo deficītu, tad šāda diezgan agresīva ārstēšana var nebūt pamatota, bet katrs gadījums ir jāvērtē individuāli.

– **Minējāt, ka gados vecāki pacienti ir līdzestīgāki. Kāds tam varētu būt iemesls?**

– Līdzestība ir pacientu spēja/vēlme sadarboties ar ārstu un ievērot nozīmētās rekomendācijas. Parasti lielākā pacientu līdzestība tiek novērota vecumā no 55 līdz 65 gadiem. Pirms tam un pēc tam līdzestība ir zemāka. Būtisks iemesls tam ir fakts, ka cilvēks ar šādām veselības problēmām sastopas pirmo reizi un viņa interese darīt kaut ko savas veselības labā ir lielāka. Veciem cilvēkiem līdzestība var būt labāka, ja par viņiem kāds rūpējās un seko līdzī viņu veselības stāvoklim. Nemelosim sev – diemžēl veci cilvēki mūsdienā sabiedrībā un mūsu valstī ir aizmirsta sabiedrības daļa. Tieši tāpēc tiem, par kuriem rūpējās, līdzestības rādītāji ir augstāki.

– **Samērīga fiziskā slodze ir daļa no primārās un sekundārās sirds un asinsvadu slimību profilakses. Kādi būtu jūsu ieteikumi insulta pacientiem. Kāda veida slodze viņiem ir vispiemērotākā?**

– Mūsdienā sabiedrība ir mazkustīga, un liekais svars ir izteikta problēma arī jauniešu vidū. Tas arī ir viens no iemesliem, kāpēc kardiovaskulārās un cerebrovaskulārās slimības var attīstīties arvien jaunākiem cilvēkiem.

Pasaules Veselības organizācijas fiziskās slodzes apjoma rekomendācijas tiek palielinātas gandrīz katru reizi, kad tiek veikti labojumi.

Visticamāk, tādēļ, ka cilvēki daudz laika pavada iekšējās, sēžot. Kas attiecas uz insulta pacientiem, tad aeroba tipa slodze viņiem tiek rekomendēta, un šos cilvēkus nevajadzētu ierobežot, ja viņi vēlas nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm. Slodze pakāpeniski ir jāpalielina, līdz tiek sasniegts tāds līmenis, kad cilvēks var izdarīt tikpat daudz, kā viņš varēja pirms insulta.

– **Vai pēc pārciesta insulta būtu nepieciešams konsultēties ar speciālistu, piemēram, rehabilitologu, lai noteiktu, cik liela fiziskā slodze pacientam ir pieļaujama?**

– Primāri tas būs rehabilitologs. Ja pacientam ir vēl kāda kardiovaskulārā slimība, tad var piesaistīt arī kardiologu. Neirologs šajā gadījumā nespēlē noteicošo lomu, jo mēs savus pacientus cenšamies neierobežot. Fiziskās aktivitātes noteikti veicinās pacienta ātrāku atkopšanos pēc insulta.

– **Neirologija aptver plašu diagnožu loku. Kas jūs pamudināja pievērsties tieši insultu ārstēšanai?**

– Tā varētu būt pašas slimības dinamika, jo parasti neiroloģiskās slimības neattīstās strauji. Varētu teikt, ka šajā sfērā bija arī sava veida vakuums – nebija pārāk daudz ārstu, kuri vēlētos ar to nodarboties.

– **Vai jums ir kādi hobbiji, kuri labvēlīgi ietekmē veselību un kurus jūs ieteiktu šī raksta lasītājiem?**

– Agrāk es spēlēju basketbolu, bet tagad apgūstu tenisu un boksu, kas man ir pilnīgi jauni sporta veidi, kā arī regulāri apmeklēju sporta zāli un skrienu. Tāpat pavada laiku ar ģimeni, kura man arī ir diezgan aktīva. Līdz ar to man fizisko aktivitāšu līmenis ir pietiekoši augsts. Cilvēkiem pēc insulta es ieteiktu nūjošanu, kas cilvēkiem gados ir īpaši veselīga, ņemot vērā, ka tā samazina kardiovaskulārās riskus, kā arī palīdz līdzvērtīgi nodarbināt abas ķermeņa pusēs, kas pēc insulta ir īpaši svarīgi. Tā ir visaptveroša metode, kuru iesaku arī daudziem saviem pacientiem. Kad cilvēki pārvar savu ego, viņi parasti priecājas par to, ka šādas aktivitātes ir sākušās.

# Pie otolaringologa bez bailēm

ILONA NORIETE

Ar sāpēm ausīs, kaklā vai degunā noteikti ir saskārušies vairums iedzīvotāju. Iespējamo slimību loks ir visai plašs, turklāt problēmas bieži mēdz mijiedarboties. Tādos brīžos ir pienācis laiks doties pie otolaringologa jeb LOR ārsta, kurš diagnosticēs slimību un nozīmēs ārstēšanu. Tiesa, dažreiz sāpes vai diskomforts kaklā var liecināt arī par cita rakstura problēmām, piemēram, kuņģa darbības traucējumiem. Savukārt iesnām nereti mēdz būt alerģiska izcelsme. Tāpēc otolaringologs var nosūtīt pacientu pie cita speciālista vai uz dažādām papildu pārbaudēm.

Vairāk par visu – mūsu sarunā ar Nacionālo bruņoto spēku medicīnas nodrošinājuma centra, kliniķa *Headline*, MFD doktorāta un *Fortamed* kliniķa otolaringologi **Anitu Dombrovsku**.

## – Ar kādām sāpēm pacienti vēršas pie LOR speciālista? Kādi cēloņi veicina sāpju rašanos?

Otolaringologs ir ārsts, kurš specializējas ausu, deguna, rīkles un balsenes patoloģiju diagnostikā un ārstēšanā. Līdz ar to sāpes šajos rajonos var būt par iemeslu, lai dotos uz konsultāciju pie LOR speciālista. Biežākie sāpju cēloņi LOR orgānos ir akūts iekaisums, piemēram, akūts tonsilīts jeb angīna, akūts ārējās auss ejas vai arī vidusauss iekaisums.

## – Daļā sabiedrības izveidojies priekšstats, ka apskate pie LOR speciālista rada nepatīkamas sajūtas. Vai ir kādas manipulācijas, kuru laikā pacients jūt diskomfortu un sāpes?

LOR izmeklēšana reizēm cilvēkiem šķiet biedējoša. Mūsu rīcībā ir daudzi un dažādi instrumenti, kas bieži atgādina zobārsta rīkus. Savukārt tie vienmēr asociējas ar kaut ko sāpīgu. Taču īstenībā otolaringologa veiktie izmeklējumi nerada sāpes. Apskatot ausis, degunu un muti, mēs izmantojam instrumentus, kuri pieskāriena laikā var šķist vēsi, bet ne sāpīgi. Diskomfortu pacients var just, ja speciālists aplūko balseni netiešajā laringoskopijā jeb ar balsenes spoguļi. Šādas apskates laikā ir nepieciešams pavilkt pacienta mēli uz āru, kamēr rīkles galā atrodas balsenes spoguļis. Mēles atvilkšanas brīdī atsevišķi pacienti jūt diskomfortu, citiem var būt izteikts vemšanas reflekss. Bet kopumā apskates laikā asām sāpēm nevajadzētu būt. Dažkārt ir situācijas, kad LOR speciālistam jāveic pacienta deguna, aizdegunes, rīkles un balsenes apskate ar endoskopu. Pirms šādas manipulācijas LOR speciālists pacienta degunā un rīklē ievada lokālu atsāpinošu vielu (parasti desmitprocentīgu lidokaina aerosolu). Pēc šādas atsāpīšanas pacientam sāpes nevajadzētu just, vienīgi nepatīkamas sajūtas var radīt instrumenta pieskaršanās gļotādai.

Sāpes pie LOR speciālista pacients var just situācijās, kad viņam jau ir kāda slimība. Piemēram, ja ir akūts ārējās auss ejas iekaisums un nepieciešama tās apskate, kopšana un apstrāde ar medikamentiem. Protams, iekaisusi auss būs jutīgāka nekā cilvēkam, kuram vienkārši jāapskata vesela auss.

## – Kādas slimības izraisa diskomfortu LOR orgānos? Kādi ir izplatītākie nepatīkamie simptomi?

Par diskomfortu mēdz sūdzēties pacienti ar ilgstošākām slimībām, tādām kā hronisks tonsilīts, gastroezofageālā atvīlņa slimība, hronisks rinosinīts, hronisks ārējās auss ejas vai vidusauss iekaisums. Kad tiek ilgstoši kairināts kakls, cilvēki sūdzas par sausumu, diskomfortu, kamola sajūtu kaklā. Salīdzinoši bieži šādos gadījumos pie vainas ir kuņģa atvīlņa slimība. Pacienti, kuri slimo



Anita Dombrovskā: «Noteikti jāvēršas pie LOR speciālista, ja sāpes kaklā, ausīs, pierē, vaigu rajonā, reizēm kombinācijā ar sāpēm pakausī pastiprinās arī pēc pretsāpju medikamentu lietošanas.»

ar hronisku ārējās auss ejas iekaisumu, ko izraisa jeb dermatīts vai sēnišu infekcija, biežāk sūdzas par niezi un diskomfortu auss ejā. Reizēm šādas nepatīkamas sajūtas radīs cilvēks pats, tīrot ausis ar vates kociņiem. Savukārt pacientiem ar hronisku vidusauss iekaisumu iespējams diskomforts, pilnuma sajūta un sāpes ausī, piemēram, ja tajā ir iekļuvis ūdens, kas var izraisīt slimības paasinājumu.

## – Ko darīt pacientiem auss, kakla vai deguna sāpju gadījumā? Kādas pazīmes liecina, ka būtu jāapmeklē LOR speciālists?

Latvijā primārās aprūpes speciālists ir ģimenes ārsts. Viņš ir kompetents novērtēt sāpju rašanās iemeslu un nepieciešamības gadījumā rekomendēt speciālista konsultāciju. Ja cilvēkam ir sāpes, viņš drīkst lietot pretsāpju zāles. Jāatceras, ka nevienam nav jāmeklē sāpes, tāpēc sev ir jāpalīdz. Pretsāpju zāles drīkst lietot arī pirms konsultācijas ar ārstu. Man ir bijušas situācijas, arī slimnicā strādājot, kad pacients stāsta, ka ļoti sāp, bet viņš nekādus medikamentus nav lietojis, jo agrāk bija dzirdējis, ka to nedrīkst darīt pirms ārsta apskates. Tādas runas gan ir mīti, un tā nevajadzētu darīt. Ikviens drīkst iegādāties aptiekā un lietot parastos bezrecepšu pretsāpju līdzekļus. Pie LOR speciālista pacients var droši vērsties, ja to rekomendējis ģimenes ārsts vai, piemēram, nav iespējas tikt pie sava ģimenes ārsta, bet novērojamas sāpes LOR orgānos. Noteikti jāvēršas pie LOR speciālista, ja sāpes kaklā, ausīs, pierē, vaigu rajonā, reizēm kombinācijā ar sāpēm pakausī pastiprinās arī pēc pretsāpju medikamentu lietošanas un/vai ir paaugstināta ķermeņa temperatūra, iekaisušās zonas apsārtums, tūska, izvēlējums.

## – Ja pacients nodarbojas ar pašārstēšanos, kādas var būt iespējamās sekas?

Jāņem vērā, ka cilvēks var nezināt, kas par vainu un kā tā īsti ir jāārstē. Ne velti ārsti tik ilgi mācās, lai spētu sniegt kvalitatīvu medicīnisko aprūpi. Ja pašārstēšanās ir bijusi nepareiza vai nepilnvērtīga, pacients, novēloti

vēršoties pie ārsta, var paildzināt savu atveseļošanās periodu. Papildus pastāv riski, kas saistīti ar medikamentu nepareizu lietošanu. Kā labs piemērs šeit kalpo patvaļīga antibiotiku lietošanas uzsākšana, izmantojot mājās esošus antibiotiku pārpalikumus. Tāda rīcība var radīt nevēlamas blaknes.

## – Kādas ir terapijas iespējas un rekomendācijas pie dažāda veida sāpēm LOR praksē?

Vieglu vai mērenu sāpju gadījumā var izmantot acetaminofēnu, ko vairāk pazīst kā paracetamolu. Tam piemīt arī drudzīgu mazināšanas efekts. Acetaminofēns neietekmē trombocītu funkciju, tāpēc tas ir drošāks medikaments pacientiem pēc operācijām. Ieteicamā deva pieaugušajiem ir 650 – 1000 mg ik pēc četrām līdz sešām stundām, bet ne vairāk kā 4 g diennaktī. Bērniem ieteicamā deva ir 10 – 15 mg/kg ik pēc sešām stundām (līdz 60 mg/kg dienā). Medikamentu nedrīkst pārdozēt, un pacientiem ar aknu slimībām tā lietošana jāievēro piesardzība.

Nesteroīdos pretiekaisuma līdzekļus (NPL) lieto pie vieglām vai vidēji stiprām sāpēm, kas saistītas ar iekaisumu, un drudzīgu mazināšanai. Konkrētu zāļu izvēle ir atkarīga no vairākiem faktoriem, piemēram, pacienta blakus saslimšanām, asiņošanas riska. Nerekomendē lietot vienlaicīgi vairākus NPL, bet ir iespējama to kombinācija ar paracetamolu un opioīdiem. Kombinējot NPL ar paracetamolu, var panākt gandrīz līdzīgu efektu opioīdu lietošanai. Savukārt opioīdi ir visefektīvākās zāles smagu sāpju ārstēšanā.

NPL darbības mehānisms ir ciklooksigenāzes (COX) enzīma inhibīcija, kas kavē prostaglandīnu sintēzi. Prostaglandīni ir mazas lipīdu molekulas, kuras regulē dažādus procesus cilvēka ķermenī, tostarp imūno funkciju, nieru funkciju un trombocītu agregāciju (iesaistīti asins recēšanā). Lielākā daļa NPL inhibē abas COX izoformas (COX-1 un COX-2) ar nelielu selektivitāti. Ir arī selektīvi COX-2 inhibitori.

## – Kādas blaknes var radīt šo medikamentu lietošana?

Jārēķinās, ka NPL var izraisīt blakusparādības. Biežāk novērojami kuņģa un zarnu trakta darbības traucējumi, piemēram, slikta dūša, sāpes vēderā, čūlas attīstība, asiņošana. Var būt arī sirds un asinsvadu sistēmu skarošas blaknes, tādās kā paaugstināts asinsspiediens, kavēta asins recēšana (kavējot trombocītu aktivāciju), nosliece uz zilumiem un asiņošanu. Iespējami arī nieru darbības traucējumi, kā sāls un ūdens aizture, tūska u.c.

## – Cik ilgi ir nepieciešama atsāpīšana? Kā pareizi lietot zāles?

Atsāpīšanas ilgums ir atkarīgs no saslimšanas. Pacienti ar akūtu infekciju, piemēram, akūtu tonsilītu, akūtu ārējās auss ejas iekaisumu, atsāpīšanas un ārstēšanas ilgums būs vidēji septiņas dienas. Biežāk izvēlamies NPL un lietojam tos arī pēc sāpju pierimšanas, lai mazinātu iekaisumu. NPL parasti lieto divas līdz trīs reizes dienā, vienmēr pēc ēšanas. Labāk izvēlēties medikamentus, kurus ir nepieciešams lietot retāk, jo pacientu līdzestība zāļu lietošanā var būt dažāda. Piemēram, aizvietojot medikamentu, kas jālieto trīs reizes dienā, ar tādu, kuru pietiek lietot reizi diennaktī, ir lielāka varbūtība, ka cilvēks to tiešām iedzers.

Pacientiem pēc ķirurģiskām manipulācijām, piemēram, tonsilektomijas un rīkles plastiskajām operācijām, nepieciešama ilgāka atsāpīšana, kas var ilgt līdz pat divām nedēļām. Jāatzīmē, ka ir svarīgi novērst pacientam stipras sāpes pēc operācijas, viņu laikus atsāpīnot, lai mazinātu ciešanas. Paracetamolu kopā ar kādu opioīdu biežāk izvēlamies agrīnajā pēcoperācijas periodā, pirmajās trīs līdz piecās dienās. Pēc tam parasti pārejam uz NPL un paracetamola kombināciju. Vēlreiz noteikti jāatzīmē, ka NPL vienmēr jālieto pēc ēšanas, savukārt saistībā ar paracetamolu un opioīdiem, tik stingru indikāciju nav. Pacients, kurš no rīta pamostas ar ļoti stiprām sāpēm, paracetamolu var ieņemt arī pilnīgi tukšā dūšā. Ja mājās ir tikai kāds NPL, tad, tukšā dūšā lietojot, papildus būtu jālieto esomeprazols, pantoprazols vai omeprazols, lai pasargātu kuņģi.

## – Runājot par atsāpīšanu ar tautas līdzekļiem, – kurus no tiem var lietot, bet ko labāk neizmantot?

Visiem pacientiem rekomendējam pietiekamā daudzumā uzņemt šķidrumu un pārtiku. Dehidratācijas gadījumā sāpes var pastiprināties, īpaši pacientiem pēc mandeļu operācijām. Var nodrēt aukstuma aplikācijas. Ledus sūkāšana, saldinājuma ēšana var atvieglot sāpes rīklē. Akūta iekaisuma laikā nerekomendējam sildīt iekaisušo vietu. Piemēram, ja ir sāpes un iekaisums ausī, tad noteikti nav vajadzīgas nekādas siltas kompreses, jo tās var tikai veicināt iekaisuma atbildes reakciju un pastiprināt sāpes. Mūsdienās vairs neiesaka arī dažādu augu, tādū kā ģerānija, ievietošanu ārējās auss ejā, jo jebkādu svešķermeņu ievietošana var izraisīt auss ejas ādas papildu bojājumu un infekcijas tālāku attīstību. Auss iekaisuma laikā nedrīkst ausi pilināt eļļas pilienus, kurus bieži izmanto pacienti ar sēra korķiem. Ja ir attīstījies auss ejas iekaisums, tad eļļa var stāvokli tikai pasliktināt.

## – Ko jūs gribētu ieteikt LOR pacientiem?

Nevajadzētu baidīties no LOR daktera. Man šķiet, ka patlaban ārstu pieeja aprūpē ir ļoti vēsta uz pacientu un vairs nav izplatīts tāds paternālisms kā agrākajos laikos, kad pacients nobijies sēž un gaida, ko nu dakteris teiks un kā tālāk būs. Mūsdienās par savu veselības aprūpi ir atbildīgs pats pacients, tāpēc viņa viedoklis, domas tiek ņemtas vērā. Cilvēks droši drīkst teikt visu, kas aktuāls, kas viņam nepatīk, var jautāt, ja kaut kas nav skaidrs. Mēs viņam palīdzēsim un visu izskaidrosim.

Foto: No Anitas Dombrovskas personīgā arhīva

# Ar atvilni pie otolaringologa

ILONA NORIETE

Pie otolaringologa (LOR) pacienti dodas pēc palīdzības, ja novērojamas deguna, mutē, dobuma un rīkles, aizdegunes, balsenes vai ausu saslimšanas. Taču reizēm pie šī speciālista ierodas arī tautā par atvilni dēvētās jeb gastroezofageālās refluksa slimības (GERS) pacienti. Viņiem kuņģa saturs kopā ar tur esošo sāļsskābi gredzenveida muskuļa nepilnīgas darbības dēļ pastāvīgi nonāk atpakaļ barības vadā, ilgākā laika periodā radot dažādus bojājumus.

Lai gan GERS saistīta ar hroniskām izmaiņām barības vadā, tomēr nereti novērojami arī tādi simptomi kā kakla sāpes, iesnas vai klepus, kas bieži pacientam liek domāt par vīrusu vai citu kaiti. GERS iniciētie simptomi var radīt ievērojamu diskomfortu, kā arī dažādas komplikācijas – čūlu, asiņošanu, vēža attīstības risku. Par to, kā labāk rīkoties pacientiem, kuriem konstatēta GERS, un iespējām uzlabot viņu dzīves kvalitāti, uz sarunu aicinājām klinikas *Headline* otolaringologu Līvu Šperlu-Skritņiku.

**– Cik bieži jūsu praksē nonāk pacienti ar tādām sūdzībām kā skāba garša mutē, dedzināšana aiz krūšu kaula un tamlīdzīgi.**

– Pie LORa parasti GERS pacienti nonāk netišām. Viņi nenojauš, ka nepatīkamās sajūtas kaklā, rīklē ir saistītas ar kuņģa skābes iedarbību. Nereti pacienti, kuri ierodas ar sūdzībām par kaklu, brīnās, kad LOR dakteris, būdams ausu, kakla un deguna ārsts, uzdod jautājumus par kuņģi, ēšanas režīmu, piemēram, vai jūs regulāri no rīta dzerat kafiju tukšā dūšā un tamlīdzīgas lietas.

Jāņem vērā, ka sastopamas divu veidu atvilņa slimības. Ir augšējais atvilnis, kas attiecas uz LOR darbības sfēru, kā arī apakšējais atvilnis jeb GERS, ar ko vairāk strādā gastroenterologi. Šie divu veidu atvilni atšķiras ar savu simptomātiku. LOR praksē mēs sastopamies ar laringofaringeālo atvilni. Tas ir mūsu kompetencē, un ar to strādājam ikdienā. Slimības izplatība ir bieža un tiek diagnosticēta visās vecuma grupās.

**– Kādi simptomi izraisa diskomfortu, kā tas izpaužas?**

– GERS gadījumā ir novērojama regulāra kuņģa satura nonākšana barības vadā ar sekojošu gļotādas bojājumu rašanos. Tā arī rodas klīniskie simptomi. Ja kuņģa saturs nokļūst ne tikai barības vadā, bet gar augšējo sfinkteri arī balsenē, rīklē un degunā, dažreiz līdz pat ausim, tad novērojams augšējais laringofaringeālais atvilnis. Tas nav saistīts tikai ar kuņģa skābi, jo atvilni rada ne vien skābe, bet arī kuņģī esošie enzīmi un patī barība. Refluks var būt arī barības atgrūšana, kad viss, kas atrodas kuņģī, var pacelties uz augšu.

**– Kāpēc cilvēki vērsas tieši pie LOR? Kāpēc viņiem rodas sajūta, ka problēma varētu būt saistīta ar kaklu, degunu, ausīm?**

– Tas notiek tāpēc, ka bieži vien gan apakšējais, gan augšējais atvilnis iet roku rokā. Protams, ja parādījies augšējais reflukss, tad noteikti ir arī apakšējais, jo citādi līdz augšai tas nevarētu tikt. Taču otrādi gan mēdz būt, kad konstatējams tikai apakšējais atvilnis, bet nav augšējā atvilņa simptomu. Apakšējais reflukss parasti izpaužas kā klasiskā dedzināšana aiz krūšu kaula, un šie pacienti dodas pie gastroenterologa. Pie LOR speciālista viņi nonāk brīdī, kad atvilnis jau ir uzķāpis līdz pašai augšai, ticis ārā pa barības vada augšējo galu un izraisa dažādus nepatīkamus simptomus. Parasti tā var būt kamola sajūta kaklā, vēlēšanās



Līva Šperla-Skritņika: «Jāskatās, cik izteiktas ir izmaiņas balsenē, cik spēcīgs un ilgstošs bijis reflukss. Tad mēs izvēlamies terapiju. Pie augšējā atvilņa būs nepieciešama agresīvāka ārstēšana ar lielākām medikamentu devām nekā pie apakšējā atvilņa.»

to iztīrīt, atklepot, jo šķiet, ka kaklā ir kaut kas iekēries. Tikpat labi var būt kairinājums rīklē, iespējams arī hronisks klepus. Ļoti bieži novērojams aizsmakums, it īpaši no rītiem vai ilgstoši runājot, kā arī apgrūtināta rīšana. Nereti cilvēki sūdzas par tā dēvēto *post nasal drip* jeb pastāvīgu deguna tecēšanu un izdalījumiem aizdegunē. Reizēm mēdz būt balss vājums un arī paroksizmālas laringospazmas, sava veida balsenes krampji. Tādos brīžos liekas, ka tev pēkšņi «aizsīt» elpu un nevari ieelpot.

**– Kādās vecuma grupās GERS izpaužas visbiežāk?**

– Visvairāk parasti sūdzas jauni un vidējā vecuma cilvēki, īpaši balss profesiju pārstāvji. Viņu ir uzkrītoši daudz, jo ilgstoša balss piepūle rada dažādus traucējumus balsenē, tostarp rīkles apakšējā daļā. Pastāvīga balss piepūle – runāšana, dziedāšana – rada spiediena izmaiņas rīklē, diafragmā un stimule laringofaringeālā refluksa rašanos. Pie šādas slodzes atvilnis rodas vairāk mehāniski. No šiem simptomiem ļoti cieš skolotāji, dziedātāji un lektori – visi, kas strādā ar skolēniem, studentiem, bieži lasa lekcijas, daudz runā.

**– Cilvēki ir dažādi, daudzi mēģinās tikt galā ar problēmu saviem spēkiem – dzers zaļu tēju, lieto aptiekās pieejamos bezreceptu medikamentus. Taču ar to var nepietikt.**

– Ja cilvēks nepareizi pašārstējas, visdrīzāk simptomi nepāries un kļūs tikai sliktāk. Ja viņš izmanto aptiekā nopērkamus medikamentus, kas samazina kuņģa skābes daudzumu, piemēram, protonu sūkņa inhibitorus vai antacidus, tie sākotnēji novērsīs simptomus. Taču, ja cilvēks neaizārstēsies līdz galam, simptomi atkal atkārtosies. Tāpat varbūt vajadzētu pašārstēties ar tautas līdzekļiem. Jūs pieminējāt tēju dzeršanu, bet ir pierādīts, ka piparmētru tēja stimulē refluksu. Tie, kas regulāri pirms gulētiešanas dzer piparmētru tēju, brīnās, kāpēc viņiem naktī ir atvilnis. Tādēļ ar to jābūt uzmanīgiem, jo sekas var būt hronisks rinosinūsīts, arī hronisks otīts.

Daudzi pētījumi pierāda, ka atvilnis var provocēt arī astmu, un šī korelācija noteikti jāņem vērā. Astmas pacientiem ļoti bieži tiek konstatēts laringofaringeālais atvilnis. Šī slimība provocē astmas lēkmes un nereti stimulē arī alerģisku slimību rašanos. Citreiz mēs nevajadzīgi ārstējam alerģijas, bet izrādās, ka pie vainas ir atvilnis. Jāņem vērā, ka šī slimība ļoti bieži izraisa arī krākšanu un obstruktīvu miega apnoju (OMA).

**– Pie kādiem simptomiem pacientam būtu nekavējoties jāmeklē LORa palīdzība?**

– Tieši GERS gadījumā neatliekamās situācijas varbūt neradīsies. Pastāv risks, ka slimība var stimulēt laringospazmas. Tās iespējams sajaukt ar *globus hystericus*, kas ir psihiatriskas izpausmes sindroms, kad pacients nevar ievilkēt elpu, jo viņam rodas svešķermeņa sajūta kaklā. Arī ar GERS sirgstošie var pamosties naktis vidū ar sajūtu, ka nespēj paelpot. Tas notiek tāpēc, ka kuņģa skābe naktīs laikā akūti ķīmiski apdedzinājusi balseni un notikusi laringospazma. Balse neobloķējas, un pacients pamostas tādēļ, ka nevar paelpot. Jūtīgāki cilvēki tādā brīdī nereti sauc ātro palīdzību. Parasti gan laringospazma pati atlaižas un cilvēks var atsākt elpot. Tāpēc atvilņa dēļ skriet pie LORa naktīs vidū, visticamāk, nevajadzēs. Bet nebūtu ieteicams arī pārāk vilcināties. Ja tiešām ir ilgstošas sāpes kaklā, balss piesmakums, noteikti jāiet pie LORa, lai noskaidrotu, vai tā nav citas slimības, tostarp rīkles audzēja, izpausme. Savlaicīga diagnostika ir ļoti svarīga. Jo ilgāk GERS netiks ārstēts, jo lielāks būs dažādu plaušu slimību iespējamais risks. Tāpat šī slimība var provocēt arī priekšvēža stāvokļu rašanos.

**– Kādas pie atvilņa ir terapijas iespējas un rekomendācijas, ko var sniegt LOR praksē?**

– Mums jāskatās, cik izteiktas ir izmaiņas balsenē, cik spēcīgs un ilgstošs bijis reflukss. Tad mēs izvēlamies terapiju. Pie augšējā atvilņa būs nepieciešama agresīvāka ārstēšana ar lielākām medikamentu devām nekā pie apakšējā atvilņa.

**– Kādi medikamenti LOR praksē tiek lietoti GERS pacientu ārstēšanai?**

– Visbiežāk mēs pietiekami lielā devā lietojam ezomeprazolu, parasti, sākot no 40 mg dienā, kas sadalīts divās devās pa 20 mg. Taču smagākos gadījumos ļoti bieži uzreiz nozīmējam vidēji lielu devu, kas tiek rekomendēta arī pēc dažādu valstu, piemēram, ASV vadlīnijām, – pa 40 mg divreiz dienā. Vēl ir grupa pacientu, kuri lieto dažādus citus medikamentus, it īpaši kardīālos. Viņu ārstēšanai mēs izvēlamies pantoprazolu, jo šis protonu sūkņa inhibitors izceļas ar ļoti zemu mijiedarbības biežumu ar citiem medikamentiem. Tam varbūt nav tik spēcīga un ātra ietekme kā ezomeprazolam, toties pantoprazols dod iespēju ārstēt tos, kuri ikdienā lieto varfarīnu, klopidogrelu, digoksīnu un līdzīgus preparātus. Omeprazols, kas arī ir protonu sūkņa inhibitors, neuzrāda tik augstu efektivitāti pie

augšējā atvilņa, tāpēc ikdienā mēs vairāk lietojam ezomeprazolu un pantoprazolu visnotaļ lielās devās.

**– Kā šie medikamenti darbojas?**

– Tie visi ir protonu sūkņa inhibitori. Vienkārši izsakoties, šīs zāles samazina skābes sekrēciju kuņģī.

**– Cik ilgi nepieciešama ārstēšana?**

– Pie vieglākām slimības izpausmēm var noderēt arī medikamentu kurss, bet tā ilgums ir, sākot no diviem mēnešiem. Tas ir pie klasiskajiem apakšējā atvilņa simptomiem, kad novērojama dedzināšana, grēmas, regurgitācija. Tad var pietikt arī ar protonu sūkņa inhibitoru lietošanu vienu reizi dienā vismaz astoņas nedēļas. Mazāks periods parasti ir nepietiekams. Bet, ja atvilņa simptomi skar arī LOR orgānus, tad šīs zāles būs jālieto divreiz dienā un lielākā devā. Terapijas ilgums būs vismaz divi mēneši, bet parasti mēs nozīmējam ārstēšanas kursu trīs mēnešu garumā un ilgāk. Dažreiz terapija var būt arī ļoti ilgstoša, gandrīz visu dzīvi. Ārstēšanas veidu norādīs diagnoze. Tas ir izšķiroši svarīgi, jo laringofaringeālo atvilni bieži nevar diagnosticēt ar fibrogastroskopiju, toties redzamas tā izpausmes augšējos elpceļos un tā esamību konstatējam tīri vizuāli. Ārsts nosaka šo diagnozi, apskatot cilvēku un balstoties uz savu pieredzi. Vadlīnijās noteikts – ja divus trīs mēnešus kopš terapijas uzsākšanas slimības izpausmes mazinās, tad diagnoze ir pierādīta. Nav nepieciešami papildu izmeklējumi, vienkārši tiek turpināta ārstēšana. To savā ziņā var uzskatīt par diagnostisku terapiju pirmajos pacienta ārstēšanas mēnešos.

**– Kā pareizi lietot medikamentus?**

– Protonu sūkņa inhibitorus ir ļoti svarīgi lietot tukšā dūšā. Tā zāles darbojas visefektīvāk. Tas nozīmē, ka tableti vai kapsulu jāiedzer vismaz pusstundu pirms brokastīm. Saistībā ar vakara devu – vajadzētu neēst vismaz trīs stundas pirms gulētiešanas, lai kuņģis būtu tukšs arī vakarā. Tad pirms gulētiešanas iedzer zaļu otro devu. To noteikti vajag iegaumēt.

**– Vai atvilni var sekmīgi izārstēt?**

– Dažreiz, ja tā ir tikai pārejoša parādība, kad organisms reaģē uz zināmiem produktiem vai neregulāru ēšanu, tad pietiks sakārtot ēšanas režīmu un mazliet koriģēt savu dzīvesveidu, piemēram, atteikties no produktiem, kas paaugstina skābes līmeni kuņģī. Tā var būt kafija, šokolāde, bulciņas, kūciņas. Atvilņa rašanos parasti provocē arī baltie milti, piparmētras, mentols, tāpat dažādi skābi produkti, jebkādas ogas, sulas. Pat, regulāri no rīta dzerot stipru citronūdeni, var saslimt ar atvilni. Tāpat refluksa parādīšanās var veicināt dažādi skābēti, marinēti produkti. Parasti cilvēkus ar šādām problēmām labprāt nosūtām pie uztura speciālista, lai katram piegulētu individuālu diētu. Tas varētu būt visefektīvākais risinājums. Visu var ēst, bet ievērojot mērenību. Ļoti svarīgi ir uzņemt uzturu mazākās devās un biežāk. Svarīgi arī neēst uz nakti un nelietot alkoholu, īpaši vakaros, jo jebkurš alkohols veicina atvilni. Riska zonā ir arī smēķētāji. Pēdējā laikā visās intervijās cenšos uzsvert vēl vienu lietu, proti, cik lielu postu nodara elektronisko smēķēšanas ierīču lietošana. Kad kakls jau ir sakairināts un papildus vēl moka atvilnis, smēķētājiem šīs nepatīkamās sajūtas būs vēl biežākas un izteiktākas. Pastāv arī ķirurģiskā ārstēšana. Klasiski šajā jomā tiek izmantota *Nissen* fundoplikācija, kuras laikā nostiprina sfinkterus, lai atvilnis nemaz neveidotos, – to veic abdominālie ķirurgi. Šis risinājums būtu īpaši noderīgs cilvēkiem, kuriem nepalīdz nekāda konservatīvā terapija un kam ir nopietnas problēmas ar trūcēm, barības vada ruptūrām.

Foto: No Līvas Šperlas-Skritņikas personīgā arhīva



# Apmācība un stabila terapija – astmas un HOPS ārstēšanas pamats

TOMS ZVIRBULIS

Astmas un hroniskas obstruktīvas plaušu slimības (HOPS) ārstēšanā pacientiem ir jālieto inhalatori, taču dažkārt terapija kādu iemeslu dēļ nav sekmīga. Viens no galvenajiem ietekmējošajiem faktoriem ir inhalatora nepareiza lietošana.

Aktualizējot astmas un HOPS ārstēšanas pamatprincipus, saruna ar alergologu un pneimonologu medicīnas zinātni doktoru, LU asociēto profesoru **Māri Bukovski**.

– Astma un HOPS ir izplatītas elpošanas sistēmas slimības. Lūdzu, pastāstiet par astmas un HOPS ārstēšanā izmantojamiem medikamentiem.

– Astmas un hroniskas obstruktīvas plaušu slimības ārstēšanas pamatā ir inhalatoru lietošana. Tiek izmantoti arī citi medikamenti, bet krietni retāk, jo pareizi izmantoti inhalatori spēj nodrošināt nepieciešamo ārstēšanu.

– Kas pacientiem noteikti būtu jāzina par inhalatoru lietošanu?

– Lietojot inhalatorus, ārkārtīgi svarīga ir apmācība – tā nosaka visu. Ja cilvēks pareizi lieto inhalatoru, tad ārstēšana būs efektīva un veidosies uzticība medikamentam. Astma būs labāk ārstēta, kontrolēta, būs mazāk simptomu un slimības uzliesmojumu, ātrās palīdzības izsaukumi un hospitalizācija notiks retāk, un samazināsies iespēja nomirt astmas vai hroniskas obstruktīvas plaušu slimības uzliesmojuma laikā.

Inhalatoru lietošanā, īpaši, ja tie bieži tiek mainīti, nereti tiek pieļautas kļūdas. Tādēļ ārsti tiek aicināti no reizes uz reizi, kad astmas vai hroniskas obstruktīvas plaušu slimības pacienti ierodas vizītē, pārliecināties, vai viņu inhalācijas tehnika ir pareiza. Daudzu citu iekšējo slimību ārstēšanai tiek izmantoti iekšīgi lietojami vai injekciju medikamenti. Gribētu teikt – diezin vai jūs pazīstat daudz tādu cilvēku, kuri neprot iedzert tableti. Var, protams, sajaukt formas un apēst rektālo svečīti (*smieklī*), bet šeit iespēja kļūdīties ir retāka.

– Kādi ir inhalatoru veidi?

– Inhalatorus varam iedalīt divās lielās grupās: dozētie gāzu aerosoli un pulverinhalatori, kur būtiski atšķiras inhalācijas tehnika.

Dozēto gāzu inhalatoru vislabāk būtu lietot kopā ar krājtelpi. Mana pieredze un arī pētījumi apliecina, ka krājtelpas izmantošana samazina kritiskas kļūdas iespēju. Kas ir kritiska kļūda? Ja izdarām ko tādu, kas inhalāciju padara bezjēdzīgu. Ja dozēto gāzu inhalatoru lieto bez krājtelpas, kas šķiet izdarāms vieglāk un ātrāk, tad uzmanība pievēršama **pirksta un elpas koordinācijai**. Šeit tieši ieelpas sākumā (nevis pirms, vidū vai beigās) jānospiež aerosols un tālāk jāturpina lēna, mierīga, iespējami dziļa ieelpa, pēc tam vismaz desmit sekundes elpu aizturot. Ja ar koordināciju ir grūtības, tad krājtelpa tomēr lietojama.

Ja dozēto gāzu inhalatoru lietošanas tehnika ir savstarpēji līdzīga, tad **sausā pulvera inhalatoru ierīces ir dažādas**, ar atšķirīgu lietošanu. Ir inhalatori, kur nepieciešami trīs četri un pat pieci soļi, lai sagatavotu medikamenta devu inhalācijai, bet ir arī tādi, kur solis ir tikai viens. Cilvēks noteikti būs līdzestīgāks, ja soļu būs mazāk. Sausā pulverinhalatora lietošanas pamatā ir maksimāli strauja, spēcīga un dziļa inhalācija, pēc tās aizturot elpu desmit sekundes.



Foto: No Māra Bukovska personīgā arhīva

**Māris Bukovskis: «Lietojot inhalatorus, ārkārtīgi svarīga ir apmācība – tā nosaka visu. Ja cilvēks pareizi lieto inhalatoru, tad ārstēšana būs efektīva un veidosies uzticība medikamentam. Astma būs labāk ārstēta, kontrolēta, būs mazāk simptomu un slimības uzliesmojumu, ātrās palīdzības izsaukumi un hospitalizācija notiks retāk, un samazināsies iespēja nomirt astmas vai hroniskas obstruktīvas plaušu slimības uzliesmojuma laikā.»**

Atsevišķi jāatzīmē inhalatori, kuri satur sīkas medikamentu daļiņas. Tie veiksmīgi ārstē plaušas līdz pat sīkajiem elpceļiem, un šiem inhalatoriem īpaši nozīmīga ir pietiekami ilga (desmit sekundes) **elpas aizture**, lai daļiņas pagātu nosēsties uz elpceļu virsmas. Pietiekoši ilgai elpas aizturi

*Ārsti tiek aicināti no reizes uz reizi, kad astmas vai hroniskas obstruktīvas plaušu slimības pacienti ierodas vizītē, pārliecināties, vai viņu inhalācijas tehnika ir pareiza.*

ir būtiska loma inhalācijas medikamenta efektīvā lietošanā. Visbiežāk sastopamā kļūda – veicot inhalāciju, elpa netiek aizturēta pietiekami ilgi.

– Kas varētu veicināt veiksmīgāku inhalatoru lietošanu?

– Līdzestību noteikti veicinās tas, ka cilvēks lieto vienu ierīci. Ja tiek lietotas, piemēram, divas atšķirīgas ierīces, kur viena ir dozētais gāzu aerosols, bet otrs pulverinhalators, tad pareizai ierīču lietošanai jāizmanto dažādas tehnikas, kas laika gaitā noved pie kļūdām ierīču izmantošanā. Nereti

cilvēks uzskata – ja vienu medikamentu esmu inhalējis, ar to ir gana. Reizēm pacienti naudas taupīšanas nolūkos lieto tikai vienu inhalatoru. Tas pasliktina astmas kontroli.

Ja ir atrasts labākais inhalators, kas sekmīgi ārstē astmu vai HOPS un ko ērti lietot, tad stabila terapija tieši ar šo ierīci un medikamentu kombināciju būs efektīvas ārstēšanas pamats. Palīdzošī ir tas, ka inhalatoriem ir devu skaitītāji. Pateicoties tiem, cilvēks saprot, cik devu ir atlicis inhalatorā. Lai nav tā, ka inhalācijas tiek veiktas, bet medikaments netiek saņemts. Pulverinhalatoriem papildu mehānisms, kas palīdz saprast, vai inhalācija ir veikta, ir medikamenta nesējviela – laktoze, kas nodrošina saldu pulvera garšu mutē. Ja cilvēks ir seniora vecumā vai ar ļoti novājinātu plaušu funkciju, kad nav tik daudz spēka, tad tieši ierīces dažādie paligmehānismi palīdz saprast, vai pulverveida inhalators ir piemērots. Dažiem pulverveida inhalatoriem, pareizi veicot inhalāciju, atskan specifisks klikšķis, kas apliecina saņemto medikamenta devu. Šādas ierīces ir ērtas lietošanā un informatīvas. Un, protams, izšķirīgi ir tādi jau minētie faktori kā inhalatoru tehnikas apmācība un regulāras pārbaudes, vai inhalācija tiek veikta korekti.

– Ir skaidrs, ka pulverveida inhalatori mēdz būt ļoti atšķirīgi. Vai visi dozētie gāzu aerosoli ir līdzīgi?

– Jā, pēc izskata dozētie gāzu inhalatori ir līdzīgi, bet struktūras ziņā mēdz būt atšķirīgi. Piemēram,

ir aerosoli, kas satur sīkas medikamentu daļiņas (daļa frakciju ir mazākas par 1 mikrometru). Tie spēj iekļūt dziļāk elpceļos, īpaši sīkajos elpceļos. Jau pirms 20 – 30 gadiem bija saprotams, ka aerosolu iekļūšana sīkajos elpceļos ir nepietiekama, un tas deva impulsu attīstīt šo virzienu.

Sīko daļiņu aerosoliem arī plūsmas ātrums ir mazāks, kas uzlabo aerosola iekļūšanu plaušās. Īpaši lēna plūsma raksturīga «maigās miglas inhalatoram», un tādējādi tiek dots ilgāks laiks, lai veiktu inhalāciju. Vērojot salbutamola (glābējinhhalatora sastāvdaļa) plūsmas ātrumu, tas ir salīdzinoši lielāks, līdz ar to, nepareizi veicot ātras plūsmas inhalāciju, mēs burtiski ietiecām to rīkles mugurējā sienā.

– Medikamentu kompensācijas sistēmā ir situācija, kad ik pa laikam mainās references medikamenti. Kā tas ietekmē astmas un hroniskas plaušu slimības kontroli?

– Lai arī medikamentiem nereti ir tās pašas darbīgās vielas un devas, tomēr mēdz atšķirties ierīces, palīgvielas, medikamenta struktūra, kas ietekmē gan aerosola iekļūšanu plaušās, gan ārstēšanas efektivitāti. Ministrijas iniciatīva tika pamatota ar pētījumu, ka biežāka inhalatoru nomaiņa uzlabo pacienta līdzestību. Tomēr inhalatora maiņai ir jānotiek vienlaikus ar jaunā inhalatora apmācību un inhalācijas tehnikas pārbaudi. Pacients nereti ir apmācīts lietot vienu ierīci, bet aptiekā viņš pēkšņi saņem citu. Instrukcija bieži vien ir nepietiekama. Šī un citu iemeslu dēļ vismaz 70 – 80 procenti pacientu inhalatorus lieto neko-rekti. Jāņem vērā, ka ārsta kabinetā pacients ir disciplinēts, bet mājās, iespējams, nepievērš tik lielu uzmanību dažādām inhalatoru lietošanas niansēm. Tādēļ lietošana no reizes uz reizi būtu jāpārbauda. Ja lietojamie inhalatori pastāvīgi mainās, jo mainījies ir references medikaments, tad grūti nodrošināt labu efektivitāti. Būtu labi, ja cilvēks ārstētos ar vienu un to pašu inhalatoru. Ārstēšana visbiežāk nav efektīva situācijās, ja medikamentu nelieto vai pielieto nepareizu inhalācijas tehniku.

Kā specifiska inhalatora lietošanas nianse jāmin inhalatora sakratīšana pirms lietošanas. Dažus inhalatorus nepieciešams sakratīt, bet dažiem tas ir absolūti nevēlami, jo spēj samazināt piegādāto medikamenta devu pat par 30 – 40 procentiem. Tā, piemēram, tādu ierīci kā *Easyhaler* noteikti ir jāsakrata, *Turbuhaler* ierīcei tam nav nozīmes, bet, ja sakratām *Spiromax* ierīci, tad ir slikti. Arī dozētajiem gāzu aerosolu medikamentiem šajā ziņā ir atšķirības.

Pulverinhalatoru lietošanā būtiska ir pietiekami spēcīga ieelpa. Tās jēga ir tāda, lai straujā gaisa plūsma izšķaida medikamenta daļiņas sīkākās daļiņās, kas spēj nokļūt elpceļos. Ja daļiņas paliek rupjas, tad nogulsņējas mutē un rīklē, bet elpceļos nonāk maz.

Vēl jāņem vērā, ka ārstēšanās rezultātā astmas vai HOPS simptomi samazinoties, pacients medikamentu sāk lietot retāk un retāk, jo jūtas labi. Tomēr ar laiku simptomi atgriežas un var novest pie astmas uzliesmojuma. Nedrīkstētu lietot tikai salbutamolu pēc vajadzības, ir jāsaņem arī pretiekaisuma medikamenti (glikokortikoidi), kas nodrošina sekmīgu terapiju ilgtermiņā. Manā praksē to nenovēroju bieži, tomēr dati liecina, ka salbutamols joprojām tiek lietots krietni par daudz. Saņemot, piemēram, glikokortikoidus un formoterolu gan pamata terapijā, gan pēc vajadzības, tiek nodrošināts gan pretiekaisuma, gan bronhus paplašinošs efekts.

# OMA gadu gaitā var radīt nopietnas

ILONA NORIETE

**Vairāk vai mazāk naktīs krāc katrs no mums. Cēloņi tam var būt visdažādākie. Taču nereti krākšana signalizē par nopietnu veselības problēmu – obstruktīvu miega apnoju (OMA). Šīs slimības gadījumā cilvēkam naktī palaikam apstājas elpošana, jo dažādu iemeslu dēļ elpceļi tiek nosprostoti. Rezultātā būtiski kritas skābekļa saturs asinīs, bet miegs kļūst saraustīts un organisms, īpaši smadzenes, nakts gaitā nespēj pietiekami atpūsties. Sekas top redzamas nākamajā dienā – lai gan dažkārt gulēts pat diezgan daudz (8–10 stundas), cilvēks jūtas neizgulējies, pastāvīgi uzmācas miegainība, rodas grūtības koncentrēties, zūd domāšanas asums. Šādos gadījumos tieši OMA ir viens no biežākajiem minēto problēmu rašanās iemesliem.**

Vairāk par šo slimību, tās cēloņiem, diagnosticēšanu un ārstēšanu sarunā ar RSU Stomatoloģijas institūta anesteziologu, reanimatologu, klinikas «Miega slimību centrs» ārstu **Juri Svažu**.

**– Krākšana ir daudzu cilvēku neatņemama dzīves sastāvdaļa. Kādi varētu būt galvenie krākšanas iemesli – liekais svars, gulēšana uz muguras?**

– Galvenais iemesls visiem ir viens – šaurs elpceļš. Trokšņa rašanos nosaka fizikāla nevis medicīniska parādība, proti, jo cilvēkam ir šaurāks elpceļš, jo ātrāk gaiss plūst tam cauri. Jo lielāks ir plūšanas ātrums, jo lielāka kinētiskā enerģija tam piemīt. Kadā brīdī gaisa plūsma sāk ievibrēt, virpuļo, kļūst turbulenta, tādā veidā rodas vibrācijas un skaņa. Biežāk tas raksturīgs gados vecākiem cilvēkiem, kad viņu audi vairs nav tik elastīgi, vairāk atslābst, kopējais tonuss nav pietiekami labs.

**– Kādi ir galvenie elpceļu sašaurināšanās cēloņi?**

– Faktori, kas elpceļus padara šaurākus, var būt ļoti dažādi. Biežāk sastopamie ir gan iedzimtas sejas skeleta īpatnības, gan tādas, kas parādījušās, skeletam augot. Piemēram, tā var būt pasliktināta elpošana caur degunu, ja cilvēkam sejas daļa ir mazāka, nekā būtu vēlams, arī apakšžoklis var būt nav pietiekami liels. Ja šī problēma ir vairāk izteikta, bieži vien tās esamību var atpazīt vizuāli. Parasti tā ir apaļa, plakanāka seja, kurai nav raksturīgs žokļa izvirzījums. Iztēlosimies pērtiķi: tā kā šis dzīvnieks pastāvīgi grauž cietu barību, viņam žokļi ir izteikti izvirzīti uz priekšu. Mēs uzturā liekotam mikstāku ēdienu, tādēļ cilvēka žokļi atrofējas, kļūst mazāki. Bet atsevišķiem indivīdiem, kuriem dažādu iemeslu dēļ šī galvaskausa daļa jau kļuvusi pārāk maza, sašaurinās arī elpceļi, jo sejas skelets veido bāzi mikstajiem audiem. Pat situācijā, kad šie audi (mēle, muskuļi u.c.) ir tāda paša izmēra kā citiem, žokļa iekšpusē paliek mazāk brīvas telpas, jo šaurāks ir pats ietverošais rāmis. Dažreiz par mazu apakšžokli uzkrītoši signalizē dziļš sakodiens, bet gadījumos, kad apakšžoklis atbīdīts atpakaļ, priekšzobi parasti labi redzami smaida laikā.

Otrais un biežākais elpceļu sašaurināšanās iemesls ir ķermeņa masas pieaugums. Ja skelets ir labs, tad pat 30 kilogramu liels liekais svars bieži vien šajā jomā nerada īpašas problēmas. Taču sliktākas skeleta uzbūves gadījumā jau 10–20 lieki kilogrami spēj radīt negatīvu ietekmi.

Savukārt trešais faktors, kas var izraisīt elpceļu sašaurināšanos, ir palielinātas rīkles mandeles. Šī problēma biežāk raksturīga bērniem. Kādam tās

var būt tik lielas, ka viņš tādēļ naktī miegā smok. Pieaugušajiem šāda situācija negadās pārāk bieži, tomēr ir sastopama. Parasti visi trīs faktori kombinējas, kā rezultātā arī rodas šaurais elpceļš.

Ir arī ceturtais faktors – novecošanās. Ar gadiem audi zaudē elastību, izstāpās un kļūst ļengānāki, papildus vēl arī nosēžas sakodiens, varbūt nedaudz notrinās zobi, kas būtībā ir normāls, dabisks process. Gadu gaitā biežāk parādās arī lieki kilogrami. Tāpēc jau vecumā ap 50–60 gadiem būtu pagrūti atrast cilvēku, kurš nemaz nekrāc. Rezumējot var teikt, ka krākšanai ir viens iemesls – šaurs elpceļš –, bet tā rašanās cēloņi var būt vairāki.

**– Kas ir obstruktīvā miega apnoja jeb OMA?**

– Apnoja ir sengrieķu vārds, kas nozīmē «bez elpas». Pats par sevi tas neko daudz nepasaka, tikai to, ka šie cilvēki epizodiski miegā neelpo. OMA gadījumā viņi neelpo tāpēc, ka miegā nosprostojas elpceļš. Ir svarīgi, cik daudz cilvēkam ir šādu epizožu. Ja tie ir daži desmiti naktī, līdz 30–40, tad par to nebūtu jāuztraucas. Nav pierādījumu, ka šādas īslaicīgas elpas apstāšanās varētu būtiski ietekmēt miegu, tas skaitās normāli. Ja skaits sasniedz 100 epizožu naktī, tā būs vieglas formas OMA, 100–200 elpošanas apstāšanās – vidēji smaga, bet vairāk nekā 200 elpceļu nosprostošanās epizožu vienas nakts laikā jau tiek klasificēta kā smaga miega apnoja. Ja tā turpinās piecus, desmit vai piecpadsmit gadus, tad parādās sekas, ko rada regulārā smakšana. Katras apnojas epizodes laikā cilvēkam apstājas elpošana, bet elpceļu aizvēršanās, nosprostošanās procesu nosaka fizikas likumi. Es to skaidroju visiem pacientiem, lai viņi saprot lietas būtību, jo cilvēkiem dažreiz liekas mistiski – kā var būt, ka es pēkšņi neelpoju. Labākais piemērs, kas to raksturo, ir sekojošs: ja mēs mēģinām spēcīgi ievilkot gaisu pa tievu kokteiļu salmiņu, tas saplok, to aizrauj ciet. Ja elpceļš ir šaurs, tāds pats process notiek arī miegā, jo tobrīd mums ir zems muskulatūras tonuss. Šā iemesla dēļ elpceļš ir kļuvis vēl šaurāks, jo tikai muskuļu spēks to notur vaļā. Tad arī notiek elpošanas apstāšanās. Brīžos, kad mēs neelpojam, skābekļa saturs asinīs pazeminās, kas savukārt rada trausmi organismā, – ceļas asinsspiediens, paātrinās sirdsdarbība un tiek iedarbināti ļoti daudzi sarežģīti mehānismi. Daudzi noteikti ir dzirdējuši par tādām lietām kā oksidatīvais stress, brīvie radikāļi un līdzīgām negatīvām parādībām, kas bojā asinsvadu sienas, izraisa aterosklerozi, rada vielmaiņas traucējumus un iekaisumu organismā. Katras smakšanas epizodes laikā visi šie patoloģiskie procesi tiek iedarbināti. Ja tās ir 20 epizodes naktī, tas nekaitēs. Bet, ja elpošanas apstāšanās skaits sasniedz 300 un tā turpinās piecus, desmit gadus, tad rodas sekas. Tās ir sirds un asinsvadu slimības, vielmaiņas un kognitīvie traucējumi, miegainība dienā. Tās ir OMA sekas.

**– Mandeles ir iespējams izoperēt, no liekā svara cilvēks var mēģināt atbrīvoties pats. Situācijas, kad šis uzdevums nav izpildāms, tik bieži negadās. Vecumu regulēt gan nav mūsu spēkos. Varbūt ir kādi medikamenti vai tehniski risinājumi?**

– Vecumā šī problēma ir samērā izplatīta. Pētījumi dažādās valstīs uzrāda, ka pēc 65–70 gadu vecuma populācijā viegla miega apnojas forma ir sastopama diezgan bieži – 10 līdz 20 procentiem iedzīvotāju. Tas nozīmē, ka elpošanas traucējumi vieglā formā ir apmēram piektajai senioru. Tajā pašā laikā pētījumos nav rasti pierādījumi, ka šie traucējumi varētu būtiski ietekmēt viņu veselību. Ja tie konstatēti vieglā pakāpē 70 gadu vecumā, cilvēks var nodzīvot visu atlikušo mūžu, gadus



Foto: No Jura Svaža personīga arhīva

**Juris Svaža: «Ja elpošanas apstāšanās skaits sasniedz 300 un tā turpinās piecus, desmit gadus, tad rodas sekas. Tās ir sirds un asinsvadu slimības, vielmaiņas un kognitīvie traucējumi, miegainība dienā. Tās ir OMA sekas.»**

20–30, un nekas sliktas nenotiks. Taču, ja elpošanas traucējumi vieglā formā parādās jau 30 gadu vecumā, ar laiku tie var kļūt bīstami. Aptuveni rēķinot, ka vēl vismaz 50 gadi jādžīvo un papildus pieaug arī svars, tad pamazām attīstās smaga miega apnoja.

**– Kā cilvēks var aizdomāties un saprast, ka viņš krāc, ja dzīvo viens pats?**

– Tautā joprojām ir izplatīts mīts, ka krākšana ir kaut kas sliktas. Ko mēs uzskatām par krākšanu? Viens guļ blakus tādām «superkrācējam», bet viņu tas netraucē. Citiem ir sliktas miegs un nakts klusumā traucē katrs mazākais troksnis. Piemēram, mazliet iekrācas gultas partneris, kurš kādā brīdī pagriezies uz muguras, vai tā ir tikai klusa šņākuļošana, ko pat aparatūra neregistrē kā krākšanu. Bet partneris teic, ka nevar gulēt, jo blakusgulētājs krāc. Mēs šo «krācēju» izmeklējam, taču bieži viņam nav nekādu elpošanas traucējumu, pat īstas krākšanas nav, kura parasti pavada apmēram 3 līdz 5 procentus no nakts miega.

**– Vai iespējams mazināt krākšanu?**

– Raugoties no ārsta skatu punkta, jāuzsver, ka mēs neārstējam 60–100 apnojas epizodes naktī, mēs ārstējam konkrētu pacientu. Ja cilvēks ir vesels, jūtas labi, viņam nekāda terapija nav vajadzīga. Iespējams, viņš šad tad, naktī elpojot, skaļāk vai klusāk krāc un tādējādi traucē savam partnerim, kuram ir sliktas miegs. Senioru vecumā, domāju, mums būtu grūti atrast kādu pāri, kurš ar šo problēmu nav saskāries. Ja kādam no partneriem tas traucē, iespējami trīs rīcības varianti. Ja krākšana nav pārāk bieža un skaļa, parasti cilvēki pierod. Ja tas neizdodas, tad guļ atsevišķi vai liek zobos speciālās pretkrākšanas kapes. Vieglas miega apnojas gadījumā nevienam neizmanto īpašu CPAP aparātu ar masku, kas palīdz smagajiem pacientiem. Nelielas un neregulāras krākšanas dēļ nevienu arī neoperēs, jo jāņem vērā, ka tās ir sarežģītas operācijas. Ja zobu nav vai to virsma

ir tāda, ka šo kapi nevar uztaisīt, tad neko izdarīt nevar. Tādā gadījumā atliek pozicionāla terapija – tas var būt kāds uz muguras nostiprināts priekšmets, piemēram, mugursoma ar bumbu vai spilvenu, lai cilvēks nevar gulēt uz muguras. Ir arī īpaši deguna liekami riņķīši. Tie var palīdzēt, bet ne visiem, drīzāk izmantojami atsevišķās specifiskās situācijās. Šādi aksesuāri nav noderēt tiem, kuriem ir šauras deguna ejas, miegā gaiss plūst ātri un var izraisīt sākotnējas vibrācijas jau degunā.

**– Kādi ir neārstētas OMA riski un sekas?**

– Tagad arī Latvijā stājies spēkā Eiropas Savienības (ES) regulējums, ka cilvēki ar smagu miega apnoju nevar iegūt vai atjaunot autovadītāja tiesības, īpaši profesionāli šoferi. Pagājušajā gadā jau tika piešķirti līdzekļi, tāpēc varēsim sākt izmeklēt pacientus, kuri ietilpst augsta riska grupās. Sabiedrībā pret to valda neviennozīmīga attieksme. Man pat dakteri teikuši: kas tā par lietu, vai tagad katru, kurš krāc, būs jāārstē vai viņam atņems tiesības? Protams, nē. Miega apnojas klīniskās pazīmes ir diezgan tipiskas. Ja tu esi ārsts un redzi, ka pusmūža cilvēkam ir ievērojams liekais svars, paaugstināts asinsspiediens, diabēts, papildus viņš atklāj, ka dienā jūtas miegains vai noguris, tad viss kļūst redzams kā uz delnas. Bez šaubām, pacients to var arī neteikt, bet ir zināmas lietas, ko, apmeklējot ārstu, noslēpt nevar, – ne savu ķermeņa masas indeksu, ne asinsspiedienu. Šādi riska faktori mums palīdz atpazīt esošos vai potenciālos OMA pacientus. Man bija paciente trolejbusa vadītāja ar miega apnoju, kura nereti iemīga, apstājoties pieturā, un dažreiz pasažieri viņu modināja. Monotona braukšana vai cita līdzīga darbība miegainību bieži vien padara nepārvaramu. Cilvēks ir apzinīgs, guļ astoņas stundas, varbūt pat vairāk, cenšas un dara visu, dzer kafiju, bet, ja naktī ir 400–500 elpošanas pauzes un katra no tām ilgst 20–30 sekundes, viņš nevar izgulēties. Daudzi no mums ir sedējuši pie

# veselības problēmas

stūres noguruši un neizgulējušies, kad ļoti nāk miegs. Mēs zinām, cik tas ir grūti. Šiem cilvēkiem tā ir ikdiena. Autobusa šoferim, kurš ved bērnu uz skolu, vai smagā auto vadītājam, kuram piekabē ir 20 tonnas ar kravu, potenciāla aizmigšana pat uz īsu brīdi ir ļoti bīstama, jo viņš var izraisīt avāriju ar ļoti smagām sekām. Profesionālam šoferim, kuru skārusi smaga miega apnoja, pastāv iespēja kontrolēti ārstēties, lai viņš nezaudētu savu darbu. Cilvēks no tā tikai iegūst, jo atbrīvojas no nopietnas slimības. Turklāt viņš var turpināt strādāt, jo vairs nav bīstams apkārtējiem

**– Pastāstiet, lūdzu, vairāk par īpašo aparātu, kuru gulēšanas laikā izmanto OMA pacienti.**

– Cilvēkiem bez OMA šādu situāciju varbūt ir grūti iztēloties. Taču 50–55 gadus vecam pacientam, kuram elpošana apstājas 500 reizu naktī un tas turpinās gadiem ilgi, darbā ir grūti koncentrēties. Vakarā viņam nav spēka neko darīt, neinteresē nekādas sociālās aktivitātes, raizes rada liekais svārs un paaugstināts asinsspiediens, varbūt arī cukura līmenis asinīs. Šāds cilvēks veselības aprūpei izmaksā dārgi, jo viņam regulāri vajadzīga darba nespējas lapa, medikamenti, dažādi izmeklējumi. Ja viņš naktī trīs stundas neelpo, izgulēties nav iespējams. Parasti aparāta izmēģināšanai ir ļoti labs efekts, cilvēks atnāk laimīgs un saka: es vairs nevienu nakti negribu gulēt bez šīs ierīces. Šajā gadījumā galvenais nav aparāta izskats, bet tā sniegtais efekts. Aparāts līdzinās uz deguna uzliekamai maskai, kas ar nelielu spiedienu pūš elpceļos istabā esošo gaisu. Tā nav plaušu ventilācija vai skābekļa padeve, šī ierīce vienkārši ļauj pacientam brīvi elpot. Iespējams, izskats var maldināt, bet aparāta darbības princips zināmā mērā līdzinās brīlēm, kuras mums palīdz labāk redzēt. Šāda ierīce dod iespēju labāk elpot. Cilvēkam, kuram ir OMA smagā formā, būtībā nav lielas izvēles, tikai divi risinājumi. Pirmais – turpināt dzīvot kā iepriekš, pastāvīgā diskomfortā un mokoties ar slimības radītajām sekām, kas parasti paredz arī priekšlaicīgu nāvi. Otrā iespēja – gulēšanas laikā izmantot CPAP aparātu un elpot pilnvērtīgi. Dzīves kvalitāte un veselība uzreiz uzlabojas. Tāpēc arī cilvēki izvēlas lietot šo ierīci.

**– Kā ģimenes ārsts var atpazīt miega apnojas pacientu?**

– Šos riskus var pamanīt samērā vienkārši. Ir izveidots «STOP-Bang» tests, kuru katrs var atrast internetā ([www.miegacentrs.lv](http://www.miegacentrs.lv)). Tajā ietverti astoņi jautājumi: vai jūs krācat, vai ir liecinieki elpošanas pauzēm, vai jums ir paaugstināts asinsspiediens, vai dienā jūtat miegainību, jūsu vecums, dzimums, ķermeņa masas indekss, kakla apkārtmērs. Ja ir trīs pozitīvas atbildes, tas tiek uzvertts kā paaugstināts risks. Vecuma gadījumā robeža ir 50+ gadu, bet ķermeņa masas indeksam – virs 35 vienībām. 65 gadus vecam vīrietim trīs apstiprinošas testa atbildes vēl nav augsts risks, bet četras piecas gan. Visvairāk riskam pakļauti pusmūža (50+) vīrieši. Pie vainas var būt gan sejas skeleta īpatnības, gan liekais svārs, kas ir viens no dominējošajiem faktoriem. Tipiska pazīme gan vīriešiem, gan sievietēm varētu būt arī resns kakls, kas liecina par aptaukošanās veidu, kad daudz tauku nosēžas kaklā, tādējādi padarot elpceļus šaurākus. Par problēmām var signalizēt arī paaugstināts asinsspiediens un cukura vielmaiņas traucējumi – sākot no prediabēta stadijas, kad glikozes līmenis no rīta tukšā dūšā tuvojas augšējai normas robežai. Vēlāk bieži pievienojas arī 2. tipa diabēts. Uz OMA iespējamību var norādīt arī miegainība, nogurums dienas laikā, ko dažkārt pacienti var neuzrādīt kā sūdzību, ja tieši par to nepajautā.

**– Kas ģimenes ārstam būtu jādara šādos gadījumos?**

– Pacienti, kam parādās minētie simptomi, ir pakļauti augstam slimības riskam. Viņi būtu jānosūta uz izmeklējumiem vietās, kur veic miega apnojas diagnostiku. Rīgā tādu nav daudz, kādas sešas.

**– Kā notiek OMA diagnostika? Vai jāpaliek pa nakti Miega centrā?**

– Nē, tas nav nepieciešams, jo 90–95 procentos gadījumu diagnostiku var veikt mājās. Tikai ļoti smagās situācijās, pacientiem ar ielaistu OMA un izteiktām blakus slimībām reizēm vajadzīgs stacionārs izmeklējums. Pārsvārā pasaulē vērojama tendence visu pārbaudīt mājās, jo veicamo pārbaudu skaits ir liels un laboratorijā visiem tās uztaisīt nebūtu iespējams. Tas novestu pie milzu rindām un lielas gaidīšanas. Laboratorijā šāds izmeklējums arī dārgi izmaksā. Ir izstrādāta īpaša iekārta, kas palīdz veikt izmeklējumu, ko dēvē par respiratoro poligrāfiju. Cilvēkam tiek iedota ierīce, medmāsa 15–20 minūšu laikā parāda un izstāsta, kā to pareizi lietot. Pēc tam pacients ar šo aparātu aiziet mājās un pirms gulētiešanas piestiprina to sev pie ķermeņa. Tas nav sarežģīti, tādēļ problēmas rodas reti. No rīta cilvēks nes iekārtu atpakaļ, un tad mēs redzam, kādi dati tās darbības laikā ir iegūti. Šī tehnoloģija darbojas līdzīgi kā Holtera monitorēšana, tikai pacients visas mērierīces uzliek pats. Mums vajag miegu reģistrēt. Šajā gadījumā nepietiek tikai ar kardiogrammu, jo interesē arī citi rādītāji, tādi kā skābekļa saturs asinīs, pulsa frekvence, pozīcija, elpošana, krūškurvja un vēdera kustības, arī krākšanas trokšnis.

**– Kā notiek OMA ārstēšana? Kādas metodes tiek izmantotas?**

– Vadlīnijās ir iekļautas trīs ārstēšanas metodes. Pirmā ir ķirurģiska iejaukšanās. Otrā paredz izmantot zobu kapes. Šādi risinājumi domāti vieglākām slimības formām un vairāk cīņai pret krākšanu. Piemēram, ķirurģiska operācija, izgriežot pārāk lielas mandeles, tehniski veicama samērā vienkārši un darbojas efektīvi. Savukārt kape notur žokli izbīdītā stāvoklī, neļaujot miega laikā tam slīdēt atpakaļ un sašaurināt elpceļus. Sastopami gadījumi, kad arī pacientus ar smagu OMA var ārstēt ķirurģiski, tomēr galvenokārt šī metode paredzēta vieglākām slimības formām. Savukārt vidēju un smagu OMA pacientu gadījumā ar izteiktiem simptomiem primārā izvēle vienmēr ir elpošanu regulējošā CPAP aparāti, kas izmanto gaisa spiedienu, lai uzturētu elpceļu atvērtu. Aparāts iepūš elpceļos gaisu, notur spiedienu, palīdzot elpceļiem nesaplakt, tikai ļoti delikātā veidā. Der atzīmēt, ka visām trim ārstēšanas metodēm ir viens uzdevums – paplašināt elpceļus un nepieļaut to aizvēršanos.

**– Ja OMA ir hroniskā stadijā, vai arī tad iespējams ķirurģiski uzlabot pacienta stāvokli?**

– Nē. To var novērst jaunam cilvēkam, operējot žokļa patoloģiju. Pacienti, kuriem tiek veiktas šādas operācijas, mums gadās varbūt reizi mēnesī vai divos. Tā ir ļoti nopietna ķirurģiska iejaukšanās piecu sešu stundu garumā. Būtībā notiek žokļu pārtaisīšana. To parasti dara jauniem cilvēkiem vecumā līdz gadiem trīsdesmit. Pusmūža un vecākiem cilvēkiem, ap 50–60 gadiem, bez OMA parasti ir daudz blakus slimību, tādēļ šādai operācijai ir augsts risks. Žokļu paplašināšana un pavirzīšana uz priekšu ir sarežģīta ķirurģiska manipulācija. Tā nav miksto audu operācija, jo tiek pārveidots pats sejas skelets. Apakšžokli pārzāgē un pavelk uz priekšu, saskrūvē, tāpat rīkojas ar augšžokli, beigās pareizi saliek sakodienu, un cilvēks ir izārstēts.

Medicinā ir ļoti daudz situāciju, kad mēs neizārstējam kaiti, bet palīdzam cilvēkam novērst

problēmas. Piemēram, brilles neārstē tuvredzību, endoprotēzes neārstē locītavas, insulīns neārstē diabētu, bet šādā veidā mēs kontrolējam slimību un atvieglojam pacienta ikdienu. Šajā gadījumā ir līdzīgi – aparāts nelikvidē smago OMA, taču tas novērš smakšanu un tās radītās negatīvās sekas. Tajā pašā laikā mēs nevaram teikt, ka pacienta elpceļš ir kļuvis platāks. Dienā viņam tas absolūti netraucē, bet naktī iekārta palīdz noturēt to pietiekami platu.

**– Cik ātri parādās ārstēšanas efekts?**

– Izoperējot mandeles, efekts liks sevi manīt ļoti ātri, tomēr ne tūlīt, jo pirmajā dienā pēc operācijas vēl ir tūska elpceļos. Ja mandeles bijušas ļoti lielas, pacients jau nākamajā dienā pēc operācijas var sajaut atvieglojumu un situācijas uzlabošanos. Jāatceras, ka dienā viņš nejut neko, problēma parādās naktī. Pacients to izjutīs uzreiz, kad būs izgulējies un no rīta modisies sveigs nevis noguris un miegains. Ar aparātu situācija ir līdzīga. Efekts jāvērtē individuāli, jo visiem pacientiem nav OMA vienādi smaga. Viens ir ļoti miegains, cits varbūt ne tik izteikti. Nereti pacientam jau pēc pirmās nakts ir pilnīgi skaidrs, ka viņš vairs nevēlas gulēt bez iekārtas, jo beidzot ir izgulējies. Citreiz vajadzīga vismaz nedēļa, lai saprastu atšķirību un novērtētu iekārtas devumu. Tieši smagos gadījumos visbiežāk pietiek ar pirmo nakti, jo pacientam no rīta ir pilnīgi citāda sajūta, viņš atkal jūtas možs, enerģisks, asinsspiediens no rītiem vairs nav tik augsts un nav jādzer zāles. Izmantojot zobu kapi, pastāv problēma, ka pie tās ir jāpierod, jo dažiem tā var šķist diezgan traucējoša.

**– Vai pacients, kurš ārstējas no OMA, var droši braukt pie stūres?**

– Jā. Izmantojot aparātu, 70 procenti pacientu gada laikā sasniedz pozitīvu rezultātu. Lietojot iekārtu regulāri, pietiek reizi gadā aiziet pie ārsta, var braukt ar auto, un viss ir kārtībā.

**– Vai pacientam par to, ka viņam tiek ārstēta miega apnoja, ir jāinformē savs ģimenes ārsts?**

– Noteikti. Ja pacientam ir citas slimības, kā bieži mēdz būt, un viņš lieto daudz zāļu, tad pirms aparāta lietošanas uzsākšanas bieži vien medikamentozā terapija ir jākorģē. Piemēram, cilvēkam naktī ir 400 elpošanas apstāšanās epizožu, kad kritas skābekļa līmenis un ir liels stress. Taču pēc ierīces lietošanas pēkšņi stresa miegā vairs nav, tādēļ tā mazināšanai paredzēto zāļu deva bieži vien jāsamazina vai tās jāpārstaļ lietot. Šādos brīžos medikamentozu terapiju vajag koriģēt, tāpēc arī ģimenes ārstam viss noteikti jāzina. Tas gan vairāk attiecas uz smagākām OMA formām, kad jau novērojamas blaknes.

**– Cik lielā mērā un kādos gadījumos valsts kompensē OMA ārstēšanu?**

– Jau apmēram piecus gadus valsts kompensē elpošanas aparāta iegādi visiem pacientiem, kam tas nepieciešams, 80 procentu apmērā no tā vērtības. Aparāta kopējās izmaksas ir 800–1000 eiro, līdz ar to cilvēki no savas kabatas samaksā ap 150–200 eiro. OMA pacienti iekārtu iegādājas tikai tad, kad ir pārliccinājušies, ka viņi var un grib to lietot un tā viņiem palīdz.

**– Ja rodas jautājumi vai aizdomas, – kur cilvēks var vērsties, lai noskaidrotu, vai esošās veselības problēmas nav radījusi OMA? Vai vispirms pārrunāt situāciju ar savu ģimenes ārstu?**

– Sākumā patiešām vislabāk ir vērsties pie ģimenes ārsta. Arī mēs negribam, lai katrs krācejs uzreiz iet pie miega speciālista, jo tas tikai rada liekas rindas un nevajadzīgi tērē laiku. To var darīt tad, ja krākšana kļuvis par ļoti nopietnu problēmu. Bieži vairāk vajadzīga izskaidrošana, jo cilvēks nav slims, viņš nav jāārstē. Arsts tikai pastāsta, kāpēc



## STOP-Bang skala

Šis tests palīdzēs novērtēt, vai jums ir obstruktīvas miega apnojas risks. Obstruktīva miega apnoja (OMA) ir elpošanas traucējumi miegā, kas izpaužas kā krākšana, elpas aiztures, nemierīgs miegs, elpošana caur muti, nakts tualetes apmeklējumi. Dienas laikā var būt pastiprināta miegainība, nogurums, koncentrēšanās grūtības.

### 1. Krākšana

Vai jūs skaļi krācat (skaļāk, nekā runājat, vai pietiekami skaļi, lai to varētu dzirdēt cauri aizvērtām durvīm)?

Jā  
 Nē

### 2. Nogurums

Vai jūs bieži jūtaties noguris vai esat miegains dienas laikā?

Jā  
 Nē

### 3. Novērojumi

Vai kāds jums ir novērojis elpošanas apstāšanos miega laikā?

Jā  
 Nē

### 4. Asinsspiediens

Vai jums ir paaugstināts asinsspiediens?

Jā  
 Nē

### 5. Ķermeņa masas indekss

Vai jūsu ķermeņa masas indekss pārsniedz 35 (KMI = svārs (kg) : augums (m)<sup>2</sup>)?

Jā  
 Nē

### 6. Vecums

Vai esat vecāks par 50 gadiem?

Jā  
 Nē

### 7. Kakla apkārtmērs

Vai jūsu kakla apkārtmērs pārsniedz 40 cm?

Jā  
 Nē

### 8. Dzimums

Vai esat vīrietis?

Jā  
 Nē

Ja uz 3 vai vairāk jautājumiem atbildējāt ar "Jā", tad jums ir risks miega apnojai. Ja uz vairāk nekā 5 jautājumiem atbildējāt ar "Jā" – jums ir augsts risks miega apnojai. Ja jums ir risks miega apnojai, vērsieties pie miega speciālista.

Adaptēts Chung F. et al 2008

Avots: Latvijas Miega medicīnas biedrība

un kas notiek. Labāk vizītē doties pārim divatā, jo bieži lielāka problēma ir blakus gulētājam, nevis krācējam. Taču, ja patiešām novērojamas arī citas kliniskās pazīmes, tādas kā liekais svārs, paaugstināts asinsspiediens, nogurums, miegainība dienā, tad gan jādodas pie speciālista, piemēram, Miega slimību centrā.

# Skābekļa terapija palīdz risināt dažādas veselības problēmas

ILONA NORIETE

Mūsu organisma veiksmīgai funkcionēšanai nepieciešama stabila un efektīva gāzu apmaiņa – pastāvīga visu šūnu bagātināšana ar skābekli, kā arī ogļskābās gāzes (CO<sub>2</sub>) izvadīšana. Pietiekams skābekļa daudzums ir svarīgs visiem orgāniem, bet īpaši smadzenēm, kas patērē 20 procentus no no ieelpota skābekļa. Ja elpošanas sistēma dažādu iemeslu dēļ nespēj nodrošināt pilnvērtīgu gāzu apmaiņu, organismā cirkulējošajās asinīs var būt novērojams pazemināts skābekļa daudzums jeb hipoksēmija. Parāli nereti var rasties arī hiperkapnija jeb paaugstināts CO<sub>2</sub> daudzums.

Skābekļa trūkuma cēloņi var būt dažādi – pārlietu slikta telpu vēdināšana, pastāvīga uzturēšanās piesārņotā un/vai ar skābekli nabadzīgā gaisā, kā arī dažādas akūtas un hroniskas saslimšanas. Ja asinīs novērojams nepietiekams skābekļa daudzums, pasliktinās visu orgānu funkcijas, parādās izteikts nogurums, kā arī pieaug risks saslimt ar sirds un asinsvadu slimībām. Vesels organisms parasti tiek galā ar īslaicīgu skābekļa deficīta izraisītiem traucējumiem, taču cilvēkiem ar slimībām skābekļa trūkums var saasināt to gaitu un veicināt dažādu papildu problēmu rašanos.

Atsevišķas slimības pašas par sevi rada pastāvīgu skābekļa badu, piemēram, hroniska obstruktīva plaušu slimība (HOPS) vai obstruktīva miega apnoja (OMA). Tādēļ dažādu veselības traucējumu risināšanai bieži tiek izmantota skābekļa terapija. Tā paredz ieelpotā gaisa bagātināšanu ar skābekli, ko veic ar speciālas medicīniskas ierīces – skābekļa koncentratora – palīdzību. Vairāk par skābekļa terapiju mūsu sarunā ar Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas (PSKUS) Plaušu slimību un torakālās ķirurģijas centra pneimonologu **Mārtiņu Purenkovu**.

## – Kas ir skābekļa terapija, un kādās situācijās to nozīmē?

– Visus pacientus, kam ordinē skābekļa terapiju, var iedalīt divās lielās grupās. Pirmkārt, jānodala akūtas situācijas, kad šo terapiju izmanto slimības, traumas vai citu pēkšņi radušos veselības sarežģījumu gadījumā. Bieži vien tas ir dažu dienu, stundu vai pat minūšu jautājums, kad skābeklis darbojas kā dzīvību glābjošas zāles. Tādā brīdī skābeklis vajadzīgs nekavējoties, tādēļ vai nu cilvēks pats, vai viņam līdzās esošie parasti sauc Neatliekamo medicīnisko palīdzību vai vērsas pēc akūtas palīdzības slimnīcā un skābeklis pacientam nepieciešamajā apjomā uzreiz arī tiek dots. Otra situācija novērojama, kad cilvēkam ir konstatēta kāda hroniska slimība. Parasti pie vainas ir sirds vai plaušu slimības, kurām progresējot, skābekļa saturs organismā pakāpeniski samazināties. Tie noteikti būs vismaz vairāki mēneši, dažreiz pat gads un vēl vairāk. Bieži pats cilvēks, iespējams, nemaz nepamana problēmu attīstību, jo piemērojas savai ikdienas dzīvei, kāda tā ir. Tad jau jārunā par hronisku skābekļa terapiju. Šādiem pacientiem skābeklis jāsaņem atkarībā no situācijas, nereti pat visas 24 stundas diennaktī.

## – Skābekļa terapija var būt īslaicīga un ilgstoša. Ar ko šie veidi atšķiras un kādās situācijās tiek pielietoti?

– Īslaicīga terapija, kā jau es minēju, tiek izmantota dažādās akūtas situācijās, kad skābeklis darbojas kā dzīvību glābjošs medikaments. Tādos gadījumos mēs to dodam pacientiem tik ilgi, kamēr tas vajadzīgs, – no stundas līdz vairākām dienām. Proti, kamēr tiek stabilizēta situācija vai izārstēta



**Mārtiņš Purenkovs:** «Ilgstošas skābekļa terapijas nozīmēšanai ir nepieciešamas divas arteriālo asins gāzu analīzes ar trīs nedēļu starpību. Titrējot skābekļa plūsmas ātrumu, var pateikt, aptuveni cik daudz skābekļa cilvēkam jādod papildus.»

pamatslimība, jo, piemēram, plaušu karsonis var izraisīt skābekļa samazināšanos asinīs. Skābekļa terapija skaitās ilgstoša, ja pacientam dodam skābekli vismaz 16 stundas diennaktī. Šādas situācijas raksturīgas, piemēram, HOPS slimniekiem, kad jau konstatētas neatgriezeniskas plaušu izmaiņas. Līdzīgi mēdz būt, ja kādu sirds slimību rezultātā izveidojusies hroniska sirds mazspēja un sirds funkcija faktiski vairs nav atjaunojama vēlamajā fizioloģiskajā stāvoklī. Arī šādiem pacientiem tiek nozīmēta ilglaicīga skābekļa terapija. Gribu pieminēt, ka vēl ir arī cilvēki, kuriem skābekļa saturs pazeminās nakts laikā. Līdz ar to arī viņiem bieži vajadzīga skābekļa terapija.

## – Kādi simptomi var liecināt par skābekļa koncentratora nepieciešamību? Vai cilvēks pats to var sajūst, vai to varēs pateikt tikai ārsts?

– Ir diezgan plašs slimību loks, kuru ārstēšana prasa nodrošināt skābekļa terapiju. Protams, pastāv arī pamatslimību simptomi, un viens no būtiskākajiem ir elpas trūkums. Tāpat iespējama aizdusa pie slodzes, kustību ierobežojumi. Galvenais signāls, ka pacientam varbūt patiešām vajadzīgs papildu skābeklis, ir pulsa oksimetra rādījums. Manuprāt, šodien teju visiem ārstiem jebkurā brīdī jābūt pieejamam pulsa oksimetram. Sākot ar ģimenes ārstu praksi, aptieku un beidzot ar intensīvās terapijas nodaļām, kur pulsa oksimetrs pastāvīgi mēra skābekļa saturu pacienta asinīs un ļoti labi norāda uz tā trūkumu. Jāņem vērā, ka minētie simptomi var būt novērojami ne tikai nepietiekama skābekļa daudzuma gadījumā, ko izraisa sirds mazspēja vai kāda plaušu slimība. Savā būtībā tie ir ļoti nespecifiski un var arī nebūt saistīti ar skābekļa daudzumu asinīs. Piemēram, elpas trūkums samazināta skābekļa līmeņa asinīs dēļ var rasties tikai tad, ja tā saturācija būs zemāka par 90 procentiem. Tādēļ pulsa oksimetrija ir ļoti būtiska lieta. Ja mēs zinām, ka pacientam konstatēts pirmreizējs skābekļa samazinājums, tad nākamais potenciāli veicamais solis ir arteriālo asins gāzu analīze, kas precīzi parādīs, cik liels ir skābekļa daudzums tieši asinīs. Šāda papildu pārbaude vajadzīga, jo pulsa oksimetrija dažreiz var būt arī izmainīta vai neprecīza, piemēram,

lakotu nagu vai sliktas perifērās asins perifūzijas uz pirkstu dēļ.

## – Minējāt, ka visur vajadzētu būt pieejamam pulsa oksimetram, tostarp arī ģimenes ārsta praksēs. Kā ģimenes ārsts var atpazīt skābekļa trūkumu pacientam un skābekļa terapijas nepieciešamību?

– Ne vienmēr cilvēks, kuram ir samazināts skābekļa daudzums asinīs, sūdzas par elpas trūkumu. Viņa simptomi var izpausties kā dienas miegainība vai nespecifiskas galvassāpes. Līdz ar to pulsa oksimetru vajadzētu uzlikt gandrīz katram cilvēkam, kurš nāk pie ģimenes ārsta – gan uz parastām profilaktiskām vizītēm, gan ar sūdzībām.

## – Kurp jānosūta pacients, ja ārstam radušās aizdomas par skābekļa koncentratora nepieciešamību?

– Iespējamā rīcība atkarīga no konkrētās situācijas. Ja cilvēkam novērojamas akūtas sūdzības, kas attīstījušās dažu dienu laikā, un tiek konstatēts samazināts skābekļa saturs asinīs, izšķirošais faktors bieži ir tūlītēja un izlēmīga rīcība. Jāizsauc ātrā palīdzība, uzreiz jādod skābeklis. Tas ir pirmais, uz ko jāreaģē, jo šādā situācijā skābeklis ir dzīvību glābjošas zāles. Hroniskas slimības gadījumā kardiologs vai pneimonologs var veikt asins gāzu analīzi. Šis pārbaudes pieejamība pieaug. To iespējams veikt gan Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā, gan Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā, gan privātklīnikās, piemēram, Miega slimību centrā, un es ceru, ka arī citās slimnīcās Latvijā, kurās pieņem pneimonologi. Ir arī atsevišķas ambulatorās iestādes, kurās var izdarīt šo analīzi. Kopumā, ja konstatētas aizdomas par skābekļa nepieciešamību, tālākais ceļš vedīs pie pneimonologa vai kardiologa. Manuprāt, visvairāk ar šiem jautājumiem nodarbojas tieši pneimonologi, kuri pēc vajadzības veic skābekļa titrēšanu un asins gāzu analīzes. Ilgstošas skābekļa terapijas nozīmēšanai ir nepieciešamas divas arteriālo asins gāzu analīzes ar trīs nedēļu starpību. Titrējot skābekļa plūsmas ātrumu, var pateikt, aptuveni cik daudz skābekļa cilvēkam jādod papildus. Pastāv vēl viens risinājums, ko var izmantot pacientiem ar zināmu hronisku slimību,

piemēram, terminālu sirds mazspēju vai metastātisku plaušu vēzi pa visu organismu, – paliatīvā skābekļa terapija. Šādās situācijās atgriezeniskas slimības ārstēšanas iespējas ir ļoti ierobežotas vai to praktiski nav un bieži tiek nozīmēta paliatīvā terapija. Paliatīvās terapijas dienests var nodrošināt skābekļa terapiju arī cilvēka dzīvesvietā. Tad pacients nav jāsūta pie pneimonologa vai pie kardiologa, bet jācenšas pēc iespējas ātrāk piesaistīt paliatīvās aprūpes dienestu. To var izdarīt ar abu universitātes slimnīcu starpniecību, un pastāv noteikts veids, kā to piesaka. Pēc tam tiek sasaukts konsilijs, kas ne vēlāk kā nedēļas laikā izlemj, vai pacientam nozīmējama paliatīvā aprūpe. Ja lēmums ir pozitīvs, pacients ar šī dienesta starpniecību var saņemt arī skābekļa terapiju. Vislabāk, ja paliatīvās aprūpes dienests tiek piesaistīts vēl pirms skābekļa terapijas nepieciešamības. Savukārt situācijās, kurās skābekļa terapija ir vajadzīga akūti, jāmeklē cits ceļš caur Neatliekamās palīdzības dienestu un slimnīcu uzņemšanas nodaļām.

## – Vai skābekļa terapiju apmaksā valsts?

– Jā. Pacientiem, kuri atrodas mājās, stacionāros (paredzēti lietošanai mājās apstākļos) skābekļa koncentratorus apmaksā valsts. Tas tiek darīts ar Tehnisko palīgīdzekļu centra *Vaivari* starpniecību.

## – Kāda ir skābekļa koncentratoru izsniegšanas kārtība, un kur šīs iekārtas var saņemt?

– Procesu vada Tehnisko palīgīdzekļu centra *Vaivari* koordinators. Ārsts šajā norisē neiejaucas, viņš tikai nozīmē terapiju, uzrakstot nosūtījumu e-veselības sistēmā, un paziņo par to Tehnisko palīgīdzekļu centram *Vaivari*. Pēc tam koordinators sazinās ar pacientu vai viņa tuvinieku. Ja nozīmēta subakūta skābekļa terapija, skābekļa koncentrators dienas vai divu laikā tiek nogādāts pacienta mājās. Ja runa ir par ilgstošu skābekļa terapiju, process prasa nedaudz vairāk laika, jo bez ārsta atzinuma un nosūtījuma vajadzīgs arī paša pacienta vai viņa tuvinieku iesniegums. Līdz ar to viss process kopā parasti ilgst nedēļu vai divas. Taču šajā laikā cilvēks var saņemt tādu pašu subakūto terapiju kā pārējie. Ja pacientam nepienākas valsts apmaksāta skābekļa terapija mājās, bet ārsts to rekomendē, tad pacients vai tā pieredzīgā var nomāt skābekļa iekārtu par maksu. Gan pacienti gan ģimenes ārsti vairāk informācijas var atrast mājaslapā [www.elpastruks.lv](http://www.elpastruks.lv) vai arī zvanīt 28090909 un konsultēties.

## – Vai notiek īpašas apmācības skābekļa terapijas izmantošanai?

– Man nav bijis neviena pacienta vai viņa tuvinieka, kurš teiktu, ka nemaz nesaprot, kā lietot aparātu. Tas nav sarežģīti, tādēļ īpaša apmācība nav nepieciešama. Visu svarīgāko iespējams parādīt konsultācijas laikā vai nozīmējot šo terapiju slimnīcā. Cilvēkam, kuram mēs varam ordinēt skābekļa terapiju mājās, kā arī viņa tuviniekiem noteikti jāzina, kā ieslēgt koncentratoru un regulēt skābekļa pievades līmeni no viena līdz pieciem litriem minūtē. Jāmāk ielik degunā nazālās kanīles, caur kurām skābeklis nokļūst elpceļos un tālāk plaušās, vai uzlikt masku. Vairāk pacienti, kuri vairāk rūpējas par sevi un grib aktīvāk piedalīties terapijas norisē, veic dažādas papildu darbības. Piemēram, viņi paši mēra mājās skābekļa saturāciju un salīdzina to ar ārsta nosprausto mērķa rādītāju, kādam vajadzētu būt. Balstoties uz šiem datiem, viņi paši mēdz regulēt vajadzīgo skābekļa daudzumu.

Uzņēmumi, kas aparātus piegādā pacientiem, visu galveno parāda, instruē, kā aparāts pareizi ekspluatējams, un veic tehnisko uzraudzību. Svarīgi atcerēties, ka skābekļa koncentratora tuvumā ir aizliegts smēķēt vai kaut ko dedzināt, jo skābeklis veicina degšanu.

Foto: No PSKUS arhīva

# «Dzīvesbiedrs» artrīts

EVITA HOFMANE

**Dažādas locītavu slimības būtiski ietekmē Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitāti. Viena no bieži sastopamām problēmām ir artrīts.**

Par slimības formām un ārstēšanu runājam ar ārsti reimatologu, Rīgas Stradiņa universitātes docenti **Andu Kadišu**.

## – Kas ir artrīts? Kā tas izpaužas?

– Artrīts ir locītavu iekaisums, kas visbiežāk izpaužas ar sāpēm un pietūkumu skartajā locītavā, var būt arī ierobežots kustību apjoms.

Ir divu veidu artrīti. Pirmais – deģeneratīvais artrīts, kas ir saistīts ar locītavas nodilumu. Cilvēkam novecojot, kauli sliktāk apasiņojas, inervējas, mainās to vielmaiņa un tie vairāk nodilst. Otrs veids ir iekaisuma artrīts. Iekaisuma artrīti ir dažādi. Biežāk tās ir autoimūnas slimības, kad organismu tieši neietekmē vīruss, baktērijas vai cits infekcijas izraisītājs, bet imūnsistēmas izmaiņu rezultātā ģenētiski predisponētiem cilvēkiem rodas pašuzturošs iekaisums, kad organisms «uzbrūk» pats sev. Ar artrītu biežāk slimo sievietes, lai gan slimības rašanās nav saistīta tikai ar dzimumhormoniem. Slimības prognoze ir ļoti atkarīga no tā, kāds ir artrīta veids. Deģeneratīvajam artrītam prognoze ir labāka, bet vairāku iekaisuma artrītu gadījumā var tikt skarti daudzi iekšējie orgāni. Abu veidu artrītiem kādā slimības stadijā var būt nepieciešama ķirurģiska ārstēšana. Ja ir izveidojies izteikts locītavu bojājums, var būt vajadzīga endoprotezēšana. Ir arī citas, mazāk invazīvas ķirurģiskas metodes, kā mazināt locītavu bojājumu.

## – Vai Latvijā daudz cilvēku cieš no locītavu slimībām?

– Ļoti daudz. Kā jau minēju, cilvēkiem ar gadiem attīstās deģeneratīvs locītavu bojājums, kas saistīts ar novecošanos. Īpaši šim procesam ir pakļautas sievietes pēcmēnešpauzes vecumā. Tas saistīts ar estrogēnu daudzuma samazināšanos, bet ietekmē arī slodze, blakusslimības, piemēram, cukura diabēts, osteoporozē, vielmaiņas, vairogdziedzera slimības un citas. Autoimūnais vai iekaisuma artrīts var attīstīties jebkurā vecumā. To veicina dažādu infekciju, ārējo faktoru ietekme uz cilvēka imūnās sistēmas darbību.

## – Ar kādām sāpēm pacienti pie jums vērsas biežāk – muguras, locītavu?

– Tas atkarīgs no artrīta formas. Pārsvārā sūdzības ir par perifērajām locītavām. Ja runājam par nodiluma jeb deģeneratīvo artrītu, – tas vairāk skar slodzēm pakļautās locītavas un arī slodzei pakļautās mugurkaula daļas. Atkarībā no cilvēka profesijas, tie var būt pleci, elkoņi, plaukstas, bet tikpat labi arī gūžas, ceļu un pēdu locītavas. Autoimūnie artrīti skar dažādas perifērās locītavas.

Ir autoimūnās slimības, kas skar arī mugurkaulu, un tad ir ļoti svarīgi atšķirt, vai muguras sāpes cilvēkam ir deģeneratīva rakstura, saistītas ar fizisko slodzi, varbūt ar mugurkaula deformāciju, nepareizu noslodzi darbā, vai tās tomēr ir saistītas ar iekaisumu. Reimatologa uzdevums ir atšķirt iekaisuma muguras sāpes no deģeneratīvām muguras sāpēm.

## – Artrīts ir jaunāku vai arī vecāku cilvēku slimība?

– Tas atkarīgs no slimības. Autoimūnais artrīts var attīstīties jebkurā vecumā, bet nodiluma artrīts biežāk attīstīsies cilvēkam mūža otrajā pusē – pēc 50 gadu vecuma.

## – Kā diagnosticē artrītu?



**Anda Kadiša: «Jebkura artrīta gadījumā ļoti svarīgas ir kustības, spēja saglabāt kustīgumu locītavās. Tas attiecas gan uz deģeneratīvajiem, gan iekaisuma artrītiem.»**

– Diagnostikā svarīga ir klīniskā aina. Kuras locītavas, kad sāp, kas sāpes pastiprina, kas atvieglo, vai sāpes pavada pietūkums, lokāls apsārtums, lokāls karstums skartajā locītavā, vai ir vēl kādi orgānu bojājumu simptomi. Ir daudzas citas gan reimatisiskas, gan nerekimatisiskas slimības, kuru gadījumā viena no izpausmēm arī var būt artrīts. Tā var būt, piemēram, sarkoidoze vai audzējs, ko pavada artrīts, utt. Diagnozes noteikšanai tiek veikta pilna asinsanalīze un bioķīmiskie testi. Atkarībā no tā, kuru slimību mēs turam aizdomās, pacientam tiek veikti imunoloģiskie testi. Ja ir aizdomas par iekaisuma artrītu, tad labākā attēldiagnostikas metode ir ultrasonogrāfija vai magnētiskā rezonanse skartajai locītavai. Savukārt, ja aizdomas vairāk ir par deģeneratīva rakstura artrītu, tad var pietikt arī ar rentgenogrammu. Ir ļoti labi, ja pacients nāk pie reimatologa ar asins analīžu rezultātiem un vismaz kādu attēldiagnostikas izmeklējumu rezultātu. Tad reimatologs var izlemt, vai nepieciešami papildu izmeklējumi, tostarp iekšējiem orgāniem, jo, kā jau es minēju, ir dažādas slimības, kurām viena no izpausmēm var būt artrīts.

## – Kādas ir artrīta terapijas iespējas? Ikvienam pacientam, tāpat viņu tuviniekiem, ir aktuāls jautājums – vai artrītu var izārstēt?

– Terapija ir atkarīga no tā, vai pacientam ir iekaisuma artrīts vai deģeneratīvs artrīts. Terapiju iedala nemedikamentozajā un medikamentozajā. Jebkura artrīta gadījumā ļoti svarīgas ir kustības, spēja saglabāt kustīgumu locītavās. Tas attiecas gan uz deģeneratīvajiem, gan iekaisuma artrītiem. Ja pacientam ir iekaisuma artrīts un ir slimības paasinājums, viņam noteikti nebūs piemērota smaga fiziskā slodze. Tomēr locītavas ir jākustina, citādi salīdzinoši ātri skartās locītavas, iespējams, nevarēs ne saliekt, ne atlikt. Lai tā nenotiktu un locītavas *neaizaugtu ciet*, tās ir

jākustina arī tad, ja ir iekaisušas. Artrīta pacientiem simptomus var atvieglot arī fizikālās procedūras. Deģeneratīvā artrīta gadījumā vairāk piemērotas sildošas procedūras (dūņu, parafina aplikācijas), lāzertterapija un citas fizikālās procedūras. Iekaisuma artrītu nedrīkst sildīt, tad tas var progresēt. Uz skartās locītavas lokāli var likt aukstuma aplikācijas, izmantot arī dažas fizikālās procedūras. Nemedikamentozajā terapijā artrīta pacientiem var pielietot arī palīgierīces: speciālas zolītes, ortopēdiskos apavus vai ortozes.

Medikamentozajā terapijā visu veidu artrītiem sāpes un iekaisumu atvieglo nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi, Bet tos nav vēlams lietot pastāvīgi un ilgstoši.

Ja pacientam ir deģeneratīvais artrīts, ir jāizvērtē, vai viņam nav citu blakusslimību, kas var veicināt tā attīstību, un atbilstoši diagnozei jāārstē arī šīs slimības. Piemēram, ja pacientam ir osteoporozē, tā noteikti ir jāārstē, jo trausli kauli var veicināt agrāku un straujāku locītavu nodilumu. Deģeneratīvā artrīta gadījumā kursa veidā var nozīmēt hondroprotektorus – glukozamīnu, hondroitīnu un kolagēnu. Tie var uzlabot skrimšļa sastāvu un kvantitāti. Protams, lietojot šīs zāles, cilvēkam gados locītavas neklūs pilnībā veselā, bet uzlabojumu tās var sniegt. Jāatzīst gan, ka pētījumu dati par hondroprotektoru efektivitāti ir pretrunīgi, bet klīniskajā praksē redzams to pozitīvais efekts. Ir jālieto D vitamīns un jāuztur optimāls tā līmenis, nepieciešamības gadījumā – arī kalcijs. Deģeneratīvā artrīta pacientiem var būt nepieciešama terapija kursu veidā visu mūžu, bet biežāk nepārtraukta terapija nav nepieciešama. Ja pacientam ir autoimūnais artrīts, medikamentozās terapijas pamatā ir tā saucamā bāzes terapija jeb slimību modificējošie antireimatiskie medikamenti, kas pēc savas dabas ir imūnsupresanti. Šis

terapijas mērķis ir samazināt nepareizi darbojošās imūnsistēmas hiperaktivitāti. Samazināt līdz tādām līmenim, lai imūnsistēma neradītu iekaisumu locītavās. Vēl dažkārt autoimūnā artrīta gadījumā pielieto arī glikokortikoidus. Tie ir virsnieru hormoni, kuriem ir spēcīga pretiekaisuma darbība. Biežāk šos medikamentus pielieto, ja ir izteikta artrīta aktivitāte un nepieciešams strauji samazināt iekaisumu. Autoimūnā artrīta gadījumā terapija visbiežāk ilgst visu atlikušo mūžu, medikamentu devas un daudzumu ar laiku, iespējams, var mazināt, bet, ja pārtrauc ārstēt autoimūno artrītu, var attīstīties slimības recidīvs.

## – Vai ir kāda īpaša diēta, ko jūs rekomendētu artrīta pacientiem?

– Nav stingras diētas, noteiktu produktu, kuru lietošana uzturā paglābtu pacientu no artrīta. Vienīgais artrīts, kura gadījumā būtu jāievēro stingra diēta, ir podagra. Podagra ir kristālu artrīts, kā rezultātā uzkrājas urīnskābes sāļi un rada iekaisumu. No uztura jāizslēdz alkohols, jāierobežo gaļas produktu lietošana, jāsamazina koncentrētu buljonu patēriņš, tomātu, pākšaugu, jūras velšu (austeres, vēžveidīgie, kā arī treknās zivis) daudzums. Visus iekaisumus veicina saldumi, tāpēc visiem artrīta pacientiem ir jālieto mazāk saldumu, tomātu, kartupeļu, arī pākšaugu. Šo nosacījumu ievērošana nepasargā cilvēku no artrīta, taču var uzlabot tā gaitu.

## – Ko cilvēki var ikdienā darīt, lai neciestu no artrīta sāpēm?

– Deģeneratīvais artrīts, kā jau minēju, veidojas no locītavu pārslodzes, tāpēc dzīvē noslodzes jomā ir jāizvēlas zelta vidusceļš. Arī mazkustīgums var veicināt locītavu deģenerāciju. Autoimūnā artrīta gadījumā liela loma ir stresam: gan fiziskajam, kad ir liela pārslodze, gan arī psihoemocionālajam. Tāpēc ir jācenšas «neņemt pie sirds», nepārdzīvot situācijās, ko mēs varam novērst un mainīt. Jācenšas izvairīties no infekcijām, jāizmanto visi profilaktiskie līdzekļi. Smaga infekcija var būt artrīta attīstības ierosinātāja. Ir pierādīta kafijas, smēķēšanas kaitīgā ietekme uz organismu, kas uz artrītu predisponētiem cilvēkiem var izraisīt tā attīstību. Par veselīgu dzīvesveidu ir jādomā visa mūža garumā. Autoimūno slimību attīstību ietekmē arī ģenētiskā predispozīcija.

Lai ikdienā samazinātu artrīta radītās sāpes, ir jāsaprot, kāds ir to iemesls. Ja sāpju iemesls ir deformācija (deformēta locītava vai mugurkauls), tad ir jādara viss, lai deformāciju mazinātu. Te palīdz vingrošana, masāžas, dažādas manuālās terapijas metodes. Ja tas nesniedz rezultātu, deformācija ir izteikta, tad var iet pie atbilstošas jomas ķirurga – traumatologa-ortopēda vai mugurkaula problēmu gadījumā pie vertebrologa. Varbūt ir iespējams veikt ķirurģisku korekciju. Ja to nevar izdarīt, piemēram, vecāka gadagājuma cilvēkam, kuram ir blakusslimības, kas nepieļauj operatīvu terapiju, tad var izmantot dažādus palīglikdzekļus – korsetes, ortozes, ortopēdiskos apavus, staigulīšus, sēdratus un citus. Ja sāpes izraisa iekaisums, tad ir jāpiemēro pretiekaisuma terapija. Deģeneratīvā artrīta gadījumā tie būs pretiekaisuma grupas līdzekļi, piemēram, ibumetīns, diklofenaks u.c. Autoimūnajām slimībām ar šiem medikamentiem vien nepietiks. Būs jāvērsas pie reimatologa, jāveic terapijas korekcija vai arī jāuzsāk terapija, ja tā iepriekš nav lietota. Deģeneratīvais artrīts nav tā slimība, kad nepieciešama pastāvīga novērošana pie reimatologa, jo terapija nav specifiska. Kā jau minēju, tie ir pretiekaisuma grupas līdzekļi, pietiekamas fiziskās aktivitātes, pacienta sadarbība ar fizioterapeitu. Iekaisuma artrīta gadījumā pacienti pastāvīgi tiek novēroti pie reimatologa.

Foto: No RAKUS arhīva

# Multipla skleroze svarīgi atklāt

ILONA NORIETE

**Multiplā skleroze (MS) ir autoimūna, hroniski progresējoša centrālās nervu sistēmas (CNS) slimība. Lai gan MS pētīšanā ieguldīti milzīgi resursi, slimības cēloņi līdz šim nav pilnībā atklāti.**

**Saslimstot ar MS, paša cilvēka imūnsistēma uzbrūk ķermeņa nervu šķiedru apvalkiem, bojājot gan nervu audus, gan galvas un muguras smadzenes. Saistībā ar šiem bojājumiem cilvēkam laika gaitā rodas aizvien izteiktāki traucējumi CNS darbībā. Sākotnējie simptomi var būt arī neizteikti, un nereti līdz diagnozes noteikšanai un apstiprināšanai paiet ievērojams laiks. Taču MS savlaicīga atklāšana ir ļoti svarīga, jo tā ļauj ārstiem atrast katram pacientam atbilstošu terapiju un tādējādi samazināt slimības paasinājumu skaitu vai pat vispār izvairīties no tiem.**

Vairāk par šo slimību un tās ārstēšanas iespējām mūsu sarunā ar Multiplās sklerozes centra vadītāju, Latvijas Jūras medicīnas centra neirologi Jolantu Kalniņu.

**– Kā līdz ar diagnostikas iespēju uzlabošanas ir mainījusies situācija ar multiplo sklerozi saslimušo skaita ziņā gan pasaulē, gan Latvijā?**

– Plašāk pieejama izmeklēšana ir viens no iemesliem, kāpēc MS pacientu skaits pasaulē palielinās. Pašlaik tas tiek vērtēts 2,8–2,9 miljonu apmērā. Arī Latvijā statistiski uzrādās neliela pacientu skaita pieauguma tendence, kas varbūt ir saistīta ar lielāku informētību par šo slimību, kā arī diagnostiku un tās pieejamību. Latvijā ir diagnosticēti vairāk nekā 2,3 tūkstoši MS pacienti.

**– Droši vien daudzi cilvēki ir lasījuši vai dzirdējuši par MS un tās izpausmēm, tādām kā jušanas traucējumi vai nestabilitāte, un nereti mēģina saistīt šādus simptomus ar MS. Taču gan jau pietiekami daudziem, par spīti viņu bažām, šī diagnoze neapstiprinās.**

– Tendenci, ka cilvēki nereti šādu simptomu esamību mēģina saistīt ar iespējamu MS, lielā mērā veicina informācijas pieejamība. Tas nemaz nav slikti, it sevišķi, ja raugamies no aspekta, ka dažkārt šāda pieeja palīdz agrīni diagnosticēt MS. Pastāv noteikti šīs diagnozes kritēriji, uz kuriem balstoties, mēs izvērtējam pacienta stāvokli, veicam neiroloģisko izmeklēšanu, magnētisko rezonansi, ja nepieciešams, pielietojam arī papildu izmeklēšanas metodes. Labā ziņa ir tāda, ka iedzīvotāji tiek informēti par šādas saslimšanas esamību un ka tā nav parasta skleroze, kas sastopama tikai cilvēkiem gados. MS pārsvarā ir jaunu cilvēku slimība, kuriem viss mūžs vēl priekšā, taču paralēli aktuāls ir arī jautājums par MS cilvēkiem gados, kuriem šī slimība mēdz būt novēloti diagnosticēta. Tagad pasaulē tiek pievērsta uzmanība arī pašas MS vēlinām formām, kad nav runa par to, ka mēs neesam šo slimību savlaicīgi diagnosticējuši, bet gan faktu, ka pirmie MS simptomi tiek konstatēti jau cilvēkiem gados. Piemēram, tie var parādīties arī pēc 50 gadu vecuma sasniegšanas. Tādēļ būtu ļoti noderīgi, ja ģimenes ārsts pacientu, kuram ir kaut nelieli MS raksturīgie simptomi, nosūtītu pie neirologa un mēs veiktu izmeklēšanu. Ir brīnišķīgi, ja konstatējam, ka cilvēkam MS nav, taču iespējams arī pretējs iznākums. Piemēram, var rasties aizdomas par MS, ja tiek konstatēti perēkļi galvas vai muguras smadzenēs. Ja kaut vai

daži perēkļi atklājas tieši muguras smadzenēs, tas jau skaitās daudz. Pacients turpmāk tiek novērots, viņam regulāri veic dažādas izmeklēšanas, tostarp arī magnētisko rezonansi, tādējādi kontrolējot situācijas attīstību. Savlaicīgi diagnosticējot šo slimību, mēs varam daudz ātrāk un veiksmīgāk uzsākt ārstēšanu.

**– Kas ir šie jūsu minētie perēkļi?**

– Tie ir bojājumi CNS – galvas un muguras smadzenēs. Tā ir nervu mielīna apvalka noārdīšanās, ko sauc par demielinizāciju. Mēs tos magnētiskajā rezonansē redzam kā paaugstinātas signāla intensitātes perēkļus.

**– Vai šos veidījumus nevar izoperēt un tādējādi atbrīvoties no slimības?**

– Šie perēkļi ir nervu apvalka bojājumi. Tos pilnībā nevar likvidēt, taču perēkļi var sadzīt un samazināties apjomā. Šo procesu mēs dēvējam par remielinizāciju, un to mēs dažkārt novērojam – īpaši saslimšanas sākumā, kā arī terapijas laikā. Tādos brīžos perēkļi samazinās apjomā, tomēr pavisam nepazūd.

**– Kā panākt perēkļu apjoma samazināšanos? Droši vien vispirms vajag pēc iespējas ātrāk noteikt MS diagnozi un uzsākt atbilstošu ārstēšanu?**

– Protams, galvenais ir savlaicīga diagnoze, tāpat svarīgi pēc iespējas agrīni uzsākt terapiju, kura

*Pasaulē tiek pievērsta uzmanība arī pašas MS vēlinām formām, kad nav runa par to, ka mēs neesam šo slimību savlaicīgi diagnosticējuši, bet gan faktu, ka pirmie MS simptomi tiek konstatēti jau cilvēkiem gados.*

veicina pašārstējošo procesu organismā, ko sauc par remielinizāciju un kas īpaši novērojama MS sākumā. Atsevišķiem pacientiem remielinizācijas procesu konstatē pat bez ārstēšanas uzsākšanas. Protams, pielietojot terapiju, var panākt, lai neveidojas jauni perēkļi, turklāt, saņemot palīdzību, organismam ir vieglāk tikt galā ar jau esošajām problēmām. Tādos brīžos mēs novērojam, ka slimība ir ilgstošā remisijā.

**– MS ir dažādas formas.**

– Visbiežāk sastopamā MS forma, kas novērojama 85 procentiem pacientu, ir recidivējoši remitējoša – tai raksturīgi slimības paasinājumi, pēc kuriem seko remisija. Tas nozīmē, ka pēc paasinājuma novērojama pilnīga vai daļēja simptomu izžušana. Otrā ir sekundāri progresējoša forma. Nesaņemot ārstēšanu, pacientam vidēji desmit gadu laikā var attīstīties šī MS forma, kad lēnām, ar vai bez slimības paasinājumiem, rodas un saglabājas dažādi neiroloģiskie traucējumi. Šādos gadījumos funkciju atjaunošanās pēc paasinājuma nav pilnīga. Vissmagākā forma ir primāri progresējoša, kura liek par sevi manīt salīdzinoši vēlāk, – pirmie simptomi parādās vidēji 30–40 gadu vecumā. Taču diezgan bieži pirmos simptomus mēs konstatējam arī 20 gadus jauniem pacientiem. Runājot par recidivējoši remitējošu formu, arī šeit slimības izpausmes var būt visdažādākās. Piemēram, sastopamas tādas agresīvi noritošas MS formas, kad pacientam viena gada laikā var



Foto: No Jolantas Kalniņas personīgā arhīva

**Jolanta Kalniņa: «Aktuāls jautājums Latvijā varētu būt par ļoti efektīvu terapiju – autologo cilmes šūnu transplantāciju. Cilmes šūnu transplantācija parasti nodrošina ilgu remisiju, kad nav novērojama MS aktivitāte, taču nedod garantiju, ka šī remisija būs pastāvīga vai vismaz ļoti ilgstoša.»**

būt nevis ierastie viens divi, bet vairāk paasinājumu. Tādēļ tieši slimniekiem ar agresīvi noritošu MS ir īpaši svarīgi uzsākt terapiju maksimāli agrīni.

**– Cik gadu ir jaunākajam MS pacientam Latvijā?**

– Man zināmi sešus un deviņus gadus veci bērni.

**– Latvijā šobrīd ir trīs MS vienības – Gaiļezerā, Stradiņos un Latvijas Jūras medicīnas centrā.**

– Jā, tā ir, un tajās visās strādā spēcīgas un zinošas medicīnu komandas.

**– MS diagnozes noteikšana balstās uz neirologa apskati, magnētiskās rezonanses izmeklējumu un konsilija slēdzienu?**

– Lai apstiprinātu diagnozi, mēs izvērtējam pacientam esošos diagnostiskos kritērijus. Tā ir neiroloģiskā izmeklēšana, pacienta atzīmētās sūdzības par klīniskajiem paasinājumiem, kas var saturēt visdažādākās neiroloģiskās izpausmes. Skatāmies magnētiskās rezonanses izmeklējumu, jo šajā gadījumā pastāv konkrēti kritēriji par perēkļu lokalizāciju un slimības izpausmēm telpā un laikā. Vēl jāatzīmē, ka diagnostiskajos kritērijos ietverts konkrēts punkts – vispirms ir

jāizslēdz visas citas iespējamās slimības, un tikai tad neirologi pieņem lēmumu par MS.

Saistībā ar primāri progresējošu MS – ir nedaudz pastiprināti punkti attiecībā uz magnētisko rezonansi. Šajā situācijā ir akcents uz muguras smadzeņu bojājumu un attiecīgi magnētiskajā rezonansē redzamajiem perēkļiem muguras smadzenēs – tiem jābūt vismaz diviem. Tāpat nepieciešams oligoklonālo antivielu (ķēžu) esamības apstiprinājums. Pacientiem tiek veikta lumbāl-punkcija, paņemtas analīzes un meklētas oligoklonālās ķēdes, kurām jābūt vismaz divām.

**– Kas notiek pēc slimības diagnosticēšanas? Vai uzreiz tiek uzsākta ārstēšana?**

– Diagnoze tiek apstiprināta speciālistu konsijā, kurā piedalās neirologi, radiologi, imunologi. Konsilijā ir domāts ne tikai diagnozes noteikšanai un paziņošanai, bet jau tā laikā tiek apspriesta tieši šim pacientam vēlāmā terapija, arī ar viņu pašu tas tiek pārrunāts. Ņemot vērā cilvēka dzīves apstākļus un slimības norises formu, ārsti piedāvā viņam individuāli piemērotāko terapijas risinājumu. Ja nav veikti visi vajadzīgie izmeklējumi, kas izslēgtu

# un ārstēt savlaicīgi

citas slimības, pirms katras terapijas uzsākšanas iespējamas papildu pārbaudes.

Pacients turpmāk ar savu ārstējošo ārstu pārrunā, kāda būtu viņam vēlāmākā terapija, piemēram, tablešu vai injekciju formā, un cik bieži zāles jālieto. Pacientiem ar recidivējošu remisiju MS formu pirmās līnijas medikamentu izvēles iespējas ir diezgan lielas.

**– Tā kā MS ir hroniska slimība, vai tas nozīmē, ka no tās nevar izārstēties? Respektīvi, iziet ārstēšanas kursu un būt pilnīgi veselam?**

– Pats vārds «hroniska» norāda, ka šī ir slimība uz visu mūžu. Tās smaguma diapazons ir ļoti plašs – no pavisam vieglas slimības formas līdz agresīvai un intensīvai norītošai smagai saslimšanai, kad nākas pielietot pēc iespējas spēcīgāku un augstas efektivitātes terapiju.

Pacienti ir ļoti dažādi, bet pilnībā izārstēt šo slimību pagaidām vēl nevar.

**– Onkoloģisko slimību gadījumā tiek runāts par dzīvildzi. Ja cilvēkam ir noteikta MS diagnoze, kāda var būt viņa gaidāmā dzīvildze? Cik lielā mērā slimība to ietekmē?**

– Arī MS gadījumā tiek runāts par dzīvildzi, bet vairāk tādā aspektā, cik lielā mērā slimība saīsina dzīves ilgumu. Pastāv ļoti daudz faktoru, kas var ietekmēt dzīvildzi. Sākot no pacienta vecuma un saslimšanas brīža, dzimuma un dažādām blakus-slimībām, līdz MS norises gaitai, piemēram, tam, cik bieži novērojami paasinājumi un cik smagi tie ir. Ja cilvēks tikko saslimis, tad drīzāk var mēģināt prognozēt nevis viņa dzīvildzi, bet slimības norises aktivitāti, proti, cik agresīvi norītoša tā ir. Par gaidāmo MS pacienta mūža ilgumu vairāk runāja agrāk, kad vēl nebija pieejama slimību modificējošā terapija. Tad tas bija aktuālāk, lai gan arī tagad šis jautājums ir svarīgs. Tomēr, ņemot vērā to, cik mūsdienās ir laba un pieejama terapija, kuru var uzsākt jau pašā slimības sākumā, dzīvildzes jautājums patlaban tiek akcentēts krietni mazāk, salīdzinot ar laiku pirms 20 gadiem un senāk. Tagad vairāk runā par to, cik lieli ir pacienta funkciju traucējumi, vai tie saglabājas, un cik lielā mērā situāciju var uzlabot. Tas ir aktuāli, jo cilvēkam visu mūžu jādzīvo ar dažādiem kustību, koordinācijas, redzes u.c. funkciju traucējumiem.

**– Varbūt ir kādi jaunumi MS sakarā, kas varētu interesēt MS skartos?**

– Vairāki jaunumi patiešām ir, lai gan tie nav ļoti izteikti vai atšķirīgi no jau esošā. Latvijā ir pieejams plašs terapijas klāsts, taču ir zināmas nianšes, kuras dažreiz var būt diezgan svarīgas mūsu pacientiem. Par šādiem aspektiem runāja pēdējā MS kongresā, kas nesen norisinājās Kopenhāgenā. Uzsvārs tika likts uz to, kas joprojām ir un būs aktuāls vismaz tuvākajā termiņā. Tika prezentēti ilgtermiņa pētījumu rezultāti par medikamentiem ar neiroprotektīvu. Uzmanības centrā bija trīs jauni medikamenti ar dažādu ietekmi ilgtermiņā, ievērojot, ka saglabājas kognitīvās funkcijas. Ņemot vērā, ka MS ir jaunu cilvēku slimība, tā bieži skar sievietes reproduktīvajā vecumā, kuras domā par bērniņa laišanu pasaulē, tādēļ ir svarīgi, lai arī grūtnieces varētu saņemt MS terapiju. Taču patlaban lielākā daļā MS ārstēšanas metožu nav savienojamas ar grūtniecību. Tomēr jau ir pieejami dati par to, ka ar panākumiem tiek izmantota imūnmodulējošā terapija, interferoni, kad pacientes lieto zāles grūtniecības laikā, un tas nozīmē, ka var droši ieņemt bērniņu. Šajā kongresā runājām, ka pacientiem ar agresīvu norītošu MS ārstēšanā jāpielieto otrās līnijas medikamenti, proti, spēcīgāka terapija, tostarp monoklonālās antivielas jeb anti-CD20. Ir iegūti

uzticami dati, ka pacientes ar grūtniecību var turpināt lietot okrelizumabu, viņām nav jāpārtrauc šī augsti efektīvā ārstēšana un jaundzimušais netiek ietekmēts. Šādi dati liecina, ka pacientēm ar agresīvu norītošu MS varam diezgan droši nozīmēt arī šo terapiju. Ir vēl viens jaunums, kas attiecas uz anti-CD20 antivielām. Mūsu valstī no anti-CD20 klāsta patlaban ir pieejami divi medikamenti. Pagājušajā gadā pasaulē MS pacientu ārstēšanā apstiprināts vēl viens. To ievada divas reizes gadā. Latvijā šīs zāles vēl nav pieejamas, bet ceram, ka drīz mēs tās sagaidīsim.

Ļoti aktuāls jautājums Latvijā varētu būt par vēl efektīvāku terapiju – autologo cilmes šūnu transplantāciju. Šo ārstēšanas metodi izmanto jau pēc iepriekš minētajiem augsti efektīvajiem otrās līnijas medikamentiem. Ja šīs augstās efektivitātes zāļu terapijas nespēj jūtami palīdzēt, pacientam vēro agresīvu slimības norisi, tad varam rekomendēt jau pieminēto cilmes šūnu transplantāciju. Pirms terapijas uzsākšanas pacientus konsultē hematoloģijas (transplantoloģijas) speciālisti, jo, lai uzsāktu cilmes šūnu transplantācijas procesu, pielieto visnotaļ nopietnu imūnsupresīvo terapiju. Cilmes šūnu transplantācija parasti nodrošina ilgu remisiju, kad nav novērojama MS aktivitāte, taču nedod garantiju, ka šī remisija būs pastāvīga vai vismaz ļoti ilgstoša. Vēl pie jaunumiem var

*Diagnoze tiek apstiprināta speciālistu konsilijā, kurā piedalās neirologi, radiologi, imunologi. Konsilijā ir domāts ne tikai diagnozes noteikšanai un paziņošanai, bet jau tā laikā tiek apspriesta vēlāmā terapija.*

minēt arī tā dēvēto himērisko antigēnu receptoru (CAR) T-šūnu terapiju. CAR T-šūnu terapijā akcents tiek likts tieši uz T-šūnām. Šī ārstēšanas metode nozīmē mazāk agresīvu, vieglāku imūnsupresīvo terapiju, un arī iegūtais efekts ir pietiekami labs. Latvijā gan šī terapija vēl nav ienākusi.

**– Ar ko ķīmijterapija MS gadījumā atšķiras no tās, ko saņem vēža pacienti? Vai tāpat izkrit matu un arī citas blaknes ir tādas pašas kā onkoloģiskajiem pacientiem?**

– Varbūt nevar teikt, ka tā ir pilnībā tāda pati, bet zināmā mērā ir pielīdzināma. Kā jau minēju, hemopoētiskās cilmes šūnu transplantācijai pielietojamā imūnsupresīvā terapija ir salīdzinoši spēcīgāka nekā himērisko antigēnu receptoru T-šūnu terapijai nepieciešamā.

**– Viena no MS blaknēm ir sāpes. Pacientiem ir ne tikai kustību traucējumi, bet arī citas dzīvei traucējošas izpausmes.**

– MS nav vienkārša slimība, pacientam iespējami dažādi funkcionālie traucējumi. Tie var būt saistīti ar redzes nervu bojājumiem, kas ietekmē apkārtējās pasaules vizuālo uztveri, tie ir pieaugoši kustību traucējumi, kas rada koordinācijas problēmas un nestabilitāti. Iespējami arī iegurna orgānu funkciju traucējumi, kuriem pacientam jāpielāgojas un jāapzinās, ko viņš var un ko nespēj izdarīt. MS gadījumā nereti novērojamas neiropatiskās sāpes, iespējamas



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 remisējoša 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 remisējoša 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

arī galvassāpes, kuras varbūt tiek pieminētas mazāk. Sāpes ir tā problēma, uz kuru noteikti var likt akcentu. Daudzas slimības pacients dodas ārstēt tikai tad, ja viņam ir sāpes, bet citām problēmām viņš pielāgojas.

Vēl MS pacientiem bieži raksturīgi pieaugoši kognitīvie traucējumi, un viens no tādiem ir noguruma sindroms, kas mēdz būt ļoti traucējošs. Cilvēks saka – no rīta kaut ko padarīt spēj, bet pēc tam viņam jāatpūšas, lai atkal varētu sākt darboties. Tas ikdienā nereti rada sarežģījumus. Turklāt šis nogurums un kognitīvie traucējumi pamazām progresē. Tāpēc valda viedoklis, ka jāpielieto neiroprotektīvie medikamenti, kas mazina progresējošo neirodeģenerāciju. Aktuāls jautājums ir arī

novēcošana un tās ietekme uz MS. Nav runa tikai par slimības izpausmēm, bet arī blakusslimībām – kā tās izpaužas un atsaucas uz MS.

**– Ko jūs gribētu ieteikt multiplās sklerozes pacientiem, kā viņus varētu uzmundrināt?**

– Varu teikt no savas pieredzes – pacientiem, ar kuriem mēs sadarbojamies un kuri ir līdzestīgi terapijai, panākam ļoti labu rezultātu, un viņi paši par to ir ļoti priecīgi. Bez šaubām, gadās arī tādi, kuriem jāmaina ārstēšanas metode, un, ja kāda terapija vairs nav efektīva, mēs pieņemam lēmumu to mainīt. Pacientam jāsadarbības un jābūt līdzestīgam, viņam ir jāizprot situācija un jāiet kopsolī ar laiku, kā arī jāizmanto piedāvātās iespējas.

# Kas ir maksts kandidoze jeb piena sēnīte?

KETA SELECKA

**Maksts kandidoze tautā tiek saukta par piena sēnīti, tāpēc ka izdalījumi, kas rodas šīs maksts infekcijas dēļ, ir bieži, balti un līdzīgi biezpienam. Pētījumi liecina, ka aptuveni 70 procentiem sieviešu vismaz reizi mūžā ir bijusi maksts kandidoze.**

Ginekoloģe **Dace Matule** un rezidente ginekologijā un dzemdniecībā **Elvita Penka** skaidro, kā atpazīt un novērst šo nepatīkamo maksts infekciju un kā efektīvi ārstēt, lai atgūtu labsajūtu un dzīves kvalitāti.

**– Cik bieži jūsu pacientes sūdzas par maksts kandidozi? Vai tā ir izplatīta saslimšana Latvijā?**

– Piena sēnīte, ko sauc arī par vulvovaginālo jeb maksts kandidozi, ir bieži sastopama infekcija, ko izraisa rauga sēnīte *Candida albicans*. Šī sēnīte var atrasties makstī un uz ādas ap dzimumorgāniem un parasti nerada nekādas problēmas, tomēr dažos gadījumos sēnīte pārmērīgi savairojas, izraisot infekciju.

Pētījumi liecina, ka aptuveni 70 procentiem sieviešu dzīves laikā vismaz reizi ir bijusi šī rauga sēnītes izraisītā infekcija. Tā ir otra biežāk sastopamā vagināla jeb maksts iekaisuma forma pēc bakteriālās vaginozes, ko izraisa nevis minētā rauga sēnīte, bet baktērijas. Līdz ar to šī problēma ginekologa kabinetā ir bieži sastopama.

Ir grūti precīzi noteikt vulvovaginālās kandidozes izplatību vairāku iemeslu dēļ. Rauga grupas sēnīti *Candida albicans* makstī konstatē 10 līdz 20 procentiem veselu sieviešu reprodūktīvajā vecumā, 6 līdz 7 procentiem sieviešu menopauzē un 3 līdz 6 procentiem meiteņu pirms pubertātes, taču tā neizraisa infekciju. Nav arī iespējams noteikt, cik bieži maksts kandidoze tiek ārstēta bez konsultēšanās pie ārsta, jo plaši izplatīta ir dažādu bezrecepšu pretēnīšu līdzekļu lietošana. Turklāt klīniskā diagnoze vai aizdomas par vulvovaginālo kandidozi bieži vien ir balstītas uz simptomiem un netiek apstiprinātas ar mikroskopisko izmeklēšanu.

**– Kā sievietes saslimst ar maksts kandidozi, un kādi ir šīs slimības simptomi?**

– Sievietes maksts nav sterila, jo tajā mājā dažādi mikroorganismi, piemēram, baktērijas, vīrusi un sēnītes. Veselīgā maksts vidē ir pienskābo jeb laktobaktēriju pārsvars, taču, ja parādās sliktie, tā sauktie patoloģiskie mikrobi vai sēnītes, rodas infekcija. *Candida* sugas sēnītes ir daļa no normālas maksts floras. Ja sēnīšu nav daudz, tad parasti tās nerada nekādas sūdzības un nav jāārstē, tomēr, ja *Candida* rauga sēnītei ir labvēlīgi apstākļi un tā sāk vairoties, visbiežāk sievietei rodas dažādas sūdzības. Gribu gan piebilst, ka maksts kandidoze nav seksuāli transmisīvā slimība.

80 līdz 92 procentos maksts kandidozes gadījumos ierosinātāja ir rauga sēnīte *Candida albicans*, pārējo gadījumu cēlonis ir *Candida ne-albicans* sugas, piemēram, *Candida glabrata*, tāpēc maksts kandidozes ārstēšana ir atšķirīga.

Starp citu, *Candida* sugas rauga sēnītes mīt ne tikai makstī, bet arī kuņģa un zarnu traktā, urīnizvadsistēmā, kā arī elpceļos un uz ādas. *Candida* sēnītes makstī nokļūst, migrējot no taisnās zarnas pāri starpenes zonai. Maksts kandidoze rodas tad, ja kādu iemeslu dēļ tiek izjaukts maksts

mikroorganismu līdzsvars. Tas var notikt vai nu *Candida* sēnīšu savairošanās dēļ, vai arī tāpēc, ka ir traucētas organisma dabiskās aizsargspējas.

Maksts kandidozes attīstību var veicināt vairāki riska faktori. Piemēram, antibiotiku lietošana iznīcina ne tikai sliktās, bet arī labās baktērijas makstī – laktobaciļus (*Lactobacillus*). Mainoties maksts mikroflorai, labo maksts laktobaciļu vietā savairojas sēnīte. Vāja imūnsistēma palielina sēnīšu vairošanos, jo ķermenis nevar tik labi cīnīties pret tām. Imūnsistēmu novājina dažādas slimības. Daži medikamenti, piemēram, kortikosteroidi un ķīmijterapijas medikamenti, pazemina imunitāti un veicina sēnīšu augšanu. Sievietēm ar hroniskām slimībām, piemēram, cukura diabētu, sēnītes var augt vairāk, jo asinis ir augsts cukura līmenis. Grūtniecības laikā mainās hormonu līmenis, samazinās ķermeņa dabiskās aizsargspējas, un tas veicina sēnīšu augšanu. Citi faktori, kas var palielināt sēnīšu vairošanos, ir stress, pārāk daudz cukura ēdienkartē, silts laiks, ilgstoša uzturēšanās mitrā peldkostīmā, intensīva fiziskā slodze un ciešs apģērbs.

Piena sēnītes simptomi ir nieze, dedzināšana maksts apvidū un ārējos dzimumorgānos, balti, biezpienam līdzīgi izdalījumi, kam parasti nav smakas, citreiz izdalījumi var būt dzeltenīgi, tekoši, caurspīdīgi, zaļgani. Vienlaikus var veidoties iekaisums, kas rada sāpes dzimumakta vai urinācijas laikā. Smagākos gadījumos parādās dzimumorgānu apsārtums un mazas sāpīgas plaisiņas, kas ikdienā rada ļoti nepatīkamas sajūtas.

**– Kurā vecumā sievietes ar šo maksts infekciju slimo biežāk?**

– Maksts kandidoze var rasties jebkurā vecumā, tomēr visbiežāk tā sastopama reprodūktīvajā vecumā, kas parasti ir no 15 līdz 50 gadiem. Tā retāk sastopama meitenēm pirmspubertātes vecumā. Ja piena sēnīte ir sievietei pēc menopauzes, tad noteikti jāpārbauda glikozes līmenis asinīs, jo maksts kandidoze, iespējams, norāda, ka ir traucējumi glikozes vielmaiņā.

**– Vai vaginālās kandidozes gadījumā uzreiz jādodas pie ārsta, vai arī sievietei var mēģināt tikt galā pati saviem spēkiem, piemēram, aptiekā nopirkt vaginālās svēcītes?**

– Sieviete, kurai piena sēnītes infekcija ir pirmo reizi, diez vai uzreiz sapratis, kas ir izraisījis nepatīkamos simptomus, vai arī kļūdisies ar diagnozes noteikšanu. Šādā situācijā ir svarīgi doties pie ārsta, nevis meklēt informāciju internetā vai prasīt padomus draudzenēm. Ārsts veiks precīzu diagnostiku, noteiks atbilstošu ārstēšanu un sniegs profilakses ieteikumus, lai novērstu infekcijas atkārtosanos.

Sieviete, kurai jau iepriekš ir bijusi piena sēnīte, parasti atpazīst simptomus un zina, kā rīkoties. Lai mazinātu simptomus un novērstu infekcijas atkārtosanos, var lietot bezrecepšu pretēnīšu līdzekļus. Patlaban ir pieejams jauns, efektīvs medikaments, kas satur imidazolu grupas pretēnīšu līdzekli sertakonazolu un lieti noder ātrai palīdzībai sievietei ar nekomplīcētu maksts sēnīšu saslimšanu. Farmaceits šādos gadījumos var būt labs padomdevējs. Tomēr ir svarīgi atcerēties, ka pašārstēšanās ne vienmēr ir labākais risinājums. Ja infekcija ir smaga vai bieži atkārtojas, ieteicams konsultēties ar ārstu, lai veiktu padziļinātu izmeklēšanu un izvēlētos pareizo ārstēšanas taktiku.

Ārstēšana nepieciešama tām sievietēm, kurām ir attiecīgie maksts infekcijas simptomi un ārsta



Foto: Shutterstock

izmeklējumi apstiprina, ka tā ir sēnīšu infekcija. Ja simptomu nav, bet izmeklējumi uzrāda maksts kandidozi (piemēram, citu iemeslu dēļ veikti testi), ārstēšana nav vajadzīga.

**– Ja sievietei lieto aptiekā bez receptes pieejamos vaginālos līdzekļus, – cik ilgā laikā nepatīkamajām sajūtām vajadzētu izzust? Kurā brīdī situācijai jāpievērš papildu uzmanība – kad nevar vairs ilgāk gaidīt un jāiet pie ārsta?**

– Viegla maksts kandidoze var pāriet pati no sevis dažu dienu laikā. Bezrecepšu maksts svēcītes parasti palīdz izārstēt simptomus trīs līdz septiņu dienu laikā. Sarežģītākās situācijās, iespējams, būs nepieciešama vienas līdz divu nedēļu ārstēšana. Jāatceras gan, ka bezrecepšu pretēnīšu līdzekļi derēs islaicīgam risinājumam, ja vizīte pie ārsta tuvākajā laikā nav iespējama, un tie ir efektīvi tikai vieglas infekcijas gadījumā. Ja infekcija ir smaga, simptomi nepāriet vai bieži atkārtojas, ir svarīgi konsultēties ar ārstu, jo pašārstēšanās ne vienmēr palīdz.

**– Kā ārstēt maksts kandidozi?**

– Maksts kandidozes ārstēšanas taktika un ieteikumi atkarīgi no tā, cik smaga ir infekcija un cik bieži tā atkārtojas. Nekomplīcēta jeb vienkārša maksts kandidoze ir tad, ja piena sēnīte ir mazāk nekā trīs reizes gadā, ja paciente nav grūtniece, ja sievietei nav imūnsistēmas traucējumu, simptomi ir viegli līdz vidēji smagi, piemēram, neliels apsārtums un/vai tūska, bez plaisiņām. Aptuveni 90 procentos gadījumos nekomplīcētās infekcijas izraisītāja ir rauga sēnīte *Candida albicans*.

Nekomplīcētās maksts kandidozes ārstēšanai izmanto pretēnīšu līdzekļus, kurus lieto lokāli, t.i., makstī un uz ārējiem dzimumorgāniem, piemēram, krēmus, želejas, lodītes vai maksts svēcītes. Tāpat izmanto pretēnīšu preparātus, kurus dzer iekšīgi, piemēram, tabletes vai kapsulas. Iekšīgi lietojamajiem medikamentiem ir vajadzīga ārsta recepte.

Komplīcētās jeb sarežģītās infekcijas pacientes skaitās grūtnieces, sievietes ar smagiem simptomiem vai vāju imūnsistēmu, pacientes, kas

inficējušās ar retākām *Candida* sugām, un arī tās, kurām infekcija atkārtojas trīs vai vairāk reizi gadā. Grūtniecēm maksts kandidozes ārstēšana galvenokārt ir paredzēta simptomu mazināšanai, jo šī infekcija neietekmē grūtniecības iznākumu. Jāpiebilst gan, ka ārstēšana nav sarežģītāka kā citām sievietēm, taču parasti ir ilgāka, tāpēc ka jāņem vērā iespējamā medikamentu ietekme uz augli. Pacientēm, kurām ir smagi infekcijas simptomi vai vāja imūnsistēma, iekšīgi lietojamo vai lokālo pretēnīšu līdzekļu kurss parasti ir ilgāks, bet tām, kurām maksts kandidoze atkārtojas trīs un vairāk reizi gadā, vajadzīga ilgstoša ārstēšana.

**– Vai sievietei, kurai ir piena sēnīte, būtu jāatturas no dzimumattiecībām?**

– Nē, dzimumattiecības šīs maksts infekcijas ārstēšanas laikā nav aizliegtas, taču tās var būt nepatīkamas, līdz iekaisums mazināsies.

**– Kā sievietei var sevi pasargāt no vaginālās kandidozes?**

– Lai samazinātu risku saslimt ar maksts kandidozi, ir svarīgi kontrolēt cukura līmeni asinīs, ieteicams izvēlēties kontracepciju ar mazāku estrogēna devu, jāizvairās no antibiotiku lietošanas, ja tās nav nepieciešamas, un jāstiprina imūnsistēma ar veselīgu uzturu, regulārām fiziskajām aktivitātēm un pietiekamu miegu.

Lai veicinātu maksts kandidozes ārstēšanu un mazinātu simptomus, nevajag izmantot biksiņu ieliktnišus, jo tie rada mitru un siltu vidi, kas veicina *Candida* sēnīšu vairošanos. Izvēlieties kokvilnas apakšveļu, kas ķermenim ļauj «elpot». Nelietojiet maksts skalošanas līdzekļus, jo tie var izjaukt maksts dabisko mikrofloru un padarīt to jutīgāku pret infekcijām. Izvairieties no cieša apģērba, piemēram, biksēm un zeķubiksēm, jo arī tas rada tādu vidi, kas patīk sēnītēm. Daži pētījumi liecina, ka dzērveņu sulas lietošana uzturā palīdz novērst maksts kandidozes atkārtosanos, lai gan pierādījumi nav pārliecinoši. Ja jums ir sāpes dzimumakta laikā, labāk lietot lubrikantus, kas ražoti uz ūdens bāzes, taču vajadzētu izvairīties no lubrikantiem uz eļļas bāzes, jo tie var veicināt *Candida* sēnīšu augšanu.



orivas



# VIENA PESĀRIJA VEIKSMES STĀSTS

ĒRTS  
RISINĀJUMS  
VAGINĀLĀS  
KANDIDOZES  
ĀRSTĒŠANAI

BEZRECEPŠU ZĀLES.

**Cagynol 300 mg pesāriji** (*sertaconazoli nitras*)

Vaginālas *Candida* sēnišinfekcijas 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

# Seniori un malnutrīcija

KRISTĪNE KLARAMUNTA-ANTILA,  
sertificēta uztura speciāliste

Malnutrīcija jeb nepietiekams uzturs ir nopietna problēma vecāka gadagājuma cilvēku vidū, īpaši tāpēc, ka novecošanās bieži vien saistīta ar hroniskām slimībām, fizisko aktivitāšu ierobežojumiem un apetītes samazināšanos, kā rezultātā mainās ķermeņa uzbūve – samazinās muskuļu masa un palielinās tauku daudzums. Turklāt laika gaitā gan orgānos, gan orgānu struktūrās un šūnās rodas bioloģiskas izmaiņas, kas ietekmē organisma spēju adaptēties, padarot šo populācijas grupu daudz ievainojamāku.

## Muskuļu masas nozīme

Novecošanās procesi kombinācijā ar uzturvielu trūkumu var novest pie stāvokļa, ko dēvē par **trauslumu** (angļu val. *frailty*), kad organisma rezerves ir izsmeltas, ķermenis kļūst novājināts un ievainojams un samazinās spēja pretoties stresam un slimībām. Trauslums bieži vien ir cieši saistīts ar samazinātu muskuļu masu. Pakāpenisku un visaptverošu muskuļu masas, spēka un funkciju zudumu dēvē par **sarkopēniju**. Parasti sarkopēnijas pazīmes sāk parādīties ap 60 gadu vecumu, taču, ja netiek veikti atbilstoši profilakses pasākumi, piemēram, regulāras fiziskās aktivitātes un pietiekama uztura uzņemšana, šis process var progresēt daudz ātrāk.

Muskuļu funkcija ir svarīga, lai nodrošinātu ķermeņa līdzsvaru, reakcijas ātrumu un kustību koordināciju. Tā ir cieši saistīta ar mūsu spēju veikt ikdienas darbības, piemēram, pārvietoties, staigāt, celt priekšmetus un piecelties no krēsla. Kad muskuļu masa samazinās, tas var izraisīt nespēku, kas apgrūtina šo uzdevumu veikšanu, un rezultātā var novest pie neatkarības zaudēšanas, palielināta kritienu riska un būtiskas dzīves kvalitātes pasliktināšanās. Muskuļu spēks un fiziskās aktivitātes tieši ietekmē arī kaulu blīvumu. Fiziskās slodzes laikā tiek stimulēti dažādi procesi kaulos, stiprinot tos un palīdzot kavēt osteoporozes attīstību jeb kaulu masas zudumu. Ir pierādīts, ka zema muskuļu masa ir saistīta ar paaugstinātu kaulu lūzumu risku. Turklāt muskuļu masa spēlē nozīmīgu lomu imūnsistēmas darbībā un atveseļošanās procesā. Samazināta muskuļu masa apgrūtina organisma spēju atjaunoties pēc slimībām, operācijām vai ievainojumiem, kā arī pasliktina spēju cīnīties ar infekcijām.

Nepietiekams uzturs un nepietiekama muskuļu masa ir tipiskākie malnutrīciju raksturojošie lielumi.

## Kas izraisa malnutrīciju?

Iemesli, kas gados vecus cilvēkus noved līdz malnutrīcijai, ir dažādi. Viens no tiem ir hroniskas slimības, kas pievienojas gadu gaitā. Nereti tās ir slimības, kas var būtiski ietekmēt gan apetīti, gan uzturvielu uzsūkšanos, piemēram, gastrīts, atvīļņa slimība, iekaisīgas zarnu slimības, kā arī aknu un nieru darbības traucējumi. Savukārt neirodeģeneratīvās slimības, piemēram, demence, Alcheimera slimība un Parkinsona slimība, var izraisīt izmaiņas uztura uzņemšanā – pacients var aizmirst paēst, zaudēt interesi par ēdienu vai saskarties ar mehāniskām grūtībām uzņemt ēdienu, piemēram, rīšanas traucējumiem.

Arī medikamenti, kas tiek izmantoti šo un citu slimību ārstēšanā, var pastiprināt malnutrīcijas risku. Piemēram, ilgstoši lietoti pretiekaisuma līdzekļi, kā aspirīns un ibuprofēns, var kairināt



**Kristīne Klaramunta-Antila: «Nereti apetītes trūkuma, mutes veselības vai slimības dēļ uzturā tiek uzņemts vienveidīgs produktu klāsts, piemēram, lielāko enerģijas daudzumu uzņemot ar dārzeņiem vai putrām. Šāds uzturs ilgtermiņā var radīt malnutrīcijas risku, jo netiek pietiekami uzņemtas visas uzturvielas, tostarp olbaltumvielas.»**

kuņģa gļotādu, izraisot sāpes un mazinot apetīti. Diurētiskie un antihipertensīvie līdzekļi var radīt nogurumu, garšas izmaiņas un sausu muti, tādējādi samazinot vēlmi ēst.

Tajā pašā laikā vecāka gadagājuma cilvēki nereti saskaras ar mutes dobuma veselības problēmām, piemēram, zobu trūkumu vai nepieciešamību lietot protēzes, kas apgrūtina košļāšanu.

*Viens no galvenajiem malnutrīcijas simptomiem ir neizskaidrojams svara zudums. Pirmais par svara zudumu liecina apģērbs vai rotaslietas, kas kļuvušas vaļīgākas. Tomēr precīzāks kontroles rīks ir svāri.*

Tas ierobežo uzturā lietojamo produktu daudzveidību un apjomu, padarot pilnvērtīgu uzturu nodrošināšanu vēl sarežģītāku.

Ne mazāk nozīmīgi ir sociālekonomiskie faktori – vientulība, izolācija un ierobežoti finansiālie līdzekļi. Vecāka gadagājuma cilvēkiem, kuri dzīvo vieni, trūkst motivācijas gatavot un regulāri ēst. Senioriem ar zemu ienākumu līmeni nereti pie trūkst līdzekļu, lai iegādātos kvalitatīvu un sabalansētu pārtiku. Finansiālie ierobežojumi bieži vien veicina lētāku, bet uzturvielām nabadzīgāku produktu izvēli un ierobežo piekļuvi svaigiem

augļiem, dārzeņiem un olbaltumvielu avotiem, kas ir būtiski veselīgam uzturam.

Viens no lielākajiem izaicinājumiem cīņā ar malnutrīciju ir tās nepietiekama atpazīšana. Vecāka gadagājuma cilvēki un viņu aprūpētāji nepievērš pietiekamu uzmanību uztura kvalitātei un uzņemto uzturvielu daudzumam, koncentrējās uz citu slimību ārstēšanu, kamēr malnutrīcija paliek nepamanīta, līdz tā jau ir būtiski ietekmējusi veselības stāvokli.

## Kā atpazīt malnutrīcijas risku?

**Regulāra svara kontrole.** Viens no galvenajiem malnutrīcijas simptomiem ir neizskaidrojams svara zudums. Pirmais par svara zudumu liecina apģērbs vai rotaslietas, kas kļuvušas vaļīgākas. Tomēr precīzāks kontroles rīks ir svāri. Regulāri svērties būtu ieteicams vismaz reizi mēnesī, bet, ja ir pamanīts svara zudums, – pat reizi nedēļā. Iegūtos rādītājus ieteicams pierakstīt un apspriest ar ģimenes ārstu. Neizskaidrojams svara zudums par vairāk nekā 5 procentiem no ķermeņa svara 3–6 mēnešu laikā var norādīt uz malnutrīciju.

**Turēšanās pie optimāla ķermeņa masas indeksa (KMI).** Senioriem tas var būt nedaudz augstāks nekā jaunākās vecuma grupās, jo mazāks svārs var būt saistīts ar lielāku risku veselībai. Pētījumi liecina, ka mazāks slimību komplikāciju un mirstības risks ir senioriem ar KMI rādītāju starp **23 līdz 29 kg/m<sup>2</sup>**.

**Apetītes un apēstā uztura daudzuma novērtēšana.** Ja vecāka gadagājuma cilvēks zaudē interesi par ēdienu vai ēd mazāk nekā parasti, tas var liecināt par malnutrīcijas sākumu. Ir svarīgi pievērst uzmanību tam, vai regulāri tiek ēstas

pilnvērtīgas maltītes un cik bieži neapēsts ēdiens tiek atstāts uz šķīvja.

**Ēšanas paradumu izmaiņas.** Svarīgi ir pārrunāt, vai cilvēkam ir problēmas ar košļāšanu vai rīšanu (disfāģija). Šādas sūdzības senioru vidū ir visai biežas, un tas var būt par iemeslu nepietiekamai uztura uzņemšanai.

**Muskuļu masas un spēka novērtēšana.** Pavērojiet, vai senioram ir parādījušās grūtības piecelties no krēsla vai uzkāpt pa kāpnēm, cik spēcīgs ir viņa rokaspiediens, vai ātrāk parādās noguruma sajūta. Ja ir vērojama vismaz viena no iepriekš minētajām pazīmēm, ieteicams vērsties pie veselības aprūpes speciālistiem, lai izvērtētu malnutrīcijas risku un to novērstu.

Nevajadzētu atstāt bez ievēribas cilvēkus ar lieko svaru un aptaukošanos. Šādiem pacientiem ķermeņa masa var radīt maldīgu priekšstatu. Pacienti ar aptaukošanos var būt raksturīga tā dēvētā **sarkopēniskā aptaukošanās**, kad vienlaikus ir vērojama gan pārmērīga tauku uzkrāšanās, gan samazināta muskuļu masa un spēks. Tas ir īpaši bīstami, jo cilvēkiem ar lieko svaru reti tiek piedēvētas aizdomas par malnutrīciju, tomēr veselības riski ir tādi paši vai pat lielāki. Lai atpazītu sarkopēnisko aptaukošanos, var izmantot iepriekš minētos ieteikumus.

## Uztura nozīme veselības saglabāšanā

Viena no svarīgākajām lomām malnutrīcijas novēršanā ir uzturam. Nozīme ir ne tikai tam, vai cilvēks ēd, bet arī tam, vai uzņem pietiekamu enerģijas un olbaltumvielu daudzumu. Veselam cilvēkam ikdienā tiek rekomendēts lietot sabalansētu uzturu. Tas ir uzturs, kas satur visas nepieciešamās uzturvielu grupas, – dārzeņus, augļus, graudus, pākšaugus, riekstus, piena produktus, olas, zivis, gaļu. Nereti apetītes trūkuma, mutes veselības vai slimības dēļ uzturā tiek uzņemts vienveidīgs produktu klāsts, piemēram, lielāko enerģijas daudzumu uzņemot ar dārzeņiem vai putrām. Šāds uzturs ilgtermiņā var radīt malnutrīcijas risku, jo netiek pietiekami uzņemtas visas uzturvielas, tostarp olbaltumvielas.

Olbaltumvielas ne tikai nodrošina muskuļu audu atjaunošanu, palīdz novērst muskuļu masas zudumu, bet ir nozīmīgas imūnās funkcijas uzturēšanā, lai cīnītos ar infekcijām un vīrusiem. Veseliem senioriem vajadzētu uzņemt olbaltumvielas vismaz 1,0–1,2 gramus uz kilogramu ķermeņa svara dienā. Tas nozīmē, ka cilvēkam ar 75 kilogramu svaru dienā būtu jāuzņem 75–90 grami olbaltumvielu. To var panākt, ja uzturā regulāri tiek iekļauti tādi produkti kā pākšaugi, zivis, olas, piena produkti, gaļa. Senioriem ar sarkopēniju vai dažādām hroniskām slimībām olbaltumvielu nepieciešamība ir augstāka: 1,2–1,5 grami olbaltumvielu uz kilogramu ķermeņa svara dienā; smagas sarkopēnijas gadījumā pat līdz 2,0 gramiem olbaltumvielu uz kilogramu ķermeņa svara dienā.

Bieži vien ir situācijas, piemēram, slimojot un samazinātas apetītes gadījumā, kad uzņem šādu daudzumu olbaltumvielu ir izaicinoši. Gadījumos, kad parastais uzturs nespēj nodrošināt nepieciešamās uzturvielas, **medicīniskais papilduuzturs** var būt vērtīgs atbalsts, ar nelielu tilpumu nodrošinot optimālu enerģiju, olbaltumvielas, vitamīnus, minerālvielas.

Latvijā patlaban ir pieejams valsts atbalsts pacientiem ar malnutrīciju. Vairāk informācijas – Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas mājaslapā <https://aslimnica.lv/uztura-un-dietologijas-centrs/valsts-apmaksats-mediciniskais-papilduuzturs/>

Foto: No RAKUS arhīva

# MEDICĪNISKAIS PAPILDUZZURS TAGAD VALSTS APMAKSĀTS, TAI SKAITĀ ARĪ SENIORIEM

## UZTURA ATBALSTS SENIORIEM AR NEPIETIEKAMU UZTURI

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 SLIMĪBĀM,**  
pirms ķīmijterapijas vai staru terapijas, tās laikā un pēc tās



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



**SENIORI**



**PACIENTI PIRMS/PĒC APJOMĪGĀM  
ĶIRURĢISKĀM OPERĀCIJĀM**



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

## 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 PAPILDUZZURA PIEGĀDE**

Medicīnisko papilduzturu pacientam **piegādā kurjers**  
**3 darba dienu laikā** pēc tā izrakstīšanas.

\* Speciālistam jābūt līgumattiecībās ar Nacionālo Veselības dienestu.

UZZINĀT VAIRĀK ▶

[https://aslmnica.lv/uztura-un-dietologijas-centrs/  
valsts-apmaksats-mediciniskais-papilduzturs/](https://aslmnica.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](http://www.nutricia.lv)

07/2024

**NUTRICIA**  
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION



# 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.*