



Klīniskā pētniecība Latvijā – kam mums tā?

Teksts: Madara Sabule • Ilustrācija: Maija Līduma

Kāpēc Latvijai ir un būtu nepieciešama klīniskā pētniecība? Līdzīgi kā zemeslode mītiskajā atveidē turas uz triju atlantu pleciem, klīniskās pētniecības pamata galvenie bloki ir ekonomiskās, veselības aprūpes intereses un zinātnes akadēmiskās intereses. Papildus tam nāk valsts regulatoro sistēmu attīstība, ētikas procesu izpratnes veicināšana ārstniecībā, farmācijas industrijas tirgus attīstība un mārketingi.

VESELĪBAS APRŪPES INTERESES

Runājot par veselības aprūpes sistēmas interesi, profesors Dainis Krieviņš min: «Kā saka paši pacienti, tā ir reāla pīeja jaunām terapijas iespējām, ko Latvijā daudzi nevarētu atlauties. Un šeit runa ir ne tikai par pētāmajiem medikamentiem, bet arī par salīdzinošajiem.»

«Latvijā daudziem pacientiem tās ir iespējas vispār tikt ārstētiem, daļai tās ir iespējas tikt

ārstētiem ar medikamentiem, kas ir ārkārtīgi mūsdienīgi,» piebalso profesore Guna Laganovska. Viņa stāsta, ka acu preparātu pētījumi ir ļoti draudzīgi, jo tajos gandrīz nekad nav tīra placebo. Kā placebo tiek lietoti tie reģistrētie preparāti, kas Latvijā izmaksā daudz – ap 1000 eiro par vienu devu, gadā veidojot vairākus tūkstošus, un kas netiek kompensiēti no valsts budžeta līdzekļiem. «Ir pētījumi, kur pusei dod jauno medikamentu un pusei – šo, jau

reģistrēto, un ir arī tādi, kur visiem dod jauno medikamentu, un tad pusei dod jauno un otru pusei nedod neko. Tādējādi kaut ko iegūt var jebkurš pacients, viņa vienīgais uzdevums ir ieklūt šajā pētījumā. Tomēr daudzi pacienti neiekļūst tikai tādēļ, ka atnāk par vēlu.»

Otrs būtisks iemesls par labu klīniskajiem pētījumiem, pēc G. Laganovskas domām, ir ārstu izglītība. Pētījumu konferencēs un apmācībās parāda ne tikai konkrēto pētījuma dizainu, bet vispār virzienu, kur šajā jomā virzās medicīna. Kā arī tiek gūts priekšstats par to, kā citās valstis ārstē šo slimību.

«Iesaistoties pētniecībā, pievelkam mūsu ikdienas varbūt mazliet šur tur provinciālo ārstēšanu pasaules standartam. Jo nevar piedalīties pētījumā, ja nedarbojamies pēc visaugstākajiem standartiem. Mēs to iemācāmies, mums to nākas ieviest, un tad mēs to iemācām citiem kolēgiem,» atzīmē prof. Dainis Krieviņš, piebilstot, ka ļoti liela

ietekme ir arī apmācībai: «Kā zināms, pētījumos ir apmācība, apmācība, apmācība! Un tas ir milzīgs grūdiens, īpaši runājot par jaunākajām tehnoloģijām, standartiem un nākotnes medikamentiem.»

Vēl viens nozīmīgs pētniecības faktors veselības aprūpes sistēmas līdzsvarošanā ir ārstēšanas rezultātu uzlabojums – tiek iegūti dati, pēc kā var veidot ārstēšanas efektivitāti, gan arī drošumu, kas savukārt uzlabo pacienta drošību.

«Visbeidzot ārkārtīgi nozīmīga ir Latvijas starptautiskā atpazīstamība,» pētniecības sociālo lomu noformulē profesors. «Tikai labu zāļu vai ierīču pētniecības rezultātā mūsu vadošie speciālisti ir atpazīstami Eiropā, ASV, Āzijā, Japānā. Viņi zina, kur ir Latvija. Tas ir svarīgi, lai nākotnē veicinātu medicīnisko tūrismu, kas bieži vien virzās uz to vietu, kur zināms, ka ir labāka ārstēšana un labākie KOL (Key Opinion Leader – galvenais viedokļa līderis).»

ZINĀTNISKI AKADĒMISKĀ INTERESES

«Valsts finansētajai zinātnei Latvijā ir ārkārtīgi mazs apjoms, apmēram 95 % nāk no industrijas un ir tikai maza daļa no valsts budžeta,» ir sarūgtināts D. Krieviņš. Arī veselības ministrs Hosams Abu Meri sarezdz problēmu tajā, ka valsts atbalsts pētniecībai ir niecīgs un nepietiekams, un sola to mainīt: «Vajadzētu vairāk investīciju un vairāk finansējuma. Līdz šim brīdim vairāk investē sponsori un industrijas pārstāvji. Piemēram, Somijā turpmākajiem trim gadiem ir samazināts medicīnas budžets, bet nauda zinātnei un pētniecībai samazināta netika – tieši otrādi, tika palielināta. Nemsim Somijas piemēru, plānojot nākamo gadu budžetu.»

«Noteikti jāuzsver, ka kliniskajā pētniecībā strādājam pēc visaugs-tākajiem standartiem, jo arī GCP (Good Clinical Practice – Laba kliniskā prakse), ko vienmēr pārbauda inspektori, inspekcijas un regulējošās institūcijas, liek visai ārstniecības

sistēmai strādāt labāk. Ko līdz tas, ka pētnieks savā kabinetā strādā pēc GCP, ja uzņemšanas nodaļa tai neatbilst. Tāpēc daliba pētījumos faktiski palielina visas ārstniecības iestādes un ārstniecības sistēmas kvalitāti. Tas rada turpmāku iespēju pašu pētnieku iniciētajiem pētījumiem, ko vēlētos redzēt arvien vairāk. Starptautiskā atpazīstamība, kongresi un konferences, starptautiskas publikācijas, jauni sadarbības partneri – ārkārtīgi būtiska sādaļa, kas veicina un piesaista jaunus pētījumus, par ko mums visiem ir jācīnās,» tā profesors Dainis Krieviņš ataino akadēmisko spēku un institūciju ieguvumus.

EKONOMISKĀS INTERESES

Kliniskā pētniecība katru gadu Latvijas budžetā rada multmiljonu ienesumu. Ne velti attīstītās valstis cīnās, lai šos pētījumus dabūtu. Jo tie nav tikai jau iepriekš minētie veselības pienesumi, tās ir arī jaunas darbavietas, investīcijas, valsts ekonomiskā attīstība, kā arī galu galā medikamentu un ierīču izmaksas, kuras reāli pētniecība nodrošina par brīvu, un tas nav jātērē no valsts budžeta. Līdztekus arī laboratorijas izmeklējumi, radioloģiskie, kardioloģiskie, gastroenteroloģiskie izmeklējumi, par ko maksā pētījuma sponsors.

«Zāļu kliniskie pētījumi ir mūsdienu medicīnas stūrakmens, jo, pateicoties tieši kliniskajiem pētījumiem, mums šodien ir zāles, ar kurām varam izārstēt slimības, kuras pavisam neesenā pagātnē uzskatījām par neizārstējamām, mūsu rīcībā ir medikamenti, ar kuriem var kontrollēt slimības gaitu, spējam pagarināt pacienta dzīvīdzi un uzlabot viņa dzīves kvalitāti,» klinisko pētījumu ekonomiskos ieguvumus uzskaita eksperte Gunta Zilgalve. Tādējādi no kliniskās pētniecības pilnīgi noteikti ieguvējs ir pacients, tomēr iegūst arī tā valsts, kurā notiek pētījumi, jo, pacientam piedaloties kliniskajā pētījumā, visu apmaksā pētījuma pasūtītājs. Un tas ir iemesls, kāpēc valstis sīvā cīņā konkurē par to, lai pētījumi nonāktu

tieši pie viņiem. Taču, lai tas notiktu, jābūt ļoti labai sadarbībai starp visām pētījumā iesaistītajām pusēm.

KĀPĒC PĒTĪT JĀDODAS UZ LATVIJU

Profesors Krieviņš uzskaita virknī labu iemeslu, kas Latviju padara par perspektīvu klinisko pētījumu galamērķi: «Mums ir moderna diagnostika, labi speciālisti, Eiropas un pasaules standarti, laba ārstēšana. No otras puses, mums ir relatīvi zemas izmaksas, protams, ne Latvijas vidējā iedzīvotāja līmeni, bet salīdzinoši ar citām attīstītajām valstīm – gultasdienas, izmeklējumi, kā magnētiskā rezonanse, datoromogrāfija ir lēti. Esam pievilcīgi ar to, kas mums šķiet dārgi, bet globāli pētniecības vajadzībām un līmenim dārgi neesam.» Profesors uzskata, ka uzskaitījumā noteikti jāiekļauj lielisks personāls – izglītoti, labi ārsti, kā arī lielākā daļa pētījumu monitoru ir ar medicīnu izglītību, ko nevar atlauties daļa citu Rietumu valstu. «Mums ir motivētas klinisko pētījumu komandas. Kā arī ir diezgan liela specializācija, universitātes slimnīcas vai specializētie centri, kur konkrētā indikācija un pacienti sanāk kopā, un tādējādi ir vieglāk arī viņus pētīt, vieglāk veidot datu bāzes.»

KĀDA IR ŠIBRĪŽA SITUĀCIJA LATVIJĀ

Lai arī pozicionējamies kā perspektīva vieta klinisko pētījumu veikšanai, Zāļu valsts aģentūras apkopotie dati pēdējo gadu laikā rada bažas, jo ir vērojama tendence uz pētījumu apjoma samazināšanos. Latvijā galvenokārt tiek veikti trešās fāzes pētījumi, kā arī otrs fāzes, savukārt pirmās fāzes pētījumi ir ļoti reti. Galvenās indikācijas ir oftalmoloģija, gastroenteroloģija, kardioloģija un neuroloģija. Savukārt onkoloģijā, salīdzinot ar citām valstīm, ir salīdzinoši mazāk pētījumu, un, kā atzīmē profesors Krieviņš, šī ir joma, kur mums ir iespēja attīstīties. Pētījumos piedalās gan kliniskās universitātes slimnīcas, slimnīcas Latvijas reģionos, kā arī ambulatorās ►



Dainis Krieviņš,
profesors, PSKUS Zinātniskā institūta direktors
«Kā zināms,
pētījumos ir apmācība, apmācība,
apmācība!»

Hosams Abu Meri,
veselības ministrs
«Vajadzētu vairāk investīciju un vairāk finansējuma.»

Guna Laganovska,
profesore, PSKUS atbildīgā pētniece oftalmoloģijā
«Kliniskais pētījums ir laba iespēja pacientam saņemt jaunākās zāles un tikt ārstētam.»


Gunita Zilgalve,

klinisko pētījumu eksperte
«Zāļu kliniskie
pētījumi ir mūsdienas
medicīnas
stūrakmens.»


Jana Migliniece,

ZVA Klinisko pētījumu
nodalas vadītāja
«Ir definēts jaunais
pētījumu atļaušanas
process, kurā
dalibvalstis atļauj
pētījumus
koordinētā proce-
dūrā.»


Laila Matveja,

ZVA Klinisko pētījumu
nodalas vadītāja vietniece,
LKP inspektore
«Visi medicīniskie
lēmumi ir jāveic,
domājot par pētāmās
personas aizsardzī-
bu.»

iestādes un privātprakses. Savukārt galvenās valstis, ar kurām Latvijā tiek veikti pētījumi, ir ASV, Šveice, Vācija, Belģija, Francija, Dienvidkoreja, Apvienotā Karaliste.

Profesors, atskatoties vēsturē, skaidro, kāpēc situācija vairs nav mums tik labvēlīga: «lestājoties Eiropas Savienībā, bijām gatavi darboties klinisko pētījumu jomā, mums bija laba likumdošana un mēs iederējāmies periodā, ko mēdz dēvēt par «Clinical Trials Goes Eastward», kad Austrumeiropa un Centrāleiropa kļuva par vietu, kur strauji attīstījas kliniskie pētījumi. Taču laiks iet uz priekšu, un tā vairs nav. Mēs vairs neesam interesanti. Ne Latvija, ne Baltija, ne Austrumeiropa. Šajā brīdī ir jāsāk domāt, ko darīt.»

Nav tā, ka pasaule pētījumu klūst mazāk, varbūt nedaudz mazāk to ir Eiropā, bet ne globāli. Protams, ieteikmi atstāj tas, ka nav vairs daudz molekulu, ko pētīt, un pati pētniecība kļuvusi ārkārtīgi dārga. Pēc dažiem aprēķiniem, vienas molekuldas izmaksas no tās izdomāšanas līdz zāļu kastitei aptiekā var veidot 2,6 miljardus. Savu ieteikmi atstājis arī Covid-19 un globālās problēmas, kā kari un citi faktori. Tomēr, pasaules mērogā raugoties, pētniecība strauji iet uz augšu – gan pētījumu, gan pacientu skaits ir pieaudzis. Regulējošās iestādes prasa lielāku pacientu skaitu, lai būtu arvien labāki pierādījumi, kas sadārdzina pētniecību, tomēr pētījumu skaits turpina pieaugt.

Kādi būtu iemesli tam, ka klinisko pētījumu skaits pēdējos gados Latvijā samazinās? Gunita Zilgalve min vismaz divus. Pirmkārt, esam maza valsts, mums ir maz iedzīvotāju un attiecīgi mazāks pacientu skaits. Otrkārt, farmācijas kompāniju izvēle veikt pētījumu vienā vai otrā valstī vai reģionā ir stratēģisks biznesa lēmums, jo investīcijas, kas tiek ieguldītas, veicot klinisko izpēti, ir ārkārtīgi augstas. Tāpēc farmācijas kompānija raugās ne tikai no tā aspekta, cik konkrētā valsts varētu iesaistīt pacientu, bet arī kāds ir zāļu

tīrgus, cik daudziem pacientiem šis konkrētais medikaments būs nepieciešams konkrētajā valstī vai reģionā un kādas būs pacientu iespējas saņemt šo medikamentu. Protī, kāda ir veselības aprūpes politika valstī, kādi ir medikamentu kompensācijas mehānismi, kur diemžēl pagaidām vēl nevaram konkurēt ar citām valstīm. Ar paskaidrojošu piemēru ekspereti piebalso profesors Krieviņš: «Industrijai trešās fāzes pētījums ir zināmā mērā mārketinga, kas iemāca ārstiem, ka tas ir labs, jauns medikaments, kā to lietot, lai pēc tam sāktu to tirgot. Un šajā brīdī neesam interesanti. Kompensācijas sistēma ir tāda, kāda ir, naudas ir tik, cik ir, bieži vien jaunus medikamentus nespējam apmaksāt. Un tas ir viens no iemesliem, kāpēc industrija iet no mums prom.»

Tomēr Latvijai ir priekšrocības, kas ir palīdzējušas piesaistīt pētījumus un ko darām tiešām labi, proti, kliniskā prakse Latvijā notiek saskaņā ar Eiropas standartiem. Mums ir daudz klinisko pētījumu centru, kas jau ilgstoši gadiem darbojas un kam ir labi atstrādātas metodes, kā organizēties un ātrāk uzsākt kliniskos pētījumus, – jau ir sakārtota infrastruktūra gan ar telpām, gan aprīkojumu un, protams, ir pieredzējis, kvalificēts un motivēts medicīnas personāls. Iespējams, Latvijas priekšrocība senāk bija lielāka spēja piedāvāt ārstēšanu nesaņēmušus pacientus, tomēr dažās indikācijās vēl arvien mēs varam to nodrošināt. Izmaksās vairs neesam tik lēti, bet joprojām varam konkurēt ar dažām pasaules un Eiropas valstīm.

Salīdzinoši ātrs uzsākšanas laiks bija viena Latvijas lielākajām priekšrocībām laikā, kamēr strādājām ar klinisko pētījumu direktīvu. Pētījuma izskatīšanas un atļaujas saņemšanas laiks bija salīdzinoši ātrs, un tādā veidā varējām ātrāk atvērt pētījuma centrus un ātrāk sākt pacientu iekļaušanu. Kopš darbojamies saskaņā ar Eiropas Savienības klinisko pētījumu regulu, visas dalibvalstis atļauju iegūst vienā laikā, līdz ar to jālēš, kas būtu tās citas niances, kas ļaut pētī-

jumu uzsākt ātrāk. Uzlabojumi būtu veicami, piemēram, līgumu slēgšanas procesā, kas ir ilgstošs, rekomendē Gunita Zilgalve.

Jauno sistēmu skaidro Jana

Migliniece: «Eiropas Parlamenta un Padomes Regula Nr.536/2014 par cilvēkiem paredzētu zāļu kliniskajām pārbaudēm atceļ Direktīvu 2001/20/EK – līdz ar šo regulu tika definēts jaunais pētījumu atļaušanas process, kurā dalibvalstis atļauj pētījumus koordinētā procedūrā. Koordinētās procedūras mērķis bija veicināt klinisko pētījumu atļaušanu Eiropā. Ja līdz šim pētījumu atļaušanas process ZVA bija veiksmīgs un veikls, tad to nevarētu teikt par citām valstīm. Tagad termiņš ir izlīdzinājies, diemžēl dažos gadījumos arī pagarinājies līdz pat četriem mēnešiem. Iepriekš tas varēja būt arī īsāks.»

Arī jaunajos apstākļos D. Krieviņš nezaudē cerību: «Mums ir laba pieredze ar pacientu iekļaušanu pētījumos, jo tā ir finansiāli un pieejamības ziņā pacientiem pievilcīga ārstēšana, kad cilvēks saņem nedalitu ārsta uzmanību un regulāru novērošanu. Mums ir relatīvi laba pacientu līdzestība. Vienlaikus jāapzinās, ka esam maza valsts, mums ir maz iedzīvotāju, paši par sevi interesanti nebūsim, bet ir jāmeklē veidi, lai par tādiem kļūtu.»

KO VARĀM DARĪT

Visi eksperti ir vienisprātis, ka svarīgi ir strādāt ar pacientu organizācijām, datubāzēm, sniegt konkrētu pacientu skaitu pie konkrētas indikācijas, kurus varam iekļaut pētījumā, kā arī jāmeklē inovatīvas pieejas.

D. Krieviņš norāda, ka pagādām sokas grūti, jo elektroniskās sistēmas nav vēl tik labi attīstītas kā, piemēram, Igaunijā un citās valstīs. Vēl kā nišu profesors norāda retās slimības – lai gan esam maza valsts, tomēr pacienti ar retām slimībām mums ir, un tie ir labi koncentrēti specializētās slimnīcās. Tāpat jācēmēs vairāk strādāt ar pirmās fāzes pētījumiem. Tas gan prasa nemītigu darbu: «Mums ir jāparāda, ka esam labākie.

Ir virkne indikatoru, kas to parāda. Pirmkārt, pirms iekļautais pacients, proti, laiks kopš brīža, kad atver pētījuma centru līdz pirmajam iekļautajam pacientam. Meklējet un pierādīet! Otrkārt – plānotais pacientu skaits. Ja apsolām iekļaut noteiktu pacientu skaitu, tad tas ir jāsasniedz, pretējā gadījumā «iegriež» ne tikai sev, kompānijai, kas cīnās, lai Latvijā būtu pētījums, bet valstij – kādēļ tur nākt, ja nepilda solito? Un, treškārt, protams, datu kvalitāte, kas ir, manuprāt, pašsaprotami.»

Pēc statistikas datiem redzams, ka no visiem atļautajiem pētījumiem katru gadu tiek pabeigti ap 40, daļa tiek priekšlaikus pārtraukta un daļa – atsaukta. Biežākie iemesli priekšlaicīgai pārtraukšanai ir sponsora biznesa lēmums, drošības komiteju uzraudzības ieteikumi, drošuma apsvērumi. Taču ir arī tādi, kas tiek izbeigtī centru neaktivitātes dēļ. Stāstot par jaunāko statistiku, Jana Migliniece aicina uzmanīgāk apsvērt reālās iespējas, jo divdesmit septiņos no 155 pētījumiem, kas beigušies pēdējo četru gadu laikā, ir bijis vismaz viens pētījuma centrs, kas nav iekļāvis nevienu pacientu. Tas veido aptuveni 17 % no kopējā pētījumu skaita. Savukārt, uz situāciju skatoties centru griezumā, pēdējo četru gadu laikā aptuveni 9 % no centriem pētījums ir beidzies bez iekļautiem pacientiem.

Lai pētījumā varētu iekļaut daudz pacientu, ir svarīgi izvēlēties «pareizo» slimību. Kā labu piemēru profesore Laganovska min vecuma makulas deģenerāciju, kas skar aptuveni 20 % pacientu pēc 80 gadu vecuma. Turklat Latvijā medikamenti šai kaitei netiek kompensēti, tādējādi kliniskais pētījums ir laba iespēja pacientam saņemt jaunākās zāles un tikt ārstētam.

«Galvenais, kas, domājot par konkurētspēju, ir jāpatur prātā – turpinām strādāt kvalitāti un nemitīgi pierādām, ka spējam iekļaut pacientus, varam to darīt ātri, kā apsolits,» rezumē Gunita Zilgalve.

KAS MŪS GAIDA NĀKOTNĒ

Kliniskā izpēte atrodas lielu pārmaiņu priekšvakarā. «Kliniskie pētījumi, veids, kā tie tiks veikti, strauji mainās, jo mainās pasaule, prioritātes un arī tehnoloģijas, pateicoties kurām kliniskos pētījumus nākotnē būs iespējams veikt daudz efektīvāk, ātrāk un lētāk,» perspektīvu raksturo Gunita Zilgalve. «Ja pirms dažiem gadiem varējām teikt, ka personalizētā medicīna ir medicīnas nākotne,

kaut kas no fantastikas, tad tagad tā ne tikai kļauvē pie mūsu durvīm, bet stāv jau uz sliekšņa. Ar personalizēto medicīnu saprotot tādu medicīnas aprūpes veidu, kurā tiek ņemts vērā individuāla fenotipa un genotipa apkopojums, lai piemeklētu pareizāko terapijas metodi pareizajam pacientam pareizajā laikā.»

Pašreizējais kliniskās pētniecības modeļis vairs nav ilgtspējīgs un saskaras ar ļoti daudzām būtiskām problēmām. Izmaksas pieaug arvien straujāk. Atsevišķām indikācijām, piemēram, retiem audzējiem, pētījumi

lesaistoties
pētniecībā,
pievelkam mūsu
ikdienas varbūt
mazliet šur tur
provinciālo ārstēšanu
pasaules
standartam.

noris gadiem, un tagad tiek meklēti veidi, kā šo procesu pāotrīnāt, lai zāles ātrāk nonāktu pie pacientiem. Liels izaicinājums industrijai ir atrast ne vien jaunas zāles, bet pietiekami pierādīt, ka šie medikamenti ir efektīvāki par tiem, kas mums jau ir.

«Tradicionalais randomizētais dubultmaskētais pētījums pašlaik ir «zelta standarts», taču gribu pavisam droši apgalvot to, ka pavisam drīzā nākotnē tādi lielie trešās fāzes pētījumi ar tūkstošiem dalībnieku, visticāmāk, būs vēsture. Jaunās ārstēšanas metodes galvenokārt koncentrējas uz šūnu un gēnu terapijām, mazo molekulu terapijām, tādējādi mainīsies arī pētījumu apjoms, tie kļūs mazāki, jo būs nepieciešams mazākas, daudz specifiskākas pacientu grupas,» nākotni ieskicē Gunita Zilgalve.

Jaunās tehnoloģijas un iespējas, ko tās rada, arī maina to, kā kliniskā izpēte notiek un notiks. Jau tagad notiek pētījumi, kas būtībā ir virtuāli – datorsimulācijas kombinācijā ar datu analīzi, kas iegūta no elektroniskajām medicīniskajām datubāzēm. Šādas pieejas nākotnē daļēji varētu aizstāt kādu posmu kliniskajā izpētē.

«Mākslīgais intelekts pētniecībā ienāk strauji, to izmants arvien vairāk, ne tikai protokola rakstīšanā, bet pat tiks izvērtēti labākie centri, kuri varētu piedalīties pētniecībā un specifisku pacientu atlasē,» saka Gunita Zilgalve.

Klinisko pētījumu tendence patlaban ir virzīties uz decentralizētajiem pētījumiem. Protī, tas nozīmē, ka pacents pētījumā var piedalīties attālināti, nodrošinot visus kliniskās izpētes elementus. Te paveras darba laiks Latvijā, lai spētu nodrošināt gan pētījuma māsu servisu pacientiem uz mājām, gan medikamentu piegādi pacientam ērtā vietā un laikā un arī pārējos komponentus. «Attālinātas pieejas priekšrocība ir liela – pacientam ir mazāks apgrūtinājums un labāka datu kvalitāte, jo dati tiek nozīnoti reālā laikā no pirmavota uz pētījumu bāzēm,» akcentē G. Zilgalve.

«Mēs visi vēlamies pierādījumos balstītu medicīnu. To nosaka laba kliniskā prakse, kas nodrošina, ka ir ievēroti divi galvenie principi, par ko vienmēr ir jāatceras, veicot jebkuru klinisko pētījumu. Pirmkārt, visi medicīniskie lēmumi ir jāveic, domājot par pētāmās personas aizsardzību. Tas patiešām ir vissvarīgākais – likt personu tiesības, drošību un labklājību pāri zinātniskajām interesēm. Otrkārt, ir jāspēj nodrošināt datu ticamību, ievērojot pētījuma protokolu un veicot adekvātus datu pierakstus,» zināmā mērā formulējot ētiskos standartus, konceptualizē Laila Matveja. «Tikai kopā varēsim nonākt pie vēlamā rezultāta – lai pētniecība Latvijā attīstītos un būtu labāka nekā Eiropā. Apzināsimies savas stiprās pusēs un savstarpējās sadarbības spēku,» aicina profesors Dainis Krieviņš.

Raksta izveidē izmantoti Latvijas Kliniskās pētniecības asociācijas, Paula Stradiņa Kliniskās universitātes slimnīcas un Paula Stradiņa Kliniskās universitātes slimnīcas Attīstības biedrības organizētās konferences «Kliniskā pētniecība Latvijā šodien un nākotnes izaicinājumi» materiāli.