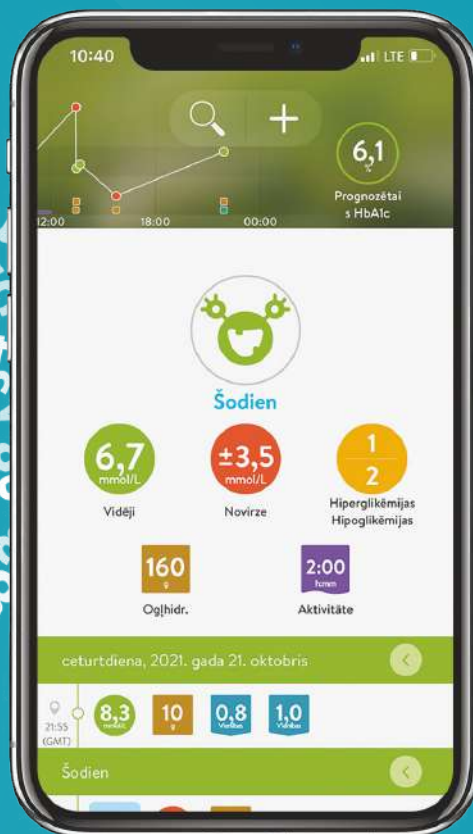
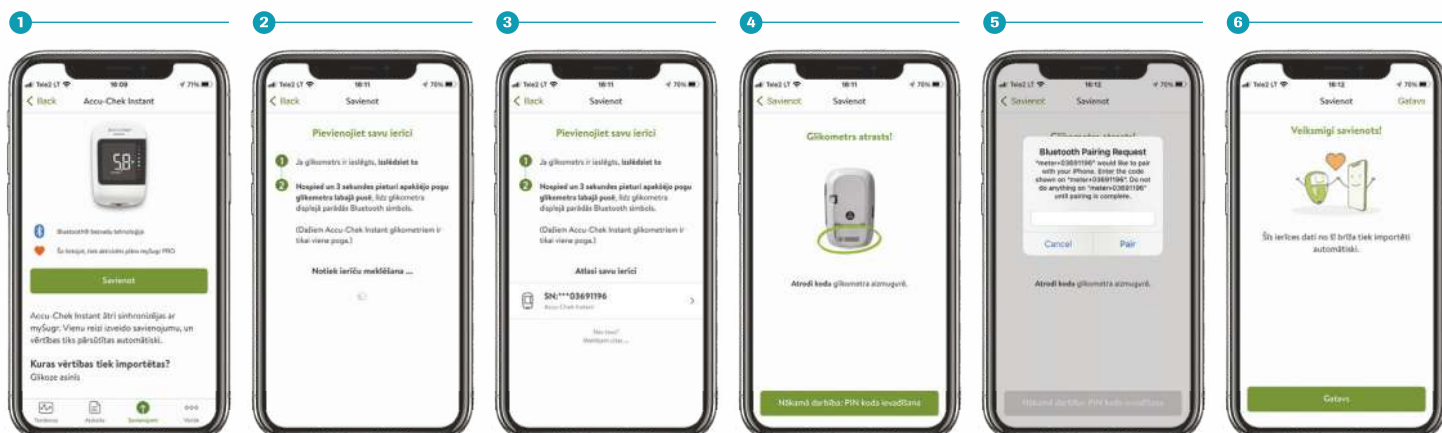


ĀTRĀS UZZIŅAS ROKASGRĀMATA

AR MYSUGR®



ACCU-CHEK INSTANT GLIKOMETRA SAPĀROŠANA AR MYSUGR APLIKĀCIJU



Vietnē mySugr dodieties uz opciju "Savienojumi", tad izvēlieties „Accu-Chek Instant” un "Savienot tūlīt".

Izslēdziet glikometru, ja tas ir ieslēgts, tad turiet apakšējo pogu nospiešu līdz uz ekrāna parādās Bluetooth simbols.

Uz ekrāna būs redzams Jūsu Accu-Chek Instant sērijas numurs. Atlasiet savu ierīci, lai apstiprinātu savienošanu.

Ievadiet pin kodu, kas atrodas glikometra aizmugurē.

Pēc pin koda ievadīšanas nospiediet "savienot" un tad savienošana ir pabeigta.

Tagad Jums ir veiksmīgi savienots Jūsu Accu-Chek Instant glikometrs ar mySugr lietotni. Jums nepieciešams veikt glikozes mērījumu, lai atbloķētu mySugr Pro.



Vēlaties vairāk informācijas?
Zvaniet Accu-Chek bezmaksas informatīvais tālrunis **80008886**
Atrodiet mūs <https://www.facebook.com/accucheclkv>
www.accu-chek.lv

Sveicināti vasarā!



Es šodien domāju par pasauli, kurā mēs dzīvojam. Tepat blakus ir karš, mūs šūpo pandēmijas viļņi, globālas klimata krīzes – plūdi, karstums un mežonīgi ugunsgrēki, sākas enerģētikas krīze. Tas viss neizbēgami ietekmē mūsu dzīvi.

Tuvojas arī saeimas vēlēšanas un laiks rādīs, vai esam skaidri skatījušies, analītiski vērtējuši un lēmumus pieņēmuši racionāli. Vai politiķu pirmsvēlēšanu solījumi šoreiz tiks pildīti un mums sasāpējušie jautājumi – risināti?

Ir visai neskaidra mūsu tuvākā nākotne. Un lai gan domas tā vien pie šiem svarīgiem jautājumiem un zīmē risinājumus, neviens nav atcēlis ikdienas cukura mērīšanu, uztura plānošanu, diabēta tablešu savlaicīgu lietošanu un insulīna injekcijas. Neļausim

savam cukuram svārstīties augšā un lejā! Neļausim diabētam kontrolēt savu dzīvi. Kontrolēsim diabētu! Tā ir katra atbildība pret savu veselību.

Tāpēc mūsu žurnālā rakstām par visu, kas būtu jāzina. Žurnāla numuriņā uzsākam sarunu par dažām mazāk zināmām lietām, kas saistītas ar ārstēšanas procesu. Kas ir informēta piekrišana, pacientu kapacitāte, ko nozīmē kopīga lēmuma pieņemšana – šos jautājumus skaidro Olga Valciņa, onkoloģijas pacientu organizāciju apvienības «Onkoalianse» dibinātāja. Savukārt daktere Marija Klindžāne turpina iesāktu stāstu par diabētisko retinopātiju, kam vajadzētu jūs pārliecināt, ka acu ārsts apmeklējams regulāri. Žurnāla lappusēs uzzināsiet arī, ne tikai ko darīt vai nedarīt smagas hipoglikēmijas laikā, kā saprast HbA1c skaitli, kāpēc pēdām vasarā pievēršama papildus uzmanība, par jaunām diabēta ārstēšanas un kontroles iespējām, bet arī citas interesantas un noderīgas lietas.

Lai saulaina un silta vasara un skaidrs skats nākotnē!

Indra Štelmane

Katram ārstam ir daudz pacientu, KATRAM PACIENTAM IR TIKAI VIŅŠ PATS 4

OLGA VALCIŅA,
Onkoloģijas pacientu organizāciju apvienības «Onkoalianse» dibinātāja,
Melanomas pacientu atbalsta biedrības «Soli priekšā melanomai» vadītāja

Kas jāzina par DIABĒTISKO RETINOPĀTIJU 8

MARIJA KLINDŽĀNE,
oftalmoloģe, RAKUS stacionārs "Biķernieki". Oftalmoloģijas klīnika
BEĀTE PĒTERELDE,
ārste-stažiere, RAKUS stacionārs "Biķernieki". Oftalmoloģijas klīnika

Kas ir DIABULĪMIJA 10

GITA AVOTIŅA,
endokrinoloģe

Smagai hipoglikēmijai - GLIKAGONU 12

KRISTĪNE KAULIŅA,
diabēta aprūpes māsa, Bērnu klīniskās universitātes slimnīca

Lai vasarā SKAISTAS PĒDAS 14

AIJA DREIMANE-MANGALE,
podoloģe, Diabēta centrs

Slimību valdniece un valdnieku slimība - PODAGRA 15

LIGITA BERZINSKA,
sertificēta uztura speciāliste

DIABĒTA MEDIKAMENTI, no kuriem iegūstam vairāk 18

IEVA TONNE,
endokrinoloģe, Vidzemes slimnīca

Kādus SPECIĀLISTUS APMEKLĒT 22

Glikozes kontroles vērtēšanai - HbA1c SKAITLIS 24

KRISTĪNE KAULIŅA,
diabēta aprūpes māsa, BKUS

UZZINI PIRMAIS 25

INDRA ŠTELMAŅE,
endokrinoloģe

Galvenā redaktore: Dr. med. **Indra Štelmane**
Redkolēģija: Dr. **Valda Stalte**, prof. **Aivars Lejnietis**, prof. **Alvils Helds**,
Asoc. prof. **Ilze Konrāde**, **Ligita Berzinska**, **Kristīne Kauliņa**
Makets: **Marta Martinsone - Kašs**
Literārais korektors: **Atis Freibergs**

Reklāmas un informācijas ievietošanas jautājumus
zvanīt pa tālr. **27882101** vai rakstīt uz **latv.diab.feder@gmail.com**
Par reklāmās pausto informāciju ir atbildīgs reklāmdevējs.

Latvijas Diabēta federācijas žurnāls «Saulē»
Reģ. nr. 00702614. Iznāk trīs reizes gadā, tiek izplatīts bez maksas.
Žurnālu piegādei var pasūtīt Latvijas Diabēta federācijā.
Žurnālu var saņemt diabēta biedrībās.
Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce uz «Sauli» ir obligāta.

Izdevējs
Latvijas Diabēta federācija
p. k. **54**, Rīga, LV-1050
Tālr. 2026 6272
Mob. tālr. 27882101
info@diabets.lv
www.diabets.lv



Sekoiet mums



Iespiests
SIA «McĀbols»



Katram ārstam ir daudz pacientu KATRAM PACIENTAM IR TIKAI VIŅŠ PATS

Olga Valciņa,

*Onkoloģijas pacientu organizāciju apvienības «Onkoaliance» dibinātāja,
Melanomas pacientu atbalsta biedrības «Soli priekšā melanomai» vadītāja*

Pēdējos gados pieaug interese par pacientu iesaistīšanos medicīnisko lēmumu pieņemšanā. Tikpat bieži dzirdams jēdziens ir līdzestība, kas paredz pacienta aktīvu iesaistīšanos un līdzdalību ārstēšanas procesā. Pacientu iesaistīšanās uzlabo ārstēšanas rezultātus, kā arī palīdz samazināt ārstēšanās izmaksas.

Informētā piekrišana

Pacientu iesaistīšanās pamatā ir informētas piekrišanas koncepcija, kas ir juridiski un ētiski nepieciešama, lai pilnībā cienītu pacientu autonomiju. Informētā piekrišana ir hibrīds jēdziens – vienlaikus gan medicīnas, gan tiesību jomā.

Diemžēl lielākā daļa pacientu un arī ārstu uz informēto piekrišanu raugās kā uz obligātu administratīvu pienākumu, kura mērķis ir pasargāt mediķus un ārstniecības iestādes no pacientu sūdzībām. Tomēr informētajai piekrišanai ir vairākas svarīgas funkcijas:

- individuālās autonomijas veicināšana;
- pacientu un subjektu aizsardzība;
- izvairīšanās no krāpšanas un piespiešanas;
- medicīnas speciālistu pašpārbaudes veicināšana;
- racionālu lēmumu veicināšana;
- sabiedrības iesaistīšana.

Turklāt galvenais nav pati piekrišana vai paraksts, bet process, kura laikā pacienta piekrišana kļūst informēta. Process, kurā pacients saņem informāciju. Parasti tā ir saruna, retāk informācija tiek sniegta rakstveidā. Diemžēl ne vienmēr saruna notiek sekmīgi.

Piemērs: pacients pirmo reizi ierodas ārstniecības ie-stādē uz procedūru sedācijā. Pacientu nosūtījis ģimenes ārsts, kurš nav izskaidrojis procedūru, tikai to, ka pacientam šāda procedūra vajadzīga. Reģistrācijas brīdī pacientam parakstīšanai iedod vairākas lapas. Ne uz vienas nav aprakstīts paredzamais process, bet pirmā lapa sākas ar frāzi: «Ar savu parakstu apliecinu, ka esmu saņēmis un izpratis visu informāciju un atbildes



uz visiem maniem jautājumiem par paredzamo procedūru.» Jāpiebilst, ka ar pacientu neviens nav runājis, neviens nav mēģinājis stāstīt, kas viņu gaida. Vēlāk atnāk māsiņa un jautā:

- Visu parakstījāt? Varam iet tālāk?

- Nē, es gaidu, kad man kāds pastāstīs un atbildēs uz maniem jautājumiem.

- Mēs nevaram iet tālāk, kamēr neparakstīsiet visas veidlapas. Lūdzu, parakstiet tagad.

- Bet man neviens neko nav skaidrojis, un es tiešām gribu uzdot dažus jautājumus. Varbūt jūs atbildēsiet?

- Mēs nevaram iet tālāk, kamēr jūs neparakstīsiet visas veidlapas. Lūdzu, parakstiet tagad.

Šis konkrētais gadījums beidzās ar t.s. krupja norīšanu. Pacientam bija tikai divas iespējas – parakstīt bez informācijas visu, kas prasīts, un saņemt vajadzīgo procedūru vai doties mājās bez tās.

Protams, šāds piemērs ir kliedzošs informētās piekrišanas būtības pārkāpums, un tomēr tādi gadījumi notiek. Daudz biežāki ir gadījumi, kad pacientiem pavirši, kājās stāvot, ļoti ātri kaut ko pastāsta un iedod kaudzīti ar papīriem. Bet rezultāts ir tas pats – pacients ir pamests bez nepieciešamās informācijas.

Lai informētā piekrišana varētu īstenoties, svarīgi ir trīs faktori – pacienta spējas jeb kapacitāte, pacienta autonomija un informācijas izpaušana.

Pacienta kapacitāte

Šis ir klīniskais termins, kas raksturo pacienta spēju saprast informāciju, kura attiecas uz lēmuma pieņemšanu un jebkādam ar lēmumu saistītām sekām. Pacienta kapacitātes noteikšana joprojām ir sarežģīts, daudzdimensionāls uzdevums. Medicīnas personālam ir jānovērtē, vai pacients ir pareizi saņēmis un sapratis informāciju.

Likums aizsargā indivīda autonomiju – tiesības uz neatkarīgu izvēli un neatkarību no nevēlamas iejaukšanās cilvēka brīvībā. Informētas piekrišanas procesa mērķis ir atbalstīt šo principu, nodrošinot, ka ikvienam ir tiesības dot atļauju procedūrām bez jebkāda spēka, maldināšanas vai piespiešanas.

Informētās piekrišanas došana ir delikāts process, kuru viegli var ietekmēt tādi pacienta faktori kā pašpārliecība, spēja izzināt vai afekta stāvoklis. Mediķi var pat nejauši ietekmēt pacientu ar savu izturēšanos vai ķermeņa valodu. Situatīva piespiešana var rasties, ja pacients tic, ka nav citas izvēles kā pieņemt piedāvāto ārstēšanu. Tas var notikt, ja pacients uzskata, ka viņa iespējas ierobežo valsts apmaksāto pakalpojumu pieejamība, apdrošināšana, maksas pakalpojumu augstā cena, iespējamā sliktā prognoze un pat attieksme, un šādos brīžos pacienta vērtības un alternatīvu uztvere var būt apslāpēta.

Pacientam sniedzamās informācijas apjomam un veidam nav skaidru vadlīniju, bet visai informācijai jābūt balstītai uz aktuālajām ārstēšanas vadlīnijām, šai informācijai jābūt pilnīgai un jāveicina pacienta tālāka izglītošanās.

Kopīga lēmuma pieņemšana

Sākotnēji informētā piekrišana koncentrējās gandrīz tikai uz ārsta sniegto informāciju, nevis uz pacienta izpratni par to, tomēr jau pagājušā gadsimta 80. gados uz informēto piekrišanu sāka skatīties kā uz aktīvu kopīgu lēmuma pieņemšanas (*shared decision making*) procesu.

Mūsdienās ētiski derīga piekrišana ir kopīgs lēmuma pieņemšanas process, kura pamatā ir savstarpēja cieņa un līdzdalība, nevis veidlapas izlasīšana, kurā sīki aprakstīti konkrēti ārstēšanas riski.

Kopīgā lēmuma pieņemšanu slavē kā «uz pacientu vērstas aprūpes virsotne» un tā ir kļuvusi par klīnicista un pacienta attiecību ideālu. To bieži raksturo kā vidusceļu starp paternālistisko pieeju (ārsts zina vislabāk) un uz autonomiju balstītu pieeju (pacients



zina vislabāk). Tā atzīst gan ārsta labvēlību, gan pacienta autoritāti un cieņa, aizsargā un atbalsta pacientu autonomās izvēles.

Dažādi kopīgas lēmuma pieņemšanas modeļi

Komunikācija ar pacientu nav tipveida notikums, un precīzas vadlīnijas nav iespējamas. Arī kopīgais lēmuma pieņemšanas process nav pietiekami skaidrs, jo var ietvert dažādas pieejas. Pieņemot, ka pacients ir izteikti autonoms, var uzskatīt viņa vēlmes par skaidrām, stabilām, stingrām, noturīgām un piemērotām lēmuma pieņemšanai. Šādā šaurā modelī veselības aprūpes speciālisti sniedz uz pētījumiem balstītu informāciju par iespējām, riskiem un ieguvumiem, bet pacienti norāda uz vērtībās balstītu izvēli. Šādā komunikācijas modelī ārstu sniegtā informācija ir uzsvērti neitrāla, un tam ir īpaša nozīme akūtās aprūpes kontekstā. Tomēr, ja ārsts ir pārmērīgi neitrāls, pacients zaudē iespēju uzzināt ārsta viedokli un saņemt atbalstu.

Ja pieņem, ka pacients ir pakļauts gan pozitīvai, gan negatīvai sociālajai ietekmei, ka pacientu izvēles bieži ir neskaidras, mainīgas un atkarīgas no konteksta un konkrētām attiecībām, tad veselības aprūpes speciālistiem var būt nepieciešams atbalstīt pacientu izpratni, kritisko domāšanu un pašvērtību, piemēram, izmantojot ieteikumus un uzvedinošus jautājumus. Šādam modelim ir īpaša nozīme hroniskā, ilgtermiņa vai dzīves nogales aprūpē, kurā pacientu problēmas bieži ir atkārtotojošas, slikti definētas un dinamiskas, un tāpēc ir nepieciešama viņu aktīva un pastāvīga līdzdalība. Tomēr šajā modelī pārmērīgu paternālistismu ir grūtāk pamanīt, ierobežot un kontrolēt.

Daži medicīnas ētikas speciālisti apgalvo, ka kopīga lēmuma pieņemšana nemaz nav iespējama, jo kā ārsts, kurš pēc definīcijas zina vairāk, var pieņemt lēmumu kopā ar pacientu, kas nav tik informēts par savu slimību un ārstēšanu, bet kura vērtības ārsts tomēr nepārzina? Iespējams, labāku terminu piedāvā Pēters Ubels (*Peter Ubel*) ar kolēģiem, nosaucot procesu par «asistēto lēmuma pieņemšanu», apvienojot informēto piekrišanu ar kopīgu lēmuma pieņemšanu.



Kāpēc lēmuma pieņemšana un informētā piekrišana nav vienmēr «informēta»

Ir vairāki nozīmīgi faktori, kas negatīvi ietekmē lēmuma pieņemšanas procesu, kur daļu no faktoriem var mēģināt novērst ar administratīvām metodēm, bet daļai vajadzēs fundamentālas pārmaiņas.

Galvenais faktors ir fundamentālās varas atšķirības starp ārstiem un pacientiem klīniskajā aprūpē vai pētniecībā un daudzu veselības aprūpes speciālistu atlikušās paternālisma tendences. Vēl ir pietiekami daudz ārstu, kam komunikācija ar pacientu nešķiet pietiekami svarīga, jo pacients taču tiek ārstēts. Ir daudz ārstu ar pietiekami izteiktām paternālisma tendencēm, un frāzes – «es izlemšu, cik daudz tev par savu slimību šobrīd jāzina» vai «es nemaz nevaru iedomāties, kāpēc lai pacients to gribētu zināt,» nemaz nav retums.

Ārsta un pacienta sarunai atvēlētais laiks ir nepietiekams, lai pacients paspētu gan saņemt visu nepieciešamo informāciju, gan pieņemt informētu lēmumu. Piemēram, ambulatorajā aprūpē atvēlētas 15 minūtes ir daudz par maz, lai pacientam izskaidrotu gan dzīvību apdraudošu diagnozi, gan prognozi, izmeklējumu rezultātus un vēl apspriestu iespējamo ārstēšanās veidu. Savukārt neatliekamajā medicīnā ārstam visbiežāk nav laika ne stādīties priekšā, ne mierīgi apsēties un parunāt ar pacientu, tāpēc pacientam var rasties sajūta, ka viņš ticis steigā apskatīts, ātri un pavirši informēts un novirzīts tālāk. Vienkāršai pieklājībai un kontaktam starp ārstu un pacientu ir milzīga nozīme.

Tieši stacionāri ir vietas, kur visbiežāk pacienti var nezināt sava ārstējošā ārsta vārdu un izlasīt to tikai izrakstā, jo ārstiem un pārējam medicīnas personālam šķiet, ka viņi ir savā nodaļā, kur visi visus pazīst. Tomēr pacients tur ir pirmo reizi, un var gadīties tā, ka uz jautājumu – kurš ir tavs ārsts – var saņemt atbildi: es nezinu kā viņu sauc, nu tāds blonds ar baltām kedām. Arī brīžos, kad rezidenti aizvieto savu vadītāju ambulatorajā pieņemšanā, priekšā stādīšanās var būt ļoti būtiska, jo, ja pacients pierakstījies pie speciālista pirmo reizi, viņš var nezināt, kā izskatās viņa ārsts, īpaši Covid-19 laikā, kad sejas klāj respiratori. Savukārt zināt ārsta vārdu ir cieņas jautājums. No abām pusēm.

Daudziem pacientiem ir bail, ka viņi tiks apzīmēti kā «grūtie» pacienti, jo pārāk aktīvi iesaistās un uzdod pārāk daudz jautājumu. Diemžēl ārsti mēdz izrādīt neapmierinātību par pacienta jautājumiem.

Frāzes «ko jūs iedomājaties» un «pacienti bieži iedo-

mājas, ka..» diezgan labi raksturo esošo komunikācijas problēmu dziļumu. Pacienti mēdz «iedomāties», ja viņiem nav informācijas, ja viņi nav zinājuši, kur meklēt uzticamu informāciju, ja viņu izpratne par ārstēšanu atšķiras no ārsta izpratnes. To risināt nav iespējams citādi kā ar cieņpilnu sarunu un informēšanu.

Īpaši ir jāizdala gadījumi, kad pacientus, kuri ir meklējuši otro viedokli, kas ir pacienta pamattiesības, tirda ar jautājumiem – «kāpēc jūs pie tā ārsta braucāt, vai tad jūs man neuzticaties» – un mēdz apzīmēt par tādiem, «kuri paši sevi ārstē», un izrādīt pret šiem pacientiem sliktāku attieksmi. Atsevišķos gadījumos situācija ir bijusi tiktāl sakaitēta, ka pacientam, kas nolēmis aizbraukt uz kaimiņvalsti pie speciālista uz konsultāciju, no šī ārzemju ārsta jāsaņem līdzjutīgs skatiens un stāsts, ka nupat saņēmis zvanu no pacienta ārstējošā ārsta Latvijā ar nepamatotu apvainojumu nekoleģiālā rīcībā, pieņemot šo pacientu.

Protams, nepatīkama pieredze ir mazākumā, bet visi zinām stāstu par lielo medus mucu un mazo karoti darvas. Kamēr nesapratīsim, ka mums ir viens kopīgs mērķis, kuru var sasniegt tikai sadarbojoties, negatīvie piemēri neizdīs.



Drukātās informācijas kvalitāte

Minami četri pamatelementi, kuriem būtu jābūt jebkurā pacientiem paredzētā bukletā vai informācijas lapā.

Pacientu informācijai ir jābūt:

- spēkā esošai – ar pilnīgu, precīzu saturu, norādītu sākotnējo vai pārskatīšanas datumu;
- pārbaudāmai un uzticamai – ar spēkā esošām pārbaudāmām atsaucēm pie visiem apgalvojumiem; ar norādītu autora (autoru kolektīva) vārdu, interešu konflikta neesamību;
- pieejamai – strukturētai, viegli lasāmai, bez profesionālā žargona un nepaskaidrotiem saīsinājumiem;
- tālāko attīstību veicinošai – tekstam jābūt sagatavotam ar cieņu pret lasītāju, un jāveicina pacienta turpmākā neatkarīga rīcība.

Arī pacientiem ir savī mājasdarbi

Ja vien situācija nav akūta, pacientus vienmēr aicinām gatavoties ārsta apmeklējumam un jau iepriekš sagatavot jautājumus, vēlams rakstiski. Gan pacientu organizācijām, gan medicīnas profesionāļiem ir daudz jāiegulda sabiedrības izglītošanā par veselības jautājumiem. Īpaši jāstrādā pie pacientu spējas atšķirt uzticamus informācijas avotus, saprast, ar ko atšķiras pseidozinātne no pierādījumos balstītas medicīnas, un veicināt sapratni, ka pacients nav tikai subjekts, kuru kāds ārstē, bet ka viņš pats ir savas veselības līdzradītājs, kuram ir tiesības piedalīties visos lēmumos attiecībā uz to.

2020. gadā Britu medicīnas padome (*General Medical Council*) publicēja vadlīnijas par lēmuma pieņemšanu un piekrišanu. Vadlīnijās ietvertie septiņi lēmuma pieņemšanas un piekrišanas principi varētu tikt uzskatīti par mūsdienu baušļiem pacientu tiesībās.

Visiem pacientiem ir tiesības būt iesaistītiem lēmumu pieņemšanā par viņu ārstēšanu un aprūpi, kā arī saņemt atbalstu apzinātu lēmumu pieņemšanā, ja tas ir iespējams.

1.



Lēmumu pieņemšana ir nepārtraukts process, kas vērsts uz jēgpilnu dialogu – atbilstošas informācijas apmaiņu, kura ir nozīmīga konkrētam pacientam.

2.

Visiem pacientiem ir tiesības tikt uzklautītiem un saņemt informāciju, kas viņiem nepieciešama lēmuma pieņemšanai, kā arī saņemt vajadzīgo laiku un atbalstu, lai informāciju saprastu.

3.

Ārstiem ir jācenšas noskaidrot, kas ir svarīgi pacientiem, lai viņi varētu dalīties ar būtisku informāciju par piedāvāto iespēju un saprātīgu alternatīvu priekšrocībām un kaitējumu, tostarp par iespēju nerīkoties.

4.

Ārstiem jāsaik ar pieņēmumu, ka visi pieaugušie pacienti spēj pieņemt lēmumus par savu ārstēšanu un aprūpi. Par pacientu var spriest, ka viņam trūkst spēju pieņemt konkrētu lēmumu noteiktā laikā, tikai pēc likuma prasībām atbilstošas izvērtēšanas.

5.

Ārstēšanas vai aprūpes izvēlei pacientiem, kuriem trūkst spēju (pieņemt lēmumu), ir jāsniedz viņiem vispārējs ieguvums, un lēmumi jāpieņem, konsultējoties ar viņu tuviniekiem vai atbalsta personām.

6.

Pacienti, kuru tiesības uz piekrišanu skar likums, būtu jāatbalsta, lai viņi varētu iesaistīties lēmumu pieņemšanas procesā un, ja iespējams, izdarīt izvēli.

7.

Vēres redakcijā vai pie raksta autores.

Raksts pilnā apjomā publicēts žurnālā

Medicus Bonus 2022. Gada Nr. 59

Kas jāzina par DIABĒTISKO RETINOPĀTIJU



Marija Klindžāne,

oftalmoloģe, RAKUS stacionārs "Biķernieki". Oftalmoloģijas klīnika

Beāte Pēterelde,

ārste-stažiere, RAKUS stacionārs "Biķernieki". Oftalmoloģijas klīnika

Žurnāla "Saule" iepriekšējā – 78. numurā sākām sarunu par diabēta izraisītām acu komplikācijām un iepazīstinājām ar diabētiskās retinopātijas iemesliem un veicinošiem riska faktoriem. Domājam, ka ikvienam ir svarīgi zināt tieši tos riska faktorus, kurus var ietekmēt – mazināt vai novērst. Tik vien no katra paša atkarīgs, vai to darām.

Diabētiskā retinopātija ir galvenais akluma iemesls darbaspējīgā vecumā.

Taču personām ar 1. tipa diabētu retinopātiju reti konstatē pirmajos 5 slimības gados, toties personām ar 2. tipa diabētu, jau diagnosticējot saslimšanu, aptuveni 20 % konstatē lielākas vai mazākas izmaiņas tīklenē. Lielākā daļa acu komplikāciju diabēta gadījumā attīstās bez simptomiem – nav acābola apsārtuma, nav sāpju, nav redzes traucējumu. Taču agrīna diabētiskās retinopātijas diagnostika un lāzertterapija samazina akluma risku par vismaz 70 %.

Tāpēc personām ar diabētu **obligāti** nepieciešama regulāra acu ārsta apskate un acu izmeklēšana caur paplašinātu zīlīti – diabētiskās retinopātijas skrīnings. Arī par skrīningu varējāt lasīt iepriekšējā izdevumā.

Šoreiz turpināsim par to, kādas izmaiņas tīklenē personām ar diabētu var rasties un kādas var būt komplikācijas.



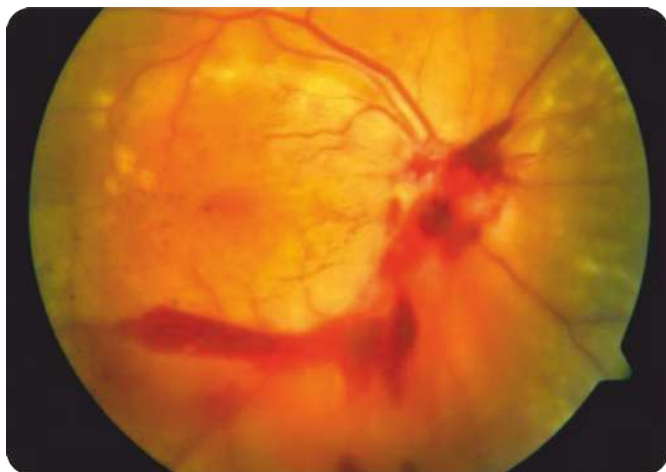
Attēlos - neproliferatīvā diabētiskā retinopātija.

Tīkles izmaiņas diabētiskās retinopātijas gadījumā

Diabētiskā retinopātija ir mikroangiopātija (sīko asinsvadu bojājums), kas skar tīkles asinsvadus sliktas diabēta metabolās kontroles dēļ un rada progresējošu tīkles bojājumu līdz pat totālam redzes zudumam. Nosacīti varam iedalīt tīkles izmaiņas divās grupās: **neproliferatīva** un **proliferatīva** diabētiskā retinopātija. Šīm stadijām var būt ļoti dažādas smaguma pakāpes gan bez redzes funkciju izmaiņām, gan ar ļoti nopietniem un pat neatgriezeniskiem traucējumiem.

Neproliferatīva diabētiskā retinopātija

Neproliferatīva diabētiskā retinopātija tās agrīnākajā stadijā raksturojas ar **mikroaneirismām** – nelieliem punktveida **saasiņojumiem** tīklenē, kas izmeklējuma laikā uzmanīgi jāmeklē. Oftalmologa uzdevums ir agrīni diagnosticēt vismazākās izmaiņas tīklenē, sekot tām un nodrošināt savlaicīgu un labāko iespējamo terapiju. Ja pacientam konstatēta diabētiskā retinopātija, ārstējošā ārsta (ģimenes ārsta vai endokrinologa) uzdevums ir vēlreiz pārliecināties par diabēta kompensāciju (HbA1c skaitli) un vajadzības gadījumā pārskatīt terapiju, lai kompensāciju uzlabotu (HbA1c < 7 %). Agrīni diagnosticēt diabētisko retinopātiju ir būtiski, jo ir pierādīts, ka retinopātija ir izteikts sirds-asinsvadu slimību un nefropātijas attīstības marķieris (vēstnesis) personām ar 2. tipa diabētu. Acu izmeklēšanas biežums šajā stadijā atkarīgs no diabēta kompensācijas pakāpes; apskate jāveic ik pēc 6–12 mēnešiem.



*Attēlā - hemoftalms
jeb saasiņojumi stiklveida ķermenī.*

Progresējot retinopātijai, tīklenē konstatē ne tikai mikroaneirismas, bet arī daudzas dažāda lieluma **intra-retinālas hemorāģijas, mikroinfarktus** (t.s. vatesveida eksudāti), **lipoproteīnu nogulsņumus** (jeb cietos eksudātus). Jāsaprot, ka cukura diabēta kompensācijai ir liela nozīme, lai novērstu tālāku retinopātijas progresēšanu. Tīkles izmeklēšana ieteicama pēc 3–6 mēnešiem.

Augsta riska diabētiskas retinopātijas stadiju raksturo daudz mikroaneirismu, multiplas hemorāģijas tīklenē, **vēnu patoloģiskas** vai izteiktas intraretinālas mikrovaskulāras anomālijas (**IRMA**) un/vai mikroinfarkti (vates veida eksudāti). Šīs izmaiņas liecina par ļoti nopietnu tīkles šūnu un audu išēmiju, kas draud ar proliferatīvām izmaiņām. Paralēli vispārējā stāvokļa izvērtēšanai nereti jau šajā stadijā iesaka tīkles panretinālo lāzerkoagulāciju, lai nepieļautu neovaskularizāciju. Ja neizdara lāzerkoagulāciju, **acs dibens (fundus oculi)** jāizmeklē ik pēc trim mēnešiem.

Proliferatīva diabētiskā retinopācija

Par **proliferatīvu** diabētiskas retinopātijas **procesu** liecina **neovaskularizācija** (jaunu asinsvadu augšana) uz redzes nerva diska vai jebkurā vietā tīklenē, kā arī **preretināla/intravitreāla hemorāģija**. Proliferatīvā stadija tiek diagnosticēta 5–10 % cukura diabēta pacientu, bet tās sastopamība personām ar diabēta stāžu virs 30 gadiem sasniedz pat 60 %.

Pat proliferatīvas retinopātijas stadijā pacientam joprojām var nebūt subjektīvu sūdzību. Tikai saasiņojuma stiklveida ķermenī gadījumā pacienti sūdzas par peldošiem apduļķojumiem. Ja saasiņojums ir izteikts, redzes asums var samazināties tik būtiski, ka saglabājas tikai gaismas sajūta. Šajā proliferatīvās diabētiskas retinopātijas stadijā izmaiņas acīs un redzes funkcijās ir ļoti plašā diapazonā: no 100 % redzes bez sūdzībām līdz totālam aklumam un sāpēm acī.

Biežāk sastopamās proliferatīvās retinopātijas komplikācijas

Recidivējošs hemoftalms – saasiņojums stiklveida ķermenī. Tas parasti saistīts ar jaunveidoto asinsvadu plīsumu. Parādās sūdzības par redzes miglošanos, melniem vai sarkaniem peldošiem apduļķojumiem acs priekšā. Nelieli saasiņojumi dažās nedēļās līdz mēnešos var uzsūkties bez būtiskām sekām, parasti izveidojas neliela fibroze. Lielāku saasiņojumu gadījumā nepieciešama oftalmologa konsultācija, lai lemtu par neatliekamu vitrektomiju (acs operācija, kuras laikā tiek izņemts apduļķotais un nedzirdrais stiklveida ķermenis, tādējādi ļaujot gaismas stariem nokļūt līdz tīklenei).

Tīkles atslāņošanās (tīkles atdalīšanās no asinsvadu apvalka) notiek trakcijas rezultātā. Fibrozas membrānas, kas rodas pēc saasiņojumiem stiklveida ķermenī un jaunveidoto asinsvadu augšanas dēļ pa tīkles virsmu, iestiepjas stiklveida ķermenī un saista to ar tīkleni. Fibrozās membrānas atvelk (trakcija) no asinsvadu apvalka. Ja tīkles atslāņošanās neskar centrālo daļu, lokāla atslāņošanās var būt ilgstoši nemainīga. Ja trakcijas atslāņošanās progresē, vienīgā iespējamā ārstēšana ir vitrektomija.

Varavīksnenes neovaskularizācija ir saistīta ar izteiktu tīkles hipoksiju un ar angiogēnēzes (VEGF) faktora produkcijas palielināšanos. Tā ir sekundārās neovaskulārās glaukomas pirmā stadija. Šajā brīdī vēl var novērst glaukomas attīstīšanos. Tad likvidē tīkles nepietiekamo skābekļa apgādi (sakārto pacienta vispārējo stāvokli, lieto intravitreālās injekcijas un/vai izdara panretinālu tīkles lāzerkoagulāciju).

Sekundārā neovaskulārā glaukoma liecina par terminālu proliferatīvas retinopātijas stāvokli. Jaunveidotie asinsvadi bloķē intraokulārā šķidruma attecī un ievērojami paaugstinās intraokulārais spiediens. Tā rezultātā pilnīgi tiek zaudētas redzes funkcijas acī. Medikamentoza un ķirurģiskā terapija tiek veltīta acs kā orgāna saglabāšanai.

Par savu redzes veselību, pirmkārt, jā rūpējas katram pašam. Acu ārsts tāpat kā endokrinologs ir tiešas pieejamības speciālists. Tas nozīmē, ka lai dotos vizītē pie acu ārsta vai endokrinologa, ģimenes ārsta nosūtījums nav vajadzīgs.

Bet par diabētiskās retinopātijas ārstēšanu un par diabētisko retinopātiju grūtniecības laikā, kā arī par vēl vienu nopietnu redzes samazināšanās iemeslu – makulopātiju, jau nākamajā "Saules" numurā.

Vietnē www.rindapiearsta.lv var atrast tuvāko vietu un ātrāko laiku, kur saņemt valsts apmaksātu speciālista konsultāciju.

Kas ir DIABULĪMIJA



Gita Avotiņa,

endokrinoloģe

Diagnoze 1.tipa cukura diabēts ir cilvēka dzīvi mainošs notikums. Tas ievieš ikdienā vairākas praktiskas izmaiņas, tajā skaitā biežu cukura līmeņa asinīs paškontroli, oghidrātu daudzuma ēdienreizē un fizisko aktivitāšu ietekmes novērtēšanu, kā arī insulīna injekciju veikšanu.

Ēšanas traucējumi personām ar 1. tipa cukura diabētu – ir grūti diagnosticējami un arī grūti ārstējami. Lai gan termins “diabulīmija” nav īsti precīzs, jo vairāk saistās ar pārmērīgu ēšanu kā nervozās bulīmijas gadījumā, taču pēdējos gados tiek plaši lietots. Šo stāvokli piedāvā dēvēt arī par *ēšanas traucējumiem personām ar cukura diabētu*.

Diabulīmija ir apzināta nepietiekama insulīna injicēšana svara samazināšanas nolūkos. Tas var izpausties kā samazinātu insulīna devu ievadīšana vai atturēšanās no insulīna injekcijām vispār.

Var būt arī citas ēšanas traucējumu izpausmes, piemēram, ēdiena ierobežojumi, pašizraisīta vemšana vai pārēšanās. Taču tieši nepietiekama insulīna ievadīšana diabulīmiju atšķir no citiem ēšanas traucējumiem. Cilvēkiem ar 1. tipa cukura diabētu un ēšanas traucējumiem ir augstāks glikētā hemoglobīna HbA1c palielināšanās risks, kā arī akūtu un vēlīnu cukura diabēta komplikāciju attīstības risks. Šīm personām biežāk attīstās ketoacidoze un tās nonāk slimnīcā, kur jāpavada ilgāks laiks. Diemžēl arī mirs-

tības rādītājs ir augstāks, respektīvi, 4,06 % pirmātīpa cukura diabēta gadījumā, 8,86 % anoreksijas pacientiem un 14,5 % cilvēkiem ar abām saslimšanām.

Starp personām ar 1. tipa cukura diabētu ir vairāk cilvēku ar ēšanas traucējumiem un traucētu ēšanu. Piemēram, lielākais līdz šim veiktais pētījums par šo tēmu pierādīja, ka ēšanas traucējumi sastopami 10 % sievietēm ar 1. tipa cukura diabētu un 4 % bez tā.

Ēšanas traucējumu rašanās iemesli

Ir vairāki iemesli, kāpēc ēšanas traucējumus biežāk sastop personām ar 1. tipa cukura diabētu. Diabēta kontrolei jau no diagnozes noteikšanas brīža kā būtisks tiek uzsvērts apēstais ēdiens un svars. Jau diabēta diagnoze pati par sevi var radīt stresu un satraukumu. Atpazīti riska faktori ēšanas traucējumu attīstībai 1. tipa cukura diabēta pacientiem ir bažas par svaru un ķermeņa formu, neapmierinātība ar savu izskatu, depresija, trauksme, palielināts ķermeņa masas indekss, sievietes dzimums, tīņu vecums (meitenēm 13–14 gadi, puisiem virs 16 gadiem), nepārtraukta koncentrēšanās uz ēdienu. Tāpat arī diabētam specifiski faktori – bailes no insulīna izraisīta svara pieauguma un bailes no akūtiem un vēlīniem diabēta sarežģījumiem. Arī ar garastāvokli saistīti faktori ir svarīgi. Emocionālu stresu un depresiju biežāk atzīmē tās personas, kas injicē mazāk insulīna. Daļai cilvēku ar diabētu insulīna neievadīšana ir paškaitējuma izpausme.



Pamatā insulīns un svars

Diabulīmijas pamatā ir insulīna un svara attiecības. Lielākā daļa cilvēku ar 1. tipa cukura diabētu ir personīgi saskārušies ar to, ka augstāks glikozes līmenis asinīs var izraisīt svara samazināšanos. It kā neizskaidrojama svara mazināšanās visbiežāk ir neapmierinoši kontrolēta 1. tipa cukura diabēta pazīme vai saslimšanas ar diabētu sākumā, kad tas vēl nav konstatēts. Insulīns ir hormons, kas ļauj ķermeņa šūnām uzņemt glikozi no asinīm un izmantot to enerģijas ieguvei. Ja nav pietiekams insulīna daudzums, tad ķermenis nespēj uzņemt glikozi – kalorijas, un sāk tērēt savas enerģijas rezerves – taukaudus, muskuļus. Strauji mazinās svars, pie kam neatkarīgi no apēsto kaloriju daudzuma. Uzsākot insulīna terapiju vai sākot saņemt pietiekamu daudzumu insulīna, ķermeņa svars palielinās, jo ķermenis uzņem glikozi un izmanto to. Bet pārmērīgu svara pieaugumu vistīcāmāk izraisīs nepiemēroti ēšanas paradumi – tiek apēsts vairāk un arī insulīna nepieciešams vairāk.

Lielākoties pieejamie ēšanas traucējumu izmeklēšanas protokoli ir laikietilpīgi un maz piemēroti izmantošanai ikdienā. Vienkārši 5 jautājumu testi, piemēram, mSCOFF tests, var palīdzēt noteikt, vai ir nepieciešama ārsta palīdzība.

mSCOFF tests:

Vai mēdz izraisīt sev vemšanu, jo jūties pārēdies?

Vai uztraucies, ka varētu būt zaudējis kontroli par to, cik daudz ēd?

Vai nesen esi zaudējis vairāk nekā 6 kilogramus svara 3 mēnešu laikā?

Vai domā, ka esi pārāk resns, lai arī līdzcilvēki apgalvo, ka esi pārāk tievs?

Vai ēdiens dominē tavā dzīvē?

Diabulīmijas brīdinājuma pazīmes un simptomi

EMOCIONĀLĀS UN UZVEDĪBAS PAZĪMES

FIZISKĀS IZMAIŅAS

pieaugoša nolaidība pret diabēta ārstēšanu	HbA1c ir 9 % vai augstāks
noslēpumainība par diabēta ārstēšanu	HbA1c nesaskan ar glikometra rādījumiem
izvairīšanās no ārsta apmeklējuma	neizskaidrojams svara zudums
bailes no pārāk zema cukura līmeņa asinīs	pastāvīgas sliktas dūšas/vemšanas lēkmes
bailes no insulīna izraisīta svara pieauguma	pastāvīgas slāpes un bieža urinācija
pastiprināts uztraukums par ķermeņa izskatu	
atteikšanās no konkrētiem ēdieniem vai ēdienu grupām ar mērķi samazināt insulīna devas	vairākas ketoacidozes epizodes
izvairīšanās no ēšanas publiskā vietā kopā ar ģimeni	asinīs samazināts nātrijs un/vai kālija līmenis
nepatika veikt glikēmijas paškontroli vai insulīna injekcijas citu cilvēku klātbūtnē	biežas urīnceļu infekcijas
pārāk strikti "ēdienu likumi"	neregulārs menstruālais cikls/ izzušana
pārņemtība ar ēdienu, svaru un/vai kalorijām	
pārmērīgs un/vai stingrs fizisko aktivitāšu režīms	redzes pasliktināšanās
atteikšanās no laika pavadīšanas ar ģimeni/draugiem	vājums
depresija vai trauksme	matu un ādas sausums
aptiekā neizņemtas insulīna receptes	

Ēšanas traucējumi ir grūti diagnosticējama saslimšana. Bieži cilvēki nevēlas, lai par tiem uzzina un nevēlas saņemt ārstēšanu, it sevišķi, ja tiem ir 1. tipa cukura diabēts. Jo baidās no medicīnas darbinieku nosodījuma saistībā ar neapmierinošu diabēta kontroli. Lai arī šobrīd nav pieejami ekspertu ieteikumi diabulīmijas pacientu ārstēšanai, svarīgi šajā gadījumā vērsties ne tikai pie sava ģimenes ārsta vai endokrinologa, diabēta apmācības māsas, bet arī pie psihoterapeita vai psihiatra.

Pakāpeniska insulīna devu palielināšana līdz pietiekamai, vienlaicīgi saņemot psihoterapeita atbalstu, šobrīd tiek ieteikta kā vissaudzīgākā metode. Bieži sākumā iesaka arī diētu ar zemu ogļhidrātu daudzumu, jo tad ir mazāka nepieciešamība pēc insulīna un vieglāk sasniegt normālu cukura līmeni asinīs. Ārstēšanas galvenais uzdevums ir sasniegt stabilu un regulāru ēšanas režīmu, neatturoties no kādas uztura grupas, piemēram, ogļhidrātiem.

SMAGAI HIPOGLIKĒMIJAI - GLIKAGONU

Kristīne Kauliņa,

diabēta aprūpes māsa, Bērnu klīniskās universitātes slimnīca

Cukura diabēta aprūpē liela daļa uzmanības tiek vērsta tieši uz insulīnu, un tas, protams, ir pamatoti, bet ir vēl viens hormons, par kuru ir jāzina, un tas ir **glikagons**. Tāpat kā insulīns, arī glikagons tiek ražots aizkuņģa dziedzerī. Tas darbojas pretēji insulīnam - tas paaugstina cukura līmeni asinīs.

Hipoglikēmija ir noteikti labi pazīstama situācija ikvienam diabēta pacientam. Smaga hipoglikēmija ir nopietns stāvoklis, kas var izraisīt bezsamaņu, krampjus un komu. Smagas hipoglikēmijas ārstēšanai nepieciešama kāda cita palīdzība, un ārstēšana sastāv no glikagona ievadīšanas vai glikozes ievadīšanas vēnā. Ja cilvēks ir bezsamaņas, glikozes tablešu uzņemšana vai sulas dzeršana gan nav pieļaujama!

Kā darbojas glikagons

Glikagons ir aizkuņģa dziedzera hormons, kas balansā ar insulīnu uztur glikozes līmeni asinīs. Glikagons paaugstina glikozes līmeni asinīs. Tas pārvērš aknās uzglabāto glikogēnu glikozē, glikoze nonāk asinsritē un paaugstina glikozes līmeni.

Personām ar 1. tipa cukura diabētu traucēta ne tikai insulīna sekrēcija, bet arī glikagona izdalīšanās hipoglikēmijas gadījumā. Tātad, aknas nesaņem signālu, lai atbrīvotu glikozi. Tā rezultātā cukura līmenis asinīs var vēl vairāk pazemināties, izraisot smagu hipoglikēmiju.

Vairāk par glikagonu

Svarīga ir precīza rīcība smagas hipoglikēmijas gadījumā. Glikagona injekciju jāmaks veikt ģimenes locekļiem, draugiem, kolēģiem vai kādai citai personai, kura ir ikdienā klātesoša 1. tipa cukura diabēta pacienta dzīvē.

Glikagons ir pieejams pēc receptes, valsts kompensē tā iegādi 100 % apmērā un tas ir pieejams tikai injekcijas veidā.

Standarta glikagona injekcija

Glikagona injekciju veic līdzīgi kā insulīna injekciju, un to var ievadīt augšdelmā, augšstilbā vai sēžamvietā, vai nu zem ādas, vai muskuļos. Parastā deva pieaugušajiem ir 1 miligrams (mg). Glikagona komplekti ir pulvera un šķidrums

veidā, kas jāsauc tieši pirms injekcijas. Tas var radīt satraukumu personai, kurai jāveic injekcija.

Jāņem vērā, ka glikagonam ir blakusparādības - slikta dūša un vemšana, tāpēc pēc injekcijas cilvēks jānovieto uz sāniem, lai vemšanas gadījumā kuņģa saturs nenonāktu elpceļos. Glikagons parasti iedarbojas 5 līdz 10 minūšu laikā. Ja persona nereaģē, nekavējoties jāzvina NMP (113), lai saņemtu tūlītēju medicīnisko palīdzību.

Svarīgi padomi

- Glikagons ir īpaši būtisks bērniem ar 1. tipa cukura diabētu.
- Ja cilvēks ir nonācis bezsamanā un pastāvīgi nespēj uzņemt glikozi (piem., sulu, glikozes tabletes, cukuru vai konfektes), kategoriski aizliegts kaut ko liet vai bērt pacienta mutē. Tas var izraisīt aizrīšanos!
- Glikagona dozēšana:
 - ja bērns sver mazāk par 30 kg, jāievada PUSE (1/2) devas;
 - ja bērns sver vairāk par 30 kg, jāievada PILNA deva.
- Glikagona komplektu var droši uzglabāt istabas temperatūrā.
- Pirms glikagona ievadīšanas pārbaudiet cukura līmeni asinīs, lai pārliecinātos, ka tas ir zems. Cilvēks var zaudēt samaņu arī no augsta cukura līmeņa asinīs. Tādā gadījumā glikagons nepalīdzēs. Ja nav iespējas pārbaudīt glikozes līmeni, jāievada glikagons.
- Šīs zāles nedrīkst lietot kā ikdienas medikamentu hipoglikēmijas novēršanai. Glikagons ir ārkārtas gadījumu medikaments.

Kopš nesena laika ārzemēs ir pieejams arī deguna pulveris (Baqsimi), kas ir paredzēts smagas hipoglikēmijas ārstēšanai ar cukura diabētu slimojošiem pieaugušajiem, pusaudžiem un bērniem no 4 gadu vecuma. Glikagona deguna pulveri ievada vienā nāsī. Glikagons pasīvi uzsūcas caur deguna gļotādu.

Ikvienai personai ar 1. tipa diabētu mājās jātur glikagona ievadīšanas komplekts! Ģimenes locekļiem jāzina, kur tas atrodas un jau iepriekš jāiepazīstas ar tā lietošanas instrukciju.

Nobeigumā jāpiebilst, ka ikvienam diabēta pacientam jebkurā gadījumā jācenšas izvairīties no smagām hipoglikēmijām un bezsamaņas iestāšanās. Svarīgi analizēt katras hipoglikēmijas cēloņi, lai maksimāli samazinātu to atkārtšanās iespējamību.

Materiāls sagatavots:

<https://www.diabetesselfmanagement.com/managing-diabetes/treatment-approaches/severe-hypoglycemia-glucagon/>

Milgamma® N kapsulas - ārstē sāpes!



B1

B12

B6

wörwag
PHARMA

Milgamma® N 90 mg/ 40 mg/ 0.25 mg mīkstās kapsulas



**Dažādas izcelsmes nervu saslimšanām,
kas raksturojas ar iekaisumu un sāpēm:**

- sāpīgs muskulatūras sasprindzinājums
- radikulīts
- migrēna

Milgamma® N satur taukos šķīstošā B1 atvasinājuma (benfotiamīna), B6 un B12 vitamīnu kompleksu.

1 kapsula 3 - 4 reizes dienā.

Vieglos gadījumos un īpaši labas iedarbības gadījumā
1 - 2 kapsulas dienā.

Bezrecepšu zāles. Pirms zāļu lietošanas uzmanīgi izlasiet lietošanas instrukciju vai atbilstošu informāciju uz iepakojuma. Par zāļu lietošanu konsultējaties ar ārstu vai farmaceitu. Par novērotajām zāļu blakusparādībām lūdzam ziņot Zāļu valsts aģentūrai vai WÖRWAG Pharma GmbH&Co.KG pārstāvniecībai Latvijā pa tālruni +371 67411504.

Reklāmas devējs: WÖRWAG Pharma GmbH&Co.KG, Vienības gatve 87, Rīga, LV-1004. Reģ. apliecības īpašnieks: WÖRWAG Pharma GmbH&Co.KG, Vācija. LV/MIL/PA/P/01/02/04.21/DRUKA

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI



Lai vasarā SKAISTAS PĒDAS

Aija Dreimane-Mangale,

podoloģe, Diabēta centrs

Siltajā sezonā pēdas, kas bieži vien ieautas skaistos, taču ne visai ērtos apavos, cieš no karstuma. Vasaras karstums, putekļi, kukaiņu kodumi, apavu siksnīņas, cieši un neelpojoši apavi negatīvi ietekmē kājas, pasliktinot asinsriti tajās.

Biežākās pēdu veselības problēmas vasarā – saplaisājusi papēžu āda, pastiprināta svīšana jeb hiperhidroze, tulznas, varžacis, pēdu ādas un nagu sēnīšu infekcija.

Atkal jau varžacis un uzstaiģājumi

Ilgstošas berzes un/vai nepareiza spiediena rezultātā uz pēdas veidojas sabiezētas, sāpīgas ādas segmenti, kuru vidū ir trijstūrveida serde – varžacis. Ja uz papēžiem un citviet pēdās rodas pastiprināts spiediens, āda cenšas pasargāt locītavas un sabiezē. Rodas uzstaiģājumi. To rašanos veicina liekais svars, pēdas deformācijas un nepiemēroti apavi.

Uzstaiģājumi un varžacis ir īpaši bīstamas cilvēkiem ar cukura diabētu, jo pastāv risks attīstīties plaisām, čūlai un tas var būt nopietnas infekcijas sākums. Tāpēc nevajadzētu nodarboties ar pašārstēšanos, bet gan griezties pie pēdu aprūpes speciālista – podologa, kas varēs palīdzēt un ieteikt pareizo risinājumu diskomforta un pēdu problēmu mazināšanai – lietot apavos liekamās zolītes, pēdiņas, silikona, filca vai cita materiāla ortozes, vai ieteiks vērsties pie tehniskā ortopēda, lai piemeklētu zolītes spiediena izlīdzināšanai pēdā.

Kāpēc rodas plaisas

Plaisas papēžos rodas ilgstoša mehāniska kairinājuma rezultātā. Mehānisku kairinājumu rada nepiemēroti apavi, staigāšana basām kājām, arī pēdas deformācijas. Vasaras sezonā pēdu āda ir sausāka, tāpēc katru vakaru pēdas ieziežamas ar barojošu krēmu.

Ja pēdas svīst un ož

Pastiprinātu pēdu svīšanu sauc par hiperhidrozi. Tas bieži vien ir pavadošs simptoms kādai pamatslimībai, piemēram cukura diabētam, tāpēc svarīgi neaizmirst par diabēta kontroli. Taču, ja sviedriem parādās nepatīkama smaka, tas liecina par baktēriju klātbūtni.

Ieteicams valkāt dabīga materiāla zeķes un apavus, vismaz 2 reizes dienā mazgāt kājas tekošā ūdenī, rūpīgi nosusinot pirkstu starpas. Uz sausām, tīrām pēdām katru dienu var lietot speciālos pēdu kopšanas pulverus vai talku, bet vakaros lietot krēmu kājām ar



piparmētru vai tējaskoka eļļu. Speciālie pēdu krēmi ar dezodorējošu iedarbību ne tikai novērš nepatīkamo aromātu, bet arī regulē svīšanas procesu, paaugstina ādas elastību un aizsargā no sēnīšu un baktēriju infekcijām. Ja pēdas pastiprināti svīst, biežāk attīstīsies pēdu sēnīte.

Ak, tulznas

Tulznas ir berzes radīts ādas bojājums, ko veicina mitrums un karstums. Tulznas var rasties, sākot valkāt jaunus apavus vai paaugstinātas slodzes apstākļos, piemēram, ejot garākos pārgājienos. Tulznu profilakse – vasaras aktivitātēm piemēroti apavi, atbilstoši pēdu deformācijām. Pirms ilgākām pastaigām var laicīgi uzlīmēt plāksteri vai rūpniecisko ortozi (piemēram, pololona) uz problēmzonām, lai pasargātu ādu no berzes. Cilvēkiem, kam ir šī problēma, rekomendējams lietot krēmus, kuru sastāvā ir augu eļļas – lineļļa un/ vai olīveļļa. Šādi krēmi mīkstina ādu.

Nobeigumā

Podologs var novērst tādas problēmas kā ādas sabiezējumi, plaisas pēdu ādā, ieauguši nagi, nagu formas un krāsas izmaiņas, varžacis, kārpas, veiks aprūpi pēdu ādas un nagu sēnīšu gadījumā, kā arī ieteiks problēmu atrisinošos līdzekļus un informēs par profilaktiskajiem pasākumiem ikdienā.

Personām ar cukura diabētu aprūpi diabētiskās pēdas aprūpes kabinetā par valsts budžeta līdzekļiem nodrošina podologs.

Nosūtījumu uz diabētiskās pēdas aprūpes kabinetu, izvērtējot pacienta pēdu veselības stāvokli, var izsniegt ģimenes ārsts vai ārsts-speciālists, kurš ir līgumattiecībās ar valsti (piem., endokrinologs).

Saņemot valsts apmaksātu veselības aprūpi diabētiskās pēdas aprūpes kabinetā, pacientam nav jāveic pacienta iemaksas vai līdzmaksājumi.

Uzzināt, kurās ārstniecības iestādēs atrodas valsts apmaksāti diabēta pēdas aprūpes kabineti, var:

www.vmnvd.gov.lv/lv/diabeta-pacientu-aprupe

Slimību valdniece un valdnieku slimība - **PODAGRA**

Ligita Berzinska,

sertificēta uztura speciāliste

Podagrai jeb "ģiktij" ir gara vēsture –

slimības aprakstus atstājuši jau seno grieķu un romiešu ārsti. Podagra no grieķu valodas – kāja slazdā. Vēsturiski tā tika uzskatīta par tikai bagātņiem raksturīgu slimību. Jau 1. gs. p. m. ē. romietis Auls Kornēlijs Celzs aprakstīja saikni starp podagru un pārmērīgas ēšanas un dzeršanas paradumiem. Viens no tās latīniskajiem nosaukumiem ir arthritis divitum – bagāto artrīts. Pagātnē podagra nav saudzējusi daudzas slavenas un ievērojamas personas, izmisumā iedzenot karaļus, imperatorus, pāvestus, politiķus, māksliniekus, rakstniekus, filozofus un zinātniekus.

Kas ir hiperurikēmija

Urīnskābe ir vielmaiņas galaprodukts vielu grupai, ko sauc par purīniem. Urīnskābe veidojas aknās no purīnvielām, kas uzņemtas ar uzturu vai sintezētas pašā organismā. Purīnu metabolisma galaprodukts ir urīnskābe. Ja izzūd līdzsvars starp urīnskābes sintēzi un izdalīšanos caur nierēm, rodas hiperurikēmija (palielināts urīnskābes daudzums asinīs). Ja urīnskābe ir paaugstināta ilgu laiku, var piemeklēt akūta podagras lēkme. Diētas kļūdas izraisa podagru 12 % gadījumu; ir cieša saistība ar pārlietu alkohola lietošanu, ar fruktozi saldinātu dzērienu, gaļas un jūras velšu lietošanu. **Organisma sintēzi mēs tieši ietekmēt nevaram, bet varam izdarīt apzinātas uztura izvēles.** Ar pārtiku uzņemtām purīnu daudzumam diennaktī nevajadzētu pārsniegt 100–150 mg. Podagru veicinošs faktors ir arī liekais svars.

Kas ir podagra

Podagra ir iekaisīga locītavu un vielmaiņas slimība, ko izraisa paaugstināts urīnskābes līmenis asinīs. Parasti urīnskābe no organisma tiek izdalīta ar urīnu, taču, ja tās ir par daudz, tā uzkrājas un veido adatveida kristālus. Urīnskābes kristāliem izgulsnējoties locītavās, attīstās iekaisuma reakcija (podagras lēkme) ar pēkšņām asām, ļoti stiprām sāpēm, kas visbiežāk



URĪNSKĀBES KRISTĀLI

sākas naktī, locītavas pietūkumu un apsārtumu. Klasiska podagras pazīme ir sāpes kājas īkšķa pamatnē, taču jutīgas, sāpīgas un satūkušas var būt arī citas locītavas – pirksti, plaukostas, elkoņi, potītes, ceļgali.

Ārstēšanas iespēja – diēta

Ja urīnskābes līmenis asinīs ir paaugstināts, tad, lai aizkavētu podagras veidošanos, uzturā jāmazina vai jāatsakās no pārtikas produktiem, kas vistiešāk paaugstina urīnskābes līmeni un nosaka iespējamību attīstīties podagrai. Bet vairāk jālieto produkti, kas to samazina.

Urīnskābes līmeni asinīs paaugstina:

- gaļas (sarkanās gaļas, mājputnu un īpaši, subproduktu – aknu, nieru) lietošana;
- jūras produktu (anšovu, siļķu, sardīņu, pikšu, mīdiju, tunča, makreļu) lietošana;
- alkohola, īpaši alus un vīna lietošana;
- fruktozi dabiski saturošu dzērienu (apelsīnu sula) un ar to saldinātu dzērienu (dažādu limonāžu) lietošana;
- pākšaugu (zirņu, pupu, lēcu), skābeņu, rabarberu un spinātu lietošana;
- nepietiekama šķidruma uzņemšana (0,30 ml/kg).

Savukārt urīnskābes līmeni var pazemināt:

- pazemināta tauku satura piena produktu lietošana;
- ķiršu un to dabiskās sulas lietošana;
- kafijas lietošana;
- pietiekama dārzeņu un augļu lietošana uzturā.

Kāpēc ierobežot fruktozi

Fruktoze bieži vien tiek dēvēta par augļu cukuru, jo dabiski atrodas daudzos augļos, dārzeņos, kā arī medū. Fruktoze ir kaitīga, ja to uzņem lielos daudzumos, bet ir gandrīz neiespējami uzņemt kaitīgu fruktozes daudzumu ar augļiem. Taču ir produkti, kas tiek saldināti ar galdā cukuru, fruktozi vai glikozes-fruktozes sīrupu, kuros līdz 99 % ir fruktoze. Der atcerēties, ka galdā cukurs (saharoze) bez glikozes satur arī fruktozi. Tieši ar saldinātiem pārtikas produktiem var uzņemt pārlietu lielu fruktozes daudzumu! Dažādos saldi-



nātajos dzērienos un citos produktos visbiežāk izmanto augsta fruktozes saturs kukurūzas sīrupu – AFKS (55 % fruktozes) un agaves sīrupu (80 % fruktozes). Tas ne tikai paaugstinās holesterīna un triglicerīdu līmeni asinīs, bet arī veicinās urīnskābes sintēzi aknās un paaugstinās urīnskābes līmeni asinīs.

Daži uztura ieteikumi

IESAKA

gaļas un zivju produktus lietot tikai vārītā veidā. Jo 50 % purīnvielas vārot izdalās buljonā. Gaļas ēdienus var iekļaut ēdienkartē 2–3 reizes nedēļā. Atļautais gaļas, zivju daudzums ir 100–150 g dienā, bet 3–4 dienas nedēļā pilnīgi izslēgt gaļas ēdienus.

Lai pastiprinātu urīnskābes izvadīšanu, ir ieteicams dienā uzņemt palielinātu šķidruma daudzumu ~ 2–2.5 l dienā. Labi ir pirms gulētiešanas izdzert glāzi šķidruma (vāju tēju, minerālūdeni, ūdeni). Tas mazina urātu akmeņu veidošanās risku nierēs.

Podagras pacientiem ir ieteicamas piena, biezpiena,

kefīra u.c. piena produktu atslodzes dienas. Taču stingri neiesaka bada diētu, jo tā var provocēt podagras lēkmi.

Nobeigumā labā ziņa ir tā, ka ar uztura izmaiņām var izdarīt lielas lietas. Lai izdodas!



INTERESANTI!

Ķirši pret podagru

Par vienu no produktiem, kas remdē podagras lēkmes, atzīti ķirši. Zinātniski izpētīts, ka regulāra ķiršu sulas dzeršana samazina urīnskābes līmeni. Līdzīga iedarbība ir arī granātābolu sulai, tomēr ķirši un jo īpaši – to sulas ekstrakts atzīts par sevišķi iedarbīgiem pretpodagras līdzekļiem. Taču ne visi ķirši būs vienlīdz labi. Ikdienas uzturā ieteicams iekļaut tieši skābos, parastos ķiršus 1–2 porcijas katru dienu. Saldajos ķiršos būs daudz vairāk fruktozes.

Purīnvielām bagāti produkti

Purīnvielas mg / 100 g produkta

711 / ŠPROTES

617 / MAIZES RAUGS

510 / CŪKAS SIRDS

250 / TEĻA AKNĀS

240 / ZOSS GAĻA

200 / ŠĶIŅĶIS

190 / TEĻA GAĻA

180 / ŽĀVĒTA SKUMBRIJA

173 / AKNU DESA

168 / KALTĒTI ZIRŅI

154 / CŪKGAĻA

153 / PĪLES GAĻA

150 / MEDĪJUMA GAĻA

130 / LIELLOPA GAĻA

130 / DESAS

131 / PUPAS

126 / BUTES

109 / MENCAS

100 / ZEMESRIEKSTI

65 / BRISELES KĀPOSTI

30 / SELERIJAS

15 / BURKĀNI

13 / ALUS

12 / ZEMENES



Introduction of the Gout.

MAZĀK CUKURA, MAZĀK KALORIJU, MAZĀK STRESA.

AVEŅU UN JOGURTA SALDĒJUMS

- 5 min.
 - Neliela grūtības pakāpe
 - 2 pers.
- Ogļhidrātu saturs: 37 g
198 kcal/pers.

Sastāvdaļas:

- 300 g saldētu aveņu
- 200 g grieku jogurta
- 30 g Canderel pulvera



PAGATAVOŠANA

Avenes, grieku jogurtu un Canderel pulveri ievieto blenderī un blendē 20 sekundes, līdz iegūst saldējuma konsistenci (var izmanto arī rokas blenderi).

Saldējumu pārliet mazos trauciņos un pasniedz nekavējoties.



TIRAMISU

- 30 min.
- 316 kcal
- Vidēja grūtības pakāpe
- 10 pers.

Sastāvdaļas:

Cepumiem:

- 3 olas
- 8 g Canderel pulvera
- 80 g kviešu miltu

Krēmam:

- 12 g Canderel pulvera
- 210 g biezpiena
- 400 g Mascarpone siera
- 240 g 15% saldā krējuma

Veidošanai:

- 50 g kafijas
- 100 g nesaldināta kakao pulvera



PAGATAVOŠANA

CEPUMI:

Uzkarsē cepeškrāsni līdz 180 °C. Atdala olu dzeltenumus no baltumiem. Olu baltumus saputo līdz stingrai masai un pievieno Canderel pulveri. Tad pievieno olu dzeltenumus un viegli iemaisa miltus. Mīklu izklāj uz cepampapīra un cep cepeškrāsnī aptuveni 10 minūtes. Tad atstāj atdzist, noņem cepumu kārtu, kuru pēc tam sagriež ar cepumu formu, lai izveidotu dāmu pirkstiņus.

KRĒMS:

Saputo saldo krējumu, līdz tas sabiezē. Samaisa Canderel pulveri, Mascarpone sieru un biezpienu, pēc tam pievieno putukrējumu.

VEIDOŠANA:

Iemērc dāmu pirkstiņus kafijā. Ievieto tos pa vienam katra trauciņa apakšā, pārkaisa ar kakao pulveri, pievieno krēmu līdz pusei, tad atkārti šo darbību. Izlīdzina krēmu katra trauciņa augšpusē un pārkaisa ar kakao pulveri.



DIABĒTA MEDIKAMENTI, no kuriem iegūstam vairāk

Ieva Tonne,

endokrinoloģe, Vidzemes slimnīca

Otrā tipa cukura diabētu bieži dēvē par modernā dzīvesveida slimību. Pieaugot garām mazkustīga darba stundām un stresam, kā arī steigā veiktām neveselīgām uztura izvēlēm, palielinās ķermeņa tauku masa, īpaši vēdera dobumā – ap orgāniem esošo tauku daudzums. Tas nelabvēlīgi ietekmē šo orgānu darbību.

Mazinoties fiziskām aktivitātēm, mazinās arī muskuļu masa un to vajadzība pēc cukura, kā enerģijas avota. Sabalansētu maltīšu plānošanai bieži vien atliek ļoti maz laika. Ēdam arvien vairāk pusfabrikātu, kuros pievienots daudz cukura un neveselīgo – piesātināto tauku. Pastāvīgi augstais stresa līmenis un maz miega stundu, ar ko saskaras daudzi strādājošie, veicina stresa hormona kortizola pieaugumu, kas mums nemanāmi "liek" izvēlēties ēst vairāk cukura un tauku. Rezultātā iekļūstam nebeidzamā virpulī, kas veicina 2. tipa cukura diabēta attīstību.

Kāpēc tā?

Otrā tipa cukura diabēta pamatā ir šūnu samazināta jutība pret aizkuņģa dziedzera izstrādāto hormonu - insulīnu jeb t.s. insulīna rezistence, un visi augstāk minētie apstākļi veicina tās palielināšanos.

Insulīns nepieciešams kā atslēga pie katras šūnas, lai tā varētu uzņemt glikozi, kas ir nozīmīgs enerģijas avots. Pieaugot insulīna rezistencei, piemēram, palielinoties tauku daudzumam aknu šūnās un ap tām – veidojoties t.s. tauku hepatozei, nepieciešams 2–3 x vairāk insulīna, lai glikoze nokļūtu šūnā un tiktu iztērēta. Liekas – kamēr aizkuņģa dziedzera tiek ar to galā, nav pamata uztraukumam, bet tā nebūt nav. Arī augstā insulīna koncentrācija nelabvēlīgi ietekmē mūsu vielmaiņu: tā kavē uzkrāto rezervju tērēšanu un veicina apēstā cukura uzkrāšanu. Augsta insulīna koncentrācija pēc maltītes var veicināt miegainību, nogurumu, pat galvassāpes, tā veicina apetīti un pēc neilga laika atkal jūtam izsalkumu.

Aizkuņģa dziedzera kādu laiku spēj kompensēt šo augsto vajadzību, bet tad arī tas ir pārstrādājies un lēnām samazinās saražotais insulīna daudzums. Pieaug glikozes līmenis asinsritē. Ja tas asinīs tukšā dūšā ir >7.0 mmol/l, – esi sveicināts, cukura diabēt!

Kā cīnīties ar šo nebeidzamo virpuli?

Nenoliedzami, jāstrādā ar problēmu tās saknē – jāatvēr vairāk laika kustībām un jāmaina uztura paradumi! Skan tik viegli, bet kā to īstenot?!

Jau apmēram 10 gadus 2. tipa cukura diabēta terapijai Latvijā pieejama medikamentu grupa – GLP-1 receptora agonisti (GLP-1RA), kuri ne tikai palīdz samazināt cukura līmeni asinīs, bet arī veicina ķermeņa masas samazinājumu, ietekmējot sāta centru galvas smadzenēs. GLP-1 – glikagonam līdzīgs peptīds-1, arī dabīgi tiek ražots mūsu organismā. Tā darbības mehānisms ir sekojošs.

Vesela cilvēka organismā glikozes līmeni ietekmē divi aizkuņģa dziedzera hormoni – jau minētais insulīns un glikagons.

- **Insulīns** straujāk izdalās uzreiz pēc maltītes, glikozes līmenim asinīs pieaugot, un nodrošina glikozes iekļūšanu un izmantošanu šūnā, kā arī enerģijas rezervju veidošanu aknās un muskuļos. Tādējādi insulīns samazina glikozes līmeni asinīs.
- **Glikagons**, savukārt, nodrošina glikozes līmeņa paaugstināšanos un uzturēšanu starp ēdienreizēm un naktīs, veicinot glikozes veidošanos un nokļūšanu asinīs no rezervēm, kas uzkrātas aknās.

Kam piemēroti GLP-1 RA?

Medikaments paredzēts personām ar 2. tipa cukura diabētu, kam insulīna izdāle aizkuņģa dziedzera ir saglabāta un kam ļoti svarīgi ir samazināt svaru, kā arī pacientiem ar augstu sirds slimību risku vai jau zināmu aterosklerotisku sirds slimību. Latvijā GLP-1 receptoru agonistu grupas medikamentus valsts kompensē pacientiem, bet ir ierobežojumi.

Vispirms jau medikaments efektīvi palīdz kontrolēt glikozes līmeni asinīs: veiktie pētījumi liecina, ka, lietojot šos medikamentus, pacientiem izdevies būtiski samazināt glikēto hemoglobīnu (HbA_{1c}). Turklāt, visbiežāk tas notiek vienlaikus ar stabilu svara samazināšanos, jo medikamenta darbība nodrošina apetītes mazināšanos un ātrāku sāta sajūtas iestāšanos. Redzot pirmos rezultātus, pieaug pacientu motivācija padarīt veselīgākus savus uztura paradumus. Atbrīvojoties no liekajiem kilogramiem, kļūst vieglāk un

patīkamāk veikt fiziskas aktivitātes, kas kļūst par ikdienas ieradumu un palīdz papildus mazināt atlikušos kilogramus. Nozīmīgs svara zudums pozitīvi ietekmē turpmāko cukura diabēta gaitu, iespējams, attālinot insulīna preparātu lietošanu, un varbūt pat ļauj mazināt esošo terapiju.

Būtiski pieminēt, ka medikamenta izraisītas hipoglikēmijas risks ir minimāls (ja tas netiek kombinēts ar sulfonilurīnvielas atvasinājumiem vai insulīnu), jo insulīna sekrēcija tiek stimulēta tikai pie noteikta cukura līmeņa asinīs, tādēļ medikamentu droši var lietot pacienti ar sirds un asinsvadu sistēmas slimībām vai autovadītāji.

Zināms, ka personām ar 2. tipa diabētu ir augsts sirds slimību risks. Pētījumu rezultāti atklājuši, ka daži šīs medikamentu grupas pārstāvji būtiski samazina gan aterosklerozes attīstību, gan dažādu nevēlamo sirds un asinsvadu notikumu risku.

GLP-1 agonistu lietošana

Medikamenta olbaltumvielas uzbūve – aminoskābju virkne, sākotnēji noteica, ka to iespējams ievadīt tikai injekcijas veidā, jo olbaltumvielas cilvēka kuņģī skābes ietekmē tiek sadalītas. Lai gan injekcija ir nesāpīga, veicama tikai 1 reizi nedēļā un injekcijas tehnika ir vienkārša, tomēr daļai pacientu tieši šis veids ir bijis nozīmīgs šķērslis, lai uzsāktu lietot GLP-1 RA. No 2020. gada pasaulē un Latvijā kā vienā no pirmajām valstīm, pieejama GLP-1 RA tablešu forma, kas būtiski atvieglo medikamenta lietošanu.

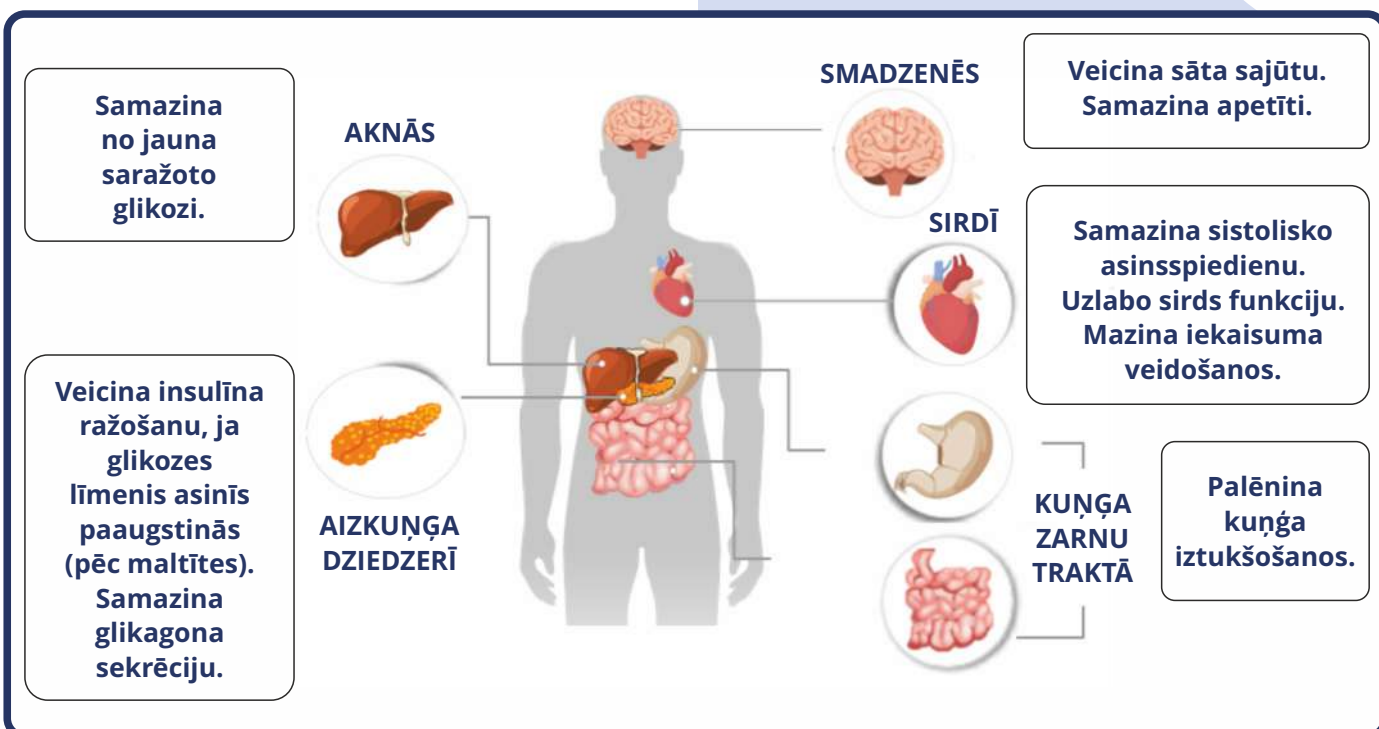
Kādi ir lietošanas ierobežojumi un blakusefekti?

Uzsākot medikamenta lietošanu, biežākās blakusparādības ir slikta dūša, vemšana, var būt šķidra vēdera izeja, vājums, nespēks, taču šīs blaknes saistītas tieši ar medikamenta darbību uz kuņģa-zarnu traktu un tam adaptējoties, pēc 1–2 nedēļām visbiežāk izzūd. Bieži vien sākotnējos blakusefektus visspilgtāk izjūt tie, kuriem iedarbība saistīta ar izteiktāku efektu uz sāta centru smadzenēs.

Pēc tam, lietojot medikamentu ilgstoši, ir vieglāk panākams svara samazinājums. Jāatzīmē, ka, uzsākot lietot medikamentu, nereti ļoti samazinās ēdiena porcijas lielums, pēc kuras iestājas sāta sajūta. Ja turpinām ēst pēc pilnuma sajūtas parādīšanās, jo “jāizēd taču tukšs šķivis”, – biežāk būs novērojama nelaba dūša tāpēc, ka kuņģa iztukšošanās ātrums ir lēnāks.

Nozīmīga, taču reta komplikācija ir akūts aizkuņģa dziedzera iekaisums, tāpēc, uzsākot lietot medikamentu, jūsu ārstam jānovērtē iespējamie riska faktori, kas to varētu veicināt. Kā būtiskākie jāmin hronisks aizkuņģa dziedzera iekaisums vai smaga pankreatīta epizode anamnēzē, bieža alkohola lietošana, smēķēšana, kā arī augsti asins tauku – triglicerīdu rādītāji. Ja vemšana ir spēcīga un to pavada stipras vēdersāpes, nekavējoties jāsazinās ar savu ārstu.

GLP -1 RA darbības efekti





📍 A. Saharova ielā 16, Rīgā
(VCA poliklīnikas Pļavnieki 3. stāvā)

☎ 29 722 621

🌐 vca.lv/neiroklinika

+ **Zināšanas**

+ **Pieredze**

+ **Izcila kvalitāte**

Narkolepdija – slimība, kas liek iemigt pat ēdot

Kad nepagūtos darbus steidzam padarīt uz miega rēķina, ir pilnīgi normāli, ka jūtamies miegaini un noguruši. Taču mūsu vidū ir cilvēki, kas guļ pietiekami un tāpat nekad nejūtas izgulējušies. Viņi var iemigt visnepiemērotākā brīdī, pašiem to negribot, kas ļoti, ļoti aprūtinā dzīvi. Un pie tā ir vainīga narkolepsija. Tā pieder retajām slimībām un mūsdienās to var diagnosticēt un ārstēt, ļaujot cilvēkiem atgriezties normālā dzīvē.

No katriem 10 tūkstošiem iedzīvotāju pasaulē apmēram 5-16 cilvēki slimo ar narkolepsiju. Vērtējot statistikas datus citās valstīs, **neirologs, VCA Neuroloģijas dienesta vadītājs Jānis Mednieks** lēš, ka Latvijā narkolepsijas slimnieku varētu būt ap 400, bet iespējams – līdz pat 900. «Latvijā pašlaik šī slimība ir noteikta vien desmit cilvēkiem, un tas ir nepiedodami maz. Tas nozīmē, ka mūsu vidū joprojām ir cilvēki, kas cieš no specifiskiem miega traucējumiem, kas pazemina viņu dzīves kvalitāti un darba spējas, un kuriem ir iespējams palīdzēt,» uzsver Jānis Mednieks. «Latvijā ir pieejama diagnostika, kas ļauj šo slimību diagnosticēt, bet diemžēl paši cilvēki un bieži vien arī ārsti neatpazīst šos būtiskos miega traucējumus, līdz ar to netiek saņemta arī palīdzība.»

Miega traucējumu mēdz būt dažādi

Visbiežāk mēs saskaramies ar bezmiegu, ko rada trauksme vai kāds cits psihoemocionāls iemesls. Šajā gadījumā maz ko var līdzēt medikamenti, turklāt hroniski lietot miega zāles nav pat vēlams. Bezmiega gadījumā palīdzību būtu jāmeklē pie psihoterapeita, jo, kamēr neatrisinās tā patieso iemeslu, šo miega traucējumu novērts neizdosies. Nākamais ir jau plašāk zināmā obstruktīvā *miega apnoja, kas izpaužas kā elpošanas traucējumi*. Cilvēkam miegā samazinās skābekļa piesātinājums asinīs, kas ilgtermiņā ir ļoti kaitīgi. Ja apstāv šāds risks, izmeklējumus pavisam noteikti

vajadzētu veikt cilvēkiem ar lieko svaru.

Trešā grupa – specifiskie, retie miega traucējumi. Pie tiem pieder pārlietu liela miegainība, arī miega paralīze, kad cilvēks pēc pamošanās kādu brīdi nevar pakustināt ne rokas, ne kājas, un katapleksija, kad, piedzīvojot pēkšņas pozitīvas emocijas, zūd muskuļu tonuss vai – citiem vārdiem sakot – jaušams muskuļu vājums. Un visas šīs pazīmes liecina par narkolepsiju. Diemžēl mēs Latvijā esam iekavējuši ar šīs slimības diagnosticēšanu, jo nebija pieejami vajadzīgie izmeklējumi.

Kas ir šīs retā saslimšana?

Narkolepsija ir hroniska neiroloģiska slimība, – tās gadījumā smadzenes izstrādā par maz hormona oreksīna, kas palīdz mums palikt nomodā. Līdz ar diennakts cikla regulācijas traucējumiem arī rodas šī neatvairāmā miegainība dienas laikā, neskatoties uz to, ka naktī cilvēks ir gulējis pietiekami. Narkolepsijas slimnieks var aizmigt, ēdot pusdienas, var iemigt pie stūres, kolīdz apstājas pie sarkanās gaismas luksoforā. Var apsēsties, lai nedaudz atpūstos, un tūlīt pat aizmigt savā darba vietā... Tie ir reāli pacientu stāsti. «Un tas nenotiek tāpēc, ka cilvēks ir pārguris vai vairākas dienas negulējis, bet tāpēc, ka viņam ir specifiskas izmaiņas galvas smadzenēs, kas saistītas ar diennakts cikla un miega apjoma regulāciju,» skaidro neirologs. «Diemžēl pat ārsti bieži neatpazīst šos simptomus, un domā, ka cilvēkam ir kādi psihiski traucējumi. Viņiem dažkārt tiek nozīmēti medikamenti, visbiežāk – neiroleptiķi, kas, nevis palīdz, bet padara cilvēku vēl miegaināku, tā vēl vairāk aprūtinot viņa dzīvi.»

Lai gan liela daļa reto slimību tiek pārmantotas ģenētiski, narkolepsija vairumā gadījumu nav pārmantota. Tai ir arī autoimūni cēloņi, kas izpaužas jau agrīnā pusaudzū vecumā. Bet tā kā agrāk nebija iespējams šo slimību diagnosticēt, cilvēki par savu slimību tagad uzzina, būdami jau pieaugušā vecumā. «Arī tiem trim mūsu pacientiem, kam esam atklājuši narkolepsiju, simptomi parādījās jau bērnībā. Sākumā tas ir tikai liels nogurums un miegainība, ar ko cilvēks samierinās, citiem simptomiem pat nepievēršot

uzmanību. Vienam no mūsu pacientiem, kuram atklājām šo slimību, tagad ir 45 gadi. Viņš jau no bērnības tika ārstēts pie psihiatra un lietojis daudz dažādu medikamentu, un nekādu uzlabojumu. Cilvēks zaudēja tik daudz gadus no savas dzīves, ko būtu varējis kvalitatīvi pavadīt. Tā vietā viņš ir dzīvojis diskomfortā, jo neviena no ikdienas aktivitātēm nevar būt līdz galam pilnvērtīga,» stāsta Jānis Mednieks. «Cilvēks jau jūt, ka kaut kas nav kārtībā, ka ir kādas veselības problēmas un meklē palīdzību. Bet tas ir ārstu uzdevums – spēt atpazīt šos simptomus. Par tiem ir jārunā, lai arī cilvēki paši zinātu, kas ar viņiem notiek un ka viņiem var palīdzēt. Ja var iemigt jebkuras aktivitātes laikā, tas jau ir ļoti nopietns simptoms. Un arī ļoti bīstams simptoms, – parasti cilvēks dienas laikā ēdot tomēr neaizmieg.»

Kādi izmeklējumi palīdz slimību atklāt?

Narkolepsiju var diagnosticēt, veicot *polisomnogrāfiju* un multiplo miega latentu testu. Vēl necik sen šādas izmeklējumus Latvijā vispār nebija iespējams veikt pieaugušam cilvēkam. Sākotnēji tie bija pieejami tikai Bērnu universitātes klīniskajā slimnīcā, bet nu jau vairāk nekā pusgadu šādi izmeklējumi ir pieejami *Veselības centru apvienības* neiroklīnikā.

Veicot *polisomnogrāfijas* izmeklējumu (atšifrējot nosaukumu: poli – daudz, somno – miegs, grāfija – pieraksts, tātad tiek pierakstīts daudz miega), cilvēkam uz nakti tiek pievienoti elektrodi līdzīgi kā veicot elektroencefalogrāfiju, kā arī citi sensori elpošanas, sirdsdarbības parametru novērtēšanai. *Šis izmeklējums ļauj nomērīt un aprēķināt, cik garas cilvēkam ir konkrētās miega fāzes, vajadzības gadījumā – arī kāds ir skābekļa piesātinājums asinīs, kāda ir sirds darbība un elpošana, kādas krūšu kurvja kustības u.c. parametrus. Līdz ar to tiek iegūta detalizēta informācija par to, kā cilvēka organisms funkcionē miegā. Savukārt nākamajā dienā pēc tam, kad pa nakti veikta polisomnogrāfija, seko multiplais miega latentu tests. Tā laikā cilvēku lūdz apgulties, bet neaizmigt. Tiem, kam ir narkolepsija, ir ļoti grūti palikt nomodā. Viņi aizmiegt gandrīz tūlīt pat kolīdz apgūlušies. «Lai gan izmeklējumi kļūst pieejamāki, tie paši par sevi vēl neko nedod, – svarīgi, lai ārsti spētu šos specifiskos miega traucējumus vispirms atpazīt. Retās slimības vienmēr ir grūtāk ārstējamas tieši tāpēc, ka tās ir retas un grūtāk atpazīstamas,» nosaka Jānis Mednieks.*

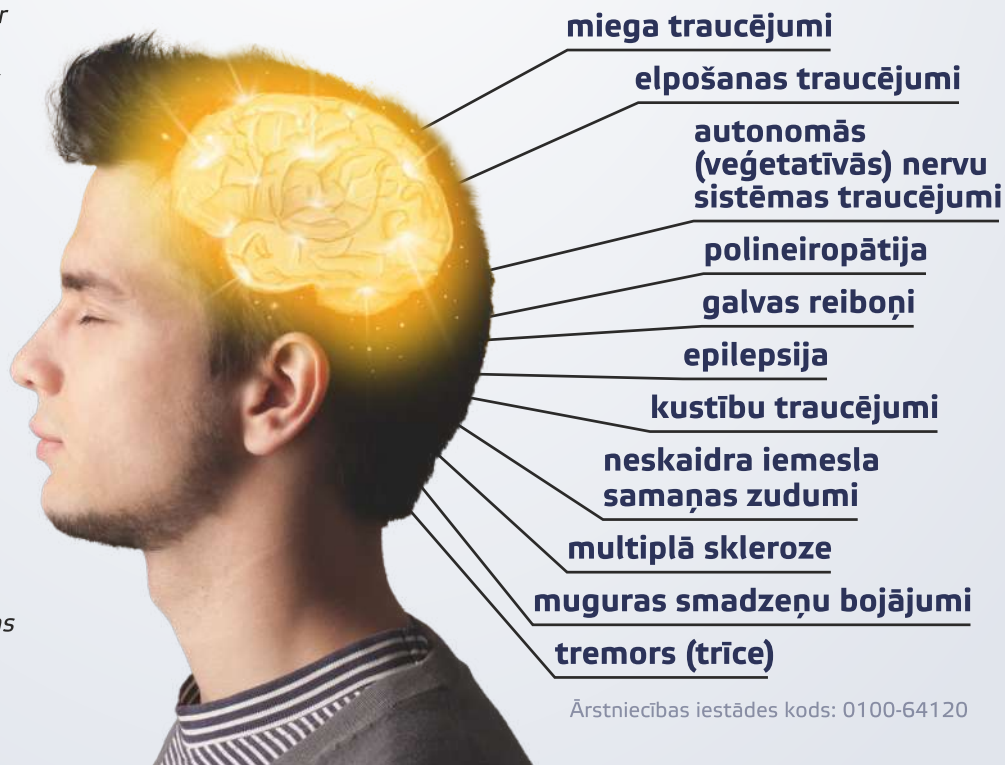
Tikai neko uz savu galvu!

Bieži vien cilvēki, kad viņiem rodas aizdomas par kādu saslimšanu, vēlas konsultēties ar speciālistu. Jautājums – kurā brīdī nepieciešama speciālista konsultāciju? Vai tad, kad ir jau veikts kāds no izmeklējumiem, kas potenciāli varētu būt nepieciešams diagnozes uzstādīšanai, vai arī pirms izmeklējumiem? «Miega traucējumu gadījumā es viennozīmīgi ieteiktu vispirms

konsultēties ar miega speciālistu. Tomēr ir vairāku veidu izmeklējumi, – dažkārt ir nepieciešams poligrāfijas izmeklējums, kur nepierakstām miega fāzes, bet pierakstām tikai elpošanas, sirds darbības un citus parametrus miegā. Dažkārt nepieciešams papildus mērīt ogļskābās gāzes līmeni asinīs, bet dažkārt ir nepieciešama polisomnogrāfija ar vai bez multiplā miega latentuma testa. Šie visi ir gari un pietiekami dārgi izmeklējumi, līdz ar to tas būtu aplami – pacientam pašam izvēloties, veikt kādu no šiem izmeklējumiem, pēc tam doties pie speciālista un saprast, ka nav veikts īstais izmeklējums. Ja cilvēku izmeklējot ir aizdomas par kādu noteiktu saslimšanu, tad papildus izmeklējumi tiek veikti, nevis lai kaut ko atrastu, bet lai aizdomas vai nu apstiprinātu vai arī izslēgtu tās. Izmeklējumu mērķis nav tos veikt, lai kaut ko atrastu. Šī klīniskā domāšana nav fundamentāli mainījies vairāku gadsimtu gaitā. Tāpēc labāk, lai ārsts izsakās par iespējamo diagnozi, ļaut viņam konkrēto saslimšanu diagnosticēt, lai pēc tam konsīlija veidā to apstiprināt un nozīmēt ārstēšanu,» silti jo silti iesaka neiroloģijas dienesta vadītājs. Narkolepsijas ārstēšanai pieejami vairāki medikamenti, kas individuālās kompensācijas kārtībā tiek arī pacientiem nodrošināti.

Iespējamās arī attālinātas konsultācijas

Noteikti vērts zināt, ka miega problēmu gadījumā pirmā konsultācija pie ārsta var būt attālināta. Šāda veida konsultācijas Parkinsona slimniekiem, galvas sāpju pacientiem un arī miega traucējumu gadījumā pasaulē eksistē jau sen. Konsultācijas laikā ārsts nozīmē nepieciešamo izmeklējumu un tad pacients var pēc izmeklējuma veikšanas vai nu klātienē vai atkārtoti attālināti ar speciālistu konsultēties. Miega traucējumu gadījumā tas ir būtiski, jo miega speciālistu Latvijā nav daudz. «Esmu priecīgs, ka mūsu neiroloģijas dienestā ir gan pieaugušo, gan bērnu miega speciālisti. Daktere Marta Celmiņa ir bērnu miega speciāliste un daktere Madara Mičule – pieaugušo miega speciāliste,» stāsta *Veselības centru apvienības* neiroķirurģiskās klīnikas vadītājs Jānis Mednieks.



KĀDUS SPECIĀLISTUS APMEKLĒT



Ja jums ir 1. vai 2. tipa cukura diabēts, esat jau dzirdējuši par daudzām citām iespējamām veselības problēmām. Paaugstināts glikozes līmenis asinīs var izraisīt neskaitāmas komplikācijas — no sliktas asinsrites un nieru slimībām līdz miega problēmām un seksuālai disfunkcijai.

Labās ziņas ir tādas, ka ar pareizu ārstēšanu un veselīgu dzīvesveidu varam aizkavēt vai pat novērst dažus no šiem riskiem. Lai to izdarītu, jāseko savai veselībai un jārikojas atbildīgi.

Vismaz 5 speciālistus vajadzētu apmeklēt katru gadu.

ĢIMENES ĀRSTS

Ģimenes (primārās aprūpes) ārstam vajadzētu būt jūsu aprūpes komandas centrā. Ģimenes ārsts palīdzēs nodrošināt, lai varat apmeklēt vajadzīgos speciālistus (rakstīs nosūtījumus) un saņemiet pareizo aprūpi. Viņš būs arī tas, kuru apmeklēsiet, kad saslimsiet.

ENDOKRINOLOGS

Vismaz reizi gadā vizītē pie endokrinologa jādodas ikvienam ar diabētu, līdzīgi ņemot diabēta dienasgrāmatu un pēdējos izmeklējumu rezultātus. Tas dos iespēju endokrinologam novērtēt, cik labi tiek galā ar diabētu un vai nav jāmaina tā ārstēšana. Izmantojiet savu tikšanos kā iespēju pārrunāt neskaidro un sagatavojiet jautājumus, kurus vēlaties noskaidrot. Daļai cilvēku ar diabētu, iespējams, pie endokrinologa jādodas biežāk. Tas atkarīgs ne tikai no diabēta ārstēšanas metodes – ar insulīnu, tabletēm vai abējādi, bet arī no diabēta kontroles. Ja glikozes līmenis ir paaugstinājies un jāmaina ārstēšana, endokrinologs jāapmeklē ik pēc 3–6 mēnešiem, līdz kontroles dati uzlabojas. Tad varat izlemt, vai turpināt apmeklēt endokrinologu, vai doties pie ģimenes ārsta.

Lai apmeklētu endokrinologu, ģimenes ārsta dots nosūtījums NAV vajadzīgs!

Endokrinologs ir gatavs "ienirt" jūsu diabēta ikdienas dzīves detaļās un palīdzēt optimizēt cukura līmeni asinīs līdz vēlamam. Vai jums ir pastāvīgas problēmas ar rīta cukuriem vai nakts cukura līmeņa svārstībām un hipoglikēmijām? Cīņa ar uzkodām vai vingrošanu? Endokrinologs ir palīdzības eksperts šajos jautājumos.

Apmeklēt endokrinologu tikai recepšu saņemšanai gan nevajadzētu. Visas diabēta zāles pēc endokrinologa rekomendācijām var izrakstīt ģimenes ārsts.

PODOLOGS

Laika gaitā diabēts var izraisīt nervu bojājumus, kā

rezultātā tiek traucēta jušanas sajūta rokās un kājās (biežāk). Jušanas traucējumi sākumā var šķist nelieli un kaitinoši, bet ar laiku var radīt nopietnas problēmas. Podologs novērtēs pēdu stāvokli, dos padomus kā pareizi rūpēties par tām, kā arī veiks pēdu ārstniecisku aprūpi. Vismaz reizi gadā podologs jāapmeklē ikvienam ar diabētu. Taču, ja konstatēta perifēra neiropātija (par to raksts iepriekšējā – žurnāla "Saule" - 77. numurā), *diabēta pēda* vai asinsrites traucējumi kājās, valsts apmaksā vairākus podologa apmeklējumus gadā. Nosūtījumu uz diabētiskās pēdas aprūpes kabinetu var izsniegt ģimenes ārsts vai ārsts-speciālists. Kur atrodas valsts apmaksāti Diabētiskās pēdas aprūpes kabineti, var noskaidrot šeit:

<https://www.vmnvd.gov.lv/lv/diabeta-pacientu-aprupe>.

ZOBĀRSTS

Pārsteigums! Smaganu slimības un citas mutes veselības problēmas ir nepietiekami apspriestas diabēta komplikācijas. Augsts cukura līmenis asinīs izraisa asinsvadu sabiezēšanu, kas ierobežo barības vielu piegādi zobiem un smaganām. Turklāt baktērijas uzplaukst, palielinoties cukura daudzumam organismā, tostarp, siekalās, tāpēc tās mutē ātrāk vairojas.

Divreiz vai reizi gadā doties pie zobārsta, lai veiktu zobu tīrīšanu un pārbaudi, ir laba ideja ikvienam, bet vēl svarīgāka tiem, kuriem ir diabēts. Smaganu slimības var piezagt un ātri sarežģīt situāciju. Neļaujiet tam notikt.

ACU ĀRSTS

Regulāras vizītes pie acu ārsta ir ļoti svarīgas cilvēkiem ar cukura diabētu. Laika gaitā diabēts var bojāt acu asinsvadus, izraisot retinopātiju. Cilvēki ar diabētu ir vairāk uzņēmīgi arī pret citām acu problēmām, piemēram, glaukomu un kataraktu.

Sākotnējas izmaiņas acs dibenā (tīklenē) var atklāt pirms simptomiem. Agrīna ārstēšana palēninās izmaiņu progresēšanu. Ikvienam ar diabētu, jāveic ikgadēja visaptveroša acu pārbaude.

Visbeidzot, apsveriet arī savu garīgo veselību. Tas ir ļoti svarīgi, lai labi sadzīvotu ar diabētu.

Esiet gudri un par prioritāti nosakiet SAVU veselību! Ir tik vienkārši atlikt šīs vizītes. Nereti uz vizīti jāgaida ilgāks laiks, dažreiz par tām jāmaksā. Taču savā veselībā ir jāiegulda! Atcerieties, ka paši varam sevi izglābt no lielākām problēmām un nepatīkamiem pārdzīvojumiem nākotnē.

DIABETIKER VITAMINE®

Īpaši izstrādāts **vitamīnu komplekss** cukura diabēta pacientiem diētas papildināšanai

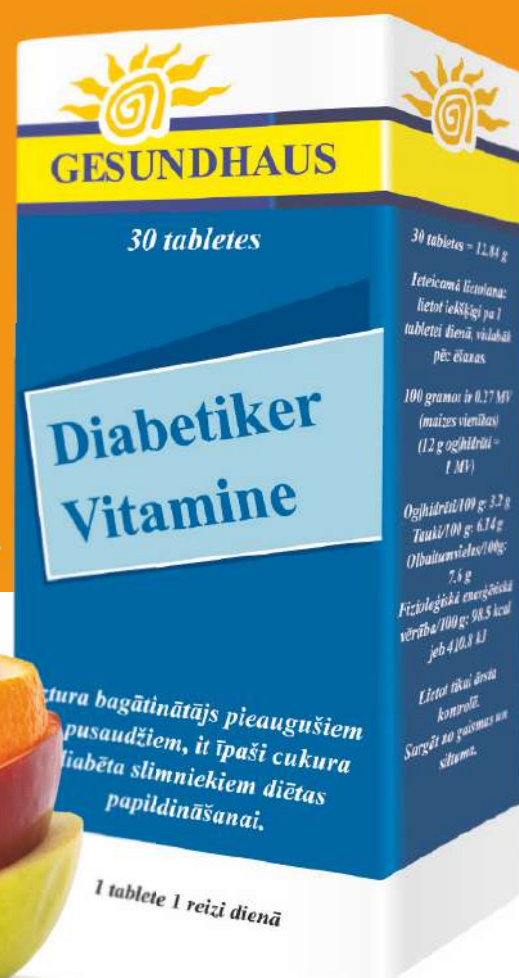
Biotīns palīdz nodrošināt normālu makroelementu vielmaiņu.

Hroms palīdz nodrošināt normālu makroelementu vielmaiņu un saglabāt normālu glikozes līmeni asinīs.

Cinks palīdz nodrošināt normālu ogļhidrātu un makroelementu vielmaiņu.

Vitamīni C, A, B₁₂ un **cinks** veicina normālu imūnsistēmas darbību.

**Tikai
1 tablete dienā!**




wörwag
PHARMA

Uztura bagātinātājs.
Wörwag Pharma GmbH & Co. KG
pārstāvniecība Latvijā:
Vienības gatve 87B-3, Rīga, LV1004, Latvija
LV/DV/PA/P/02/01/10.19/DRUKA

UZTURA BAGĀTINĀTĀJS NEAIZSTĀJ PILNVĒRTĪGU UN SABALANSĒTU UZTURU.

Glikozes kontroles vērtēšanai - HbA1c skaitlis

Kristīne Kauliņa,

diabēta aprūpes māsa, BKUS

HbA1C tests ir asins analīze, kas parāda vidējo glikozes līmeni asinīs pēdējo trīs mēnešu laikā un to izmanto glikozes kontroles novērtēšanai. Citi šī testa nosaukumi ir hemoglobīna A1C, A1C, glikētā hemoglobīna un glikozilētā hemoglobīna tests. Lai laboratorijā veiktu HbA1c testu, personai NAV jābūt tukšā dūšā. To var veikt jebkurā dienas laikā gan paēdušam, gan neēdušam. HbA1c testa rezultāts nav atkarīgs no glikozes līmeņa asinīs ņemšanas laikā. Tāpat kā, piemēram, 3 mēnešu vidējā temperatūra nav atkarīga no tā, kādu temperatūru termometra stabiņš pie loga rāda tagad. HbA1C tests dažos gadījumos var būt neprecīzs, piemēram, ja personai ir anēmija, ja tiek saņemta HIV terapija un vēl citos gadījumos. Mūsu laboratorijas HbA1C rezultātu patreiz norāda procentos un arī mmol/l. Parasti labāk saprotam procentus, jo tos lietojam jau sen. Taču citviet izmanto mērvienību mmol/l. Jo lielāks procents, jo augstāks iepriekšējos 3 mēnešos bijis cukura līmenis asinīs.

Dažās valstīs HbA1C testu izmanto arī diabēta diagnosticēšanai. Tomēr visbiežāk – lai palīdzētu cilvēkiem ar cukura diabētu un ārstiem novērtēt diabēta kontroli.

HbA1c cilvēkam bez cukura diabēta

HbA1c testu var veikt arī personām bez diabēta. Glikoze taču asinīs ir visiem! Personām, kurām nav cukura diabēta, HbA1C skaitlis ir mazāks par 5,7 %. HbA1C – no 5,7 %. Taču, ja HbA1C ir līdz 6,4 %, tas liecina jau par prediabēta stāvokli.

Pieaugušajiem, kas vecāki par 45 gadiem, vai jaunākiem par 45 gadiem, bet ar lieku svaru un kuriem ir vēl vismaz viens diabēta riska faktors, diabēta speciālisti iesaka pārbaudīt sākotnējo HbA1C. Ja rezultāts ir normas intervālā, tas atkārtojams pēc 3 gadiem. Ja

rezultāts norāda uz prediabētu, Hb jāpārbauda ik pēc 1 līdz 2 gadiem.

HbA1c personām ar cukura diabētu

Diabēta speciālisti Eiropā un citviet iesaka HbA1C mazāku par 7 % lielākajai daļai pieaugušo, kas nav grūtnieces.

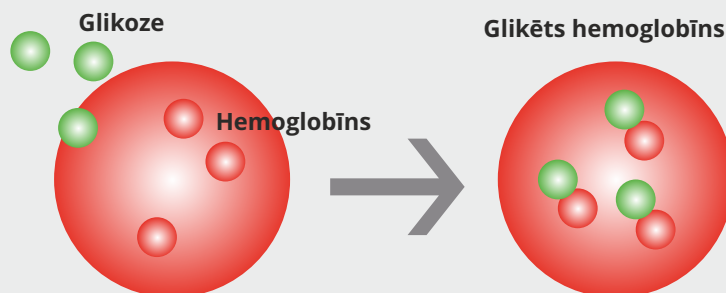
Zemāks mērķis, piemēram, mazāks par 6,5 %, var būt piemērots pacientiem, kuriem cukura diabēts ir nesens, gados jaunākiem cilvēkiem bez sirds - asinsvadu slimībām un/vai tiem ar 2. tipa cukura diabētu, kas ārstējas ar dietoterapiju vai tikai ar metformīnu. Augstāks HbA1C mērķis, piemēram, līdz 8 %, ir piemērots cilvēkiem ar hipoglikēmijām, arī smagām, ierobežotu dzīves ilgumu, progresējošām diabēta komplikācijām, citām slimībām, kuriem dažādu iemeslu dēļ ir grūti sasniegt zemāku HbA1C vai kuriem ir lielāks hipoglikēmiju risks. Svarīgi, lai cilvēki ar cukura diabētu regulāri pārrunātu savu mērķa cukura līmeni asinīs ar veselības aprūpes sniedzēju.

HbA1C līmenis jāpārbauda 2–4 reizes gadā, šo laboratorijas testu personām ar diabētu apmaksā valsts, vien nepieciešams ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījums.

Ja ir aizdomas par cukura diabētu, ir svarīgi nemēģināt pašiem noteikt diagnozi, bet gan runāt ar savu ārstu, lai pārliecinātos, ka saprotat: cik bieži jums jāveic noteiktas pārbaudes, piemēram, glikozes līmeņa noteikšana tukšā dūšā vai HbA1C tests, ko nozīmē jūsu rezultāti un kādi ir jūsu cukura līmeņa asinīs un HbA1C mērķi.

Var nebūt iespējas kontrolēt katru iznākumu, taču atcerieties, ka varat kontrolēt savu rīcību un savu attieksmi.

- Sarkanie asins ķermenīši dzīvo apmēram 120 dienas.
- Hemoglobīns ir ietverts sarkanajās asinīs šūnās.
- Glikoze (cukurs) iekļūst asinsritē un sarkanajās asinīs šūnās.



- Glikoze dabiski sasaistās ar hemoglobīnu.
- Šī sasaiste rada glikētu hemoglobīnu, jeb HbA1c.

UZZINI PIRMAIS

Indra Štelmane,

endokrinoloģe

Ir pieejams tik daudz noderīgas un aktuālas informācijas, dažkārt par jau it kā zināmām lietām. Tomēr, dažreiz pārskatot atrastos materiālus, iegūstam jaunu skatījumu. Tad nu šoreiz atsvaidzināsim atmiņu par griķiem un hipoglikēmijām.

Vai ēst griķus ir veselīgi?

Griķu dzimtene ir Indijas ziemeļi un Nepāla, kur tos sauc par melnajiem rīsiem un sāka izmantot uzturā vairāk nekā pirms 5000 gadiem. Uz Eiropu tos, iespējams, atveda grieķu tirgotāji. Grieķijā šo labību sauc par "melnajiem kviešiem", bet citās Eiropas valstīs – par "dižskābarža kviešiem" graudu formas līdzības dēļ ar dižskābarža riekstiem.

Ar nosaukumiem "griķi" tie ir pazīstami tikai Krievijā un ar to saistītās valstīs. Šis nosaukums, pēc vienas versijas, cēlies no Grieķijas vārda, jo tā pirmā šīs sēklas atveda uz Krieviju 7. gadsimtā.

Griķi ir sūreņu dzimtas lakstaugs, radniecīgi rabarberiem un skābenēm. To sēklas ir ēdamas un uzturvērtības un pagatavošanas veida ziņā līdzīgas graudaugiem. Tāpēc tos nereti pieskaita graudaugu produktiem (pseudograudi).

Griķiem ir liela uzturvērtība, bet tiem ir maz kaloriju – 100 g ūdenī vārītu griķu bez sāls ir tikai 90-100 kcal (vārīti rīsi – 136 kcal, vārīti kviešu putraini – 72 kcal). Tie satur augu izcelsmes olbaltumvielas (vairāk nekā pupiņas un zirņi) un mūs apgādā ar visām 8 nepieciešamajām aminoskābēm, ieskaitot tik vajadzīgo arginīnu un lizīnu. Tāpēc tie ir alternatīvs olbaltumvielu avots vegāniem un veģetāriešiem. Tāpat griķos ir daudz vitamīnu – B grupas, niacīns un minerālvielas – dzelzs, varš, magnijs, fosfors, cinks, mangāns; daudz flavonoīdu, kas darbojas kā antioksidanti, kā arī rutīns un kvercētīns. Šie pseudograudi nesatur glutēnu, tāpēc piemēroti uzturā cilvēkiem, kas cieš no celiakijas vai glutēna jutības.

Griķi satur ogļhidrātus – cieti. Ciete, kā zināms, tievajās zarnās sašķeļas līdz glikozei un glikozes līmenis asinīs paaugstinās. Taču pastāv tā sauktā rezistentā jeb izturīgā ciete, kas tievajās zarnās nešķeļas. Rezistentā cieti fermentē resnās zarnas mikrobiota un to izmanto tikai resnās zarnas



epitēlija šūnas. Griķi satur vairāk rezistentās cietes nekā vairums graudaugu. Griķu glikēmiskais indekss ir 50. Tātad tie tikai mēreni paaugstinās pēcēšanas glikozes līmeni asinīs.

Termiski apstrādājot, griķi var zaudēt savas labās īpašības. Tāpēc priekšroka būtu dodama zaļajiem griķiem nevis grauzdētiem vai tvaičētiem. Visieteicamākais griķu gatavošanas veids ir mērcēšana, pirms pasniegšanas tos īslaicīgi uzsildot. Ja griķus tomēr vāra, noteikti ievērojams norādītais vārīšanas laiks. Uzturā ieteicamas arī griķu klijas – ar šķiedrvielām un flavonoīdiem bagātākā griķu daļa. Klijas var pievienot jogurtam, kefiram vai gatavai putrai. Arī griķu dīgsti ir veselīga piedeva salātiem vai skābpiena produktiem.

Secinot jāsaprot, ka griķiem ir jābūt mūsu galdā. Griķi ir veselīgs produkts ar zemu kaloriju saturu. Pareizi sagatavoti, tie ir ļoti vērtīgi. Lai saglabātu visvērtīgākos vitamīnus un minerālvielas, labāk griķus nevārīt, bet gan tvaicēt termosā. Tad tos iepriekš pārlasa un noskalo, aplej ar siltu ūdeni un atstāj līdz rītam. Tad lieko ūdeni, ja tāds ir, nolej, griķus ber pannā vai katlā un uzkarsē atbilstoši receptei.

Ja griķi vēl nav tavā ēdienkartē, sagatavo tos un nogaršo!

Kur ātrāk saņemt speciālistu konsultāciju?

Rindas pie ārsta vai uz izmeklējumiem mēdz būt nedēļām un pat mēnešiem garas, taču gaidīšanas laiks dažādās ārstniecības iestādēs ir atšķirīgs. Ja valsts apmaksāta veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai vienā ārstniecības iestādē jāgaida rindā, pacientam ir tiesības vērsties citā ārstniecības iestādē, kurā gaidīšanas rindas nav vai tā ir mazāka. Jo vietu, kur saņemt valsts apmaksātu konsultāciju vai izmeklējumu, var izvēlēties brīvi – neatkarīgi no dzīvesvietas vai ārstniecības iestādes, kurā strādā tavs ģimenes ārsts.

Informācija par valsts apmaksāto medicīnas pakalpojumu pieejamību tiek apkopota mājaslapā www.rindapiearsta.lv

Labāka diabēta uzraudzība? Viss sākas ar **VIENU** izmaiņu.



Sadzīvojat ar diabētu? Atvadieties no dūrieniem pirkstā ar nepārtrauktas glikozes līmeņa novērošanas sistēmu.*

Dexcom ONE mēra jūsu glikozes līmeni ik pēc 5 minūtēm un parāda to vienkāršā lietotnē jūsu viedtālrunī.†
Veiciet VIENU izmaiņu šodien.



VIENA maza ierīce
VIENA vienkārša lietotne
VIENS solis, lai labāk pārvaldītu diabētu

Dexcom ONE

www.dexcom.com

* Ja Dexcom ONE pazīrojumi un glikozes līmeņa rādītāji neatbilst simptomiem un ievērojami atšķiras no sagaidāmajiem rādītājiem, diabēta ārstēšanas lēmumu pieņemšanai izmantojiet glikometru.
Viedtālrunis tiek pārdots atsevišķi.
† Saderīgo ierīču sarakstu skatiet vietnē www.dexcom.com/compatibility.
Dexcom ONE ir medicīniska ierīce – CE 2797.
Svarīgu informāciju par drošību un lietošanas instrukcijas skatiet vietnē Dexcom.com vai, ja nepieciešams, konsultējieties ar ārstu.
Dexcom, Dexcom ONE un Dexcom Clarity ir ASV reģistrētas Dexcom, Inc. preču zīmes, un tās var būt reģistrētas arī citās valstīs.
© 2021 Dexcom Inc. Visas tiesības paturētas. - LBL022165 Rev001

Contour

Evolving with you

Jaunais CONTOUR® PLUS ELITE GLIKOMETRS

Tavs uzticamais ceļvedis diabēta vadībā

CONTOUR® PLUS ELITE
ir viegli lietojama sistēma,
kas atbalsta diabēta vadību,
nodrošinot skaidrus
un precīzus rādījumus,
kuriem varat uzticēties.^{1,2}

- **Rādījumi, kuriem varat uzticēties**, ir ļoti precīzi¹ un norāda pareizajā virzienā.
- **Viegli saprast** cukura līmeni asinīs ar smartLIGHT® funkciju.²
- **Ietaupiet teststrēmeles** ar 60-sekunžu Second-Chance® (Otrā iespēja) paraugu ņemšanas tehnoloģiju.³
- **Uzlabojiet diabēta paškontroli**, izmantojot lietotni CONTOUR® DIABETES.

Ja ir runa par diabēta vadību,
uzticieties **CONTOUR®**.

1. Klaff L et al. Accuracy and User Performance of a New Blood Glucose Monitoring System [publicēts tiešsaistē pirms drukāšanas, 2020.gada 26.novembrī]. J Diabetes Sci Technol. 2020; <https://doi.org/10.1177/1932296820974348>. 2. CONTOUR® PLUS ELITE Lietotāja rokasgrāmata, 2019.gada novembris, Revīzija 11.19. 3. Richardson JM et al. Clinical Relevance of Reapplication of Blood Samples During Blood Glucose Testing. Pārskats tika prezentēts pasākumā 20th Annual Diabetes Technology Meeting (DTM); 2020.gada 12.-14.novembrī.
© Autortiesības 2021 Ascensia Diabetes Care. Visas tiesības aizsargātas. Ascensia, Ascensia Diabetes Care logotips, Contour, Smartlight un Second-Chance ir uzņēmuma Ascensia Diabetes Care Holdings, AG preču zīmes un/vai reģistrētas preču zīmes.

Sagatavošanas datums: 2021.gada marts. G.DC.03.2021.PP-CPLUS_ELT-GBL-0029T



Lietotne tagad
ir pieejama
latviešu valodā

allium

ASCENSIA
Diabetes Care



Digitāli pieejami informatīvi materiāli cukura diabēta pacientiem

Apmeklējiet www.novonordisk.lv pacientiem veltīto sadaļu,
lai apskatītu materiālus cukura diabēta pacientiem!

Noskatieties video:

Pēdu kopšana

Novo Nordisk injektoru lietošanas tehnika

Glikēmijas paškontrolē

Apskatei vai lejupielādei pieejamie materiāli:

Diabēts un uzturs

Uztura ieteikumi cukura diabēta pacientiem

Diabēta dienasgrāmatas



Reklāmas devējs: Novo Nordisk A/S pārstāvniecība Latvijā,
K. Ulmaņa gatve 119, Mārupe, Mārupes nov., LV-2167,
Latvija. Izstrādāts 2022. gada martā.
www.novonordisk.lv © Novo Nordisk A/S LV22DI00011.

Noskenējiet šo QR kodu
ar savu viedtālruni, lai
piekļūtu pacientu sadaļai
mūsu mājaslapā!

