

Vīriešu veselības avīze



SLIMOSIM MAZĀK

Asoc. prof. Vilnis Lietuvietis atzīmē, kas būtu nepieciešams, lai Latvijā dzīvotu veseli un laimīgi cilvēki.

2.-3. lpp.



AR CERĪBU

Skaidrojam sīkāk, kādas šodien ir iespējas ārstēt nieru vēzi gan agrīnās, gan vēlīnās slimības stadijās.

8.-9. lpp.

Cik stiprs ir Latvijas vīrietis?

Priekšlaicīga mirstība ir par iemeslu tam, ka Latvijas vīrieši kopumā ik gadu potenciāli zaudē vairāk nekā 71 tūkstoti mūža gadu. Tas ir gandrīz 2,6 reizes vairāk nekā sievietes*

* Slimību profilakses un kontroles centra dati

VAJAG LABĀK?

Pacients starp ģimenes ārstu un kardiologu.

4. lpp.



SVARĪGS LAIKS

Došanos pie urologa atlikt nevajag.

10. lpp.



VĪRIETIM ASTMA

Zāles un līdzestība – vienlīdz svarīgi.

12. lpp.



DZĪVOJAM NEVESELĪGI

Kas negatīvi ietekmē mūsu aknu veselību.

16. lpp.



Vilnis Lietuvietis: «Veselības

EVITA HOFMANE

Eiropā mirstība no onkoloģiskajām slimībām samazinās, bet Latvijā tā palikusi iepriekšējā līmenī. Lai arī pēdējo gadu statistikas dati uzrāda onkoloģisko slimnieku dzīvildzes pagarināšanos, onkoloģiskās saslimšanas joprojām ir otrs izplatītākais nāves cēlonis Latvijā. Šis gads valstī ir pasludināts par Onkoloģiskās modrības gadu.

Uz sarunu par aktualitātēm, sasāpējušajiem jautājumiem vīriešu uroloģiskās veselības jomā un veselības aizsardzībā kopumā aicinājām Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Uroloģijas klīnikas vadītāju, RSU asociēto profesoru **Vilni Lietuvieti**.

– **Latvijas Onkologu ķīmijterapietu asociācija nesen rīkoja diskusiju par to, kas kavē vēža ārstēšanu Latvijā. Kādi, jūsuprāt, ir galvenie šķēršļi un kā jūs raksturotu onkoloģisko situāciju Latvijā un pasaulē?**

– Sabiedrība šodien noveco, un līdz ar to pastiprinās ar novecošanos saistītās problēmas. Šie procesi notiek gan pasaulē, gan arī Latvijā. Mēs zinām, ka vīriešu vidējais dzīves ilgums kopš Latvijas neatkarības atgūšanas ir pieaudzis par 8–9 gadiem. Vīrieši dzīvo ilgāk, līdz ar to arī vairāk slimo, tostarp ar onkoloģiskām slimībām. Katrs piektais gada laikā no jauna diagnosticētais audzējs ir uroģenitāls audzējs – priekšdziedzera, nieru, urīnpūšļa vēzis –, un ar tiem pārsvarā slimo vīrieši. Manuprāt, vispirms šodien ir jāsaprot, ka onkoloģiskās slimības ārstē ne tikai onkologs, bet arī ķirurgs, urologs, citi speciālisti. Līdz ar to jāaptver, kas īsti ir onkoloģisko slimību speciālists. Pasaules attīstītajās valstīs jau ir izvirzīts multidisciplinārs ārstēšanas princips, kad pacientu ar vēzi ārstē ārstu komanda, klīnikās, kuras specializējas tieši onkoloģisko pacientu ārstēšanā. Tas pats ir jāievieš Latvijā. Runājot par mūsu valsti, rodas jautājums: kāda ir onkoloģiskās palīdzības aprūpes struktūra – kur un kādos centros, pēc kādām vadlīnijām, protokoliem notiek diagnostika un ārstēšana. Kas spēs samaksāt par šo ārstēšanu? Kādas būs investīcijas sabiedrības veselības nodrošināšanā, tai vēl vairāk novecojoties, ja pašlaik iedzīvotāju vidējais vecums Latvijā ir mazāks nekā citās Eiropas valstīs? Kāda būs

stratēģija, nodrošinājums un politika valstī, lai paglābtu cilvēkus no onkoloģiskajām saslimšanām? Manuprāt, šo pacientu plūsma jākoncentrē centros, kur ir resursi tādu pacientu ārstēšanai – vispirms jau speciālisti. Šodien ir jāmeklē risinājumi onkoloģisko slimību veiksmīgai ārstēšanai nākotnē, tostarp jaunas tehnoloģijas un jaunas zāles. Ikviens no mums brīdī, kad tas ir nepieciešams, vēlas saņemt modernu ārstēšanu. Protams, arī pats pacients ne vienmēr ir apzinīgs un ne vienmēr rīkojas tā, kā ārsti rekomendē. Tajā pašā laikā ir virkne problēmu, kas neļauj ātri un efektīvi saņemt palīdzību. Šis problēmu loks pašlaik Latvijā ir samilzis. Laikam, lai to visu apzinātos, vispirms ir nepieciešamas divas lietas – tēmas aktualizācija un plašāka komunikācija visu iesaistīto pušu starpā. Ir jānosaka konkrēts mērķis. Piemēram, palielināt onkoloģisko pacientu piecu gadu dzīvildzi par 50%.

– **Par onkoloģiskajām slimībām tiek runāts daudz, tomēr cilvēku apzinīgums un problēmas nopietnības apzināšanās varētu būt krietni labāka. Kā jūs vērtējat pacientu informētību?**

– Informētība arvien pieaug, pateicoties ārstu speciālistu, medicīnas firmu un asociāciju sociālajām kampaņām, valsts struktūru veidotajai informācijas plūsmai. Tomēr, ja netiek sasniegti noteiktie mērķi, tad kaut kas nav īsti kārtībā. Manuprāt, jau no bērnības ir jāiemāca, ka būt veselam, tas ir dzīvesveids un tas ir *kruti*. Veselības mācība skolās būtu ļoti vajadzīga, jo mūsu valsts ir pelnījusi, lai tajā būtu veseli un laimīgi cilvēki. 90. gadu sākumā presē ļoti daudz runājām par to, ka Latvijas bagātība ir cilvēki. Pašlaik mēs šo bagātību zaudējam, nepietiekami par to rūpējoties. Kaut arī veselības aizsardzība ir noteikta par prioritāti, nepietiekošais finansējums un esošā finansējuma izvietojums par to nelielina. Zaudējot iedzīvotājus, arī augsstās mirstības dēļ, mēs graužam valsts pamatu. Ja mēs uzskatām, ka viens no Latvijas veselības aizsardzības stūrakmeņiem ir universitātes slimnīcas, tad nepietiekošais universitātes slimnīcu finansējums un lielle parādi ir krasā pretrunā ar prioritātes principu, jo privātajām medicīnas iestādēm šādu parādu nav. Mēs neesam dzirdējuši, ka Medicīnas sabiedrībai *ARS* vai *Veselības centram 4* būtu parādi. Ir neiedomājami, ka tādiem uzņēmumiem kā Austrumu slimnīcai un Stradiņa slimnīcai, kas nodrošina veselības aizsardzību, gadiem var būt miljoniem lieli parādi. Es nepiekrītu, ka slimnīcu menedžments ir sliktāks nekā privātajās iestādēs, vienkārši problēmu loks, mērogs disonē ar finansējumu, ko tās saņem. Arī uzdevumi ir atšķirīgi. Privāto ārstniecības iestāžu uzdevums ir naudu nopelnīt, bet universitātes slimnīcu uzdevums ir ārstēt un glābt cilvēkus, kā arī attīstīt medicīnu. Es uzskatu, ka būtu tikai godīgi, ja arī privātas medicīnas iestādēs pacientu ārstētu «no – līdz»: diagnosticētu, ārstētu, operētu, kā arī ārstētu komplikācijas. Tad salīdzinājums, kurš prot efektīvi apsaimniekot valsts naudu, būtu korekts. Problēmas, ko šobrīd redzam Latvijā, nav jaunas, tādas bijušas arī citās valstīs, piemēram, Anglijā. Taču tika veikta reforma, un šodien privātas iestādes ārstētos pacientus, ko noteiktajos termiņos nepagūst



Foto: Guntis Gvozdevs

Vilnis Lietuvietis: «Priekšdziedzera (prostatas), nieru, urīnpūšļa un dzimumlocekļa vēzis, kā arī sēklinieku audzējs jaunākiem vīriešiem ir liela urologu darba sastāvdaļa. Jāatzīst, ka mums šajā jomā ir un būs daudz ko darīt, jo cilvēki joprojām nav sapratuši, ka vieglāk ir ārstēt un izārstēt vēzi sākumstadijās.»

vai nevar izārstēt universitātes slimnīcas. Privātās iestādes cieši sadarbojas ar universitātes slimnīcām, un tās papildina viena otru, nevis ir pretstatītas. Darbu dara kopā, vienā komandā, jo mērķis jau ir viens – ārstēt cilvēkus.

– **Kādas šobrīd ir biežāk sastopamās uroloģiski onkoloģiskās slimības vīriešiem?**

– Vēlos atgādināt par visām piecām. Tās ir priekšdziedzera (prostatas), nieru, urīnpūšļa un dzimumlocekļa vēzis, kā arī sēklinieku audzējs jaunākiem vīriešiem.

Šie onkoloģisko slimību veidi ir liela urologu darba sastāvdaļa. Jāatzīst, ka mums šajā jomā ir un būs daudz ko darīt, jo cilvēki joprojām nav sapratuši, ka vieglāk ir ārstēt un izārstēt vēzi sākumstadijās. Lai gan viņiem ne vienmēr var pārnest, jo mēs saprotam, ka vēzis mīl slēpties (maskēties) zem citu slimību pazīmēm, un cilvēki bieži vien nezina, ka viņiem ir onkoloģiska saslimšana. Tāpēc pēc 50 gadu vecuma, pamanot jebkādas simptomus, ir jāapmeklē ārsts, lai viņš noskaidro, kāds ir šo simptomu cēlonis.

– **Slimības attīstību var ietekmēt dažādi faktori. Kas īpaši paaugstina risku saslimt ar onkoloģiskām kaitēm un kā mēs to varam iesaistīt?**

– No kaitīgajiem ieradumiem galvenais noteikti ir smēķēšana. Ir noteikta saikne starp smēķēšanu un plaušu, urīnpūšļa vēzi. Mēs ikdienā redzam daudz smēķētāju ar ielaistām urīnpūšļa vēža formām un agresīviem audzējiem. Savukārt priekšdziedzera vēzis, nieru vēzis vairāk ir saistīts ar novecošanos. Attīstoties nieru sklerozei, veidojas potenciālas zonas vēža attīstībai. Priekšdziedzera vēža attīstībai vecums ir galvenais riska faktors – jo vecāks

vīrietis, jo lielāka varbūtība, ka viņam būs priekšdziedzera vēzis.

– **Cik, jūsuprāt, liela loma slimības atklāšanā un veiksmīgā ārstēšanā ir tam, ka Latvijā trūkst urologu un šo ārstu pieejamība ne visur ir pietiekama? Varbūt tomēr veselības sardzē katram pašam jāieņem vadošā loma, jāuzņemas atbildība?**

– Ja cilvēki regulāri veiku ikgadējās pārbaudes pie ģimenes ārsta, tad, visticamāk, problēmas tiktu pamanītas laikus, un rinda pie urologa 2–3 mēnešu garumā būtu pieņemama. Savukārt, ja cilvēkam vajag tikt pie speciālista tad, kad ūdens jau smēlas mutē, tad ir saprotama uzstājība: «Man ātri vajadzīgs urologs! Kur viņš ir? Man tuvumā neviena nav, tāpēc neesmu pie viņa gājis.» Ir iespējams arī šāds ārstēšanās modelis – slimnieku ar ātro palīdzību atved uz Neatliekamās palīdzības un uzņemšanas nodaļu, kad ir pavisam slikti. Protams, katrs pats izvēlas, kā dzīvot, jo mēs ikviens dzīvojam savu vienīgo unikālo dzīvi. Ja cilvēks izvēlēties visu darīt pēdējā brīdī, tad varbūt arī viņam būs problēmas ar urologa pieejamību. Savukārt tiem, kuri domā uz priekšu un izprot, ka ar laiku veselība vairs nebūs kā 20 gadu vecumā, un tāpēc pie ārsta jāiet laikus, manuprāt, problēmas ir risināmas. Protams, var būt izņēmuma situācijas, kad problēma ir akūta, bet parasti pacienti, kuri veic regulāras pārbaudes, neiekuļas tādās situācijās. Tikai retos gadījumos vāzīm izdodas tik labi maskēties, ka ārsts to palaiž garām un laikus nekonstatē. Pārsvarā mēs redzam gadījumus, kad pacienti nav laikus apmeklējuši ģimenes ārstu. Rūpēties par savu veselību, tā lielā mērā ir katra paša izvēle. Taču ko mums rāda, piemēram,

Tauta un Veselība

TAUTA UN VESELĪBA

Iznāk reizi trijos mēnešos

Izdevējs: SIA Medicīna un prese

Reģ.nr. 42103056373

Izdevniecība: SIA Medicīna un prese

Redaktore: Sarma Zvirbule

Datorgrafika: Guntis Gvozdevs

Adrese: Zāļu iela 16a–20,

Liepāja, LV–3401

E-pasts: flakss@inbox.lv

Pārpublicējot vai citējot materiālus,

atsauce uz Tauta un Veselība obligāta.

Tālr: 27884476

Izplatīšana: tikai Latvijas slimnīcās,

medicīnas centros, poliklīnikās.

Bez maksas.

Iespiests a/s Kroonpress.

Viriešu veselības avīzes izdošanu atbalsta:

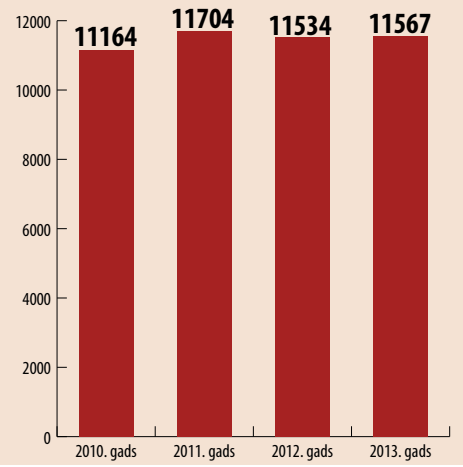


aizsardzība arī ir Aizsardzība»

2013. gadā uzskaitē ņemtie pacienti pa audzēju lokalizācijām

Lokalizācija	Kopējais skaits	Vīrieši	Sievietes	Atrodas uzskaitē gada beigās	No tiem: ilgāk par pieciem gadiem pēc diagnozes noteikšanas
Prostata	958	958		6628	3021
Sēklinieki	37	37		535	385
Nieres	453	239	214	3587	2076
Urīnpūslis	481	362	119	2767	1456

No jauna reģistrēto onkoloģisko gadījumu skaits



skrīningu aptvere? Reklāma ir, informācija ir, bet uz krūšu pārbaudēm atnāk labi ja trešā daļa sieviešu. Ko atlikušie 70% sieviešu var mācīt saviem bērniem? Bērni kopē vecākus, skatās, kā viņi rīkojas, un seko šim piemēram. Tāpēc apgalvojums, ka 2–3 paaudzes spēš kaut ko mainīt, vairāk ir filozofisks jautājums. No kā tad viņi mācīsies?

– **Varbūt kāds mācīsies no sliktiem piemēriem.**

– No sliktiem piemēriem viņi baidīsies. Šie jautājumi sakņojas arī kultūrā. Piemēram, Ķīnā un Japānā tā ir kultūras tradīcija, ka cilvēki rūpējas par savu ķermeņi. Japānā 20. gadsimta 60.-jos gados ļoti aktuāls jautājums bija kuņģa vēzis – japāņi izgudroja fibrogastroskopu un panāca ievērojamu mirstības samazinājumu no šī veida vēža. Mums pietrūkst tādas kultūras. Mēs savu ķermeni vai nu ļoti fetišējam, vai arī attiecamies pilnīgi vienaldzīgi: cik Dievs ir devis, tik dzīvošu, un kāds nu es izskatos, tāds izskatos, kāda kuram daļa, jo es jūtos labi. Tās ir divas galējības.

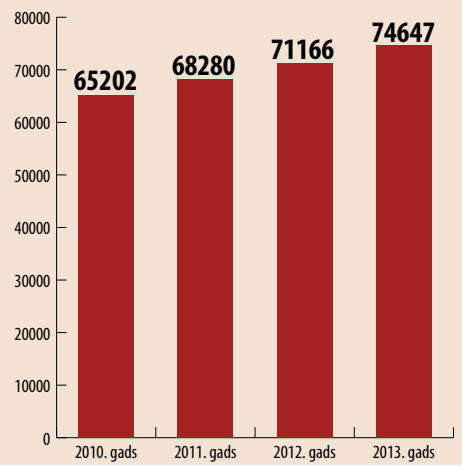
– **Šogad Latvijas urologi turpina pērn aizsāktās reģionālās izbraukuma konsultācijas, kas ir viens no veidiem, kā nākt cilvēkiem pretī.**

– Es tās vērtēju pozitīvi. Domāju, ka jebkura darbība, kas ir vērsta uz mūsu cilvēku veselības saglabāšanu, ir ļoti vērtīga. Ārsti veic daudzas aktivitātes, konsultē, reizēm kādas akcijas ietvaros tas notiek arī bez maksas. Cilvēkiem tiek dota iespēja pievērst vairāk uzmanības savai veselībai. Pēc tam viņi biežāk atceras, ka par veselību ir jārūpējas. Cilvēkam daudzas lietas vajag ļoti bieži atkārtot, lai viņi tās iegaumētu un kaut ko jaunu iemācītos. Iespējams, ka ar laiku Latvijas iedzīvotāji iemācīsies par sevi rūpēties tikpat labi kā zviedri vai vācieši.

– **Pašlaik Latvijā urologu trūkst, bet vai topošie ārsti izrāda interesi par urologa specialitātes apgūšanu?**

– O, jā! Ikdienā strādājot ar studentiem, es redzu, ka par uroloģiju ir ļoti liela interese. Uroģenitālā sfēra ļoti interesē jaunos speciālistus, piemēram, liela interese ir par urīna nesaturēšanas jautājumiem, kas attīstās, cilvēkam novecojot. Studenti ar interesi skatās un apmeklē uroloģijas nodarbības, jo uroloģija ir inovatīva nozare. Vienā nozarē

Uzskaitē gada beigās esošo pacientu skaits



Avots: Slimību profilakses un kontroles centrs

mums ir koncentrēts plašs tehnoloģiju klāsts: tiek izmantoti endoskopijas instrumenti, funkcionālie un invazīvie izmeklējumi, laparoskopija u.c. Tāpat uroloģija ir cieši saistīta ar intīmāku cilvēka veselības pusi nekā, piemēram, kardioloģija. Ja sirdī ir ielikts stents, to pateiks gandrīz jebkurš cilvēks, bet es zinu tikai vienu politiķi, kurš publiski atzina, ka ir pārslimojis priekšdziedzera vēzi. Tās ir lietas, ko cilvēki Latvijā neaizstā. Līdz ar to uroloģija ir arī nedaudz noslēpumaina nozare, un jaunie ārsti meklē iespēju sevi tajā pieteikt. Studenti ir ļoti motivēti nākt un mācīties.

– **No cik gadu vecuma vīrietim jāsāk domāt par regulārām vizītēm pie urologa arī tad, ja, pēc paša domām, nekādas problēmas?**

– Ja ir jebkādas sūdzības, jānāk neatkarīgi no vecuma. Taču, ja sūdzību nav, tad pēc 40 gadu vecuma Eiropas Urologu asociācija rekomendē veikt pirmreizējo prostatas specifiskā antigēna (PSA) analīzi, kas kalpo kā bāzes analīze. Turpmākajos dzīves gados tiks vērots ne tikai absolūtais analīzes rādītājs, bet arī tā pieauguma gaita. Viens no veidiem, kā noteikt, kuram vīrietim būs vajadzīga rūpīgāka novērošana, ir PSA rādītāja pieauguma ātruma analīze. Tāpēc katram vīrietim pēc 40 gadu vecuma tests būtu jāveic un turpmāk jāseko līdz rādītāja dinamikai. Ja PSA analīzes pieaugums ir straujš, tad jāvērsas pie urologa arī 45–50 gadu vecumā, jo priekšdziedzera vēzis var būt arī jaunākiem vīriešiem. Novecojoties, ap 60–65 gadu vecumu, urologa apmeklējumu biežums būs atkarīgs no urīnceļu simptomiem. Tomēr ir jāsaprot, ka biežāka urinēšana pēc 50 gadu vecuma var būt ne tikai priekšdziedzera problēma, bet saistīta ar urīnpūšļa jaunveidojumu (vēzi) vai kādu citu audzēju iegurnī, kas izraisa šos simptomus, vai arī cukura diabētu.

– **Kā vīrietim sagatavoties vizītei pie urologa?**

– Pirmkārt, ir jāsaņem drosme un jāpasaka sev, ka nekādas sliktas nenotiks. Otrkārt, jāsaprot, ka urologs ir vīrieša draugs, kurš vēlas, lai vīrietis būtu veselāks. Treškārt, pirms vizītes vajadzētu veikt PSA un urīna analīzi.

– **Kādas ir biežākās sūdzības, ko dzirdat, kad vīrieši ierodas uz konsultāciju?**

– Tā kā veicu ambulatorās pieņemšanas Onkoloģijas centrā un arī privātp praksē, es redzu ļoti plašu pacientu jautājumu klāstu. Bieži tie saistīti ar izmaiņām urīna analīzēs, urinēšanas biežumu, sāpēm sānos, nierakmeņiem, iekaisumiem urīnceļos, ir onkoloģiskās saslimšanas, arī erektilā disfunkcija, priekšlaicīga ejakulācija, kas pacientiem izraisa problēmas ģimenes dzīvē, un viņi meklē risinājumus. Tos šodien arī varam piedāvāt. Pēdējo 25 gadu laikā zinātne ir ļoti strauji attīstījusies. Zinātnieki, farmācijas un dažādu tehnoloģiju ražotāji ir panākuši fantastiskus sasniegumus. Mums ir antibiotikas, kādu nebija pirms 100 gadiem, tuberkuloze urīnceļos, sifiliss vai gonoreja tagad ir retas slimības. Nierakmeņus mēs skaldām endoskopiski ar lāzera tehnoloģiju, nevis operējam vaļēji, ar lieliem griezieniem. Gadu tūkstošiem tika meklēta brīnumzāle, lai risinātu erekcijas problēmas. Šodien tā ir pieejama. Laikmets, kurā dzīvojam, ir ļoti inovatīvs, dinamisks, ar piedāvājumiem labākai un garākai dzīvei. Ir daudz lietu, kādu nebija pirms 25 gadiem, tikai tās visbiežāk arī pietiekoši daudz maksā. Vai un cik daudz mēs esam gatavi maksāt – tie ir dziļi jautājumi, un iespējamās atbildes ir atšķirīgas.

– **Pacienti bieži domā: «Es aiziešu pie ārsta, man pateiks, ka ir aizdomas par kādu slimību. Kas notiks tālāk?» Nezināmais parasti biedē.**

– Saruna ar ārstu ieskicē iespējamo diagnozi jeb rāda ceļu, kas varētu būt ejams, lai noteiktu slimību. Tālāk tiek veikta izmeklēšana: endoskopija, datortomogrāfija, ultraskaņas izmeklējumi un citi. Kādi izmeklējumi būs nepieciešami, nosaka ārsts. Vēlos uzsvērt, ka pēdējās desmitgadēs tie visi ir kļuvuši ievērojami draudzīgāki pacientam (it īpaši, ja salīdzina ar tiem, kādi bija pirms gadiem 50), tos var veikt ambulatori, neguļot slimnīcā, cilvēks var turpināt strādāt. Pirms 30 gadiem pacients iestājas slimnīcā, gulēja tur dienas desmit, kamēr viņu lēnā garā izmeklēja.

– **Uz daudziem svarīgiem izmeklējumiem ir garas rindas. Šobrīd ir izveidots tā saucamais «zaļais koridors» pacientiem, kuriem ir atklāts audzējs. Viņiem nav jāgaida rindā uz tālākiem izmeklējumiem un ārstēšanu par valsts naudu.**

– Ar «zaļo koridoru» principu pašlaik nav īstas skaidrības. Pats princips ir labs, taču realizācijā ir daudz jautājumu. Viens no tiem – kurš pacients ies pa šo koridoru un kurš nē. Var sanākt, ka koridorā nonāk tas pacients, kurš varētu iet pa parasto ceļu, bet tas, kuram tur noteikti jānonāk, koridorā nenonāk, jo tas jau ir aizņemts. Manuprāt, ārstam speciālistam būtu jānosaka prioritāte, kuram pacientam pirmajam vajag veikt konkrētu izmeklējumu, bet kurš var nedaudz pagaidīt. Tādējādi būtu jāšķiro pacienti un jānosaka, kurus izmeklēt un ārstēt pirmos un kurus vēlāk, atkarībā no slimības smaguma vai iespējamās nelaimes. Cits jautājums – kā to izdarīt?

– **Mūsu kaimiņvalstī Lietuvā pastāvot iespēja ārstēties (veikt izmeklējumus) par savu naudu, ko pēc tam no valsts var atgūt. Vai pastāv cerības, ka tāda sistēma varētu tikt ieviesta arī Latvijā?**

– Vai mēs varam attīstīties un strauji pārņemt labās lietas no kaimiņiem? Es nezinu. To noteiks mūsu pašu domāšana un prioritāšu izvērtēšana. Ja mēs sakārtosim prioritātes un patiešām tās mēģināsim reāli risināt, tad, iespējams, šīs būs viens no veidiem, kā veselības aizsardzības, tostarp onkoloģijas jautājumus risināt. Mēs labi zinām, ka 90. gadu sākumā ne Latvijai, ne Lietuvai nebija lielu ārējo parādu, bet šodien tie ir. Tāpat mēs zinām, ka operāciju māsa Lietuvā par slodzi saņem 800–900

eiro, bet Latvijā – ievērojami mazāk. Šodien ir medicīnas māsu trūkums. Kāpēc? Ārsti 25 gadus ir aicinājuši, rakstījuši, sūdzējušies, streikojuši. Vai sabiedrība ir mūs dzirdējusi un, ja ir dzirdējusi, cik ir izdarījusi no tā, ko ārsti ir ieteikuši? Varbūt tas ir jautājums nevis ārstiem, bet sabiedrībai, tās pārstāvjiem un priekšstāvjiem individuāli.

– **Kādas ir jaunākās ārstēšanas iespējas, ko varat piedāvāt saviem pacientiem?**

– Ir arī labas lietas, ne tikai problēmas. Liels panākums ir tas, ka šodien mums ir iespējama agrīna priekšdziedzera vēža diagnostika, daudz biežāk nekā pirms 20 gadiem veicam radikālu ārstēšanu. Nieru audzēju gadījumos veicam nieru rezekcijas. Ja audzējs nav ļoti liels, varam nieri saglabāt, kas savukārt dod iespēju pacientiem ilgāk un labāk dzīvot. Ļoti būtiski ir attīstījušās audzēju apstarošanas tehnoloģijas, kas ļauj audzēju sekmīgi apstarot un vienlaikus nodrošināt pacientam labu dzīves kvalitāti. Ārstēšanā ienāk modernas zāles. Protams, mēs gribētu, lai tas notiek ātrāk, un arī vajadzētu, lai tas notiek ātrāk. Lai Latvija nebūtu starp pēdējiem, bet vismaz kaut kur pa vidu valstīm, kur jaunie medikamenti kļūst pieejami. Mēs esam maza valsts, kas varētu ātri un efektīvi reaģēt uz jaunumiem, un mēs to arī gribam. Pašlaik ir jauni medikamenti priekšdziedzera vēža ārstēšanai, kas būtu jāiekļauj kompensējamo medikamentu sistēmā, ir medikamenti metastātiska prostatas vēža ārstēšanai, radiācijas terapija. Šos medikamentus šobrīd var nopirkt, bet tie nav kompensēti. Ir pieejamas labas zāles metastātiska nieru vēža ārstēšanai. Agrāk šiem pacientiem nebija nekādu medikamentu un izredžu paildzināt dzīvi, šobrīd tie ir, ļaujot arī saglabāt pietiekami labu dzīves kvalitāti.

Medicīna attīstās. Cits jautājums, cik tā būs pieejama, jo jaunās tehnoloģijas un medikamenti nav lēti. Tas ir valsts budžeta jautājums. Tikai kāda ir budžeta prioritāte, kuras jomas ir jāattīsta: militārā aizsardzība vai veselības aizsardzība. Manuprāt, nav jānostāda viena joma pret otru. Ir jāsaprot: lai mājai jumts turētos taisni, tas balstās uz vairākām kolonnām, un tām visām ir jābūt pietiekami varenām un stiprām. Jautājums ir par simetriskskumu un sabalansētību. Šajā gadījumā politiķiem ir jāprot sabalansēt aizsardzības izdevumus ar izdevumiem medicīnai, cilvēku labklājībai un sociālajai aizsardzībai. Aizsardzība jau nav tikai tanki, tā ir arī veselības, sociālā, teritoriālā, emocionālā aizsardzība. Tas ir drošības jēdziens. Bieži mēs redzam, ka par drošību uzskata tikai militāro drošību vai drošību uz ielas. Drošība ir dzīvot komfortabli, visos iespējamajos veidos būt aizsargātam savā dzīves vietā. Tas ir mūsu mērķis un sapnis, kāpēc šī valsts ir būvēta.

– **Ko jūs novēlētu pacientiem, kolēģiem un mūsu avīzes lasītājiem?**

– Man skolā bija fantastiska latviešu valodas skolotāja. Viņai kabinetā pie sienas bija tāds uzraksts: «Valoda ir laipa, kas cilvēku ved pie cilvēka». Tāpēc es gribētu teikt, ka sabiedrībai un ārstiem visiem kopā ir jārunā ar ierēdņiem un politiķiem, lai mēs kopā meklētu risinājumus, kā dzīvot labāk, izvērtētu prioritātes. Vajag komunicēt, runāt par šiem jautājumiem, nebaudīties paust viedokļus un idejas. Arī kolēģiem nevajag baidīties paust domas par to, kā padarīt mūsu pacientu dzīvi ilgāku un labāku. Aicinu uz sarunu un komunikāciju! Arī šīs avīzes nosaukums droši vien ir iecerēts kā komunikācijas instruments, runājot par vīriešu veselību. Protams, tā ir tikai viena sadaļa no kopējās veselības aizsardzības sistēmas, kas dod ieguldījumu, rosina cilvēkus par šiem jautājumiem domāt un runāt. Galvenais ir nezaudēt sarunas pavedienu.

Ārsts nevar nodarboties ar menedžmentu

ANNA KALNIŅA

Akūtas kardioloģiskas problēmas, virkne manipulāciju stacionārā dažu dienu laikā un gūzma informācijas galvā un papīros, izrakstoties no stacionāra. Kur iet, kas jādara? Jau tā neveselo pacientu nodarbina ne viens vien jautājums, un visam pāri kā Damokla zobens karājas bažas par to, vai tikai viss tiks izdarīts kā nākas...

Par nepieciešamību sakārtot primārās un sekundārās veselības aprūpes savstarpējo mijiedarbību stāsta asociētais profesors **Gustavs Latkovskis**, Latvijas Kardioloģijas centra Invazīvās kardioloģijas nodaļas kardiologs.

– **Pacients akūtas sirds slimības gadījumā stacionārā pavada vien dažas dienas, daudz vairāk laika viņu aprūpē ģimenes ārsts. Vai jūsu ikdienas pieredze liecina, ka saikne starp invazīvo kardiologu un ģimenes ārstu šobrīd Latvijā ir pietiekami cieša?**

– No vienas puses, sadarbība starp ģimenes ārstiem un speciālistiem nav slikta, piemēram, asociāciju līmenī, organizējot seminārus u. tml., kā arī individuālās komunikācijas ziņā. No otras puses, loģistika, kas izveidojusies Latvijas veselības aprūpē, rada daudz šķēršļu ātrai un kvalitatīvai izsmeļošas informācijas apmaiņai. Līdz ar to rodas vairākas problēmas. Pirmkārt, nereti gadās, ka pacients nemaz nezina, kas ir viņa ģimenes ārsts. Otrkārt, nav sistēmas, kā operatīvi un nepastarpināti nosūtīt informāciju ģimenes ārstam par pacienta veselības stāvokli, par hospitalizācijas faktu, kā arī rekomendācijas. Ievērojot Fizisko personu datu aizsardzības likumu, pa e-pastu mēs informāciju ģimenes ārstam nosūtīt nevaram, līdz ar to pie viņa ar papīriem rokās dodas pats pacients vai viņa tuvinieki. Treškārt, ne vienmēr pacienti apzinās stāvokļa nopietnību un līdz ar to ne vienmēr pēc izrakstīšanas no stacionāra dodas pie ģimenes ārsta, taču nesakārtotās sistēmas dēļ ne speciālisti, ne ģimenes ārsti nezina, ka cilvēks, kuram nepieciešama primārā veselības aprūpe, pie sava ārsta nemaz nav aizgājis.

Informācijas apmaiņas trūkums rada problēmas arī tajā brīdī, kad pacients nonāk kardiologu aprūpē akūta stāvoklī vai arī ar nosūtījumu. Mums nav iespēju piekļūt pacienta ambulatorajai kartītei, uzzināt iepriekš veikto ambulatoro izmeklējumu rezultātus, līdz ar to esam spiesti veikt papildu izmeklējumus, lai noskaidrotu teorētiski jau zināmas lietas.

Piemēram, ja pacients ierodas uz koronāro angiogrāfiju, mēs vēlamies noskaidrot, kādas zāles viņš lieto, taču vismaz pusē gadījumu to noskaidrot nav iespējams, jo nosūtījumā tās nav norādītas. Turklāt jāņem vērā arī fakts, ka ne vienmēr pacients lieto tieši tos medikamentus, kas ir rekomendēti: reizēm ģimenes ārsts vai cits speciālists tos ir mainījis, citreiz pacients nav sapratis pareizo devu, vēl atsevišķos gadījumos pats izvēlējis,

Gustavs Latkovskis: «Nav sistēmas, kā operatīvi un nepastarpināti nosūtīt informāciju ģimenes ārstam par pacienta veselības stāvokli, par hospitalizācijas faktu, kā arī rekomendācijas. Ievērojot Fizisko personu datu aizsardzības likumu, pa e-pastu mēs informāciju ģimenes ārstam nosūtīt nevaram, līdz ar to pie viņa ar papīriem rokās dodas pats pacients vai viņa tuvinieki.»

kādu medikamentu pēc kaimiņa ieteikuma atcelt vai mainīt ...

– **Kā situāciju varētu mainīt?**

– Es vienmēr uzsveru, ka pacientam, nākot uz konsultāciju pie manis vai stājoties slimnīcā, jāņem līdzi visu izmeklējumu rezultāti, izraksti un konsultantu slēdzieni (pat ja tie nav saistīti ar kardioloģiju), rekomendēto zāļu saraksts, kā arī visas zāles (iepakojumos), kuras cilvēks lieto.

Ir ģimenes ārsti, kuri nosūtījumā pie speciālista patiešām skrupulozi apraksta visu nepieciešamo, bet nevar prasīt, lai ģimenes ārsts vienmēr visu šo informāciju ar roku ierakstītu. Taču rekomendēt paņemt līdzi visu uzskaitīto gan vajag.

– **Jūsu aprakstītās situācijas liecina, ka šobrīd galvenā saikne starp speciālistu un ģimenes ārstu ir pacients pats, kurš nereti nav uzdevuma augstums. Šķiet, visbiežāk vainojams zināšanu un izpratnes trūkums. Kā varētu uzlabot pacienta zināšanu līmeni un līdz ar to gan informācijas apmaiņu, gan ārstēšanas efektivitāti?**

– Ārsts nevar nodarboties ar menedžmentu, līdz ar to būtu labi, ja ar šiem jautājumiem nodarbotos profesionālas māsas: gan nodotu informāciju par pacienta stāvokli un rekomendācijām ģimenes ārsta palīgam, gan izskaidrotu pacientiem, kad jādodas uz kādu izmeklējumu, kā tam jāsagatavojas utt. Šobrīd pacienti nesaņem visu nepieciešamo informāciju.

Tātad visoptimālākā būtu saziņa starp slimnīcas māsu un ģimenes ārsta māsu. Arī no līdzekļu optimizācijas viedokļa šis varētu būt viens no efektīvākajiem variantiem.

– **Lūdzu, paskaidrojiet sīkāk šāda varianta finansiālo efektivitāti!**

– Objektīvi medicīnas māsas izglītošana izmaksā lētāk nekā ārsta izglītošana un, ja ir funkcijas, kuras no ārsta var pārņemt māsa, tad valstij būtu izdevīgāk apmācīt tieši māsas un radīt viņām darba vietas, nevis izlikties, ka problēmu nav un viss ir

kārtībā. Šobrīd mums ir pārāk daudz pacientu uz vienu medicīnas māsu, viņu vajadzētu būt reizes četras piecas vairāk. Līdz ar to arī mūsu māsām nav pietiekami daudz laika informēt pacientus par ārstniecības turpmāko gaitu. Ir nepieciešams finansējums pacientu informēšanai, izglītošanai, rehabilitācijai.

– **Pirms vairākiem gadiem Stradiņu slimnīcā ar labiem panākumiem darbojās kardiorehabilitācijas programma...**

– Jā, tā bija, taču tas diemžēl bija īsu laiku un arī vairāk uz entuziasma pamata, šobrīd finansējuma šādu programmai nav.

– **Tomēr līdzekļu taupīšana šobrīd, visticamāk, radīs daudz vairāk nepieciešamību vēlāk. Akūta pacienta ārstēšanas izmaksas stacionārā var sasniegt vairākus tūkstošus eiro. Vai ir vērojami gadījumi, kad nepietiekamas saiknes starp stacionāru un ģimenes ārstu dēļ pacients nesaņem pareizo terapiju un nonāk slimnīcā atkārtoti, radot vēl augstākas ārstēšanas izmaksas?**

– Pirmkārt, tie var būt nevis daži, bet daudzi tūkstoši eiro atkarībā no nepieciešamās izmeklēšanas un manipulācijām. Otrkārt, šāda likumsakarība ir pašsaprotama. Mums patiešām ir bijuši gadījumi, kad pacients nonāk stacionārā ar atkārtotu infarktu, jo ir bijis, piemēram, pārtraukums zāļu lietošanā vai citi terapijas pārkāpumi. Reizēm pacients neizprot, ka nedrīkst pārtraukt lietot zāles pat vienu dienu, nemaz nerunājot par trim dienām. Citkārt viņam objektīvi nav bijusi iespēja apmeklēt ģimenes ārstu, jo, piemēram, no stacionāra izrakstīts piektdienā, kad priekšā visa nedēļas nogale bez iespējas apmeklēt ģimenes ārstu, kas atbilstoši stacionāra ārsta rekomendācijām izrakstītu nepieciešamos medikamentus. Vai arī ģimenes ārsts ir atvaļinājumā, bet ambulatorā ārstniecības iestāde nav nodrošinājusi viņam aizvietotāju. Lai no šādiem gadījumiem maksimāli izvairītos, mēs esam spiesti darboties pretēji slimnīcas

interesēm, bet atbilstoši cilvēcisķajai, valstiskajai un Hipokrāta zvēresta izpratnei, dodot pacientam līdzīgi medikamentus vēl dienai vai divām, lai viņš nepaliktu bez terapijas.

– **Vai 2012. gadā veiktās izmaiņas kompensējamo medikamentu izrakstīšanā skar arī kardioloģijas pacientus? Vai jums ir bijuši gadījumi, kad rekomendētos medikamentus ģimenes ārsts pacientam nevar izrakstīt, jo tie neietilpst kompensējamo medikamentu sarakstā?**

– Jā, tādi gadījumi ir bijuši. Ir arī pacienti, kuri būtu gatavi piemaksāt, lai varētu lietot sev vispiemērotāko un atbilstošāko medikamentu, taču valsts kompensējamā daļa konkrētajām zālēm ir liegta, un viņi šo medikamentu var iegādāties tikai par pilnu summu. Ir novēroti gadījumi, kad dažādu ražotāju medikamentiem ar vienādu aktīvo vielu klīniskā efektivitāte tomēr atšķiras, tāpēc pareizāk būtu izvēlēties piemērotākās zāles. Uzskatu, ka visiem pacientiem vajadzētu būt vienādām iespējām saņemt vienu un to pašu valsts kompensācijas daļu, kas savukārt tiek aprēķināta no references (lētākā) medikamenta cenas.

– **Vai vēl joprojām novērojama tendence, kas īpaši aktualizējās krīzes laikā, kad farmaceits iesaka pacientam kādu šķietami līdzvērtīgu, tomēr lētāku medikamentu, kas tomēr, no speciālista viedokļa, nav labākā izvēle?**

– Jā, ir bijuši gadījumi, kad farmaceits rekomendētās zāles ir nomainījis uz tādām, ko man galīgi negribētos redzēt pacientu lietojam. Es atbalstu, ka farmaceits informē klientu par lētākām alternatīvām, jo ne vienmēr ārsts spēj izsekot līdzī cenu svārstībām, tomēr lēmums par medikamenta maiņu ir jāpieņem nevis farmaceitam, bet ārstam. Farmaceits var informēt, bet ne aizvietot ārsta lēmumu.

Tomēr noteikti arī pašam pacientam ir jābūt līdzatbildīgam par savu veselību un jābūt nepārtautkā komunikācijā ar savu ārstu.

Foto: Zigismunds Zālmanis

Galvenais ir pacientu izglītot un disciplinēt

TOMS ZVIRBULIS

Iznākot no slimnīcas pēc miokarda infarkta vai citas kardiovaskulāras slimības pārciešanas, rūpes par pacienta veselību un labklājību no kardiologa nonāk ģimenes ārstu rokās.

Lai noskaidrotu, cik sekmīgi notiek pāreja no sekundārās uz primāro veselības aprūpi un kurās sfērās šo procesu varētu uzlabot, uz sarunu aicinājām ģimenes ārstu **Sandru Lankreti**.

– Ģimenes ārstiem ir jāuzņemas liela atbildība par sirds slimnieku aprūpi. Tieši jūs esat atbildīgi par savlaicīgu slimības diagnosticēšanu un nosūtīšanu pie attiecīgajiem speciālistiem, kā arī aprūpi pēc hospitalizācijas. Vai jūs uzskatāt, ka saikne starp primāro un sekundāro aprūpi ir pietiekami cieša?

– Kas attiecas uz kardioloģiju, es varētu teikt, ka saikne ir pietiekami cieša. Ja citās ārstniecības nozarēs būtu tāda pat sadarbība, tas būtu daudz. Ar kardiologiem mums ir ļoti labas attiecības, un cik man ir nācies sastrādāties, viņus vienmēr var sazvanīt, nekad neesmu saņēmusi atteikumu. Ir grūti spriest par situāciju visā Latvijā, jo es darbojos tikai Rīgā.

– Ja kāds no jūsu pacientiem tiek hospitalizēts ar akūtu miokarda infarktu, kā jūs uzzināt, kad viņš dodas mājās no stacionāra?

– Es savus pacientus pēdējo desmit gadu laikā esmu labi izaudzinājusi. Telefonā man ir ierakstīti 1300 numuri, starp tiem arī daži pacientu ģimenes locekļu numuri. 70–80% šo cilvēku man ir personīgi pazīstami, un tad, kad viņi plāno pamest slimnīcu, vai nu piezvana vai atsūta izziņu. Ņemot to vērā, mēs norunājam vizītes laiku. Ja pacients paša spēkiem nevar ierasties, reizēm pēc pirmajām receptēm var atbraukt arī radnieks. Pēc tam mēs skatāmies, kā rīkoties tālāk. Faktiski komunikācijā es problēmas nesaķatu. Tās varētu būt veciem, vientuļiem pacientiem, bet man tādu pacientu nav daudz. Varbūt viņi kādreiz kaut ko nesaprot vai nepiezvana, un aizķeršanās ir. Ja viņus aprūpē sociālais darbinieks, tas mani informē par pacienta izrakstīšanos no slimnīcas. Tomēr tie ir tikai atsevišķi gadījumi, kad pacients uz pāris dienām paliek bez pieskatīšanas. It sevišķi, ja viņš tiek izrakstīts piektdienas pēcpusdienā.

– Ārstēšanā ir svarīga nepārtrauktība, un šim pāris dienām var būt izšķiroša nozīme.

– Pret *Stradiņiem* man nav nekādu pretenziju, jo es zinu, ka gadījumā, ja pacients tiek izrakstīts piektdienas pēcpusdienā, viņam iedod līdzīgas zāles trim dienām. Pēc tam mēs sazināmies, un viss tiek izdarīts tā, kā vajag. Izrakstoties no Austrumu slimnīcas, zāles pacientam ne vienmēr iedod līdzī. Šajā situācijā es par izeju uzskatu e-medicīnu, kas atrisinātu ļoti daudzas problēmas. Cilvēcisks kontakts ir vajadzīgs, taču, ja man var atsūtīt ziņu, ka pie mana pacienta ir bijusi ātrā palīdzība, kāpēc nevarētu atsūtīt e-pastu, kad viņš no slimnīcas tiek izrakstīts? Tā būtu izeja no situācijas.

– Kardiologs Kārlis Trušinskis ierosināja, ka digitalizēto uzskaites sistēmu vispirms varētu ieviest vienā slimnīcā, nevis uzreiz visā valstī. Kādas ir jūsu domas?

– Es būtu tikai par. Varētu izveidot kaut vai pilotprojektu un paskatīties, kā tas strādā. Es domāju, tas atvieglotu dzīvi gan mums, gan kardiologiem – tu zini, ka tavs pacients ir nodots no vienām rokām otrās. Lai gan arī pašlaik lielu problēmu parasti nav, tomēr, kā jau minēju, ar veciem un vientuļiem cilvēkiem mēdz rasties dažādi pārpratumi. Viņi iznāk no slimnīcas un tajā pašā vai nākamajā dienā sauc ātro palīdzību, kaut arī stacionārā ir sekmīgi ārstēti.

– Vai pie vainas ir tas, ka pacienti nav gana labi izglītoti, vai ir jāmeklē kāds cits iemesls?

– Nē, drīzāk var teikt, ka šiem pacientiem sākas panika. Viņi mēģina mani sazvanīt pieņemšanas laikā un zvina piecas, sešas un septiņas reizes. Tad pacients ir jānomierina, viņam jāpaskaidro, ka visas lietojamās zāles ir uzrakstītas uz lapiņas un tās ir jādzer. Tajā brīdī, kad tu ar šo pacientu 10–15 minūtes izrunājies, viss ir kārtībā. Nākamā panikas lēkme sākas naktī, kad viņam atkal šķiet, ka viss ir slikti. Tad pacients atkal sauc ātros. Te vairs nav runa par kardioloģiska rakstura, bet gan psiholoģisku problēmu.

– Gan stacionārā ārsti, gan ģimenes ārsti ir ļoti noslogoti un ne vienmēr izdodas veltīt pietiekami daudz laika sarunai ar pacientu. Vai, jūsuprāt, iznākot no slimnīcas, pacienta zināšanas par viņa slimību un ārstēšanu ir pietiekamas?

– Lielākoties, jā. Viņiem ir stāstījuši ārsti, viņi ir runājuši ar saviem palātas biedriem. Lielākā daļa internetā ir lasījuši par slimību, ar kuru viņi slimo. Reizēm pacientiem, īpaši pēc stentēšanas, līdzīgu mājām tiek doti informatīvi materiāli. Tāpat pacientiem tiek skaidrots, kas jādara turpmāk – kas jāēd, kā jākontrolē savs veselības stāvoklis, kādas zāles jādzer. Domāju, ka apmēram 90% pacientu ir pietiekami labi informēti. Īpaši viegli ir sadarboties ar pacientiem, kuri ir strādājuši ārzmēs. Viņi visu uztver ļoti adekvāti. Es reizēm smejos, ka daļu pacientu, kuri nesaprot vai nevēlas saprast mūsu teikto, vajadzētu aizsūtīt uz Īriju vai Angliju. No turienes viņi atgriežas ar pavisam citu izpratni par medicīnu. Ārzemēs pacienti strikti ievēro to, ko viņiem teicis ārsts.

– Vai no jūsu teiktā var secināt, ka Latvijā aktuāla problēma ir pašārstēšanās?

– Nē, drīzāk pacienti uzskata, ka viņiem viss ir jāprasa no ārstiem, ka viņiem pienākas. Ja kaut kas ir jādara pašiem, tad tā ir problēma. Taču pacientam ir ne tikai tiesības, bet arī pienākumi. Nevienam pieaugušu cilvēku mēs nevaram ar varu piespiest kaut ko darīt, izsekot katram līdzī, vai viņš dzer zāles. Vai tā ir normāla situācija, ka ārsts vakarā zvina pacientam, lai pajautātu, vai viņš ir iedzēris zāles?

Pašlaik presē diezgan daudz tiek rakstīts par to, kas pacientam nav pateikts vai iedots. Reizēm tas tomēr šķiet diezgan pārspīlēti, un situācija nav tik slikta. Protams, ir ļoti daudz ko darīt daudzās jomās, bet diezgan vai būs tā, ka pie ārsta nevar tikt



Foto: ABDA

Kompensējamo zāļu izrakstīšanas sistēma varētu būt citāda. Izejot no medikamentu bāzes cenas, pacientam vajadzētu ļaut izvēlēties medikamentu, ko viņš grib lietot, starpību apmaksājot no savas kabatas.

mēnešiem un ka netiek izrakstītas nepieciešamās zāles vai nosūtījumi. Tas gan laikam ir jāprasa konkrētajam pacientam.

– Kā šo situāciju varētu vērst par labu?

– Šis ir gadījums, kad medikāliem būtu vairāk jākontaktējas ar presi un jāpauž savs viedoklis. Ir jāmaina attieksme attiecībā uz situāciju valstī, jo, ieslēdzot televizoru vai radio, visbiežāk varam dzirdēt par kārtējiem misēkļiem. Mums daudzas lietas mainās pozitīvā virzienā. Lai gan es cerēju, ka šogad beidzot tiks ieviesta e-medicīna, vismaz tā tika solīts. Tas palīdzētu risināt daudzus sasāpējušus jautājumus, arī problēmu ar rindām uz izmeklējumiem vai pie speciālistiem. Domāju, ka pašlaik tās tiek mākslīgi pagarinātas. Mums nav kopīga informācijas tīkla, un pacienti reizēm to izmanto. Viņi aiziet pie speciālista un saka, ka iepriekš nav veikti nekādi izmeklējumi, lai viņus uz tiem nosūta. Ja saviem pacientiem nozīmēju konsultāciju pie speciālista, nosūtījumam otrā pusē vienmēr uzrakstu, ka izmeklējumu rezultāti ir izsniegti viņam *uz rokas*. Un ģimenes ārsts nav vainīgs, ja viņš tos nav paņēmis līdzī. Ja būtu pieejama e-medicīna, mēs vienmēr varētu redzēt, kādi izmeklējumi pacientam šogad ir izdarīti. Rezultātā tiktu ietaupīts daudz laika un naudas.

– Vai jūsu praksē ir bijuši gadījumi, kad pacients pēc izrakstīšanās no stacionāra nav griezies pie jums, lai turpinātu ārstēšanos?

– Nē, faktiski tā nenotiek. Mēs savus pacientus audzinām, daudz runājam un skaidrojam, un vienmēr jau laikus zinām, ja viņiem ir paredzēta plānveida ārstēšanās slimnīcā. Ja kāds uzturas stacionārā ilgāk, medicīnas māsa painteresējas, cik ilgi tas būs. Šajā ziņā es neko sliktu par saviem pacientiem nevaru teikt.

– Ja pacients neturpina stacionārā uzsāktu ārstēšanu, sekas tam var būt ļoti nopietnas, īpaši, ja ir runa par kardiovaskulārajiem pacientiem. Nākamā viesošāšanās slimnīcā var izmaksāt daudz kārt dārgāk.

– Jā, sekas var būt ļoti nopietnas. Saviem pacientiem es parasti saku, lai viņi paskatās slimnīcu izrakstos, cik ārstēšana izmaksā valstij. Tie nav 30 eiro par gultasvietu. Izrakstā ir norādīts, cik maksā, piemēram, stents. Tie parasti ir divi līdz četri tūkstoši eiro. Pēc šādas ārstēšanas atteikties lietot zāles, kuras maksā desmit vai 20 eiro? Manuprāt, vajadzētu izstrādāt kādu modeli, kā rīkoties, ja pacients nav līdzestīgs un neievēro ārstu rekomendācijas. Viņam ieliek dārgu stentu, bet viņš nelieto zāles un pēc kāda laika ar ātrajiem atkal nokļūst slimnīcā. Tur ieliek vēl vienu stentu,

bet pacients atkal neārstējas. Vai ir jēga šādiem pacientiem izrakstīt valsts kompensējamus medikamentus, ja viņi nedara neko savas veselības labā? Varbūt tad viņi sāktu vairāk apdomāt savu rīcību? Citādi – man ir žēl gan ģimenes ārstu, gan kardiologu darba.

– Ņemot vērā ierobežojumus valsts kompensējamo zāļu izrakstīšanā, vai jūs vienmēr spējat nodrošināt pacientam stacionārā rekomendēto terapiju?

– Kardioloģijā, jā. Lai gan kompensējamo zāļu izrakstīšanas sistēma varētu būt citāda. Es saprotu, ka valstij nav naudas un tiek noteikta medikamentu bāzes cena. Bet kāpēc, izejot no šīs bāzes cenas, pacients nevar izvēlēties medikamentu, ko viņš grib lietot, starpību apmaksājot no savas kabatas? Pašlaik ir tā, ka valsts it kā ir katram iedzīvotājam ieskatījusies maciņā. Es uzskatu, ka ārstiem to darīt nevajadzētu.

– Vajadzētu skatīties, kas ir labāk katram konkrētam pacientam?

– Ir pacienti, kuri vēlas lietot oriģinālpreparātus, bet es tos viņiem nevaru izrakstīt. Citi pat apvairnojas un prasa, kāpēc. Kāda paciente atnāca pie manis ar holesterīna medikamentiem, kurus viņai bija izrakstījis kolēģis. Viņa bija apvainojusies un prasīja, kāpēc viņai ir izrakstītas lētākās zāles, ja ir pieejamas arī dārgākas. Es viņai stāstīju, kāda ir kārtība un ka mēs citādi rīkoties īsti nevaram.

– Vai šie ierobežojumi ietekmē aprūpes kvalitāti?

– Aprūpes kvalitāti varbūt arī neietekmē, jo visi pacienti saņem diagnozei atbilstošus medikamentus. Tāpat, cik man ir zināms, nav bijis lielu pētījumu, kuros tiktu salīdzināta ārstēšanas efektivitāte pacientiem, kuri lieto oriģinālmedikamentus un tiem, kuri lieto ģenēriskos medikamentus. Kvalitāti tas neietekmē, un tie, kas grib oriģinālpreparātus, tos nopērk par savu naudu. Tomēr es uzskatu, ka valstij vajadzētu kompensēt kaut daļu no cenas visām zālēm, ne tikai lētākajām. Tad katrs atkarībā no sava maciņa biezuma un vēlmēm izvēlētos sev piemērotāko.

– Tātad, jūsuprāt, zāļu kompensācijas sistēmu vajadzētu pārveidot, lai mums būtu iespēja izvēlēties?

– Tieši tā, ir jābūt iespējai izvēlēties, lai man vienmēr nevajadzētu sākt ar pašu lētāko noteiktas grupas medikamentu. Ja pacients ir maksāspējīgs un viņam patīk konkrētā kastīte vai tabletīte, vai viņš ir lasījis pētījumus, ko ļoti daudzi arī dara, tad kāpēc gan ne? Budžetā tas lielu robu diezgan vai atstātu.

Statīni – dzīvību glābējs nr.1!

ANNA KALNIŅA

Mūsdienās vārdu holesterīns noteikti ir dzirdējis ikkatrs, tomēr tas nenozīmē, ka visi dzirdējušie var likt roku uz sirds un apstiprināt, ka pārbaude veikta, holesterīna skaitlis zināms un potenciālais risks, kā arī turpmākā rīcības shēma ar medikamentiem apspriesta.

Par to, kādēļ holesterīna skaitlis mūsu veselības bilanci ir tik svarīgs un kādēļ, neraugoties uz dažādiem spriedelējumiem un pat šķietami ticamiem argumentiem, holesterīnu mazinošu medikamentu lietošanu pārtraukt nedrīkst, *Sirds veselības avīzei* stāsta ārsts **Andris Skride**, Latvijas Kardioloģijas centra Invazīvās un neatliekamās kardioloģijas nodaļas kardiologs.

– **Vai sekošana holesterīna skaitlim uzskatāma par šā brīža modes lietu, vai arī holesterīna skaitlis patiešām ir nozīmīgs cilvēka veselībai un tā noteikšana ir svarīga veselības profilakses sastāvdaļa?**

– Holesterīna skaitlis tāpat kā asinsspiediens patiešām ir ļoti nozīmīgs rādītājs. Līdztekus tādiem neietekmējamiem riska faktoriem kā ģenētika, dzimums un vecums, ietekmējamie riska faktori – paaugstināts holesterīna līmenis, paaugstināts asinsspiediens u.c. – rada sirds un asinsvadu slimību riskus. Holesterīna skaitlis un asinsspiediens ir divas būtiskas lietas, kuras mēs varam ietekmēt, pasargājot sevi no asinsvadu aizkaļķošanās un paildzinot labās, kvalitatīvās dzīves garumu. Būsim pavisam tieši – holesterīns ir nozīmīgs nāves riska faktors, kas veicina vienu no sirds slimību formām – pēkšņu nāvi.

Uzturot holesterīna līmeni un asinsspiedienu normā robežās, mēs varam sevi vairāk pasargāt no infarkta, insulta un kāju gangrēnas. Šīs problēmas izraisa viena un tā pati slimība – asinsvadu aizkaļķošanās jeb ateroskleroze –, un atšķiras tikai vieta organismā, kur tā iemitinājusies.

– **Kam biežāk novērojams paaugstināts holesterīna līmenis – vīriešiem vai sievietēm? Ar ko tas skaidrojams?**

Paaugstināts holesterīna līmenis novērojams gan vīriešiem, gan sievietēm. Varbūt vīriešiem agrīnāk, sievietēm vēlāk. Tas ir atkarīgs no dažādiem faktoriem, tostarp ģenētikas un dzīvesveida, bet visvairāk to ietekmē aknu darbība.

Taču vīriešiem atšķirībā no sievietēm ir augstāks kardiovaskulāro saslimšanu risks, jo sievietes reproduktīvajā vecumā aizsargā hormonālā sistēma. Tajā pašā laikā pēc menopauzes sirds asinsvadu slimību risks sievietēm strauji pieaug un var pat pārsniegt vīriešu riska līmeni.

– **Kam jāpievērš uzmanība, ja holesterīns ir paaugstināts, – tikai kopējam skaitlim vai arī atsevišķām tā frakcijām?**

– Noteikti jāpievērš uzmanība atsevišķām frakcijām – gan zema blīvuma holesterīnam, gan arī triglicerīdu līmenim. Veselam cilvēkam zema blīvuma jeb *sliktā* holesterīna rādītājam jābūt zem 3 mmol/l, bet, ja slimība jau sākusies, tas nedrīkst pārsniegt 1,8 mmol/l. Triglicerīdiem jābūt zem 1,7 mmol/l, savukārt augsta blīvuma jeb *labajam* holesterīnam vajadzētu būt vismaz 1,2 mmol/l.

– **Ko vispirms iesakāt pacientiem ar paaugstinātu holesterīna līmeni – medikamentozo terapiju vai dzīvesveida un diētas maiņu? Cik ilgi drīkst mēģināt pazemināt holesterīna**



Foto: Guntis Gvozdevs

Andris Skride: «Ja pacientam jau ir konstatēta ateroskleroze un kaut vismazākā asinsvadu aizkaļķošanās, tad statīnu grupas medikamenti jālieto pat tad, ja holesterīna līmenis uzskatāms par normālu. Statīnu grupas medikamenti pirmām kārtām darbojas tieši asinsvados, samazinot to aizkaļķošanos, un holesterīna līmeņa samazināšana ir tikai viena no šīs medikamentu grupas preparātu papildus iedarbībām.»

līmeni tikai ar dzīvesveida korekciju un bez medikamentu lietošanas?

– Primārie ieteikumi ir atkarīgi no pacienta veselības stāvokļa. Ja pacientam jau ir konstatēta ateroskleroze un kaut vismazākā asinsvadu aizkaļķošanās, tad statīnu grupas medikamenti jālieto pat tad, ja holesterīna līmenis uzskatāms par normālu. Jāatceras, ka statīnu grupas medikamenti pirmām kārtām darbojas tieši asinsvados, samazinot to aizkaļķošanos, un holesterīna līmeņa samazināšana ir tikai viena no šīs medikamentu grupas preparātu papildus iedarbībām.

Bet, ja paaugstināts holesterīna līmenis tiek konstatēts veselam cilvēkam, tad ģimenes ārsts vai kardiologs, izmantojot speciālas tabulas, pēc vecuma, ģenētiskās predispozīcijas, asinsspiediena, ieradumiem (piemēram, smēķēšana), citām slimībām (piemēram, cukura diabēts) un daudziem citiem faktoriem izrēķina pacienta risku saslimt ar kardiovaskulārajām slimībām. Ja risks ir zems, tad kā primāro līdzekli holesterīna līmeņa mazināšanai iesaka dzīvesveida korekciju un diētu. Ja risks ir augsts, tad uzreiz tiek rekomendēta statīnu terapija. Protams, arī medikamentu lietošanas gadījumā nepieciešama

kaitīgo ieradumu atmešana, veselīga dzīvesveida ievērošana.

Par holesterīna līmeni pazeminošiem pasākumiem, izvēloties diētas un dzīvesveida korekciju, rezultāti tiek vērtēti pēc diviem trim mēnešiem. Ja ar šādu taktiku holesterīna līmeni pazemināt neizdodas, tad, visticamāk, būs nepieciešama statīnu terapija. Vai tā sākama uzreiz, vai arī tikai pēc kāda laika, atkarīgs no tā, kā mainās pacienta kardiovaskulāro saslimšanu risks.

– **Kādi ir galvenie pārtikas produkti, no kuriem jāizvairās, rūpējoties par holesterīna līmeņa samazināšanu?**

– Jāizvairās no visām eļļām, kas nav olīveļļa, no trekniem piena produktiem, tostarp treknajiem un kausētajiem sieriem, no treknas gaļas. Protams, ka aizliegto produktu sarakstā ietilpst arī dažādi pusfabrikāti, čipsi, smalkmaizītes un saldumi. Pavisam atteikties no gardām lietām arī nav vēlams, tomēr jāuzmanās, lai našķi nav trekni un galvenais – it visā jāievēro mērenība.

Blakus pareizai ēdienkartei jāpadomā arī par kustību ieviešanu dienas režīmā. Sporta nodarbības nepieciešamas katru dienu, protams, atkarībā no katra cilvēka spējām. Piemēram, pastaigāties vai nūjot patiešām var gandrīz jebkurš!

Holesterīna mērķa skaitļi

Saskaņā ar Eiropas Kardiologu asociācijas rekomendācijām

- Kopējais holesterīns < 5 mmol/l
- ZBLH (sliktais holesterīns) < 3 mmol/l
- ABLH (labais holesterīns) > 1,0 mmol/l vīriešiem un 1,2 mmol/l sievietēm
- Triglicerīdi < 1,7 mmol/l

Holesterīna mērķi pacientiem ar vairākiem KVS attīstības riska faktoriem vai pierādītu KVS

- Kopējais holesterīns < 4,5 mmol/l (ja iespējams, tad 4 mmol/l)
- ZBLH (sliktais holesterīns) < 1,8 mmol/l
- ABLH (labais holesterīns) > 1,0 mmol/l vīriešiem un 1,2 mmol/l sievietēm
- Triglicerīdi < 1,7 mmol/l

– **Ja pacientam izrakstīti holesterīna līmeni samazinoši medikamenti, cik ilgi tie jālieto – kursa veidā, gadiem vai visu mūžu?**

– Ja ateroskleroze jau ir diagnosticēta, tad statīnu grupas medikamenti jālieto visu mūžu. Jo ilgāk un kvalitatīvāk zāles tiks lietotas, jo ilgāk pacients dzīvos. Statīni dzīvību glābšanā ir pirmajā vietā pasaulē!

Ir jāsaprot, ka ateroskleroze nav pneimonija, ko iespējams izārstēt ar vienu diviem medikamentu kursiem. Aterosklerozi labākajā gadījumā var apturēt vai aizkavēt. Tāpēc pārtraukt lietot medikamentus nedrīkst. Brīnumlīdzekļu asinsvadu attīrīšanā nav, tāpēc nav vērts tērēt naudu dažādiem bezrecepšu produktiem, kas sola pilnīgu atveseļošanos. Tas ir bizness un cilvēku mānīšana!

– **Cik drīz pēc statīnu terapijas sākšanas tiek veikta pārbaude, vai tie iedarbojas?**

– Sākot terapiju, pārbaude tiek veikta pēc viena mēneša. Tas ir pietiekams laiks, jo holesterīna rādījumi reāli dažkārt izmainās jau pēc trim dienām.

– **Vai var atteikties no zālēm, ja, atkārtoti nosakot holesterīna līmeni, tas ir normas robežās?**

– Kā jau runājām, ja ir konstatēta kaut niecīga asinsvadu aizkaļķošanās, statīnu preparāti ir jālieto visa mūža garumā. Bet, ja ateroskleroze nav konstatēta un holesterīna līmeni izdevies normalizēt, tad, iespējams, drīkst atcelt statīnu terapiju, turpmāk uzmanīgi vērojot holesterīna līmeni. Taču šādu lēmumu pacients pats nedrīkst pieņemt, tas jā dara ārstējošajam ārstam.

– **Nereti pacienti sev vien zināmu iemeslu dēļ pārtrauc lietot medikamentus. Kā jūs viņus motivējat to nedarīt?**

– Protams, šādi gadījumi ir bieži, bet es vēlreiz uzsveru: ja ārsts nozīmējis zāles, tās ir jālieto, jo nekas cits nepalīdzēs.

Viens no populārākajiem uzskatiem, kas valda sabiedrībā, – ar holesterīna līmeni mazinošiem medikamentiem var sabojāt aknas. Tās ir muļķības!

Protams, var gadīties, ka vienam cilvēkam no miliona statīnu preparāti patiešām radījuši aknu bojājumus. Bet tieši tāpēc reizē ar holesterīna līmeni ir jākontrolē arī aknu rādītāji – jāveic ALAT un ASAT testi. Ja, statīnu terapiju sākot, šie rādītāji nemainās, tas nozīmē, ka arī turpmāk statīni tos neietekmēs.

Ir skaidri jānodala zinātne no nepierādītās medicīnas. Un mēs skaidri zinām, ka pretstatā statīnu grupas medikamentiem aknas spēj sabojāt dažādi uztura bagātinātāji un citi preparāti, kas sola atdot jaunību!

Kardiovaskulārā slimība – sirds un asinsvadu bojājumi

Kardiovaskulārās slimības (KVS) attīstību var veicināt **vairāki riska faktori**

Daži no tiem, kā, piemēram, dzimums vai vecums, nav ietekmējami, bet citus mēs varam ietekmēt, ievērojami samazinot KVS risku.



Ietekmējamie riska faktori

- **Augsts asinsspiediens** traumē asinsvadu sienīgas.
- **Lipīdi** uzkrājas traumētajās asinsvadu sienīgās un izveido plātnītes, kas sašaurina asinsvadus vai pat nosprosto tos.
- **Glikoze** paātrina artēriju bojājuma procesu vai pat nosprostošanos, veicinot lipīdu salipšanu.

Ietekmējamie riska faktori veicina **aterosklerozes** attīstību, kas parasti ir KVS cēlonis



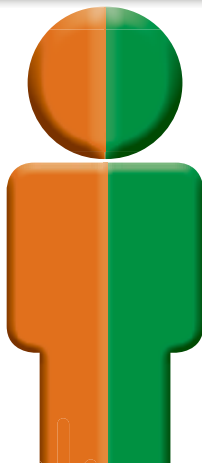
Ateroskleroze ir process, kurā plātnīte attīstās artēriju iekšpusē un laika gaitā tās sašaurina. Atkarībā no tā, kuras artērijas ir visvairāk bojātas, izdala **3 galvenos KVS tipus**:

Daudz nopietnu kardiovaskulāru (KV) notikumu skar cilvēkus, kuriem **iepriekš nav bijušas slimības izpausmes**.



Kardiovaskulārās slimības var novērst vai vismaz aizkavēt

KORIGĒJIET VISUS IETEKMĒJAMOS RISKĀ FAKTORUS



Ir **svarīgi korigēt visus riska faktorus**. Korigējot tikai vienu riska faktoru, citi riska faktori turpinās kaitēt Jūsu kardiovaskulārajai sistēmai. Jūs variet daudz panākt ar **veselīgu dzīvesveidu** (diēta, fiziskās aktivitātes, nasmēķēšana ...). Ja nav sasniegts vēlamais rezultāts, Jūsu ārsts var Jums izrakstīt **kardiovaskulāros medikamentus**, kuri aizsargās Jūs no KVS attīstības.

50% pacientu ar augstu asinsspiedienu ir arī augsti lipīdu rādītāji.
Samazinot abus riska faktorus, KVS risks tiek samazināts vairāk, kā ārstējot tikai vienu riska faktoru.

SASNIEDZIET MĒRĶĀ RĀDĪTĀJUS

Asinsspiediens (mm Hg)	
- sistoliskais/diastoliskais lielākajai daļai pacientu	< 140/90
- sistoliskais/diastoliskais pacientiem ar diabētu	< 140/85
Zema blīvuma holesterīns (mmol/l)	
- ļoti augsta riska pacientiem	< 1,8
- augsta riska pacientiem	< 2,5
- mērena riska pacientiem	< 3,0
Glikozes līmenis asinīs (mmol/l)	
- tukšā dūšā	< 7,0
- pēc ēšanas	< 11,0
- glikolizētais hemoglobīns	< 7,0

SAGLABĀJIET RISKĀ FAKTORUS MĒRĶĀ LĪMENOS

Jo ilgāk Jūs esat pakļauts riska faktoriem, jo vairāk tie Jums kaitē. **Ja ārsts ir izrakstījis medikamentus, ļoti svarīgi ir lietot tos, kā nozīmēts.** Ārstēšanās nebūs sekmīga, ja lietošiet medikamentus īsu laika brīdi. Ja vēlaties mainīt ārstēšanu, vispirms konsultējieties ar ārstu.

P	O	T	C	P	S	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	1	2	3	4	5

Ziniet savus terapijas mērķus un kopā ar savu ārstu sasniedziet tos!

Ja Jūs jau saņemat medikamentus, bet terapijas mērķus nesasniedzat, Jums **joprojām ir KVS risks**. Apspriediet to ar savu ārstu!

• The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal 2012; 33(13): 1635-701.
• Mancini G et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the

management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2013; 31 (7): 1281-357.
• Castelli WP, Anderson K. A population at risk: Prevalence of high cholesterol levels in hypertensive patients in the

Framingham study. Am J Med 1986; 80(2A): 23-32.
• Emberson J, Whincup P, Morris R et al. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. Eur Heart J 2004; 25: 484-91.
• Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA et al. Predictors of

adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. Arch Intern Med 2005; 165: 1147-52.
• Cowie MR. Simultaneous treatment of hypertension and dyslipidaemia may help to reduce overall cardiovascular risk: focus on amlodipine/atorvastatin single-pill therapy. Int J Clin Pract 2005; 59 (7): 839-46.

Latvijā ir visas iespējas veiksmīgi

SARMA ZVIRBULE

Latvijā apmēram divus gadus valsts kompensējamo zāļu sarakstā ir iekļauti medikamenti, kas ļauj veiksmīgi ārstēt nieru vēža pacientus.

Jebkura ļaundabīga audzēja diagnoze ir trieciens pacientam, tomēr lielākoties viņi cer uz labvēlīgu rezultātu cīņā ar slimību. Uz sarunu par nieru vēža ārstēšanas iespējām un rezultātiem aicinājām Kurzemes Uroloģijas centra virsārsti, uroloģi onkoloģi **Dzintru Litavnieci** un Liepājas reģionālās slimnīcas Ķīmijterapijas/hematoloģijas un paliatīvās aprūpes nodaļas virsārsti **Zinaidu Štaru**.

– **Vai ir zināmi nieru vēža attīstības cēloņi?**

Dzintra Litavniece. – Tāpat kā jebkurai citai onkoloģiskai saslimšanai nav noteiktas atbildes uz jautājumu, no kā rodas nieru vēzis. Nav viena konkrēta iemesla, bet ir vairāku kaitīgu faktoru ietekme. Tā kā niere ir izvadorgāns, kas ražo un izvada urīnu, tad visas tās vielas, kas ar urīnu tiek izvadītas no mūsu organisma, vairāk vai mazāk ietekmē nieru slimību rašanos. To vidū varētu būt arī onkoloģiskas dabas saslimšanas.

– **Šodien arvien vairāk tiek runāts par to, ka sirds slimībām un onkoloģiskajām slimībām ir vieni un tie paši attīstības riska faktori. Vai jūs savā praksē šādu likumsakarību esat ievērojuši? Smēķēšana, aptaukošanās, augsts asinsspiediens utt. varētu ietekmēt saslimstību ar nieru vēzi?**

Dz. L. – Smēķēšana varētu ietekmēt nieru epitēliju, kā arī urīnpūšļa un urīnceļu vēža attīstību. Ļoti liela ietekme ir tam, ko mēs lietojam uzturā. Protams, ne mazāka loma ir ģenētiskajai informācijai, ko mēs esam ieguvuši no saviem vecākiem, tam, ko Dievs ir cilvēkam šupuli ielicis.

– **Vai ir kāda konkrēta vieta nierēs, kur visbiežāk sākotnēji attīstās audzējs?**

Dz. L. – Ir divas lielas nieru audzēju grupas. Ir vēzis, kas attīstās pašos nieru audos, nieru miesā. Un ir tāds, kas attīstās epitēlijā, ar ko ir izklāta nieru bļodiņa.

– **Kādas pazīmes varētu liecināt par nieru problēmām un likt meklēt ģimenes ārsta palīdzību?**

Dz. L. – Faktiski nieru vēzim sākotnēji nav nekādu simptomu. Tādā gadījumā – kam vajadzētu pievērst uzmanību? Tiem pacientiem, kuriem ir paaugstināts asinsspiediens, sevišķi, ja tas ir parādījies nesen un sliktāk padodas terapijai, noteikti vajadzētu sonoskopiski pārbaudīt nieres. Nereti tieši nieru vēzis izsauc paaugstinātu asinsspiedienu. Ultrasonogrāfijā nieru audzēju var viegli diagnosticēt. Turklāt izmeklējums ir pacientiem viegli pieejams. To izdara ļoti daudzās ārstniecības iestādēs. Domāju, ka ir maz cilvēku, kuriem kaut reizi mūžā nebūtu taisīta vēdera dobuma orgānu sonogrāfija. Nereti nieru vēža gadījumā ir izmaiņas urīna analizēs, tajās parādās vairāk eritrocītu (sarkanie asins ķermeņi) nekā būtu vajadzīgs. Dažkārt lieliem audzējiem cilvēks pats pamana urīnā asinis. Sāpju sindroms nieru vēzim nav raksturīgs un parādās jau galējās stadijās.

– **Ja pacients aiziet pie ģimenes ārsta ar sūdzībām par sāpēm sānos, vai ģimenes ārsts pārbaudot var kaut ko tur sataustīt?**

Dz. L. – Iztaustīt jau parasti neko nevar. Veiksmīgi ārstējamās stadijās – 1. un 2. – audzējs nav liels. 1. stadijā – līdz 7 cm. Šāds veidojums ar rokām nav izpalpējams, bet to var redzēt ultrasonogrāfijā

un pēc tam diagnozi precizēt datortomogrāfijā. Sākot no 3. stadijas, pacientam jau būs nepieciešama tālāka terapija pēc operācijas.

– **Kāds varētu būt ceļš līdz diagnozei: urīna analīze, asinsanalīze, sonogrāfija, datortomogrāfija?**

Dz. L. – Datortomogrāfiju nozīmē tikai tajos gadījumos, ja ultrasonogrāfijā ir atrastas izmaiņas nierē. Turklāt ne katrs veidojums noteikti būs vēzis. Nierēs var būt gan cistas, gan labdabīgi veidojumi, piemēram, angioliomas, kas nav aktīvi jāārstē.

– **Vai ir vēl kādi citi izmeklējumi, lai precīzi diagnosticētu nieru vēzi?**

Dz. L. – Izmeklējumi ir dažādi. Katram pacientam tos nozīmē individuāli, pēc indikācijām. Par izmeklējumu apjomu lemj speciālists.

Lai vieglāk būtu saprast, kā nosaka diagnozi, izmeklējumus var sadalīt pa etapiem. Viss sākas ar to, ka cilvēks vēlas pārbaudīt savu veselību. Varbūt viņam jau ir kāda slimība, piemēram, paaugstināts asinsspiediens, vai viņš ir ieraudzījis kādu asins pili savā urīnā, vai anamnēzē ir bijušas izmaiņas urīna analīzēs. Tad viņam ir vajadzīga ultrasonogrāfija vēdera dobuma orgāniem, atkārtota urīna analīze un urologa konsultācija, lai saprastu, kādas izmaiņas ir nierēs, ja tādas tiek atrastas. Tālāk jau speciālists lemj, vai šajā gadījumā ir nepieciešama datortomogrāfija, vai varbūt magnētiskā rezonanse, bet varbūt jāizmeklē nieru asinsvadi. Ja ir aizdomas par nieru epitēlija vēzi, tad būs vajadzīgi vēl citādi izmeklējumi. Taču to nosaka speciālists. Pacientam galvenais ir pie šī speciālista aiziet.

– **Vai nieru vēža diagnostikai tiek izdarīta arī biopsija?**

Dz. L. – Nieru biopsiju, lai ņemtu audu paraugus un noteiktu, kas tas ir par vēzi, izdara tikai tādos gadījumos, ja mēs neplānojam operatīvu ārstēšanu. Ja plānojam, tad biopsija nebūs mērķtiecīga, jo pastāv risks tādā veidā diseminēt (izplatīt) vēža šūnas.

– **Vai nieru vēzis labi padodas ārstēšanai, vai arī tas skaitās agresīvs audzējs?**

Dz. L. – Jebkura vēža, arī nieru vēža, agresivitāti nosaka, morfoloģiski izvērtējot. Morfoloģiski var izvērtēt, vai vēzis ir mazaktīvs, vidēji aktīvs vai ļoti aktīvs.

– **Ko nozīmē «morfoloģiski izvērtēt»? Kā tas notiek?**

Dz. L. – Audu paraugu pārbauda ar mikroskopu. Materiālu no audzēja izmeklē un nosaka tā agresivitāti; tas kalpo arī kā prognostisks rādītājs. Ja tiek izoperēts audzējs 1. stadijā, tad ar lielu varbūtību var teikt, ka pacients ir vesels. Protams, viņam ir vajadzīga novērošana. Savukārt, ja mēs izoperējam audzēju 3. stadijā, tad ar lielu varbūtību šis audzējs var radīt metastāzes, izraisīt problēmas nākotnē un prasīt vēl papildu ārstēšanu.

– **Vai mēdz būt tā, ka lielum audzējam nav metastāžu?**

Dz. L. – To parādīs vizuālā diagnostika – datortomogrāfija vai magnētiskā rezonanse –, kur varam izmērīt audzēju, redzēt tā atrašanās vietu, konstatēt, ar kādiem orgāniem vai asinsvadiem audzējs ir saistīts, vai tam ir metastāzes, vai ir palielināti limfmezgli. To visu izvērtējot, visbiežāk tiek pieņemts lēmums, vai audzēju tehniski vispār var izoperēt. Lielu audzēju, kas ir saistīts ar maģistrālajiem asinsvadiem, protams, var izoperēt, bet risks ir ārkārtīgi liels. Vienmēr ir jāapsver, vai konkrētais pacients ir spējīgs tik milzīgu operāciju pārciest un ko mēs gribam panākt ar šo ārstēšanu.



Dzintra Litavniece: «Pirmā terapijas metode nieru vēža gadījumā ir operatīva ārstēšana. Operācijas apjoms ir atkarīgs no audzēja izmēra un lokalizācijas. Ja audzējs ir mazāks par četriem centimetriem, atrodas nieru augšējā vai apakšējā polā, tad var izvēlēties daļēju nieru rezekciju, izņemot tikai audzēju un saglabājot pārējo nieri.»

Zinaida Štara. – Izvēloties terapiju, noteikti ir jādama par pacienta turpmāko dzīves kvalitāti. Kāpēc ārstēt tā, ka dzīves kvalitāte cilvēkam pēc tam ir ļoti zema?

– **Kad pacientam ir noteikta vēža diagnoze, daudzi to negrib pieņemt un vēlas saņemt arī citu speciālistu konsultāciju. Ko jūs viņam tādā gadījumā sakāt?**

Dz. L. – Liepājā ir izveidots Kurzemes Uroloģijas centrs, un šeit strādā četri uroloģi. Nav tā, ka viens ārsts pieņem visus lēmumus. Arī operācijas neveic vienatnē, jo parasti tās ir liela apjoma operācijas, kas prasa kolektīvu darbu. Katru gadījumu, kad pacientam ir atrasts ļaundabīgs audzējs, izskata speciālistu konsilijs – tāpat daudzi speciālisti kopā. Konsilijs lemj arī par katru gadījumu, kad pacientam ir vajadzīga operācija, un nosaka, vai pirms tam ir nepieciešama kāda specifiska terapija. Slēdzienu būs parakstījuši arī dažādi speciālisti. Taču, ja pacients grib dzirdēt vēl kādu alternatīvu viedokli, tās, protams, ir viņa tiesības.

– **Kā parasti tiek ārstēts nieru vēzis?**

Dz. L. – Pirmā terapijas metode ir operatīva ārstēšana. Operācijas apjoms ir atkarīgs no audzēja

izmēra un lokalizācijas. Ja audzējs ir mazāks par četriem centimetriem, atrodas nieru augšējā vai apakšējā polā, tad var izvēlēties daļēju nieru rezekciju, izņemot tikai audzēju un saglabājot pārējo nieri. Ja audzējs ir lielāks vai atrašanās vieta nierē ir tāda, ka nav iespējams saglabāt kaut daļu orgāna, tad ir jāizņem visa niere. Ir vairāki operācijas veidi. Nelieliem audzējiem, līdz 6–7 centimetriem, nieri var operēt laparoskopiski, tāpat izmantojam arī tradicionālo vaļējo nefrektomiju.

– **Kādi speciālisti vēl bez urologa ir iesaistīti nieru vēža ārstēšanā?**

– Urologs izoperē vēzi 1. un 2. stadijā, un tad pacients tiek novērots. Ja mums ir pacients ar vēzi 3. un 4. stadijā, tad mēs nereti izoperējam nieri ar vēzi un tajā pašā reizē arī kādu metastāzi. Tālāk šim pacientam ir nepieciešama specifiska terapija – mērķterapija, imūnterapija vai ķīmijterapija. To nodrošina ķīmijterapeits.

– **Vai nieru vēža gadījumā arī mēdz pirms operācijas nozīmēt ķīmijterapiju, lai samazinātu audzēja izmērus, kā tas ir citu audzēju gadījumos?**

Z.Š. – Nieru vēža gadījumā ķīmijterapiju faktiski neizmanto. Lieto vai nu imūnterapiju vai

ārstēt nieru vēzi



Zinaida Štara: «Ja pieļauj pacienta vispārējais veselības stāvoklis, viņš saņem mērķterapiju, kas ir ļoti efektīva. Šo terapiju atvieglo lietojamo zāļu forma – tie ir tabletēti medikamenti. Pacientam tiek izskaidrots, kā zāles jādzer, un viņš tās lieto mājas apstākļos. Stacionārā atrasties nav nepieciešams.»

mērķterapiju, jo ķīmijterapija nav tik efektīva. Mērķterapijas medikamenti ir izveidoti tā, lai to aktivā viela bloķētu vēža šūnu augšanu un izplatību, bet neietekmētu veselās šūnas. Mūsu valstī ir pieejami divi mērķterapijas medikamenti, ko pilnībā apmaksā valsts un ar ko mēs ārstējam metastātiskus nieru šūnu audzējus. Ja pacientam ir izoperēts nieru vēzis 1. stadijā, tad viņš tiek novērots, bet nekāda profilaktiska terapija nav nepieciešama. Savukārt, ja ir konstatētas metastāzes, tad mēs turpinām pacientu ārstēt. Agrāk Latvijā bija pieejama tikai imūnterapija ar interferonu-alfa, kas tiek izmantota arī pašlaik. Imūnterapijas medikamenti stimulē pacienta imūnsistēmu cīnīties ar vēzi. Protams, ja pieļauj pacienta vispārējais veselības stāvoklis, viņš saņem mērķterapiju, kas ir ļoti efektīva. Šo terapiju atvieglo lietojamo zāļu forma – tie ir tabletēti medikamenti. Pacientam tiek izskaidrots, kā zāles jādzer, un viņš tās lieto mājas apstākļos. Stacionārā atrasties nav nepieciešams.

Dz. L. – Mēs iepriekš runājām par diviem nieru vēža veidiem. Viens ir nieres audu un otrs – epitēlija. Epitēliālajiem vēžiem ķīmijterapiju tomēr pielieto.

Z.Š. – Šis vēzis ir samērā retāk sastopams, tāpēc mēs vienmēr uzsveram, ka ārstēšana katram pacientam ir individuāla.

– Jūs teicāt, ka mērķterapiju izmanto, ja pieļauj veselības stāvoklis. Kas nepieļauj šo zāļu lietošanu, vai kādas blaknes?

Z.Š. – Tas vairāk ir saistīts ar citām pacienta saslimšanām, ne blaknēm: smagām kardiālām patoloģijām vai cukura diabētu, nekontrolējamu hipertensiju, dzīves laikā iegūtu aknu bojājumu, tūskām. Ja pacientam ir smagas blakus slimības un vēl nieru audzējs, tad mums ir ļoti nopietni jāizvērtē, kādu ārstēšanu mēs viņam varam piedāvāt.

– Ar ko ir laba mērķterapija?

Z.Š. – Tai ir ļoti augsta efektivitāte. Tāpat kā ķīmijterapijai, arī mērķterapijai ir savas blaknes, bet tās visas ir pārejošas.

– Latvijā nieru vēža ārstēšanā izmanto divus mērķterapijas medikamentus. Vai tie arī pasaulē skaitās jauni medikamenti, vai tomēr ir arī jaunākas, novatoriskākas zāles?

Z.Š. – Arī pasaulē tās skaitās samērā jaunas zāles, lai gan ir vēl jaunākas un efektīvākas. Taču mēs esam ļoti priecīgi, ka mums ir šie medikamenti,

Nieru vēža riska faktori

- Smēķēšana
- Dzimums (vīrietis)
- Aptaukošanās
- Ilgstoša nesteroido pretiekaisuma līdzekļu lietošana
- Progredējošas nieru slimības
- Noteiktas ģenētiskas saslimšanas
- Nieru vēzis ģimenes anamnēzē
- Noteiktu ķīmisku vielu ietekme (azbests, kadmiji, organiskie šķīdinātāji u.c.)
- Augsts asinsspiediens
- Rase (tumšādainis)

Nieru vēža simptomi

- Asinis urīnā
- Sabiezējums sānos vai vēderā
- Apetītes zudums
- Sāpes sānos, kas nepāriet
- Svara zudums bez iemesla
- Drudzis, kas nepāriet vairākas nedēļas un kura iemesls nav saaukstēšanās vai kāda cita infekcija
- Nogurums
- Anēmija
- Potīšu vai kāju tūska

Avots: WebMD

Saslimstība ar nieru vēzi Liepājā

- Pirmo reizi diagnosticēts 2014. gadā 20
- Uzskaitē gada beigās 227
- Uzskaitē ilgāk par pieciem gadiem pēc diagnozes uzstādīšanas 131

Avots: Kurzemes Uroloģijas centrs

ko pilnībā apmaksā valsts, jo pirms neilga laika nebija neviena. Mēs iztikām tikai ar imūnterapiju.

– Vai visi pacienti, kuriem ir vajadzīga mērķterapija, to var arī saņemt?

Z.Š. – Jā, ja viņiem ir morfoloģiski pierādīts metastātisks nieru vēzis. Man ir kāds patients, kurš 82 gados saņem šo terapiju, un tā ir ļoti veiksmīga. Tāpēc nevar teikt, ka vecums te būtu kontraindikācija.

Dz. L. – Tā kā mērķterapijas rezultāti ir labi, tā tomēr ir arī perspektīva tālākajai dzīvei.

– Kuras ir biežākās nieru vēža metastāžu vietas?

Z.Š. – Tās var būt plaušas, virsnieres, kauli.

– Vai nieru vēža metastāzes ļoti sāp?

Z.Š. – Sāp metastāzes kaulos. Citas metastāzes nesāp. Bet arī kauli ne vienmēr sāpēs. Tās tiek atrastas, tikai pacientu izmeklējot.

– Ja mērķterapiju izmanto metastātiskam nieru vēzim, ko šajā gadījumā nozīmē veiksmīga terapija? Vārds «veiksmīgs» skan neierasti līdzās vārdam «metastāze».

Z.Š. – Tas nozīmē, ka metastāzes mazinās, tiek kontrolētas, stabilizējas. Cik manu pacientu ir saņēmuši šo terapiju, visiem metastāzes ir mazinājušās vai vismaz stabilizējušās. Tomēr onkoloģijā mēs nekam nevaram dot simtprocentīgu garantiju. Audzējs var arī progresēt, un tad terapiju maina, jo mērķterapijas medikamenti ir dažādi. Turklāt ir iespējams izmantot imūnterapiju. Efektivitātes pārbaudei tiek taisīti izmeklējumi, un mēs skatāmies, kā slimība uzvedas.

– Vai ģimenes ārsti ir labi informēti par iespējām ārstēt nieru vēža pacientus ar mērķterapiju?

Dz. L. – Manuprāt, viņiem šāda informācija nav vitāli nepieciešama. Ģimenes ārstam ir jādiagnosticē

veidojums nierē un jāsaņem pacients pie speciālista. Tālāk jau speciālistam ir jāzina, kā šo vēzi ārstēt. Ja speciālists nav labi informēts, tad gan ir slikti. Tad ir jāmeklē alternatīvs viedoklis. Kad patients atnāk uz konsiliju, viņš šeit var saņemt vairāku speciālistu viedokli, jo konsilijā darbojas gan urologi, gan ķīmijterapeiti, staru terapeits, hematologs u.c.

– Vai nieru vēža ārstēšanā izmanto arī staru terapiju?

Dz. L. – Noteiktām metastāzēm – jā, bet kā pamata ārstēšanas metodi – nē.

– Mums vienmēr ļoti patīk salīdzināt situāciju Latvijā ar kaimiņiem Igaunijā un Lietuvā. Piemēram, Igaunijā mērķterapija tiek izmantota daudz plašāk nekā pie mums.

Z.Š. – Igaunijā šie medikamenti daudz agrāk tika iekļauti kompensējamo zāļu sarakstā, tāpēc arī daudz vairāk tika izmantoti. Pagājušajā gadā Latvijā valsts kompensēja tikai vienu mērķterapijas medikamentu, šogad sarakstā ir iekļauts otrs. Tātad mēs šīs zāles izmantojam samērā neilgi – apmēram divus gadus vienas un pusgadu otras –, un pacientu vēl nav tik daudz. Labi, ka mums vairs nav jālauza galva un pašam pacientam jādomā, kā medikamentu iegādāties. Zāles ir ļoti efektīvas, un mums ir ar ko strādāt. Agrāk metastātiska nieru vēža pacientiem bija jāraksta individuāls zāļu pieprasījums. Nereti viņiem pateica, ka naudas nav un medikamentu nepiešķir. Tāpēc mēs esam ļoti priecīgi, ka valsts pilnībā kompensē divus mērķterapijas medikamentus.

– Kādus jūs iedomājaties ideālus nieru vēža pacientu ārstēšanas apstākļus?

Dz. L. – Es uzskatu, ka stacionārā vajadzībām mums ir pilnīgi viss. Tāpat mērķterapijas zāles, par ko mēs te runājam, ir efektīvas, pacientiem pieejamas un viegli lietojamas mājas apstākļos. Domāju, ka Latvijā ir visas iespējas veiksmīgi ārstēt nieru vēzi.

– Vai nieru vēzim ir laba ārstēšanas prognoze?

Dz. L. – Jā, nieru vēzis ir diezgan labvēlīgs audzējs, ko var redzēt pēc piecu gadu dzīvildzes.

– Latvijā tiek uzskaitīti visi onkoloģiskie pacienti. Taču pēc tam, kad pacienti ir izoperēti, viņi dažkārt pazūd un pie sava speciālista vairs neiet. Vēzis tomēr ir nopietna diagnoze, ar augstu mirstību. Vai mūsu valstī nevarētu uzskaitīt arī agrāk diagnosticētos un izoperētos pacientus un aicināt uz pārbaudēm?

Z.Š. – Diezin vai to būtu iespējams izdarīt tīri fiziski. Kurš ar to nodarbotos? Medicīnas darbinieku jau tā trūkst.

Dz. L. – Ārstniecības likumā ir noteikts, ka katrs cilvēks ir atbildīgs par savu veselību. Ja patients zina, ka viņam ir diagnoze, viņš ir saņēmis jau kādu terapiju, bet nav līdzestīgs ārsta rekomendācijām, tā lielā mērā ir viņa atbildība.

Pašlaik ģimenes ārsts saņem informāciju par viņa pacientiem atrastām slimībām vai veiktām operācijām. Tomēr šādos gadījumos vairāk ir runa par pacienta personīgo vēlmi jeb līdzestību ārstēšanas procesā. Cits jautājums – kā mēs cināmies par agrīnu pirmreizējo diagnostiku. Ģimenes ārstam būtu jāaicina savi pacienti uz profilaktiskajām pārbaudēm, lai redzētu, kā šiem pacientiem klājas, veiktu nepieciešamos izmeklējumus. Tur jau ir tā primārās veselības aprūpes sāls. Ja patients jau ir bijis pie speciālista, viņam ir noteikta vēža diagnoze, iedotas visas rekomendācijas un pateikts virziens, kurā notiks ārstēšana, taču viņš kaut kādu iemeslu dēļ neārstējas, tad ar varu, protams, nevienu ārstēties nespēž. Pacientam ir jābūt līdzestīgam, ieinteresētam ārstēšanas procesā.

LPH – aizmirsīsim par pagātnes klišejām

TOMS ZVIRBULIS

Katra vīrieša dzīvē pienāk brīdis, kad jāsāk domāt par došanos pie urologa. Diemžēl dažiem kungiem šī apņemšanās paliek tikai un vienīgi apņemšanās līmenī. Kas pie tā vainīgs? Bailes, informācijas trūkums, kauns par procesu, kurš galu galā skars ikvienu stiprā dzimuma pārstāvi?

Lai noskaidrotu, kas par labdabīgu prostatas hiperplāziju (LPH) būtu jāzina katram vīrietim un kādi ir tās ārstēšanas paņēmieni, uz sarunu aicinājām **Igoru Zamullo**, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centra Uroloģijas nodaļas urologu.

– Kādā vecumā vīrietim būtu jāsāk domāt par došanos pie urologa arī tādus gadījumos, ja sūdzību nav un nekas nekait?

– Pēc Eiropas Urologu asociācijas vadlīnijām ir pieņemts, ka vīrietim, sasniedzot 40 gadu vecumu, arī neskatoties uz to, ka nav nekādu simptomu, reizi gadā ir obligāti jāveic noteikti izmeklējumi. Tas gan nenozīmē, ka pārbaudīties nevar arī jaunāki vīrieši. Šī pārbaude sevi ietver urīna analīzi, ultrasonogrāfiju, lai precīzi noteiktu prostatas stāvokli.

– Ja ģimenē tēvam vai vectēvam agrākā vecumā bijušas problēmas ar prostatu, vai tādā gadījumā vīrietim pie urologa būtu vēlams aiziet ātrāk?

– Protams, ir tādas saslimšanas, kuras tiek pārmantotas ģenētiski, un tāpēc pie daktera nepieciešams griezties agrāk. Lai gan, ja pacienta tēvs ir slimojis ar LPH, tas nenozīmē, ka arī viņam būs problēmas. Tomēr prostatas veselībai būtu jāpievērš pastiprināta uzmanība.

– Kādi simptomi visbiežāk liecina, ka ar vīrieša prostatas veselību kaut kas nav kārtībā?

– Sākotnēji tie var būt seksuālās funkcijas traucējumi. Uz šī fona var pievienoties urinēšanas traucējumi, urinēšanas laikā strūkļa vairs nav tik spēcīga. Reizēm pa nakti ir jāceļas 1–2 reizes, lai dotos uz tualeti. Simptomātika var būt nepastāvīga, bet izmaiņas ir novērojamas.

– Ir īpaša Prostatas simptomu skala, kas vīrietim pašam ļauj izvērtēt savu pašsajūtu. Pastāstiet, lūdzu, par to nedaudz sīkāk!

– Prostatas simptomu skala ir starptautiski pieņemta skala, ar kuras palīdzību var precīzēt prostatas «garastāvokli». Atbildot uz anketas jautājumiem, pēc saņemto punktu skaita var izvērtēt iespējamo sūdzību smagumu, noskaidrot savu stāvokli: vai punktu skaits nav lielāks, kā pie labas veselības pienāktos. Ja tas ir lielāks par septiņiem punktiem, tad varbūt radušās kādas problēmas. Tādā gadījumā ir nepieciešams griezties pie speciālista, lai precizētu prostatas stāvokli, izpētītu visus faktorus un noteiktu problēmu smagumu.

– Zinu, ka arī astmai ir līdzīgs tests (ACT – Asthma Control Test), taču šādi testi ir vairāk vai mazāk subjektīvi, jo pacientam pašam ir jānosaka savs veselības stāvoklis.

– Prostatas skala sniedz iespēju pacienta subjektīvās sūdzības objektivizēt, kā arī iespēju sekot līdzi pacienta stāvoklim ilgtermiņā. Bet galvenais ir tas, lai pacients pievērstu uzmanību savam veselības stāvoklim. Dažkārt pacienti domā, ka vecumā pēc 40 problēmām ir jābūt. Tomēr izmaiņas var būt saistītas ne tikai ar dabisku novecošanu, bet ar kādu saslimšanu.

– Bieži tiek uzsvērts, ka dažādos simptomus vīriešiem izsauc prostatas palielināšanās jeb LPH. Kas tā ir par saslimšanu?



Foto: No RAKUS arhīva

Igor Zamullo: «Ja cilvēks laikus saņem medikamentus, rūpējas par savu veselību, tad ilgu gadu prostatu varētu būt vesela, un operācija nebūs nepieciešama.»

– Pēc pieņemtajiem standartiem prostatas izmēram jābūt no 5–30 gramiem. Prostatu parasti palielinās vīriešiem pēc 50 gadu vecuma, kad sākas hormonālā statusa maiņa jeb tā saucamais klimakss. Tas pats notiek arī ar sievietēm menopauzes laikā. Uz šī fona prostatā sāk augt fibrovaskulārie audi, kuri palielina prostatu, un palielinātā prostata saspiež urīna izvadkanālu jeb uretru un apgrūtina urīna izvadīšanu. Sākotnējās izmaiņas tiek konstatētas jau pēc 30 gadu vecuma, bet simptomātiski nozīmīgas sūdzības sākas vīriešiem pēc 50. Pieaugot vecumam, pieaug arī simptomātika. Reizēm izmaiņas var būt tik krasas, ka izsauc pilnīgu urīna retenci, kad cilvēks vairs spontāni nevar nolaist urīnu. Šādā situācijā jau ir nepieciešama ķirurģiska ārstēšana.

– Kādi citi līdzekļi ir pieejami prostatas ārstēšanai, lai nebūtu vajadzīga ķirurģiska iejaukšanās?

– Ir dažādi medikamentozās terapijas varianti, bet visefektīvākie ir divu medikamentu – tamsulosīna un dutasterīda – kombinācija. Tamsulosīns ir alfa1-adrenoblokators, kas darbojas kā simptomu mazinātājs un atslābina urīnpūšļa kakliņu urīnvadkanāla mugurējā daļā. Otrs komponents – dutasterīds (SARI – 5 alfa reduktāzes inhibitors) – darbojas tieši uz prostatiskajiem audiem, palēninot šo audu augšanu. Ilgstošas terapijas rezultātā slimība var arī regresēt – prostatas apjoms samazinās, kā rezultātā mazinās simptomi un samazinās iespējamo komplikāciju varbūtība. Lietojot šos medikamentus, lielāki daļai (ne 100% visiem pacientiem) efekts tiks panākts. Vēlos atzīmēt, ka LPH ir līdzīga simptomātika kā prostatas vēzim, tāpēc simptomu gadījumā noteikti jāvērsas pie urologa, lai precizētu diagnozi.

– Bieži televīzijā reklamē dažādus dabas preparātus vīriešu veselības uzlabošanai. Vai ar tiem tiešām pietiek?

– Visiem šiem preparātiem ir pozitīvas īpašības, bet tās galvenokārt ir saistītas ar kādu funkcionālu prostatas traucējumu novēršanu pie iekaisuma, apaukstēšanās, infekcijas – tad, kad ir nepieciešams stabilizēt, uzlabot prostatas «garastāvokli».

Situācijā, kad ir izteikta prostatas palielināšanās, šie dabas preparāti reti kad dod pozitīvu efektu. Sliktāk no tiem neklūs, bet vai tiks sasniegts pozitīvs ārstnieciskais efekts, to man ir ļoti grūti pateikt.

– Cik ilgs ir ārstēšanas kurss jūsu nosauktajiem medikamentiem?

– Vismaz 12 mēnešus. Kurss sākumā, pirmos 2–3 mēnešus, zāļu koncentrācija organismā palielinās, līdz tās dod ārstniecisku efektu. Medikamenta sastāvā esošā tamsulosīna ietekme parādās jau apmēram pēc nedēļas, jo darbojas uz gludo muskulatūru, bet otrs komponents, kas darbojas uz prostatas audiem, jūtamu efektu panāk pēc minētajiem 2–3 mēnešiem. Reizēm, saņemot zāles, pacients uzmanīgi nenoklausās instrukcijas un pēc pirmajiem uzlabojumiem tās pārstāj lietot. Taču ir svarīgi zāles lietot vismaz 12 mēnešus. Ir arī pacienti, kuri saņem medikamentozu terapiju gadiem un ir sasnieguši ļoti labus rezultātus.

– Vai medikamentozās terapijas laikā pacients nāk pie jums uz pārbaudēm, lai pārlielinātos par zāļu efektivitāti?

– Protams. Ilgstoši saņemot terapiju, mums prostata ir jākontrolē un jāpārbauda vismaz 2–3 reizes gadā, lai slimību neielaiestu, ja ārstēšana nav efektīva. Tas nozīmē, ka ik pēc 4–6 mēnešiem pacientam ir jāatnāk pie daktera, jo uz LPH fona var rasties arī kādas ļaundabīgas slimības, un šajā gadījumā jau būs nepieciešami citi risinājumi. Pacientam ir jābūt disciplinētam un jāsaprot šo vīziņu nepieciešamība.

– Tas nozīmē, ka ļoti svarīga ir pacienta līdzestība?

– Tieši tā. **Es saviem pacientiem saku tā: ja mēs abi būsim vienā ierakumu pusē un slimība otrā, tad mums būs daudz lielāka iespēja šo slimību pieveikt. Nevajag mēģināt ārstēties uz savu galvu.** Mūsdienās par katru slimību ļoti daudz informācijas var atrast internetā, bet katrā konkrētā gadījumā konkrētam pacientam ārstēšanas metodes var atšķirties. Tāpēc ir vajadzīga individuāla pieeja.

– Medikamentu klāsts LPH ārstēšanai ir ļoti plašs. Vai ir būtiskas atšķirības to starpā?

– Godīgi sakot, lielas atšķirības nav, bet saviem pacientiem es saku tā: vienam pret galvassāpēm palīdz paracetamols, vienam analģīns, citam ibumetīns. Ar LPH situācija ir līdzīga, jo katram pacientam reakcija uz vienu un to pašu medikamentu var būt dažāda. Tā kā darbības mehānisms šīm zālēm ir līdzīgs, tad skatāmies, kurš no medikamentiem labāk palīdz konkrētajam pacientam. Ja 2–3 mēnešus tiek lietots viens preparāts un netiek panākts vēlams efekts, tad var pāriet uz citu medikamentu.

– Daudziem pacientiem operācija ir liels bēdīgs, un nereti tieši tā dēļ vīrietis nevar saņemties un aiziet pie urologa. Mūsdienās medicīna strauji attīstās, varbūt ir kāds veids kā izvairīties no operācijas LPH un citu uroloģiska rakstura problēmu novēršanai?

– Par ķirurģisku ārstēšanu nevajag lieki satraukties, jo mēs to plānojam tikai tādā gadījumā, ja mēnešiem, reizēm gadiem, pacientam nav uzlabojumu no medikamentozās terapijas. Šobrīd tiek izmantoti vairāki operatīvās ārstēšanas varianti. Ja prostata ir ļoti palielināta, tad priekšroka tiek dota valējai operācijai, bet zelta standarts ir transuretrālā prostatas rezekcija. Šīs procedūras laikā caur urīnvadkanālu ievada speciālu instrumentu un no iekšpuses rezecē jeb izņem visus prostatiskos audus un prostatas mezglus, likvidē obstrukciju, paplašina kanālu un dod iespēju pacientam normāli urinēt. Pārsvārā pēc šīs endoskopiskās operācijas pacients jau pēc 3–4 dienām var doties mājās. Dažkārt pacientu var laist mājās jau nākamajā dienā, tomēr atbildība par to ir jāuzņemas ārstam, jo procedūra nav nemaz tik vienkārša un prasa novērošanu. Ļoti labi, ja to var noorganizēt ambulatori, taču parasti pie mūsu noslodzes tas ir ļoti sarežģīti. Tieši tāpēc pacientam vairākas dienas būtu jāpalieliek stacionārā novērošanai, jāprecizē, vai viņam ir asiņošana; 1–2 dienas pēc operācijas jāizņem katetrs un jāskatās, kā viņš jūtas, kā atjaunojas. Arī pēc valējām operācijām mūsu klīnikā pacients tiek laists mājās pēc 5–6 dienām. Šodien, salīdzinot ar laiku pirms 10–15 gadiem, medicīnas līmenis ir ļoti attīstījies. Tehnika, šujamie materiāli un katetri ir pavisam citādi, tiem nav raksturīgas agrākās blaknes, komplikācijas, tāpēc arī pacients var doties mājās pēc 5–6 dienām. Mūsu mērķis nekādā gadījumā nav «izmest» pacientu no slimnīcas jau pēc vienas dienas, lai parādītu cik spēcīgi mēs esam: šodien izoperējam, rīt – jau mājās. Protams, no vienas puses, tas ir labi, bet mums ir jāuzņemas atbildība par pacientu un viņš jāpatur stacionārā apstākļos. Pašam pacientam tad būs mierīga sirds un ārsts pārlielināsies, ka ar pacientu viss ir kārtībā.

– Visbeidzot, ja vīrietis cītīgi dzers sev nozīmētās zāles, vai prostata kļūs vesela?

– Varu teikt tā: ja cilvēks laikus saņem medikamentus, rūpējas par savu veselību, tad ilgu gadu prostatu varētu būt vesela, un operācija nebūs nepieciešama. Kā piemēru varu minēt kādu savu pacientu, kurš sāka pie manis ārstēties apmēram 60 gadu vecumā. Turklāt viņam simptomi bija ļoti izteikti. Šis pacients pie manis ārstējas nu jau 12 gadus. Uzsākot ārstēšanu, runājām, ka izmaiņas ir izteiktas, un lai arī mēs nesteigsimies, tomēr tuvākā gada laikā prostata acīmredzot būs jāoperē. Taču ārstnieciskais efekts bija tik labs, ka šis pacients 68 gadu vecumā kļuva par tēvu un šodien jūtas perfekti. Tādi piemēri ir vēl. **Tāpēc vīrietim ir uzmanīgi jāseko savai veselībai, nedrīkst kavēt laiku, un reizi gadā būtu jāaiziet pie sava urologa.** Mūsdienās medikamentozā terapija ir ļoti efektīva, lai attālinātu vai vispār atteiktos no operatīvas iejaukšanās.

Katrā jautājumā jāatzīmē viens atbildes variants, kas vislabāk raksturo pašreizējo situāciju.

Urinācijas simptomi	Nekad	Reti	Mazāk kā pusi reizu	Apmēram pusi reizu	Vairāk kā pusi reizu	Vienmēr
1. Cik bieži Jums ir bijusi sajūta, ka pēc urinācijas urīnpūslis pilnībā neiztukšojas?	0	1	2	3	4	5
2. Cik bieži divu stundu laikā pēc urinācijas Jums ir bijusi vajadzība urinēt atkal?	0	1	2	3	4	5
3. Cik bieži urinācijas laikā strūkļa ir vairākkārt pārtraukusies un atsākusies no jauna?	0	1	2	3	4	5
4. Cik bieži Jums ir bijušas grūtības aizkavēt urināciju?	0	1	2	3	4	5
5. Cik bieži Jums ir bijusi vāja urīna strūkļa?	0	1	2	3	4	5
6. Cik bieži Jums, uzsākot urināciju, ir nācies piepūlēties vai sasprindzināties?	0	1	2	3	4	5
7. Cik reizu Jums laikā no gulētiešanas līdz celšanās brīdim nākas mosties, lai urinētu?	0 reizes	1 reizi	2 reizes	3 reizes	4 reizes	5 reizes

KOPĒJAIS PUNKTU SKAITS:

Jūsu dzīves kvalitāte saistībā ar urināciju?	Teicama	Labā	Apmierinoša	Viduvēja	Neapmierinoša	Slikta
8. Kā Jūs justos, ja urinācija turpmākās dzīves laikā saglabātos tāda, kā pašreiz?	0	1	2	3	4	5

KOPĒJAIS DZĪVES KVALITĀTES NOVĒRTĒJUMS:

KOPĀ:

Simptomu pasliktināšanās gadījumā, lūdzu, konsultējieties ar savu ārstu.

* Adaptēta no I-PSS2 (*The International Prostate Symptom Score*)

Labdabīga prostatas hiperplāzija - cik labdabīga?



Kas ir prostata?

- **Prostata ir vīrieša reproduktīvās sistēmas daļa – pēc izskata un izmēra kastanīm līdzīgs dziedzeris, kas sver aptuveni 30 g.** Prostata ir novietota zem urīnpūšļa taisnās zarnas priekšpusē. Tā daļēji aptver urīnizvadkanālu, caur kuru no urīnpūšļa tiek izvadīts urīns. Prostatas galvenā funkcija ir ražot ejakulāta šķidrumu, kas bagātina un nogādā spermu no sēkliniekiem līdz dzimumloceklim un piedalās ejakulācijā.

Kas ir labdabīga prostatas hiperplāzija?

- Labdabīga prostatas hiperplāzija (LPH) ir prostatas dziedzera palielināšanās, tā nav uzskatāma par onkoloģisku saslimšanu. LPH ir prostatas dziedzera palielināšanās līdz tādiem apmēriem, kad tiek nospiests urīnizvadkanāls un var rasties urīnācijas traucējumi.
- LPH ir visbiežāk sastopamā prostatas saslimšana. Tā ir aptuveni 50% vīriešu vecumā pēc 50 gadiem un 90% vīriešu vecumā pēc 80 gadiem¹.
- LPH ir raksturīgi apakšējo urīnceļu darbības traucējumu simptomi: urinēšana naktī, vāja urīna strūkļa, bieža urinēšana, neiztukšota pūšļa sajūta u.c.².
- Kaut arī LPH neapdraud dzīvību, slimības simptomi ir apgrūtinājoši, var izraisīt diskomfortu, miega traucējumus un neērtas situācijas³.
- Laika gaitā simptomi var pasliktināties, jo īpaši pacientiem ar palielinātu prostatu un/vai paaugstinātu PSA (prostatas specifiskā antigēna) līmeni. Palielinātas prostatas apmēri var pieaugt vēl vairāk, smagos gadījumos radot urīnpūšļa un nieru bojājumus, kā arī akūtu urīna aizturi, kad kļūst nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās⁴.
- Papildus tam, nepilnīga urīnpūšļa iztukšošanās var veicināt urīnizvadkanālu infekciju un pat urīnpūšļa akmeņu rašanās risku⁴.

Urinācijas traucējumus var novērst, laikus griežoties pie ārsta, veicot vajadzīgos izmeklējumus, tai skaitā analīzes un uzsākot nepieciešamo terapiju.

Lai saņemtu konkrētus medicīniskus ieteikumus, lūdzu, konsultējieties ar ārstu.

Véres:

1. Napalkov P, Maisonneuve P, Boyle P. Worldwide patterns of prevalence and mortality from benign prostatic hyperplasia. *Urology*. 1995; 46: 41-46.
2. McVary KT. BPH: epidemiology and comorbidities. *Am J Manag Care*. 2006; 12: S122-128.
3. Garraway WM, Russell EB, Lee RJ, et al. Impact of previously unrecognized benign prostatic hyperplasia on the daily activities of middle-aged and elderly men. *Br J Gen Pract*. 1993; 43: 318-321.
4. Levy A, Samra GP. Benign prostatic hyperplasia: when to 'watch and wait', when and how to treat. *Cleve Clin J Med*. 2007; 74 Suppl 3: S15-20.

Adrese: GlaxoSmithKline Latvija SIA, Duntes iela 11, Rīga, LV-1013, Latvija

_V/BPH/0001/14; Marts, 2014

Astmas ārstēšanā ļoti svarīga ir pacienta līdzestība

KETA SELECKA

Astma ir hronisks elpceļu iekaisums, un ar šo slimību var saslimt ikviens un jebkurā vecumā. Astma nav izārstējama, taču ir ārstējama. Ja astmu laikus un pareizi ārstē, to iespējams kontrolēt, neierobežojot sevi fiziskajās aktivitātēs un dzīvojot pilnvērtīgu dzīvi.

Sarunā par astmu un tās ārstēšanu ar Latvijas Universitātes Medicīniskās pēcdiploma izglītības institūta pneimonoloģi alergoloģi **Antru Beķeri** skaidrojam, vai vīrieši ar astmu slimo biežāk nekā sievietes un cik atbildīgi ir pacienti vīrieši, kuri slimo ar astmu.

– Ja runā par vīriešu veselību, tad parasti prātā nāk televīzijas un radio reklāmas par potences uzlabošanas līdzekļiem, tā sauktais Ūsu mēnesis un prostatas veselība. Bet kāda ir Latvijas vīriešu elpceļu veselība? Cik izplatīta ir saslimšana ar astmu Latvijas vīriešu vidū?

– Katrā ziņā vīrieši ar astmu slimo retāk nekā sievietes. Latvijā nav astmas pacientu reģistra, līdz ar to nav pieejama precīza statistika, taču pēc vispārējiem aprēķiniem Latvijā astmas pacienti ir kādi 3–4 % no visiem Latvijas iedzīvotājiem. Tā kā vīrieši ar astmu slimo mazāk, procents, kas attiektos uz viņiem, ir vēl mazāks.

Varu gan minēt kādu interesantu faktu. Ar astmu, kas sākas bērnībā, t. i., līdz 16 gadu vecumam, vairāk slimo zēni, taču pēc 16 gadu vecuma vairāk slimo jauniešas un sievietes. Viens no iespējamajiem faktoriem, kāpēc vīrieši slimo retāk nekā sievietes, ir tas, ka sievietēm ir atšķirīga hormonālā sistēma.

Jāatzīmē gan, ka ir vīrieši, kuri ar astmu saslimst pieaugušā vecumā un kuriem slimības norise ir ļoti smaga – viņiem ir izteikts elpceļu iekaisums, ir vajadzīgas lielākas medikamentu devas, biežāk ir slimības paasinājumi. To nosaka šo vīriešu iedzimtība un slimības norises īpatnības.

– Kādi faktori ietekmē astmas rašanos?

– Astma ir hronisks elpceļu iekaisums. Tiek uzskatīts, ka tā ir ģenētiski noteikta slimība. Slimība ir gēnos un kaut kad var attīstīties. To ietekmē dažādi faktori – smēķēšana, arī pasīva smēķēšana, kas īpaši var ietekmēt bērnus, kuriem smēķē kāds no vecākiem, kaitīgi darba apstākļi. Slimības norisē zināma nozīme ir arī alergēniem – mājas putekļu ērcītei, dzīvniekiem, ziedputekšņiem un pelējumam. Pēc kontakta ar alergēnu simptomi var pastiprināties.

Tā sauktajā astmas riska grupā ir vairāku profesiju pārstāvji – tie, kas strādā rūpniecībā un pārtikas uzņēmumos (piemēram, darbs ar miltiem), frizieri, jo viņi strādā ar ķīmiskajām vielām, medicīnas darbinieki u. c. Astmu izraisa vielas, kas sakairina elpceļus un izraisa hronisku iekaisumu. Tas ir tā sauktais astmas palaidējmehānisms.

Kā šo slimību ietekmējošais faktors jāmin arī elpceļu vīrusinfekciju slimības. Piemēram, plaušu karsonis var būt astmas palaidējfaktors. Arī aptaukošanās un ilgstošs stress ir riska faktori astmas attīstībai.

– Vai ar astmu visbiežāk saslimst un slimo bērnībā?

– Ar astmu var saslimt jebkurā vecumā, taču visbiežāk astma sākas bērnībā. Kādreiz ir tā, ka bērnam, kurš slimo ar astmu, aptuveni sešu gadu vecumā iestājas tā sauktais slimības miera

stāvoklis, bet 20–40 gadu vecumā slimības simptomi atkal parādās. Risks saslimt ar astmu pieaugušā vecumā ir lielāks tad, ja bērnībā ir bijusi astma, taču pirmreizēji astma var attīstīties jebkurā vecumā, arī 80 gados.

– Kādi ir astmas simptomi?

– Raksturīgākais astmas simptoms ir elpas trūkums, kas var būt gan dienā, gan naktī. Tas rodas, kad cilvēks nonāk kontaktā ar alergēnu vai kādu kairinošu vielu, vai pēc fiziskās slodzes. Elpas trūkums var pāriet pats no sevis pēc brīža, taču, ja šim simptomam ilgstoši nepievērš uzmanību, iekaisums veidojas plašāks un rodas astmas saasinājums, kad cilvēks ar lēkmi bez medikāļu palīdzības pats netiek galā – viņam rodas spazmas, elpceļi vairs neatveras, cilvēks smok nost.

Viens no astmas neraksturīgajiem simptomiem ir lēkmjveidīgs klepus, kas var sākties pēc kontakta ar alergēnu vai pēc kāda cita kairinātāja iedarbības. Piemēram, ja pēc elpceļu vīrusinfekcijas klepus nepāriet divus trīs mēnešus, kaut arī pakāpeniski samazinās, tam jāpievērš uzmanība, jo iespējams, ka tā ir astma.

Citās reizēs pacienti sūdzas par smaguma sajūtu krūškurvī, ka krūškurvis ir kā sastipots, ka nevar vai grūti ieelpot. Šis sajūtas, protams, jāatšķir no sirds slimību simptomiem.

– Kādos gadījumos būtu jāmeklē speciālists, bet kad pietiek tikai ar konsultāciju aptiekā pie farmaceita?

– Ja ir astma, tad farmaceits nekādi nevarēs palīdzēt. Manuprāt, farmaceitam būtu grūti izšķirt, kāds ir patiesais elpas trūkuma, sēkšanas vai spiešanās sajūtas krūtīs iemesls. Ja ir elpas trūkums vai ilgstošs klepus, jāvērsas pie ārsta, lai slimību neieļautu. Turklāt visi astmas medikamenti ir recepšu medikamenti, un izrakstīt recepti drīkst tikai ārsts.

– Ar kādām problēmām jūs saskaraties, ārstējot astmas pacientus?

– Problēmas parasti vairāk rodas ar tā sauktās vieglās astmas pacientiem. Viņiem slimības simptomi, piemēram, elpas trūkums, nav tik izteikti, tāpēc viņi mazliet paārstējas un ārstēšanos pamet. Līdz nākamajai reizei! Šos pacientus ir grūtāk pārliecināt, kāpēc ir vajadzīga ilgstoša ārstēšana un ka, tikai 4–5 mēnešus regulāri lietojot medikamentus, elpceļu gļotāda sāk nomierināties un sākas ārstējošais efekts.

– Vai astmu vispār ir iespējams izārstēt?

– Astma ir ārstējama, taču to nevar izārstēt. Tā ir hroniska slimība. Astmas norise var būt ļoti dažāda. Ir gadījumi, kad medikamenti jālieto visu mūžu, bet ir arī tādi, kad pēc gadu ilga ārstniecības kursa, kad nav bijis slimības saasinājumu un pazuduši astmas simptomi, terapiju pārtraucam. Pacientus gan vienmēr pabrīdinu, ka slimībai var būt ilgstošs miera periods, taču tā nekur nepazūd un var atkal izpausties. Ja simptomi parādās, nevajag gaidīt brīnumu, vajag nākt pie ārsta!

– Runājot par astmu, tiek lietots jēdziens «kontrolēta astma». Ko tas nozīmē?

– Kontrolēt šo slimību var tad, kad tā tiek ārstēta un pacients jūtas labi. Tas nozīmē, ka ārstniecības kursa laikā pacients astmu nejut kā slogu. Viņš bez ierobežojumiem var veikt ierastās ikdienas aktivitātes – var sportot, skriet, dejot utt. Parasti labu kontroli var sasniegt lielākā daļa astmas pacientu ar nosacījumu, ka tiek lietoti medikamenti.

Lai izvērtētu, vai astmas kontrole ir laba, jāpaujautā pacientam par simptomiem un glābējinhālatora (bronhus paplašinošs medikaments, kuru



Foto: Guntis Gvozdevs

Antra Beķere: «Pastāv maldīgs stereotips, ka pie inhalatora pierod, taču tā nav – inhalators ārstē iekaisumu, un tas ir jālieto, ja grib kontrolēt situāciju un dzīvot pilnvērtīgu dzīvi.»

lieto pēc vajadzības, ja ir elpas trūkuma vai klepus lēkmes) lietošanas biežumu. Ja astmas kontrole ir laba, pacientam nav klepus lēkmju, nav elpas trūkuma, viņš naktī labi gul (nav klepus, elpas trūkuma vai aizdusas) un var veikt visas nepieciešamās ikdienas aktivitātes. Viņam glābējinhālatoru jālieto retāk nekā divas reizes nedēļā.

Līdzko slimības simptomi atkal parādās, pacients lieto glābējinhālatoru. Tas ir signāls, ka kaut kas nav kārtībā un jāiet pie ārsta. Tad skatāmies elpošanas rādītājus, salīdzinām ar iepriekšējiem rezultātiem. Iespējams, pacientam ir tikai klepus, nav vēl elpas trūkuma, taču ārsts jau redz, ka rādītāji samazinās, un atkal jālieto medikamenti.

– Vai ir kāds vienkāršs veids, kā astmas slimniekiem pārbaudīt, vai slimība tiek kontrolēta?

– Jā, ir pavisam vienkāršs veids – tas ir astmas kontroles tests ar pieciem jautājumiem, ko ikviens var atrast un aizpildīt internetā. Ja punktu summa saskaitot ir mazāka par 20, tad astma nav kontrolēta.

– Kādi, jūsuprāt, ir galvenie iemesli veiksmīgai astmas terapijai?

– Jābūt līdzestībai un sadarbībai starp ārstu un pacientu. Ir jāuzticas ārstam! Piemēram, maldīgs ir stereotips, ka pie inhalatora pierod. Tā nav – inhalators ārstē iekaisumu, un tas ir jālieto, ja grib kontrolēt situāciju un dzīvot pilnvērtīgu dzīvi.

– Cik liela nozīme slimības kontrolē ir medikamentiem, bet cik – pašam pacientam?

– Viss ir saistīts, tas ir kā komplekss. Gan medikamenti, gan pacienta līdzestība ir vienlīdz svarīga. Ļoti daudz, protams, ir atkarīgs no pacienta dzīvesveida un apkārtējās vides. Ja viņš smēķē, tad būtu jāatmet smēķēšana! Grūtāk ir mainīt profesiju un darbavietu, ja tas ir astmas izraisītājs, taču arī tas nav neiespējami.

Svarīga ir fiziskā aktivitāte. Ir pierādīts, ka fiziskā aktivitāte samazina iekaisumu. Ja slimo ar astmu, droši var nodarboties ar mērenu fizisko slodzi.

Svarīga ir svara kontrole, jo ir pierādīts, ka tiem pacientiem, kuriem ir aptaukošanās, palielinās organisma iekaisums. Pacientiem, kuriem ir

palielināts svars, arī astmu ir grūtāk kontrolēt. Ja svars jau ir ļoti liels, mehāniski tiek saspiestas plaušas: guļot vai sēžot diafragma paceļas uz augšu un saspiež plaušas, un tas ir vēl viens pilnvērtīgas dzīves traucēklis.

– Vai ir kādi jaunumi terapijā, kas palīdz uzlabot pacientu līdzestību un regulāru zāļu lietošanu?

– Līdz šim bija pieejami medikamenti, kas bija jālieto divas reizes dienā, taču tagad ir arī medikamenti, kas jālieto tikai reizi dienā. Tas, protams, atvieglo astmas pacientu dzīvi.

– Par ko liecina jūsu pieredze, kas labāk ievēro ārsta norādījumus – vīrieši vai sievietes?

– Ļoti lielas atšķirības starp vīriešiem un sievietēm nav, taču varu teikt, ka jauni un izglītoti vīrieši vecumā no 20 līdz 40 gadiem ir apzinīgāki un līdzestīgāki nekā sievietes. Šie pacienti vairāk lasa internetā, interesējas par slimību un uzdod man daudz jautājumu par astmas norisi un tās ārstēšanu.

– Vai vīrietim pie pneimonologa būtu jādodas reizi gadā, līdzīgi kā to iesaka Ūsu jeb vīriešu veselības mēneša laikā, aicinot apmeklēt urologu?

– Pacientiem, kuriem ir astma, es patiešām ieteiktu reizi gadā pārbaudīt elpošanas rādītājus. Lai pašam ir pārlicība, ka viss ir kārtībā! Uz pārbaudi būtu jānāk gan tiem, kas lieto medikamentus, gan tiem, kuri vairs nelieto, jo jebkurā brīdī varam pārskatīt medikamentu devu. Ārstēšanās sākumā nosaka vienu devu, taču tas nenozīmē, ka visu laiku tik daudz ir jālieto.

– Kādi būtu jūsu ieteikumi vīriešiem, lai nesašlimtu ar astmu?

– Nesmēķēt! Nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm! Kontrolēt svaru! Censties izvairīties no astmas riska faktoriem! Īpaši par to jādomā tiem, kuriem kāds no vecākiem vai vecvecākiem ir slimojis ar šo slimību. Un aicinu jauniešus, kas ir riska grupā, jau skolas laikā padomāt par atbilstošas profesijas izvēli, lai izvairītos no kaitīgajām vielām un kaitīgiem darba apstākļiem, kas ierosina astmu.

No mazasinības obligāti jāšķiras!

VIVITA SOKOLOVA

Pasaules Veselības organizācijas (PVO) dati ir nesaudzīgi – aptuveni trešā daļa pasaules iedzīvotāju cieš no mazasinības jeb anēmijas. Lielākoties tā ir dzelzs deficīta izraisīta.

Sarunā ar Liepājas reģionālās slimnīcas kardioloģi **Ivetu Šimi** skaidrojam, vai patiešām ir tik traki, kā prognozē speciālisti, un šī slimība varētu kļūt par 21.gadsimta mēri?

– Skatoties kopumā, PVO dati noteikti atbilst patiesībai. Es šos slimniekus iedalītu trīs galvenajās grupās. Liela grupa ir cilvēki ar hronisku sirds mazspēju. Otra grupa – hroniski nieru slimnieki un trešā – gados vecāki cilvēki ar ļaundabīgiem audzējiem. Starp citu, no tiem sirds mazspējas slimniekiem, kam ir ļoti būtiski sirdsdarbības traucējumi, pat līdz 80% cieš no anēmijas.

– Kas ir primārais – mazasinība vai sirds mazspēja?

– Abas iet roku rokā, viena otru pastiprinot. Ir gadījumi, kad cilvēkam ir plašs sirds infarkts un veidojas sirds mazspēja. Kā sekas tam ir slikta orgānu apasiņošana – slikti tiek apasiņotas nieres, slikti veidojas eritropoetīns (hormons, ko izdala nieres, sarkano asinsķermenīšu (eritrocītu) veidošanai), arī kuņģī rodas slikta apasiņošana, un tā tas aiziet pa riņķi pa visu organismu.

– Dzelzs deficīta radīta anēmija nozīmē, ka organismā nepietiek dzelzs?

– Jā, tas nozīmē, ka dzelzs netiek iekšā organismā. Cēloņi tam dažādos platuma grādos dzīvojošiem cilvēkiem ir dažādi. Piemēram, Āfrikā dzīvojošiem cilvēkiem dzelzs trūkumu rada šī elementa nepietiekamība pārtikas produktos, savukārt mūsu platuma grādu iedzīvotājiem to bieži rada dažādas tā sauktās modes lieta. Piemēram, padomju laikā bija periodi, kad modē bija nebarot bērņus ar krūti, un tāpēc viņiem trūka dzelzs. Tagad ir gadījumi, kad mammas piens bērnam ir gandrīz vai vienīgais ēdiens pat līdz trīs gadu vecumam – vēl viena galējība. Bērni, kam galvenā pārtika arī pēc gada vecuma ir mātes piens, cieš no dzelzs deficīta, jo viņi papildus nesaņem pilnvērtīgu uzturu. Turklāt, iegūstot anēmiju agrā bērnībā, ir risks, ka organisms pilnvērtīgi neattīstīsies. Tas nozīmē, ka tālākajā dzīvē šie cilvēki var būt dzelzs deficīta radītas anēmijas riska grupā, jo organisms jau no bērnības nav pielāgojies dzelzs uzsūkšanai. No anēmijas cieš arī tie cilvēki, kam organismā dzelzs ir pietiekoši, taču no kuņģa un zarnām šis elements slikti uzsūcas asinsritē. Iemesli tam ir dažādi. Piemēram, jauni, aktīvi, bet tajā pašā laikā stresa mocīti cilvēki cieš no pastiprinātas kuņģa skābes izdalīšanās. Viņiem dedzina kuņģi, un, lai to novērstu, cilvēki ilgstoši lieto skābi samazinošus medikamentus. Dzelzs, ko satur pārtikas produkti, uzsūcas tikai tad, ja šajā procesā piedalās kuņģa skābe. Starp citu, ir svarīgi zināt, ka kuņģa skābi samazinošus medikamentus bez konsultēšanās ar ārstu drīkst lietot ne ilgāk kā 4–6 nedēļas. Ja to dara ilgāk, pašārstēšanās var radīt sliktas sekas. Kaut vai pieminēto mazasinību. Tāpat dzelzs uzsūkšanās nenotiek, ja ir iekaisusi tievā zarna. Nopietns dzelzs trūkums sastopams sievietēm dažādos vecumos. Līdz menopauzei – ja sievietei ir stipra asiņošana mēnešreižu laikā, savukārt menopauzē – ja ir kuņģa un zarnu problēmas. Vīrieši ar mazasinību var saskarties, ja viņi intensīvi trenējas sporta zālē un ir uztrenējuši lielu muskuļu masu – tad dzelzs uzkrājas muskuļos.



Foto: Egons Ziverts

Iveta Šime: «Mazasinība noteikti ir jāārstē. Cilvēks ar mazasinību var sadzīvot ļoti ilgi, bet šāda dzīve var radīt nopietnas sekas, izraisīt citu orgānu bojājumus: gan nieru, gan aknu, gan galvas smadzeņu. Cilvēkiem ar ilgstošu mazasinību ir sliktas izdzīvošanas cerības, ja viņi saslīmst ar kādu nopietnu slimību vai gūst smagas traumas.»

Tāpēc šādiem vīriešiem dzelzs jāuzņem vairāk nekā tiem, kam nav tik lielas muskuļu masas. Veselam cilvēkam dzelzs no organisma netiek izvadīts ne ar kādiem izvades procesiem. Tas organismā cirkulē pa riņķi, taču dzelzs rezervju samazināšanās var notikt, ja kādu iemeslu dēļ asiņo, piemēram, smaganas vai ir kādas mikrotraumas zarnās, kur arī notiek neliela asiņošana un tamlīdzīgi. Tāpēc cilvēkam regulāri katru dienu dzelzs ir jāuzņem ar pārtiku.

– Kā to izdarīt?

– Tas nav speciāli jāskaitļo – veselam cilvēkam pietiek ikdienā lietot pilnvērtīgu un sabalansētu uzturu. Tā iespējams nodrošināt organismu ar vajadzīgo dzelzs daudzumu.

– Kas biežāk cieš no mazasinības – vīrieši vai sievietes?

– Biežāk tomēr sievietes, jo sievietei jau fizioloģiski notiek asiņošanas. Savukārt vīriešiem tā gandrīz vienmēr ir saistīta ar kādām nopietnām slimībām.

– Kādi simptomi var liecināt par mazasinību?

– Fiziski aktīvi cilvēki to sajūt kā nespēju veikt agrākās fiziskās aktivitātes – viņi ātri nogurst un sajūt nespēku, tāpat viņiem kļūst traušli nagi un mati, šie cilvēki izskatās bāli. Var būt arī garšas un smaržas izmaiņas, vēlme ēst neparastas lietas, piemēram, graudus, mīklu, zobu pastu.

– Kā problēmu var konstatēt?

– Tas ir ļoti vienkārši: veicot pilnu asins analīzi un nosakot dzelzs līmeni organismā. Ārsts jau asins analīzē redz dzelzs deficīta anēmijas pazīmes – samazinātu hemoglobīna daudzumu, samazinātu eritrocītu skaitu, hipohromiju – bālus eritrocītus, mikrocītus (maza izmēra eritrocītus). Lai precizētu, vai tā ir dzelzs deficīta anēmija, ir jāpārbauda papildu rādītāji – ferritīna jeb dzelzs rezervju daudzums organismā. Šī pārbaude pēc laika ir jāatkārto, lai kontrolētu, vai anēmija ārstēta pareizi. Normalizējoties asins analīzei, jāsasniedz normāls ferritīna līmenis, kas norāda uz atjaunotām dzelzs rezervēm organismā.

– Ja ir konstatēta mazasinība, kas tiek darīts tālāk?

– Vispirms es gribu uzsvērt, ka tā noteikti ir jāārstē. Cilvēks ar mazasinību, protams, var sadzīvot ļoti ilgi, bet šāda dzīve var radīt nopietnas sekas, izraisīt citu orgānu bojājumus: gan nieru, gan aknu, gan galvas smadzeņu. Cilvēkiem ar ilgstošu mazasinību ir sliktas izdzīvošanas cerības, ja viņi saslīmst ar kādu nopietnu slimību vai gūst smagas traumas. Īpaši tas attiecināms uz gados vecākiem cilvēkiem.

– Vai mazasinības radītie orgānu bojājumi var būt arī neatgriezeniski?

– Ja ir nopietni skartas galvas smadzenes, tad jā! Es no sirds ieteiktu kontrolēt dzelzs pietiekamību organismā un tā trūkumu savlaicīgi ārstēt, jo tas ir katra cilvēka paša interesēs. Kad mazasinība ir novērsta, cilvēks atkal ir spēka pilns, pilnvērtīgi spēj veikt visas agrākās darbības, atgriežas arī dzīvesprieks. Pasakiet man, kurš nevēlas tāds būt?

– Kā tiek ārstēta mazasinība?

– Vispirms ir jānoskaidro, vai cilvēks var lietot dzelzi saturošas tabletes, kas ir pirmās izvēles līdzekļi dzelzs deficīta anēmijas ārstēšanā. Tās var lietot pacienti, kam nav traucēta kuņģa un zarnu darbība. Pietiek ar trim mēnešiem, lai sajūtu pirmos uzlabojumus. Pēc tam atkārtoti veic analīzes. Ja vērojama uzlabošanās, terapiju turpina, līdz problēma ir novērsta.

– Ko dara, ja uzlabošanās nav notikusi? Noteikti ir gadījumi, kad cilvēks ilgstoši lieto dzelzi saturošas tabletes, taču analīzes uzrāda, ka problēma nav novērsta. Kādēļ tā notiek?

– Visticamāk, tā ir manis jau pieminētā dzelzs preparāta uzsūkšanās problēma, kura norāda, ka nav novērsta dzelzs trūkuma pamatproblēma. Ļoti bieži tā ir dažāda veida asiņošana, kuras dēļ dzelzs līmenis organismā samazinās. Sievietēm tās visbiežāk ir mēnešreizes ar stipru asiņošanu, jebkuram cilvēkam tā var būt asiņošana kuņģī vai zarnās un tamlīdzīgi. Ja asiņošana turpinās, tabletes var lietot ilgstoši, bet situācija nemainīsies. Tāpēc ir tik svarīgi novērst iemeslu, kāpēc radies dzelzs trūkums organismā. Vēl pirms jebkuru medikamentu

Skaidrojošā vārdnīca

Ferritīns – dzelzi saturoša olbaltumviela, kas norāda uz dzelzs uzkrājumiem organismā.



ZINĀŠANAI

10 ar dzelzi bagātāko produktu tops

- Žāvēti augļi
- Kakao pulveris un šokolāde
- Aknas
- Ēdamgliemeži, austeres un divvāku gliemji
- Grauzdētas ķirbju sēklas,
- Sezama sviests (tahīni) un sēklas
- Kaviārs (zivju ikri)
- Saulē žāvēti tomāti
- Saulespuķu sēklas
- Žāvētas aprikozes

lietošanas ir svarīgi noskaidrot, vai cilvēkam ir tikai dzelzs trūkums organismā, vai viņam jau ir dzelzs trūkuma izraisīta mazasinība.

– Dzelzi saturošas tabletes cilvēks var brīvi iegādāties aptiekā pats jeb nepieciešama ārsta recepte?

– Tās var iegādāties arī pats bez receptes, tomēr es neieteiktu to darīt ļoti vienkārša iemesla dēļ: ārst katram cilvēkam ieteiks viņam individuāli pieņemamākās un labākās tabletes, tās, kas vislabāk uzsūksies organismā un mazāk kairinās kuņģi un zarnu traktu un kas būs efektīvākas.

– Ko darīt, ja perorālos preparātus dažādu iemeslu dēļ lietot nevar?

– Tad pirmām kārtām ir jānovērš veselības problēmas, kas rada dzelzs līmeņa samazināšanos organismā. Mazasinības ārstēšanai šādiem pacientiem izmanto vēnā ievadamus dzelzi saturošus medikamentus. To brīdī, kad nepieciešami intravenozie preparāti, izvēlas ārsts. Darbā aizņemtiem, aktīviem cilvēkiem ir diezgan neparocīgi lietot dzelzi saturošas tabletes. Viņiem pastāv iespēja uzreiz vienā reizē intravenozi ievadīt visu nepieciešamo dzelzs daudzumu. Tagad ir pieejami ļoti labi dzelzs izomaltozīdu saturoši jaunākās paaudzes medikamenti, kam faktiski nav nekādu nepatīkamu blakus parādību. Ja, ievadot iepriekšējās paaudzes intravenozos dzelzi saturošos medikamentus, rodas īpatnējas garšas sajūtas – mutē parādās dzelzs garša, tad šim preparātam tāda trūkuma nav. Turklāt ar vienas ampulas palīdzību ir novērsts dzelzs trūkums organismā. Šo procedūru cilvēkam veic vai nu slimnīcā, vai ģimenes ārsta praksē, vai ambulatorā injekciju kabinetā.

– Sevišķi smagos gadījumos izmanto arī asins pārliešanu.

– To izmanto nevis kā ikdienišķu terapeitisku metodi, bet īpaši akūtos gadījumos, piemēram, ja mazasinība konstatēta pacientam, kam jāveic liela apjoma operācija. Tad cilvēkam ievada eritrocītu masu, lai ātri paaugstinātu hemoglobīna līmeni. Asins pārliešana ir izmantojama tikai kā neatliekamā palīdzība, nevis hroniskas anēmijas ārstēšanas metode.

– Aptiekās ir nopērkami dzelzi saturoši bezrecepšu medikamenti. Nereti cilvēki, sajūtot nespēku, paši izdomā, ka tā varētu būt mazasinība, tāpēc iegādājas šos medikamentus un lieto bez konsultēšanās ar ārstu.

– Īsti labi tas nav, jo dzelzi ir iespējams arī pārdozēt. Pirmkārt, pārdozējot dzelzi, sāp vēders, ir spazmas, slikta dūša un tumša vēdera izeja. Otrkārt, pārdozēto dzelzi no organisma ir ļoti grūti izvadīt. Treškārt, pārdozētais dzelzs uzkrājas aknās, tās bojājot.

Kā sadzīvot ar astmu

ANTRA JEGOROVA

Ļoti daudz cilvēku, kas cieš no klepus un aizdusas, ārstu palīdzību nemeklē, jo neuzskata to par nepieciešamu. Taču šie simptomi var norādīt uz nopietnu hronisku slimību – astmu. Tā ir viena no slimībām, ar ko mūsdienās slimo aizvien vairāk cilvēku.

Sarunā ar Liepājas reģionālās slimnīcas pneimologiem **Sandru Auderi** un **Mārci Kristonu** skaidrojam, kādi ir šīs slimības galvenie cēloņi, kā arī diagnostikas un ārstēšanas iespējas.

– Vai tā ir taisnība, ka saslimstība ar astmu palielinās ne tikai Latvijā, bet visā pasaulē?

Sandra Audere. – Jā, tā ir taisnība, un taisnība ir arī tas, ka pēdējās desmitgadēs ļoti daudz cilvēku ne tikai astmas, bet arī citos nopietnos saslimšanas gadījumos neiet pie ārsta.

– Kādi ir astmas attīstības cēloņi?

S. A. – Viens no saslimstības iemesliem ir piesārņojums. Tāpat astmu var izraisīt pārtika, medikamenti, dzīvesveids, pirmām kārtām smēķēšana. Arī iedzimtība spēlē savu lomu.

Mārcis Kristons. – Noteikti jāatzīmē dažādas alerģijas, kas ir ļoti būtisks astmas cēlonis. Pēdējā laikā alerģisku cilvēku skaits arvien pieaug.

S. A. – Runājot par alerģiju izraisītājiem, pirmo vienmēr nosauc putekļu ērcīti, bet tikpat labi tie var būt dažādi pārtikas produkti, medikamenti, ziedputekšņi...

M. K. – Jāatzīmē, ka ziedputekšņu izraisītai alerģijai vairāk ir sezonāls raksturs. Pie alerģijām noteikti jānosauca arī jutība pret dzīvnieku spalvām.

– Kādi ir raksturīgākie simptomi, kas ārstam liek sākt domāt par astmas iespējamību?

M. K. – Viens no pirmajiem ir ilgstošs klepus. Arī čīkstēšana krūtīs un apgrūtināta elpošana – aizdusa.

S. A. – Klepus parasti ir sauss un apgrūtināts, īpaši naktīs un rīta stundās.

– Ko dara pneimologs, kad pacients ar šādām sūdzībām atnāk vizītē?

S. A. – Vispirms mēs sarunājam pacientu iztaujājam gan par sajūtām un simptomiem, gan par tuvinieku veselību un iespējamu alerģiju, par kaitīgajiem ieradumiem, darba apstākļiem un tamlīdzīgi. Savukārt, lai novērtētu plaušu funkcionālo stāvokli, izmanto diagnostikas metodes, ko sauc par spirogrāfiju. Ar tās palīdzību nosaka elpceļu caurejamību, mērot ieelpotā un izelpotā gaisa daudzumu, kā arī maksimāli forsētas ieelpas un izelpas ātrumu.

M. K. – Metode ir pavisam vienkārša: pacients dziļi ievelk elpu un no visa spēka to izpūš speciālā aparātā – spirogrāfā. Analizējot datus, mēs varam konstatēt, vai ir nosprostoti elpceļi, un noteikt diagnozi. Taču pirms šīs izmeklēšanas ir jāveic plaušu rentgens, lai izslēgtu jebkādas citas plaušu slimības, jo daudzām no tām ir astmai līdzīgi simptomi.

S. A. – Vajadzētu noskaidrot arī pilnu asinsainu, lai noteiktu, vai tā neuzrāda kādus iekaisuma procesus. Taču es vēl gribu piebilst, ka astmas simptomi ir mainīgi dienu no dienas, un tāpēc var būt arī gadījumi, kad saņemtie spirogrāfijas rezultāti cilvēkam ir vecuma normas robežās. Tāpēc mums ir būtiski pierādīt elpceļu caurlaidības mainību. Lai to izdarītu, vispirms cilvēkam veic spirogrāfijas izmeklējumu, tad dod ieelpot bronhu paplašinātāju un pēc 20 minūtēm veic atkārtotu pārbaudi. Pēc tam novērtējam, vai medikaments ir bronhus paplašinājis un vai elpošanas tilpums ir palielinājies. Ja



Sandra Audere: «Fiziskās aktivitātes ir nepieciešamas astmas pacienta vispārējai labsajūtai.»



Mārcis Kristons: «Jo slimība ir smagākā formā, jo pacients ir vairāk ieinteresēts līdzdarboties, ārstēties un apzinīgi lieto zāles.»

forsētas izelpas pirmās sekundes tilpums (maksimālais gaisa daudzums, ko cilvēks spēj izelpot pirmajā sekundē) uzlabojas par 12% un vairāk, tas ir nopietns saslimšanas apliecinājums. Taču pat tad, ja tā nav, cilvēkam var būt astma, jo tās apakštīpi ir ļoti dažādi. Vienam tā var būt klepus formā, otram izpausties kā alerģija uz kādu no kairinātājiem, trešajam astma var būt saistīta ar klimata izmaiņām, un vēl kādam astmas lēkme var sākties pēc fiziskas slodzes. Vadoties no astmas izraisītāja, ārstēšanu katram pacientam piemēro individuāli.

– Ar ko to sākt?

S. A. – Mūsu pirmais uzdevums ir novērtēt pacienta stāvokli, lai saprastu, vai ir vajadzīga tūlītēja palīdzība ar bronhu paplašinātājiem, kā tas ir lēkmes gadījumos, vai ilgstoši jālieto inhalējamie medikamenti ar pretiekaisuma iedarbību.

– Pacienti noteikti interesējas, vai astma ir diagnoze uz mūžu?

S. A. – Galvenais, pacientiem jāsaprot, ka astma ir hroniska slimība, taču tā ir kontrolējama. Ar medikamentiem ir iespējams panākt tādu stāvokli, kad nav astmas simptomu. Tas ir pats būtiskākais. Līdz ar to cilvēks dzīvo pilnvērtīgu dzīvi, strādā, nav ierobežotas viņa fiziskās aktivitātes. Taču to var panākt, tikai ilgstoši lietojot medikamentus. To, vai tie būs jālieto visu mūžu, vai arī pienāks laiks, kad varēs pārtraukt – arī tas katram pacientam ir individuāli. Astma ir jākontrolē.

– Ko nozīmē termins «kontrolēta astma»?

S. A. – Tieši to, par ko es tikko runāju: pacientam vairs nav astmas simptomu vai tie ir retāk nekā divas reizes nedēļā. Konsultējoties ar ārstu, viņa stāvoklis tiek novērtēts un regulāri kontrolēts. Samazinoties astmas simptomiem, ir iespējams veikt medikamentu devu korekcijas vai simptomu izzušanas gadījumā tos pat pārtraukt lietot. Tas arī ir pacienta un ārsta sadarbības mērķis: kontrolēt astmu, lai slimība netraucētu cilvēkam normāli dzīvot, strādāt un labi justies. Ja tā ir, tad mēs varam apgalvot, ka astma ir kontrolēta.

– Nereti pacienti paši jūtas pietiekoši gudri, un noteikti nav mazums gadījumu, kad, stāvoklim uzlabojoties, cilvēks pārtrauc lietot zāles.

S. A. – Jā, šādi gadījumi ir ļoti izplatīti, un tas ir nepareizākais, ko cilvēks var izdarīt. Pēc kāda laika tādi pacienti atkal nonāk pie sava ārsta, un mēs sākam visu no gala.

– Kādi ir biežāk lietotie astmas ārstēšanas medikamenti?

M. K. – Parasti pacientam ir jālieto inhalējamie glikokortikoidi, kas kontrolē iekaisuma procesu bronhos, kombinācijā ar īslaicīgas vai

garas darbības bronhu dilatatoriem, kas paplašina bronhus, lai ārstējošās zāles varētu iekļūt dziļāk elpceļos. Tieši inhalējamie medikamenti visvieglāk nokļūst un iedarbojas tur, kur tas ir vajadzīgs – bronhos. Taču pirms ārstēšanās uzsākšanas cilvēkam ir jāiemācās inhalatoru pareizi lietot.

S. A. – Ir divu veidu inhalatori: vieni satur sašķidrinātus medikamentus, bet otri – medikamentus pulverveidā. Izvēloties pacientam piemērotāko inhalatoru, ir jāizvērtē viņa fiziskās spējas. Piemēram, lai lietotu medikamentu sašķidrinātā aerosola veidā, pacientam jāspēj saskaņot ieelpas brīdis ar brīdi, kad viņš nospiež inhalatoru. Ja viņš to spēj, viss ir kārtībā.

– Bet, ja ne?

M. K. – Tādiem gadījumiem, lai atvieglotu medikamenta ievadīšanu, ir paredzētas speciālas krājietelpas. Medikamentu no inhalatora ievada speciālā tilpnē ar iemuti un no tās cilvēks mierīgi ieelpo visu vajadzīgo. Biežāk tāda papildus palīdzība ir nepieciešama bērniem un gados vecākiem cilvēkiem.

S. A. – Savukārt, lietojot pulvera inhalatorus, ir vajadzīgs lielāks spēks, lai zāles ieelpotu. Tāpēc, lai pacientiem iemācītu pareizi lietot inhalatorus, mūsu slimnīcā darbojas Astmas apmācības kabīnē, kur palīdzību sniedz bez maksas. Es ieteiktu katram astmas slimniekam atnākt uz šo kabinetu, lai pārliecinātos, vai viņi inhalatoru lieto pareizi. Turklāt arī māsiņa, kas strādā kopā ar ārstu, māca pacientiem lietot šīs ierīces.

– Kādā vecumā visbiežāk parādās astmas simptomi?

S. A. – Uz šo jautājumu ir grūti atbildēt. Piemēram, simptomi bieži parādās bērnībā, bet, bērnam augot lielākam, tie izzūd, un ir ilgs miera periods. Taču pieauguša cilvēka vecumā simptomi atkal var parādīties. Faktiski astma var parādīties jebkurā vecumā.

M. K. – Maziem bērniem un veciem cilvēkiem ir sarežģīta astmas diagnostika. Mazs bērns nevar pastāstīt par savām sajūtām, savukārt veci cilvēki domā, ka klepus ir citu slimību sekas.

– Fiziski aktīviem cilvēkiem, kam diagnosticēta astma, noteikti ir bažas: vai es turpmāk varēšu nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm – apmeklēt baseinu, skriet krosu, spēlēt futbolu un tamlīdzīgi?

M. K. – No fiziskās slodzes noteikti nevajadzēs atteikties – tā pie astmas ir pat vēlāma, taču, atbilstoši savām sajūtām, ir jāatrod piemērotākās.

S. A. – Agrāk ar astmu slimus skolēnus atbrīvoja no sporta nodarbībām, taču mūsdienās tā vairs

nedara. Protams, astmai ir jābūt kontrolētai. Saasinājumu gadījumos fiziskās aktivitātes noteikti nederēs. Bet citādi tās ir vajadzīgas vispārējai cilvēka labsajūtai.

– Aktuāls ir arī jautājums par pacientu līdzestību astmas ārstēšanā. Jums šai jautājumā noteikti ir sava pieredze.

M. K. – Pacienti ir ļoti dažādi. Mana pieredze liecina: jo slimība ir smagākā formā, jo pacients ir vairāk ieinteresēts līdzdarboties, ārstēties, apzinīgi lieto zāles. Taču, līdzko simptomi mazinās, arī medikamentu lietošana kļūst neregulārāka.

S. A. – Mana pieredze ir ļoti līdzīga. Ja astmas simptomi izzūd, ir tikai cilvēciski dažkārt aizmirst lietot zāles. Taču gadās, ka slimība kļūst nekontrolēta un cilvēks smagā stāvoklī nonāk slimnīcā. Tādēļ ir svarīgi, lai astmas pacientiem mājās noteikti būtu nepieciešamie medikamenti. Tad, sākoties slimības saasinājumam, viņš varēs sev palīdzēt.

– Varbūt atruna astmas nekontrolēšanai ir naudas trūkums zāļu iegādei?

S. A. – Valsts kompensē astmas ārstēšanas zāles 75% apmērā. Protams, arī ar visu kompensāciju tās neizmaksā lēti, tāpēc, pirms izrakstīt kādu konkrētu medikamentu, ārstam ir pienākums noskaidrot, vai cilvēks varēs to nopirkt. Ja ne, tad ir jāpiemeklē zāles, ko viņš varēs atļauties. Kāda jēga izrakstīt zāles, ja pacients tās tik un tā nelietos?

– Ko jūs ieteiktu astmas slimniekiem, lai slimība būtu kontrolēta un viņi varētu dzīvot pilnvērtīgu dzīvi?

S. A. – Manuprāt, pirmais un galvenais ir doties pie ārsta, ja parādās šādi simptomi: klepus, apgrūtināta elpošana, sēkšana u. tml. Noteikti jāatmet smēķēšana un jāpiekopj aktīvs dzīvesveids.

M. K. – Es noteikti gribu atgādināt par darba drošības ievērošanu vietās, kur tas nepieciešams. Tas attiecas, piemēram, uz respiratoru lietošanu, strādājot piesārņotās telpās. Ļoti daudz cilvēku šajā ziņā grēko.

S. A. – Cilvēkiem ar pierādītu alerģiju pret kādu konkrētu pārtikas produktu būtu tikai saprotami to nelietot. Savukārt cilvēkiem ar ziedputekšņu alerģiju ziedēšanas laikā ir laikus jāsaņem pretaalerģijas medikamenti.

M. K. – Ir jāierobežo saskarsme ar dzīvniekiem, ja konstatēta alerģija pret to izdalītajiem alergēniem. Tāpat ir svarīgi uzturēt kārtībā mitekli, lai pēc iespējas izvairītos no putekļu ērcītēm.

S. A. – Vismaz guļamistabā nevajag turēt garus plauktus ar grāmatām, kur krājas putekļi, kā arī mīksto paklājus utt.

Dzīve kļūst labāka ar pareizo inhalatoru!



- Kā lietot Turbuhaler?

- Interesanti fakti

- Lietošanas video

- Kas ir astma?

- Kādi ir astmas simptomi?

- Kā ārstēt astmu?

AstraZeneca 

SIA „AstraZeneca Latvija”, Skanstes iela 54, Rīga, LV-1013, tālr. 67377001, fakss: 67377004, e-pasts: latvia@astrazeneca.com

Atbildes uz šiem un citiem jautājumiem atradīsiet mājas lapā
www.turbuhaler.lv • www.astma.lv

Kas kaitē mūsu aknām

EVITA HOFMANE

Mūsdienās aizvien vairāk cilvēku pievēršas veselīgam dzīvesveidam, reizēm pat pārspilēti. Tomēr daudziem ikdiena pāiet stresā, steigā, garās stundās pie datora, kaut ko uzkožot un iedzerot, kad iznāk laiks, apmeklējot sporta zāli, kad iegādās brīvs brīdis. Tāda lietu kārtība apmierina un saglabājas līdz brīdim, kad organisms sāk protestēt.

Par to, kādus signālus mums sūta viens no izturīgākajiem cilvēka orgāniem – aknas, kā tos atpazīt un censties nenodarīt pāri savai veselībai, stāsta *Veselības centra 4* ģimenes un arodslimību ārste **Karīna Vernere**.

– Kādas funkcijas mūsu organismā veic aknas?

– Aknas ir viens no svarīgākajiem cilvēka orgāniem. Aknas «sagremo» visu, ko mēs ēdam un dzeram, aknas pārstrādā arī visus lietotos medikamentus, tas ir asinsrades un limfoidi aktīvs orgāns. Aknām ir ļoti daudz un dažādas funkcijas. Noteikti jāatzīmē, ka aknas pašas parasti nesāp, jo aknās nav nervu šķiedru. Arī tad, ja cilvēks būs pārēdies, daudz lietojis alkoholu, aknas nesāpēs, bet var sāpēt blakus esošie orgāni – parasti aizkuņģa dziedzeris un žultspūslis. Cilvēkam būs ar organisma intoksikāciju saistīti simptomi – vemšana, galvassāpes, slikta dūša.

– Tātad daudzu piekoptā taktika doties pie ārsta tikai tad, kad kaut kas sāk sāpēt, šajā gadījumā nederēs?

– Nez kāpēc pastāv mīts, ka par aknām jādomā tikai tiem cilvēkiem, kuri daudz lieto alkoholu. Jāteic, ka tas ir pilnīgi nepareizs pieņēmums. Pirmkārt, pat ja cilvēks pārmērīgi nelieto alkoholu, bet smēķē, tas var palielināt holesterīna līmeni asinīs un līdz ar to veicināt aterosklerozes attīstību, jo holesterīna veidošanās un vielmaiņa daļēji notiek aknās. Otrkārt, viss, ko mēs ēdam, tiek pārstrādāts aknās, un pat nav vajadzīgs alkohols, lai aknām būtu liela slodze. Arī tad, ja cilvēks ēd veselīgi, nedzer, sporto, bet viņam ir hroniskas slimības, ko nevar pilnībā izārstēt un kuru dēļ pastāvīgi jālieto medikamenti, tie metabolizējas un tiek izvadīti caur aknām, nierēm un kuņģa zarnu traktu. Ja cilvēkam ir žultsakmeņu slimības lēkmes izraisīti žults atceses traucējumi, atkal var ciest aknas. Vēl viens būtisks jautājums: cik pareizi mēs ēdam? Varbūt tikai vienu reizi dienā un tad tā «kārtīgi», visu, kas pagadās: ceptu, sāļu, saldu. Gremošanas sistēma un aknas visu dienu nestrādā, un tad mēs pēkšņi tai uzdodam dubultu vai vēl lielāku slodzi, ko izturēt būs grūti. Arī cukura vielmaiņa notiek aknās. Ja cilvēkam ir cukura diabēts, viņam noteikti jāpievērš uzmanība savu aknu veselībai arī tad, ja viņš ir veselīgs un sportisks, jo slimības kontrolei tiek lietoti medikamenti. To pašu var attiecināt uz pacientiem, kuri lieto sirds zāles, holesterīna līmeni pazeminošus preparātus. Tāpat viens no asinsspiedienu regulējošiem posmiem norit aknās. Tātad par aknām ir jādomā ikvienam, nevis tikai tiem, kas pārmēru aizraujas ar alkoholu.

– Ārsti atzīst, ka ar aknu slimībām aizvien biežāk slimo vīrieši trīsdesmit un četrdesmit gadu vecumā. Kāpēc tā?

– Tiešām, vecākiem cilvēkiem bieži vien ir mazāk problēmu nekā 30–40-gadīgajiem un jauniešiem. Aknu slimības ir jaunākās paaudzes slimības. Viens no iemesliem – *fast food* stabilās pozīcijas cilvēku ēdienkartē visā pasaulē. Tieši ātrā ēdināšana ir viens no iemesliem, kādēļ ar aknu slimībām un aknu funkcionālajiem traucējumiem arvien vairāk slimo jaunāki cilvēki. Vīriešu veselību šajā



Karīna Vernere: «Alkohola lietošana ir viens no biežākajiem aknu bojājumu iemesliem. Alkohola ietekmē aknās uzkrājas tauki, veidojas hronisks iekaisums, aknu šūnas iet bojā, veidojas saistaudi, kas saaugot liedz aknām veikt savas funkcijas un var novest līdz aknu cirozei.»

gadījumā varētu akcentēt tāpēc, ka vīrieši gan ēd, gan dzer vairāk nekā sievietes.

– Neveselīga pārtika ikdienā, iedzeršana ar draugiem nedēļas nogalēs. Ne katru nedēļas nogali, bet regulāri. Pašam šķiet, ka dzerts nav daudz, tomēr nākamais rīts liek mocīties pagīrās.

– Ēšana vairāk ir saistīta ar pārtikas vielu gremošanu un vielmaiņu aknās, bet alkohols bieži vien uz tām iedarbojas toksiski. Tas neizpaužas kā sāpes, bet gan kā visas tās sūdzības, kas rodas nākamajā dienā pēc dzeršanas – slikta dūša, vemšana, galvassāpes. Cilvēki tās sauc par pagīrām. Galvassāpes, slikta dūša liecina, ka aknas netiek galā ar savu darbu, un to provocē alkohola sadalīšanās gala produkti, kam ir toksiska ietekme.

– Kādas veselības problēmas un slimības var izraisīt regulāra, pārmērīga alkohola lietošana?

– Alkohola lietošana ir viens no biežākajiem aknu bojājumu iemesliem. Alkohola ietekmē aknās uzkrājas tauki, veidojas hronisks iekaisums, aknu šūnas iet bojā, veidojas saistaudi, kas saaugot liedz aknām veikt savas funkcijas un var novest līdz aknu cirozei. Kā zināms, tad aknu ciroze ir neatgriezenisks process. Jebkura ciroze ir arī aknu audzēja risks. Regulāra un pārmērīga alkohola lietošana var izraisīt hronisku toksisku hepatītu, kad alkohola ietekmē pasliktinās aknu funkcija, un dinamiskā, lietojot alkoholu, tā kļūst arvien sliktāka, kas arī var novest pie aknu cirozes. Alkohola lietošana var būt par iemeslu arī citām aknu saslimšanām. Ja cilvēkam ir bijusi vai ir kāda onkoloģiska saslimšana, tad ļoti bieži aknās attīstās metastāzes, un alkohola lietošana to var vēl vairāk provocēt. Ja cilvēkam ir kāda hroniska slimība un alkohola lietošanas rezultātā bojātas aknas, tad pamatslimība noritēs smagāk, jo aknas nespēs tikt galā ar saviem uzdevumiem vienotajā organisma

funkciju ķēdē. Pamatslimību būs grūtāk ārstēt, un medikamentozā terapija ne vienmēr dos gaidīto rezultātu. Aknas ir kā krustceles daudzām organisma sistēmām. Ja aknām ir slikti, tas reflektori atsaucas uz citiem orgāniem un sarežģī pamatslimības norisi. Tāpēc mēs, ārsti, iestājamies par to, lai periodiski, reizi gadā vai divos, veicot asins analīzes, tiktu pārbaudīta arī aknu funkcija. It īpaši tiem cilvēkiem, kuri regulāri lieto medikamentus vai viņiem ir citas saslimšanas.

– Diezgan bieži robeža starp atslābināšanos ar alus pudeli rokās tikai nedēļas nogalē un regulāru dzeršanu bez noteikta iemesla jebkurā dienā tiek pārkāpta nemanot. Bieži vien cilvēks pats to pat neapzinās. Kādu ietekmi tas atstāj uz mūsu organismu?

– Tiek uzskatīts, ka alkoholam ir nomierinoša iedarbība. Tāpēc relaksācijai to reizēm lieto nedēļas nogalē, pēc saspringtas darba nedēļas. Taču dažkārt šī relaksācija nedēļas nogalēs nemanot pārtop par regulāru iedzeršanu jebkurā nedēļas dienā, kad alkohols ne vairs palīdz atslābināties, bet ir izraisījis atkarību, kļuvis par nepieciešamību. Bez jau minētajām veselības problēmām regulāra dzeršana var provocēt toksiska bojājuma attīstīšanos smadzeņu vielā. Ir tāds jēdziens kā aknu encefalopātija, kas rodas tādēļ, ka aknas netiek galā ar alkohola metabolītiem. Toksisko vielu radītu smadzeņu bojājumu rezultātā cilvēkam attīstās personības traucējumi. Viņš kļūst nervozs, neapmierināts, kritisks attiecībā pret pārējiem un nekritisks attiecībā pret sevi. Agri vai vēlu regulāra, pārmērīga alkohola lietošana sāk degradēt personību. Tāpat alkohola ietekme var atstāt iespaidu uz perifērajiem nerviem un asinsvadiem rokās un kājās, rodas gaitas traucējumi, asinsrites problēmas, kas var novest līdz gangrēnai un kāju zaudēšanai. Tātad no alkohola iedarbības uz aknām var attīstīties ne tikai centrālās,

bet arī perifērās nervu sistēmas bojājumi. Ilgstoša alkohola lietošana izraisa arī nieru, sirds problēmas, un pamazām tiek skartas arī visas pārējās organisma sistēmas.

– Vai aknu veselība, tās bojāšana ar alkohola palīdzību kaut kādā veidā iespaido vīriešu dzimumdzīvi, spēju radīt veselīgus pēcnācējus?

– Par alkohola ietekmi uz spermas kvalitāti drīzāk jāprasa urologiem un andrologiem, bet, kā zināms, alkohols samazina spermatozoīdu kvalitāti un kustīgumu, atstāj iespaidu uz potenci. Kādā veidā? Alkohols veicina aterosklerozes attīstību visos asinsvados, arī tajos, ar ko tik bagāta ir dzimumsistēma. Aterosklerozes rezultātā sašaurinās asinsvadu lūmens, pasliktinās asinsrite un līdz ar to arī potence. Tiem cilvēkiem, kuri pārmēru neaizraujas ar alkoholu, izmaiņas gan lielo, gan mazo asinsvadu stāvokli, aterosklerozes attīstību var veicināt neveselīgs dzīvesveids. Līdzīgs process notiek arī aknās, kur norisinās holesterīna vielmaiņa. Tādējādi var rasties aknu aptaukošanās. Arī alkohols kā aterosklerozes riska faktors var veicināt taukainās hepatozes jeb aknu aptaukošanās attīstību.

– Vai pilnīga atturība no alkohola palīdzēs atveseļot aknas, ja tās jau ir cietušas dzīves vētrās?

– Ja aknas ir slimas, atturēšanās no alkohola tās atveseļot diez vai palīdzēs, bet vismaz neļaus izmaiņām progresēt. Ir virkne dabīgu līdzekļu, kas var palīdzēt gadījumos, ja nopietnas problēmas ar aknām vēl nav sākušās. Vieni no populārākajiem un zinātniski pierādītiem līdzekļiem aknu slimību novēršanai ir preparāti, kas satur augu valsts vielas, esenciālos fosfolipīdus, kas ļauj saglabāt normālu aknu funkciju un novērst aknu šūnu sabrukšanu. Esenciālie fosfolipīdi palīdz cīņā ar tā sauktajām taukainajām aknām un aknu deģenerāciju cilvēkiem, kuriem vēl nav nopietnu aknu problēmu. To lietošanas klīniskais efekts ir pētījumos zinātniski pierādīts. Tas ir viens no kritērijiem, kam ārsti parasti pievērš uzmanību, kad izvēlas zāles saviem pacientiem profilakses un ārstnieciskos nolūkos. Tas rada pārliecību, ka šis preparāts sniegs efektu, ko no tā gaida.

– Ko darīt, ja gribam noskaidrot, kā jūtas mūsu aknas un vai ar tām viss ir kārtībā?

– Ja gribam pārbaudīt, cik labi funkcionē aknas, atliek tikai nodot asins analīzes; ja gribam zināt, vai ir kādas strukturālas izmaiņas aknās, jāveic ultrasonogrāfija vēdera dobuma orgāniem. Ļoti bieži arī cilvēki ar normālām aknu provēm ir pārslimojuši hepatītu vai ir hepatīta vīrusa nēsātāji. Analīzēs varam noteikt marķierus, kas norāda uz B un C hepatīta vīrusa klātbūtni organismā, kam bieži vien nav nekādu ārēju izpausmju. To, vai slimība ir pārslimota, vai mājā organismā pašlaik, cilvēks bieži vien pirmo reizi uzzina, tikai veicot speciālu analīzi.

– Ko mēs katrs varam darīt savu aknu veselības labā?

– Noteikti vajag sekot, ko mēs ēdam un dzeram, atturēties no īpaši trekniem ēdieniem. Ar holesterīnu bagātu produktu lietošana uzturā var provocēt vienu no biežākajām aknu problēmām – taukaino hepatītu. Ja domāsim par savu ēdienkarti un atbilstošu fizisko aktivitāti, tad aknu problēmas, visticamāk, neradīsies. Ja dodamies uz pasākumu un skaidri zinām, ka tur pieļausim diētas kļūdas un lietosim alkoholu, jau laikus vajadzētu saprast, ka tā būs liela slodze aknām. Te palīgā var nākt esenciālie fosfolipīdi, kurus iesaku lietot pirms vēderprieķiem un turpināt to lietošanu kādu laiku pēc tam. Protams, ar medikamentiem ir jābūt uzmanīgiem. Tās nav konfektes, un zāles jādzer tikai tad, ja tās ir vitāli nepieciešamas.

Foto: No Karīnas Verneres personīgā arhīva

Vai saproti, ko saka tavas aknas?

Nogurums, spiediena sajūta un sāpes labajā pakrūtē



Tavas aknas ir vērtīgas – neļauj tām sūdzēties!

Essentiale® Forte N,
zāles, kas palīdz atjaunot aknu šūnas.

www.veselasaknas.lv

Bezrecepšu zāles. Pirms lietošanas uzmanīgi izlasiet instrukciju.
Konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu par zāļu lietošanu.

Reklāmas devējs:

SANOFI 

Kr. Valdemāra iela 33-8, Rīga, LV-1010, Latvija. Tālrs: 67332451
S-LV-PCH-14-02-01. Apstiprināts: 12.02.2014.

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI

Ateroskleroze ir bīstama arī kājām

ILZE AUSTRUMA

Neuztraukties par aizkalķojušiem asinsvadiem var tikai nezinātāji. Pēc Slimību profilakses un kontroles centra datiem pēdējos piecos gados no asinsvadu aizkalķošanās miruši vairāk nekā pusotrs tūkstošs cilvēku, savukārt vēl četriem tūkstošiem slimnieku šī saslimšana bijusi par iemeslu kājas amputācijai.

Kas var izraisīt perifēro artēriju slimību, kā sevi no tās pasargāt un ko darīt, ja asinsvadi kājās tomēr aizkalķojušies, par to saruna ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas klīnikas *Gailēzers* asinsvadu ķirurgi, medicīnas zinātni doktoru **Patriciju Ivanovu**.

– Kas ir perifēro artēriju slimība?

– Tā ir aterosklerozes izraisīta saslimšana, kura raksturojas ar artēriju aizkalķošanos jeb aizsprostojanos. Visbiežāk, kā zināms, artērijas aizkalķojas sirdī, galvā. Ja tas notiek sirdī, attiecīgi var veidoties infarkts. Savukārt, asinsvadā aizkalķojoties galvā, var attīstīties insults. Arī kājās var aizkalķoties asinsvadi. Visbiežāk pie aterosklerozes tas notiek iegurnī un augšstilba artērijās, cukura diabēta pacientiem – vairāk apakšstilba artērijās. Slēdzoties artērijām kājās, var attīstīties kājas gangrēna.

– Kādi ir perifēro artēriju slimības riska faktori?

– Šai saslimšanai ir ietekmējamie un neietekmējamie riska faktori. Neietekmējamie ir vecums, ko neviens mainīt nevar. Ar gadiem asinsvadi aizkalķojas un attīstās ateroskleroze.

Par ietekmējamiem perifēro artēriju slimības riska faktoriem uzskata smēķēšanu, paaugstinātu asinsspiedienu, cukura diabētu, aptaukošanos, paaugstinātu holesterīna līmeni. Būtiski ir izsvītīt no ietekmējamie riska faktoriem, tādējādi samazinot saslimstību un mirstību no aterosklerotiskām slimībām.

– No kāda vecuma vajadzētu sākt uztraukties par asinsvadu aizkalķošanos?

– Ateroskleroze sāk attīstīties jau ļoti agrīni. Pat 20–30 gadus veciem cilvēkiem, ja speciāli mikroskopā apskatītu viņu asinsvadus, varētu konstatēt sākotnējas ļoti niecīgas aterosklerotiskas izmaiņas. Tomēr pamatā aterosklerozes izpausmes ir vērojamas gados vecākiem cilvēkiem. Jāņem vērā, ka ateroskleroze kājās ir īpatnēja ar to, ka bieži vien cilvēkam, veicot asinsvadu izmeklēšanu, var konstatēt, ka asinsvads ir slēdzies, bet nav nekādu sūdzību. Šajā gadījumā aizkalķotajam asinsvadā ir izveidojušies dabīgi apvedceļi, ko medicīnā sauc par kolaterālēm, – sīki asinsvadi, kas kompensē maģistrālās artērijas slēgumu.

– Par smēķēšanas kaitīgumu tiek runāts visur un nepārtraukti. Kāpēc tā atstāj tik lielu ietekmi uz asinsvadiem?

– Kā jau minēju, perifēro asinsvadu slimību var attālināt, ja pacienti nopietnāk pievērstos savam dzīvesveidam, kaut vai atmestu smēķēšanu. Nereti cilvēks nevar saprast, kā tas var būt – ārsts ir veicis asinsvadu operāciju, uzlabojot asinscirkulāciju kājās, bet pēc laika viņam atkal parādās sūdzības. Vaina nav tālu jāmeklē: viņš nav atmetis smēķēšanu, un slimība turpina progresēt.

Pētījumos pierādīts: gadījumos, kad pacients nepārstāj smēķēt, risks jaunizveidotam apvedceļam – šuntam – noslēgties ir daudz lielāks nekā nesmēķētājam. Smēķēšana veicina aterosklerozes attīstību, tabakas dūmos esošajām vielām iedarbojoties uz asinsvadu. Ja pacients turpina tādu dzīvesveidu, kādu paradis, – smēķē, nav fiziski



Efektīva metode, lai pierādītu artēriju slēgumu, ir potītes–augšdelma indekss (PAI), nosakot arteriālā spiediena attiecību starp augšdelmu un kāju. Ja PAI indekss ir zem 0,9, pastāv perifēro artēriju slimība, bet indekss zem 0,4 norāda, ka asinsrite kājā ir ļoti slikta un pacientam ir nopietnas problēmas.

aktīvs, tad artērijas, kuras ir pirms vai ir tālāk aizšunta, progresējot aterosklerozei, slēdzas vai izteikti sašaurinās, un slimība agresīvāk iet uz priekšu. Asinsvadi slēdzas, šuntam nav noplūdes, un līdz ar to arī tas slēdzas. Pacients nonāk tādā pašā vai bieži pat sliktākā situācijā nekā pirms operācijas, jo izmaiņas artērijās ir tik plašas, ka atkārtotu šuntu izveidot nav iespējams.

Ir vēl viena lieta, ko noteikti vēlos pieminēt saistībā ar smēķēšanu. Arī pacientiem ar perifēro asinsvadu slimību, kuriem attīstījusies mijklibošana, nav jēgas lietot medikamentus, ja viņi turpina smēķēt. Šādā situācijā zāles nelīdzēs.

– Kas ir mijklibošana un kā tā izpaužas?

– Mijklibošana var būt viena no pirmajām izpausmēm, kas liecina par perifēro asinsvadu aizkalķošanās. Tā izpaužas šādi: pacients var noiet noteiktu attālumu, piemēram, 300–500 metrus (nopietnākos gadījumos pat vēl mazāk), pēc tam viņam parādās sāpes vienā vai abās kājās. Cilvēks ir spiests apstāties – pastāvēt vai pasēdēt. Tikai tad sāpes pāriet un viņš var turpināt ceļu līdz brīdim, kad tās atkal parādās.

– Kāpēc mijklibošanai nepieciešams pievērst uzmanību un vērsties pie ārsta, nevis laist to gar ausīm un samierināties, ka ir problēmas ar staigāšanu?

– Vispirms ir jāizslēdz citas saslimšanas, jo sāpes kājās var liecināt arī par mugurkaulāja patoloģiju, tāpat arī vēnu un dažādām locītavu saslimšanām. Ja tiek pierādīts, ka vainīga mijklibošana, pacientam ir jāzina, ka viņa galvenais uzdevums nav savas kājas saudzēt un visu dienu pavadīt mājās, sēžot pie televizora, jo tā, lūk, kājas sāpot mazāk, bet tieši otrādi – censties pēc iespējas pacientiem staigāšanas rezultātā veidojas mazie asinsvadi kolaterāles, kas šo slēgumu kompensē. Ir ļoti svarīgi, lai tie tik tiešām arī veidotos. Ar slēgtu artēriju pacients var dzīvot, ja vien izveidojušies šādi mazi apvedceļi, kas slēgumu kompensē.

Vēl, runājot par mijklibošanu, vēlos akcentēt, ka šādam slimniekam ļoti jābūt uzmanīgiem par savām

kājām – jāizsargājas no ievainojumiem, piemēram, noburzumiem no apaviem. Ja pacientam parādās kaut vai mazs ādas vai zemādas bojājums, tas var kļūt par lielu problēmu – bojājums var nedzīt, pāriet trofiskā čūlā un izvērsties visai bēdīgi.

– Jūs minējāt, cik svarīga ir mazo asinsvadu veidošanās, bet ja artērija samērā ātri aizaug ciet un beigās trombozējas?

– Tad mazie asinsvadi tomēr nespēs piegādāt tik daudz asiņu, cik kājai nepieciešams. Līdz ar to var rasties dažādas problēmas: sāpes naktī, izčūlojumi un pat gangrēna, kad kāja jānoņem. Jā, gangrēna mūsdienās nav retums. Un nevajag domāt, ka tā var veidoties tikai *bomžiem*, kas, uzturoties aukstā laikā uz ielas, apsaldē kājas. Nebūt tā nav.

– Vai viena no pirmajām pazīmēm, kas var liecināt par perifēro artēriju slimību, ir tikai jau pieminētā mijklibošana, jebšu ir arī kādas citas pazīmes?

– Pirmā parasti ir bijusi mijklibošana, bet ļoti bieži pacienti tai nepievērš uzmanību. Viņi nonāk ārsta redzeslokā vien tad, kad parādās lielākas problēmas – vai nu čūlas, vai attīstījušās sāpes naktī. Tas liecina, ka asinsrite kājās ir dekompensēta.

Bieži vien pacienti domā, ka problēmu cēlonis ir slimas vēnas. Ne vienmēr tā ir.

– Kad jābūt rūpīgiem par saviem asinsvadiem?

– Istenībā tas jādara jau no jaunības, jo, kā jau minēju, aterosklerotiskas izmaiņas asinsvados var veidoties jau 20–30 gadu vecumā.

– Kā perifēro asinsvadu slimību diagnosticē?

– Pirmkārt, pēc sūdzībām. Otrkārt, to, vai artērija ir slēgta, gimenes ārsts, ķirurgs vai asinsvadu ķirurgs var pateikt, palpējot, iztaustot, vai pacienta kājās uz artērijām ir pulsācija. Ja uz pēdas ir palpējams pulss, tas nozīmē, ka artērija līdz pēdai ir caurlaidīga.

Var veikt izmeklējumu, kas nosaka, kāda ir asinsrite kājās – kompensēta vai nē. Ar šīs metodes palīdzību tiek noteikts potītes un augšdelma indekss (PAI): arteriālā spiediena attiecība starp augstāko spiedienu uz rokas un pie potītes. Ja PAI

Ievēro!

- Ja, mērojot ceļa posmu kājām, apakšstilbos rodas sāpes, jāvērsas pie ārsta. Sāpes kājās pie slodzes jeb mijklibošana ir pirmā perifērās artēriju saslimšanas pazīme.
- Lai uzlabotu kāju artēriju asinsriti, pacientiem daudz jāstaigā. Ārsts rekomendē regulāri doties pastaigās, nūjot vai izmantot mehānisko skrejceļu sporta zālē. Ja parādās sāpes, jāapstājas, līdz tās pāriet un tad jāturpina ceļš.
- Uzmanība jāpievērš arī kāju nagu stāvoklim – par perifēro artēriju saslimšanu var liecināt izmaiņas nagu stāvoklī, nagu sēnīte.
- Ja kājas kļūst karstas, slimībai var būt pievienojies iekaisums. Šajā gadījumā ar ārsta apmeklējumu nedrīkst kavēties. Īpaši uzmanīgiem jābūt cukura diabēta pacientiem.
- Pacienti ar perifēro artēriju slimību nedrīkst pieļaut kāju nobēršanu, kā rezultātā var izveidoties nedzīstoša čūla. Ārsts tāpat rekomendē valkāt brīvākas zeķes.
- Pirms uzsākt pašārstēšanos, labāk pārliecināties par diagnozi, vērsoties pie asinsvadu ķirurga, kurš nozīmēs atbilstošu ārstēšanas veidu.
- Ja kāja pēkšņi notirpst, kļūst vēsa, parādās ļoti stipras sāpes, kāju ir grūti pakustināt, **NEKAVĒJOTIES** jādodas uz slimnīcu! Šīs pazīmes liecina par akūtu asinsvada nosprostošanos, kad kājas glābšanā svarīga katra stunda.

indekss ir zem 0,9, pastāv perifēro artēriju slimība, bet indekss zem 0,4 (norma ir 1–1,3) norāda, ka asinsrite kājā ir ļoti slikta un pacientam ir nopietnas problēmas. Viņam nepieciešams veikt asinsvadu rekonstrukciju vai revaskularizāciju (atvēršanu), ja tas ir iespējams. Šī diagnostikas metode vienīgi nav rekomendējama cukura diabēta pacientiem.

– Kā perifēro artēriju slimību ārstē?

– Pacienti, kuriem ir tikai mijklibošana, bet asinsrite kājās nav dekompensēta, respektīvi, naktī, miera stāvoklī kāja nesāp, kā arī nav trofisku čūlu, gangrēnas, nebūs jāārstē ķirurģiski. Viņiem palīdzēs medikamenti un dzīvesveida maiņa: iespējamo riska faktoru novēršana, staigāšana, šķidruma lietošana pietiekamā daudzumā, lai izvairītos no dehidratācijas.

Savukārt, ja asinsrite kājā ir dekompensēta, izveidojušās trofiskas čūlas vai ir sāpes kājā naktī, tad jāvērsas pie asinsvadu ķirurga. Mūsdienās ir dažādas ārstēšanas metodes. Šādās situācijās iespējams veikt šuntēšanu, tas ir, bojātajai vietai izveidot mākslīgu apvedceļu, vai izdarīt angioplastiju (nosprostoto vai sašaurināto artēriju ar speciālām ierīcēm balonkatetriem atver no iekšpuses un, ja nepieciešams, ievieto arī stentu). Ir arī situācijas, kad kāju nevar glābt.

– Kas notiek, ja šo slimību neārstē?

– Ja pacients nekontrolē riska faktorus, piemēram, turpina smēķēt, slimība agresīvāk virzās uz priekšu. Rezultātā asinsvads var noslēgties pavisam, tāpat noslēgsies arī mazie asinsvadi, asinsrite kājās būs dekompensēta, un, kā jau minēju, var attīstīties gangrēna. Protams, ne vienmēr mijklibošana beigsies ar gangrēnu, bet šāda iespēja pastāv.

– Ko jūs ieteiktu perifēro asinsvadu slimību pacientiem?

– Ja ir sāpes kājās, es ieteiktu griezties pie gimenes ārsta, lai noskaidrotu sāpju iemeslu. Ja ir trofiskas izmaiņas, piemēram, čūlas, arī nekavējoties jāvērsas pie ārsta, lai izvērtētu, vai tās nav arteriālas problēmas.

HJERTEMAGNYL®

- ♥ 1 – 2 tabletes dienā samazina trombu veidošanos asinsvados
- ♥ Mazina infarkta un insulta risku
- ♥ Zemas devas aspirīns saudzīgs kuņģim

HJERTEMAGNYL 75 mg & 150 mg LIETO PIE AKŪTAS UN HRONISKAS IŠĒMISKĀS SLIMĪBAS, T.SK. PRIMĀRAI KARDIOVASKULĀRO SLIMĪBU UN ATKĀRTOTU TROMBOŽU PROFILAKSEI.

Konsultējieties ar ārstu par sev piemērotāko Hjertemagnyl lietošanu.

Reklāmas devījs: Takeda Latvia SIA, www.takeda.lv
Reklāma izstrādāta 01.2015., LV/HMG/2015-2



Brīdinājums: Lūdzu uzmanīgi izlasiet lietošanas instrukciju.
Konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu.

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI!

Kad nepieciešama skābekļa terapija

Pagājušā gada pavasarī ar AGA SIA/Linde Healthcare atbalstu tika izdots asociētā profesora, Latvijas Tuberkulozes un plaušu slimību ārstu asociācijas valdes priekšsēdētāja Alvila Krama izveidotais buklets *Ilgstoša skābekļa terapija*.

Izdošanas mērķi vislabāk raksturo autora ievadvārdi: «Bukleta galvenā mērķauditorija ir ārsti – īpaši plaušu slimību speciālisti, internisti un ģimenes ārsti. Tas domāts arī medicīnas studentiem un veselības aprūpes organizatoriem. Ceru, ka bukletā sniegtā informācija palīdzēs uzlabot to pacientu aprūpi, kuriem nepieciešama ilgstoša skābekļa terapija, kā arī tuvinās brīdi, kad šī ārstēšanas metode Latvijā tiks kompensēta.»

Ieskatam dažas no bukleta sadaļām.

Kas ir ilgstoša skābekļa terapija

Ilgstošas skābekļa terapijas (IST) gadījumā pacienti ar elpošanas nepietiekamību pastāvīgi, nereti pat nepārtraukti, mājās apstākļos elpo skābekli.

IST mērķis ir mazināt elpas trūkumu, uzlabot slodzes toleranci un dzīves kvalitāti, slimību uzliesmojumu un hospitalizāciju biežumu, kā arī mazināt pacientu mirstību.

IST ietver divus aspektus – skābekļa inhalāciju no stacionāra avota (pasaulē vairāk nekā 80% gadījumu tie ir skābekļa koncentratori) un papildus portatīvu skābekļa avotu izmantošanu pacientu mobilitātes nodrošināšanai.

Eiropas medicīnas literatūrā IST gadījumā biežāk lietotā angļu valodas abreviatūra ir LTOT – Long Term Oxygen Therapy, savukārt ASV – HOT (Home Oxygen Therapy). Austrālijas un Jaunzēlandes vadlīnijās minēta *Domiciliary Oxygen Therapy*. Portatīvu skābekļa avotu izmantošanu ārpus mājas dēvē par ambulatoro skābekļa terapiju (*Ambulatory Oxygen Therapy*), to parasti nelieto atsevišķi, bet papildus stacionārajai IST.

IST ordinē elpošanas nepietiekamības (hipoksēmijas), nevis elpas trūkuma gadījumā! Elpas trūkumam var būt arī ļoti daudz citu cēloņu!

Elpošanas nepietiekamība

Respiratoriskās jeb elpošanas sistēmas galvenais uzdevums ir gāzu maiņa – apgādāt organismu ar skābekli un izvadīt ogļskābo gāzi.

Vesela cilvēka venozajās asinīs plaušu artērijā $\text{PaO}_2 \approx 6 \text{ kPa}$ (45 mmHg), savukārt $\text{PaCO}_2 \approx 7 \text{ kPa}$ (52 mmHg). Mazā asinsrites loka beigās – lielajās plaušu vēnās $\text{PaO}_2 \approx 13 \text{ kPa}$ (100 mmHg), savukārt $\text{PaCO}_2 \approx 5 \text{ kPa}$ (37 mmHg).

Atkarībā no nespējas veikt vienu vai abas pamatfunkcijas izšķir divus elpošanas nepietiekamības (EN) tipus:

- I tipa (hipoksēmiska) – ja $\text{PaO}_2 < 8 \text{ kPa}$ ($< 60 \text{ mmHg}$)*;
- II tipa (hiperkapniska) – ja $\text{PaO}_2 < 8 \text{ kPa}$ ($< 60 \text{ mmHg}$) un $\text{PaCO}_2 > 6 \text{ kPa}$ ($> 45 \text{ mmHg}$)*.

* Arteriālajās asinīs, miera stāvoklī, jūras līmenī, elpojot atmosfēras gaisu.

Kādu slimību gadījumā ordinē IST

Hipoksēmiju visbiežāk novēro elpošanas sistēmas slimību gadījumā – lielākoties tā ir HOPS (hroniska obstruktīva plaušu slimība), difūzas plaušu parenhīmas slimības (intersticiālas plaušu slimības), piemēram, idiopātiska plaušu fibroze. Bērniem tā ir cistiskā fibroze, hroniskas neonatālas plaušu slimības. Retāk hipoksēmiju novēro kardiālas patoloģijas, piemēram, sirds mazspējas, kā arī citu slimību gadījumā. Hipoksēmiju ar hiperkapniju novēro daļai slimnieku ar smagu HOPS, kā arī smagas kifo-skoliozes un neiromuskulāru slimību gadījumā.

Nereti IST ordinē paliatīvās aprūpes ietvaros, piemēram, plaušu vēža gadījumā. Taču jānosver, ka elpas trūkumu efektīvāk mazina opiāti, tādēļ skābeklis būtu ordinējams verificētas hipoksēmijas gadījumā. Parasti šāda terapija ir īslaicīga un drīzāk atbilst intermitējošai skābekļa terapijai.

Lielākā daļa IST saņēmēju ir HOPS slimnieki.

Galvenais pētījumos pierādītais IST efekts ir pacientu dzīvildzes uzlabošanās.

Citi IST rezultāti ir elpas trūkuma mazināšanās, slodzes tolerances, neirofizioloģisko funkciju un dzīves kvalitātes uzlabošanās. Daļai pacientu novēro arī palielinātā eritrocītu skaita un pulmonālās hipertensijas mazināšanos.

HOPS un elpošanas nepietiekamības diagnostika, pulsa oksimetrija

Gan HOPS pacienti, gan pacienti ar citas etioloģijas EN sākotnēji izjūt elpas trūkumu tikai fiziskas slodzes gadījumā. Elpas trūkums ir ne tikai pilnīgi subjektīva, bet arī ļoti nepatīkama sajūta. Tāpat kā sāpes. Pacienti, kuri fiziskas slodzes gadījumā izjūt elpas trūkumu, apzināti un neapzināti cenšas no tā izvairīties – 200 m līdz veikalam brauc ar automašīnu, savukārt, lai nokļūtu 2. stāvā, izmanto liftu. Šāds pacients uz jautājumu: «Vai Jūs ikdienā izjūtat elpas trūkumu?» atbildēs noliedzoši. Tādēļ jebkuram pacientam ir mērķtiecīgi jājauc par slodzes toleranci, piemēram, «Kurā stāvā Jums ir jāpastājas elpas trūkuma dēļ?»

Elpas trūkuma gadījumā obligāti jāveic spirometrija, ieteicama arī asins skābekļa saturācijas (SpO_2) noteikšana ar pulsa oksimetru, īpaši slīptākas slodzes tolerances gadījumā. Jāatceras, ka ilgstošam smēķētājam sirds mazspējas simptomu esamība nevis pazemina, bet tieši otrādi – paaugstina HOPS risku. Savukārt HOPS slimniekiem komorbiditāte paaugstina EN iespējamību.

Pulsa oksimetrija būtu jāveic visiem slimniekiem ar cianozi, sekundāru policitēmiju, smagu elpceļu obstrukciju – $\text{FEV1} < 30\%$ no normatīviem rādītājiem (NR), kā arī gadījumos, ja HOPS slimniekiem ar FEV1 30–49% no NR novēro labās sirds mazspēju (perifēriskas tūskas).

$\text{SpO}_2 \leq 90\%$ ir indikācija pacienta nosūtīšanai pie speciālista, lai novērtētu IST nepieciešamību. Pulsa oksimetram ir jābūt ne tikai katras stacionāra nodaļas personāla un dežurārsta, bet arī katra ģimenes ārsta rīcībā. Vienkāršāko pirkstgala pulsa oksimetru cena ir ap 40 €.

IST indikācijas, mērķi un kontrindikācijas

IST ir indicēta, ja $\text{PaO}_2 < 7,3 \text{ kPa}$ (55 mmHg).

HOPS gadījumā arī, ja PaO_2 ir 7,3–8 kPa (55–60 mmHg) un papildus konstatē:

- sekundāru policitēmiju (hematokrits $> 55\%$);
- perifēriskas tūskas (*Cor pulmonale*);
- nakts hipoksēmiju ($\text{SaO}_2 < 90\%$ vairāk nekā 30% no miega perioda);
- pulmonālo hipertensiju.
- $\text{PaO}_2 < 7,3 \text{ kPa}$ (55 mmHg) ir jābūt vismaz 2–3 reizes mēneša laikā slimības remisijas periodā. IST mērķis ir pastāvīgs $\text{PaO}_2 \approx 8,7 \text{ kPa}$ (65 mmHg); attiecīgi $\text{SaO}_2 \approx 92\%$.

IST rezultātā būtu jāsasniedz vismaz $\text{PaO}_2 > 8,0 \text{ kPa}$ (60 mmHg); attiecīgi $\text{SaO}_2 > 90\%$ vai PaO_2 jāpalielinās vismaz par 1,3 kPa (10 mmHg).

IST rezultātā PaCO_2 nedrīkst pārmērīgi paaugstināties.

IST neordinē nemotivētiem, nedisciplinētiem slimniekiem, kuri nav līdzestīgi līdzšinējai medikamentozajai terapijai. Dažu valstu vadlīnijās IST kontrindikācija ir smēķēšana.

Skābekļa koncentratori

Pasaulē visplašāk lietotais ($> 80\%$ gadījumu) un lētākais stacionārās IST veids. Skābekļa koncentratoru (SK) darbības pamatā ir kompresors un «filtr», kas atdala slāpekli no skābekļa (atmosfēras gaisa galvenās sastāvdaļas ir slāpeklis – 79% un skābeklis – 21%). SK darbībai nepieciešama elektriskā strāva. Patēriņš $\approx 0,3 \text{ kW/stundā}$ (lietojot 16 stundas dienā, $\approx 150 \text{ kW mēnesī}$). Pirmie SK modeļi bija ledusskapju lielumā un skaļi. Šobrīd to skaļums ir ap 40 decibelu, kas atbilst mājas miera trokšņa līmenim (sarunas trokšņa līmenis ir 50–60 decibeli). Mūsdienās standarta skābekļa koncentratora izmēri ir tuvi vidēja izmēra čemodānam, tie sver ap 15–25 kg, parasti nodrošina $\geq 97\% \text{ O}_2$ koncentrāciju pie plūsmas 2–3 l/minūtē (augstākas plūsmas gadījumā O_2 koncentrācija būs nedaudz mazāka).

(Paciente ar skābekļa koncentratoru attēlota uz bukleta vāka.)

Pēdējos gados ir pieejami modeļi, kas nodrošina pacientam iespēju pašam mājās droši uzpildīt ar skābekli maza izmēra alumīnija skābekļa balonus.

IST izmaksas un kompensācijas perspektīvas Latvijā

Skābekļa koncentratoru iegādi vai īri Latvijā piedāvā vairākas kompānijas, taču pilnu

pakalpojumu klāstu – gan koncentratorus, gan skābekli balonos (arī šķidro skābekli) – piedāvā tikai *The Linde Healthcare/AGA*, pacientu aprūpi nodrošinot ne tikai pati, bet arī izmantojot firmu starpniecību, kas specializējusies slimnieku mājas aprūpē. Sertificētu medicīnas iestāžu starpniecība ir obligāta gan maza, gan liela izmēra skābekļa balonu izmantošanas gadījumā, jo skābeklis ir Valsts Zāļu aģentūrā reģistrēts medikaments, savukārt *The Linde Healthcare/AGA* ir lieltirgotava. Ja pacients apsver iespēju iegādāties skābekļa koncentratoru savā īpašumā, tā cena būs, sākot no 900–1500 €. Ņemot vērā, ka grūti prognozēt aparātūras izmantošanas laiku, skābekļa koncentratorus pasaulē parasti īrē. Īres maksa ietver arī regulāru servisa apkopi. Latvijā īres maksa ir, sākot no 40–50 €/mēnesī (ieskaitot PVN), papildus jāierēķina arī elektrības izmaksas. Koncentratora, kas pacientam pašam ļauj mājās uzpildīt mazos skābekļa balonus, mēneša īres maksa ir ap 150 €, savukārt portatīvā skābekļa koncentratora – ap 200 € mēnesī. Pēdējā iegāde izmaksātu, sākot no 3000–4000 €. 3,0 litru kompozītmateriālu skābekļa balona īres izmaksas ir 60–70 centi/dienā ($\approx 20 \text{ € mēnesī}$), balona uzpilde (nomaiņa) – ap 16 €. 2,0 litru balona īres maksa neatšķiras, uzpildes (nomaiņas) maksa – ap 12 €.

Latvijā IST ikdienā saņem apmēram 200–300 pacientu. Daļai no viņiem IST, jādūmā, nav nepieciešama, taču pacientu skaits, kam nepieciešama IST, bet kuri to nesaņem, ir daudz lielāks. IST limitē informācijas trūkums, kā arī līdz šim neatrisinātais jautājums par IST izmaksu kompensāciju. Lai arī skābeklis ir medikaments, skābekļa koncentratoru un/vai balonu īri nav iespējams apmaksāt zāļu iegādes kompensācijas sistēmas ietvaros.

Nākotnē, šķiet, iespējami divi modeļi (reālāks ir otrais).

1. IST aparāturu konkursa kārtībā iepērk (vai īrē) slimnīcas un izsniedz (izīrē) slimniekiem.
2. Pakalpojumu nodrošina uzņēmumi, kuri veic slimnieku mājas aprūpi un kurus konkursa kārtībā izvēlas Nacionālais Veselības dienests. Jebkura modeļa gadījumā nepieciešama īpaši apmācīta māsa, kura dodas regulārās mājas vizītēs.



BUKLETS IR PIEEJAMS BEZ MAKSAS.

Interesentus lūdz zvanīt uz SIA AGA informatīvo tālruni 67023936 vai rakstīt uz e-pastu aga.ksc@lv.aga.com.

Vairāk par *Linde Healthcare* izstrādājumiem un pakalpojumiem lasiet www.linde-healthcare.lv



ZIVJU EĻĻAS EKSPERTI

Unikāls sastāvs:

kvalitatīva
zivju eļļa
atsevišķā kapsulā
un divas tabletes
ar glikozamīnu,
hondroitīnu un
C vitamīnu.

Esi
Vesels
kopā ar
LYSI!



Dubults efekts Tavām locītavām!

Jūnijā

MĒNESS APTIEKA

aptiekās –
30%
atlaide!

www.lysi.lv



UZTURA BAGĀTINĀTĀJS NEAIZSTĀJ PILNVĒRTĪGU UN SABALANSĒTU UZTURU



Bionorica®

Dabīgs augu preparāts
Cistīts? Nierakmeņu slimība?
Canephron®



-  **Mazina urīnceļu spazmas un iekaisumu**
-  **Novērš un aizkavē nierakmeņu veidošanos**
-  **Piemīt diurētiska un antibakteriāla iedarbība**

Daba • Zinātne • Veselība

Bezrecepšu medikaments.

Lūdzu uzmanīgi izlasiet lietošanas instrukciju!
Pirms lietošanas konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu!
Ārvalstu komersanta "BIONORICA SE" pārstāvniecība
Apstiprināts: 18.12.2014.

Vācu kvalitāte

**Nepamatota zāļu lietošana ir kaitīga
Jūsu veselībai!**

OMRON

Asinsspiediena mērītāji no Japānas firmas OMRON

OMRON M3

*Automātisks asinsspiediena mērītājs
uz augšdelma*



5 Garantijas
laiks
gadi

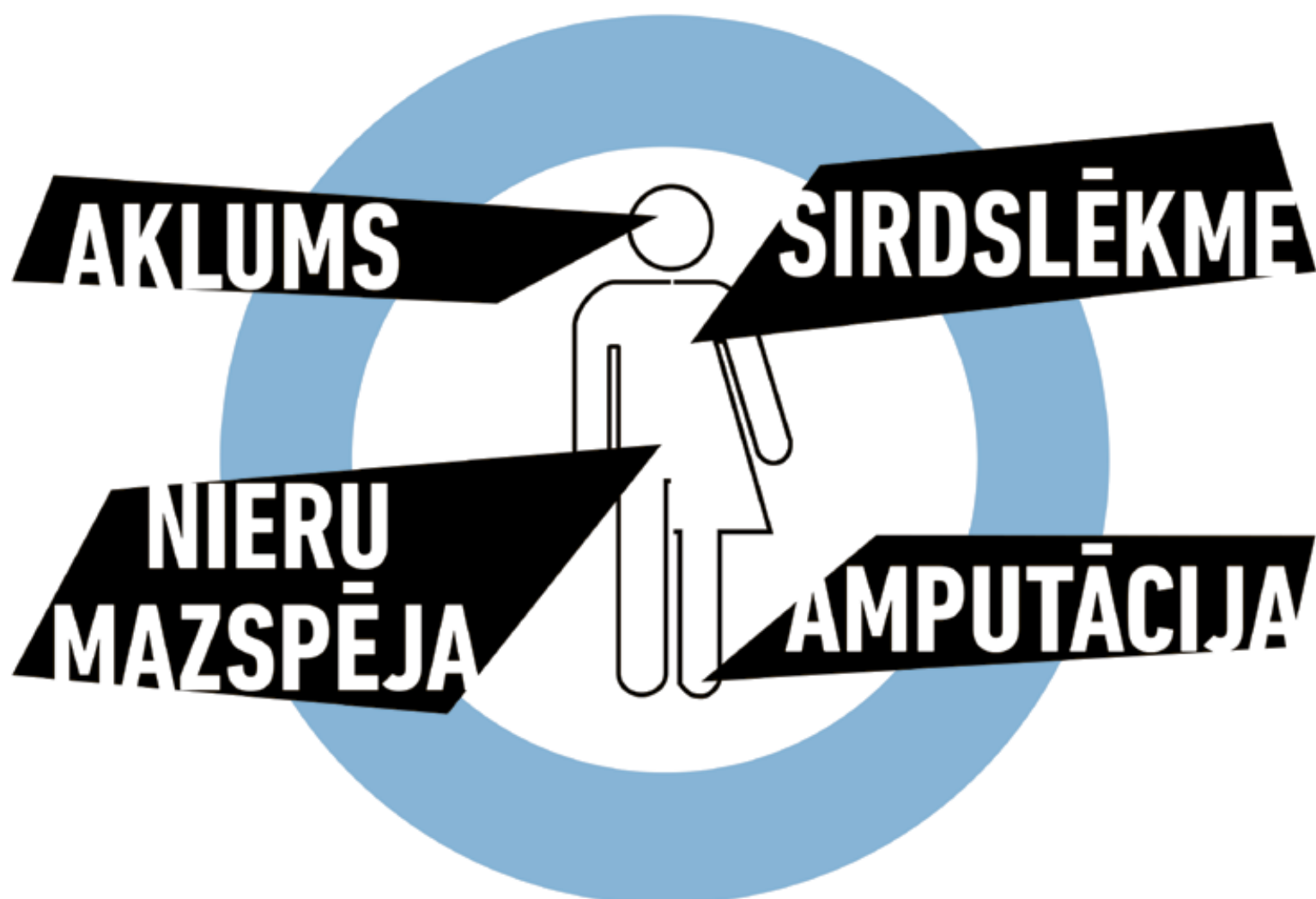
Pieprasiet visās Latvijas aptiekās

*Automātisks asinsspiediena mērītājs
ērtai, ātrai un precīzai asinsspiediena mērīšanai.*

- *Intelektuālās vadības tehnoloģija "Intellisense"* •
- *Neregulāra sirds ritma indikators* •
- *Atmiņa 60 mērījumiem* • *Manšete rokas apkārtmēram 22-42 cm* •

Oficiālais OMRON pārstāvis Latvijā: SIA „ELVIM”.

DIABĒTA komplikācijas



Seko savam mērķim* un nosargā nākotni!

$$*HbA_{1c} \leq 7\%$$

Latvijas Diabēta Federācija iesaka: 2. tipa diabēta pacientiem glikozētā hemoglobīna (HbA_{1c}) līmenis nedrīkst pārsniegt 7%