

Tauta un Veselība



NEPIECIEŠAMA ĶĪMIJTĒRIPIJA

Ķīmijterapiete stāsta, ko onkoloģiskajiem pacientiem dod ķīmijterapija un kā cīnīties ar visus biedējošajām blakusparādībām.

8. lpp.



UGUNSGRĒKS BARĪBAS VADĀ

Speciālists skaidro, kādi iemesli varētu izsaukt dedzināšanas sajūtu pakrūtē un kāpēc palīdzēt nevarēs daudzu tik iecienītā soda.

10. lpp.

Kā palīdzēt multiplās sklerozes pacientiem?



Foto: no LMSA arhīva

KĀ JŪTAS CILVĒKS, KURAM JĀSA-DŽĪVO AR MULTIPLĀS SKLEROZES DIAGNOZI, ZINA TIKAI VIŅŠ PATS, JO UZ SAVA ĶERMEŅA IZJŪT VISUS ŠĪS SMAGĀS SLIMĪBAS SIMPTOMUS.

Redzes, jušanas, atmiņas traucējumi, nespēks vienā vai abās rokās, kājās, grūtības pārvietoties, nestabilitā-

te, kuras dēļ ne vienam vien slimniekam nākas staigāt, ieķeroties draugam vai radniekam elkonī, vai mājās atbalstīties pret sienām. Vēl jaunākā gadījumā slimnieks spiests pārvietoties ar krukliem, *staiguli* vai pat tikai sēdēt invalīda ratiņos.

Tikai retajam stāvoklis uzlabojas. Lielākoties ir gluži pretēji, un par to arī brīdina ārsti. Tāpēc atliek vien cerēt, ka slimība neprogresēs un nekļūs vēl jaunāk. Tāpēc ārsti skaidro, kā pēc iespējas ilgāk censties saglabāt esošo veselības stāvokli. Te palīdz arī vienkāršas lietas:

D vitamīna, Omega-3 taukskābju lietošana ikdienā, regulārs fizioterapeita apmeklējums. Jo lai cik grūti arī nebūtu, lielākā daļa multiplās sklerozes pacientu ir gatavi cīnīties par savu veselību un katru dienu dzīvo ar cerību, ka medicīna ies uz priekšu un tiks atklātas arvien jaunas zāles, kas ne vien slimību uzturēs remisijas fāzē, bet arī palīdzēs piecelties kājās tiem, kas piekalti ratiņkrēslam.

Kamēr tas vēl ir tikai nākotnes jautājums, gribas aicināt sabiedrību un darba devējus būt saprotošiem,

nenovērsties no šiem lielākoties gados jauniešiem cilvēkiem, bet savu iespēju robežās viņus atbalstīt un darīt visu iespējamo, lai slimnieki uz dzīvi raudzītos ar pozitīvu skatu. Pretējā gadījumā nomāktība un depresija, kas ir daudzu izkaisītās sklerozes pacientu sabiedrotais, viņu veselības stāvokli vēl vairāk pasliktinās. Domāsim paši pozitīvi un aicināsim to darīt arī citus!

Par multiplo sklerozi un tās ārstēšanu lasiet 4.–5. lpp.

KĀ PALĪDZĒT

Mazināt onkoloģisko pacientu sāpes.

6. lpp.



AKNU SLEPKAVA

Nogurums, nervozitāte – pie vainas C hepatīts?

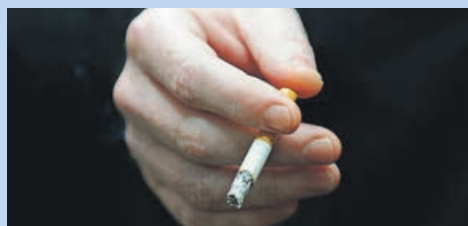
14. lpp.



KO DARĪT?

Par ko mums stāsta elpas trūkums.

16. lpp.



PAVASARA STRESS

Kāpēc magnijs ir vajadzīgs mūsu organismam.

24. lpp.



Esiet sveicināti!

Uzdot jautājumus un rast uz tiem atbildes ir pašsaprotama lieta. Lai gan dažkārt šķiet, ka tikai bērni nekautrējas jautāt un par katru cenu vēlas saņemt atbildes uz saviem "kāpēc". Cik bieži visdažādākajos pasākumos ir nācies dzirdēt ierasto: «Vai jums ir kādi jautājumi?» Kam seko klusums. Neviens īsti negrib izrādīt, ka viņš kaut ko nav sapratis vai nav ieguvis visu vajadzīgo informāciju. Nu tiešām, kāpēc uzdot jautājumu, ja tas varētu citu acīs likt izskatīties nekompetentam? Lai gan varu teikt, ka, gadiem ejot, esmu ielāgojusi: jautāt nav jākaunas. Un pie tā savā profesijā arī konsekventi tuos. Kauns ir nejautāt un pēc tam uzrakstīt aplamības pēc principa: es rakstu, kā es to saprotu. Līdzīgi var teikt ne tikai par žurnālistiku. Medicīna ir nozare, kuras būtība ir uzdot jautājumus, kā arī meklēt un rast uz tiem atbildes. Par diagnozi, slimības smagumu, piemērotāko ārstēšanu u.c.

Šajā avīzes numurā par to, cik svarīgi ir pēc iespējas vairāk jautāt un zināt par savu slimību, runā kardiologs Kārlis Trušinskis. «Pacientu interese par savu veselību un izglītības līmenis ārstēšanas procesā ir svarīgs. Ārstēšanas metodēm kļūstot sarežģītākām, arī pacientam ir vairāk jāiesaistās un jāsaprot, ko mēs darām. Ja jūs interesējaties par savu veselību, sekojat līdzi, jautājat, ārstēšanas rezultāts noteikti būs labāks nekā tad, ja jūs nelielaties par to ne zināt,» saka kardiologs. Tātad nevajag domāt, ka mēs izrādām savu muļķību, uzdodot jautājumus. Ar to mēs parādām, ka esam gatavi uzzināt vairāk un iesaistīties slimības ārstēšanā.

Laikraksta Tauta un veselība redaktore
Sarma Zvirbule

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.

Apbalvo Mobilo veselības aprūpes centru



Vija Tīrzmale (vidū), Attīstības un Mobilā veselības aprūpes centra direktore tikko saņēmusi balvu kategorijā *Par izcilu ieguldījumu veselībā un labklājībā*.

Balvu konkursa Balva Cilvēka izaugsmei kategorijā Par izcilu ieguldījumu veselībā un labklājībā ieguvis Mobilais veselības aprūpes centrs (Ronald McDonald House Charities Latvija).

Šo balvu pasniedz Amerikas Tirdzniecības palāta Latvijā (ATPL) kopā ar ASV vēstniecību Latvijā un Latvijas Pilsonisko aliansi (LPA), lai godinātu Latvijas cilvēkus, organizācijas un uzņēmumus par īpašiem nopelniem un ieguldījumu cilvēka izaugsmei. Balvas piešķiršanas mērķis ir vairot cilvēka izaugsmes nozīmi un rosināt sociālās atbildības iniciatīvas, atspoguļojot labās prakses piemērus.

Ronald McDonald House Charities Latvija ir sabiedriskā labuma organizācija, kuras misija ir rūpēties par Latvijas bērnu veselību un labklājību. Tās pārstāvniecība Latvijā ir dibināta 2007. gadā.

Lai veicinātu bērnu primārās veselības aprūpes pieejamību, 2011. gadā labdarības organizācijas Ronald McDonald House Charities pārstāvniecība Latvijā izveidoja Mobilo veselības aprūpes centru (MVAC), kas sadarbībā ar Bērnu klinisko universitātes slimnici (BKUS) sniedz ārstu bezmaksas konsultācijas bērniem visā Latvijā. MVAC jeb bērnu veselības buss ir speciāli aprīkots transportlīdzeklis, kurā Bērnu slimnīcas ārsti speciālisti brauc uz Latvijas pilsētām un nodrošina bērniem primāro medicīnisko aprūpi. Veselības busa

darbības mērķis ir padarīt pieejamākus medicīniskos pakalpojumus ģimenēm ar bērniem un nodrošināt regulāras bezmaksas primārās medicīniskās aprūpes, kā arī savlaicīgu norīkojumu pie kvalificētiem speciālistiem.

MVAC konsultāciju skaits ir pieaudzis no 1713 2011. gadā līdz 4759 2014. gadā. Gandrīz 1000 konsultācijas notikušas bērnu namos un rehabilitācijas centros.

Kopējais pacientu skaits pārsniedz 13 000, ir notikušas vairāk nekā 16 000 apskates. MVAC komandā ir vairāk nekā 30 speciālistu. Vidēji mēnesī tiek sniegtas 450 konsultācijas, gadā tiek veikti vairāk nekā 90 braucieni, nobraucot vairāk nekā 22 000 kilometru.



MVAC komanda mēnesī vidēji sniedz 450 konsultācijas.

Mobilā veselības aprūpes centra darbības grafiks maijā

Datums	Vieta	Speciālists
11. maijs	Strenči	otolaringologs, neirologs
12. maijs	Rīga	fizioterapeits
14. maijs	Limbaži	alergologs, neirologs
15. maijs	Aloja	endokrinologs, okulists
18. maijs	Cesvaine	okulists, mikrobiologopēds
19. maijs	Lazdukalns	gastroenterologs, alergologs
20. maijs	Saldus	okulists, neirologs
22. maijs	Vecumnieki	okulists, neirologs
25. maijs	Madona	alergologs, neirologs
26. maijs	Rugāji	alergologs, neirologs
27. maijs	Rīga	alergologs
29. maijs	Skrunda	okulists, mikrobiologopēds

Tauta un Veselība izdošanu atbalsta:

AstraZeneca
Veselība mūs vieno



Bionorica

ELVIM



GlaxoSmithKline



OlanFarm



The Channel for Health



SANOFI



Atklāj Bērnu vakcinācijas centru



Foto: No BKUS arhīva

Vakcinācijas centrs palīdzēs gan slimiem, gan veseliem bērniem risināt ar vakcināciju saistītās problēmas, norāda BKUS Bērnu slimību klīnikas vadītāja, profesore Dace Gardovska (no labās), BKUS bērnu infektoloģe, Bērnu vakcinācijas centra vadītāja Dace Zavadska un Bērnu slimnīcas virsārste Renāte Snipe.

Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā (BKUS) ir izveidots Bērnu vakcinācijas centrs.

«Ārsti Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā vēlas, lai sabiedrība būtu izglītota vakcinācijas jautājumos un bērniem, viņu vecākiem būtu pieejams profesionāls vakcinācijas centrs, kas varētu palīdzēt gan slimiem, gan veseliem bērniem risināt ar vakcināciju saistītās problēmas,» uzsver BKUS Bērnu slimību klīnikas vadītāja, profesore Dace Gardovska.

Pēdējos gados ir būtiski pieaudzis to bērnu īpatsvars, kuru vakcinācijas plāns medicīnisku un citu indikāciju dēļ nav izpildīts saskaņā ar noteikto nacionālo imunizācijas programmu. Tādēļ sarežģītu imunizācijas situāciju risināšanā ir jāiesaistās bērnu infektologam ar papildu izglītību sarežģītu imunizācijas situāciju risināšanā. Bērnu vakcinācijas centra (BVC) galvenais uzdevums ir bērnu vakcinācija, kā arī konsultēšana ar vakcināciju saistītajos jautājumos bērniem ar dažādām saslimšanām un riska grupu pacientiem vecumā no 0–18 gadiem, kā arī veseliem bērniem. Vienlaikus konsultējot vecākus un veicot imunizāciju stacionārajā etapā. «Vairumā gadījumu vakcinācija pilnībā norit bez jebkādām blakus reakcijām vai vakcīnu izraisītās reakcijas ir vieglas, piemēram, apsārtums vai pietūkums injekcijas vietā, kā arī īslaicīgs drudzis. Šādas reakcijas pāriet pašas no sevis. Tomēr, ja vecākiem ir nepieciešama papildu informācija, lai izvērtētu, kad veikt vakcināciju, kādas var būt infekcijas briesmas un sekas, kā arī citi ar slimību un vakcināciju saistīti jautājumi, aicinām vecākus vērsties Bērnu vakcinācijas centrā pie speciālistiem,» paskaidro BKUS bērnu infektoloģe, Bērnu vakcinācijas centra vadītāja Dace Zavadska.

Vakcinācija palīdz ierobežot daudzu dzīvībai bīstamu infekcijas slimību izplatību un pat pilnīgi likvidēt tās. Svarīgi piebilst, ka veselo bērnu vakcinācija atbilstoši Latvijas Imunizācijas kalendāram joprojām paliek ģimenes ārstu ziņā. Tomēr gadījumos, ja bērns ir imunizācijas riska grupā, piemēram, slimo ar hroniskām saslimšanām, iepriekšējās vakcinācijas pasākumi noritējuši ar sarežģījumiem u. tml., ģimenes ārsts pacientu sūta pie vakcinācijas speciālista, izrakstot nosūtījumu. Vecāki pēc savas iniciatīvas BVC var vērsties arī ar jautājumiem par vakcināciju pret slimībām, kas nav iekļautas Imunizācijas kalendārā, piemēram, ērcu encefalītu, bet tad tas ir izvēles maksas pakalpojums, stāstīja Bērnu slimnīcas virsārste Renāte Snipe.

Vakcinācijas centrs darbosies, gan ambulatori konsultējot bērnus un viņu vecākus, gan stacionārajā etapā. Tā galvenie uzdevumi saistās ar sarežģītiem imunizācijas gadījumiem, bērniem, kuri sirgst ar hroniskām saslimšanām, nokavējuši vai nav sākuši vakcināciju pēc kalendāra, kā arī sabiedrības izglītošanu ar vakcināciju saistītos jautājumos.

Laika posmā no 2000. gada līdz 2014. gadam Latvija ir zaudējusi 35 bērnus, kuri miruši no vakcīnu kontrolējamām infekcijām. RSU medicīnas studenti ir izpētījuši, ka Bērnu slimnīcā pēdējo 10 gadu laikā ārstējušies vairāk nekā 700 bērni ar bērnu infekcijām, pret kurām valsts ir nodrošinājusi bezmaksas vakcināciju, vidēji pavadot slimnīcā astoņas dienas, un 96% no viņiem bija nepieciešama zāļu ievade vēnā, gandrīz katrs desmitais bērns ar difteriju vai garo klepu ārstējās intensīvās terapijas nodaļā, kas liecina par slimības smagumu.

Lai sabiedrību pasargātu no epidēmijām, vakcināto iedzīvotāju daļai pret konkrēto infekciju būtu jāsasniedz vismaz 95%.

Mazāk grib strādāt ārzemēs

2014. gadā pieprasījums no Latvijas ārstniecības personām pēc kvalifikācijas atzišanas ārzemēs saglabājies līdzvērtīgs 2013. gadam un ir viens no zemākajiem rādītājiem pēdējo piecu gadu laikā, informē Veselības inspekcija.

Pagājušajā gadā Veselības inspekcijas speciālisti sagatavojuši dokumentus profesionālās kvalifikācijas atzišanai ārvalstīs tikai 127 ārstniecības personām, 2010. gadā – 187, 2011. – 196, 2012. – 213 un 2013. gadā – 127.

Lielākā daļa no ārstniecības personām, kas vēlējas uzsākt profesionālo darbību ārvalstīs, bija vecuma grupā no 25–29 un 35–44 gadiem. Visbiežāk ārstniecības personas vēlējas uzsākt profesionālo darbību Norvēģijā – 59,8% un Lielbritānijā – 22 %, retāk – Vācijā – 9,4%.

Visvairāk dokumentus kvalifikācijas atzišanai ārvalstīs ir pieprasījušas māsas. Vislielākais iesniegumu skaits kvalifikācijas atzišanai ārvalstīs tika saņemts no Rīgā dzīvojošām ārstniecības personām. Palielinājies saņemto iesniegumu skaits no ārstniecības personām, kas atrodas ārvalstīs. 2013.gadā tika saņemti 16 iesniegumi no ārvalstīm, savukārt 2014. gadā – 24 iesniegumi.

Pērn ir audzis ārvalstu ārstniecības personu skaits, kuras vēlas strādāt Latvijā. Veselības inspekcija 2014. gadā ir saņēmusi sešu personu iesniegumus kvalifikācijas atzišanai Latvijā. Lielākoties personu kvalifikācija nebija atbilstoša Latvijā noteiktajiem minimālajiem apmācības nosacījumiem, un personām tika piemērota vispārējā atzišanas sistēma, nosakot papildu apmācību.

Vēlas uzlabot zāļu pieejamību

Valsts sekretāru sanāksmē izsludināti Veselības ministrijas izstrādātie grozījumi Ministru kabineta noteikumos par zāļu izplatīšanas kārtību, zāļu marķēšanu un lietošanas instrukcijām, kuru mērķis ir būtiski uzlabot zāļu pieejamību pacientiem.

Grozījumi paredz atcelt vairākas normatīvajos aktos noteiktās prasības, kas kavē zāļu, tai skaitā paralēli importēto zāļu un neregistrēto zāļu, piegādes iespējas no Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstīm un neļauj pacientiem laikus saņemt medikamentus. Līdz ar grozījumiem paredzēts atcelt vairākas birokrātiskās prasības, kā rezultātā tiks samazinātas administratīvās izmaksas, kas ir viens no cēloņiem zāļu cenas pieaugumam.

Lai samazinātu zāļu nelegālās noplūdes risku, grozījumi Ministru kabineta noteikumos paredz

noteikt prasības iepakojumu marķēšanai medikamentiem, kurus piegādā slimnīcām.

Nolūkā veicināt zāļu pieejamību noteikumu projektā paredzētas tiesības aptiekai dalīt tiešo zāļu iepakojumu. Tas ļaus pacientam iegādāties nevis vienu iepakojumu, bet nepieciešamo zāļu daudzumu, kādu nozīmējis ārsts. Tādējādi pacients zāles varēs iegādāties par zemāku cenu un samazināsies risks, ka pacients atsakās iegādāties zāles augstās cenas dēļ.

Tāpat Ministru kabineta noteikumu grozījumu projektos konkrētizētas prasības zāļu ieviešanā personīgai lietošanai un saņemšanai pa pastu, precizēta zāļu izplatīšanas un atsaukšanas procedūra, kā arī ieviesta vienota forma zāļu labas izplatīšanas prakses pārbaudes kontroles ziņojumam.

Grozījumi vēl jāapstiprina valdībā.



Foto: Imants Prēdelis

Jaunas telpas Otolaringoloģijas klīnikai

P. Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Otolaringoloģijas klīnikas Ambulatorā daļa pieņem pacientus jaunās telpās.

Pieņemšanas telpas, kas atrodas 25. korpusā preti Pacientu plānveida uzņemšanai, ir plašākas, gaišākas, tajās ir veikts kosmētiskais remonts. Slimnīcas valdes locekle Anda Čakša uzsver, ka ir svarīgi nodrošināt ne tikai augsti kvalificētus un pieredzējušus speciālistus saviem pacientiem, bet darīt to atbilstoši un patīkamā vidē. Kopā ar klīnikas vadību ir rasts risinājums,

negaidot brīdi, kad nodaļa pārcelsies uz jaunbūvējamo korpusu.

Turpmāk, ja pacients ir pierakstījies uz izmeklējumiem vai konsultāciju pie otolaringologa, viņam ir jādodas uz 25. korpusu, kas atrodas pie Pilsoņu ielas centrālās ieejas vārtiem, un jāreģistrējas Plānveida pacientu reģistratūrā. Reģistrēšanās process tiek organizēts tā, lai pacientiem būtu ērti vienā vietā reģistrēties, saņemt ambulatoro pacienta karti un veikt maksājumu. Plānojot vizīti pie speciālista, pacientiem būtu vēlams ierasties vismaz 20 minūtes pirms noteiktā izmeklējuma vai konsultācijas laika.



Ir svarīgi nodrošināt ne tikai augsti kvalificētus un pieredzējušus speciālistus saviem pacientiem, bet darīt to atbilstoši un patīkamā vidē.

Multiplā skleroze – nopietna slimība,



Foto: No Lanas Vainšteines personīgā arhīva

Lana Vainšteine: «Ir daudz dažādu teoriju par MS izcelsmi. Viena no tām saistīta ar ārējiem faktoriem jeb konkrētās valsts klimatu. Tāpat riska grupā varētu būt Epšteina-Barra vīrusa, herpes vīrusa nēsātāji. Iespēja ģenētiski pārmantot MS pastāv tikai līdz 3% gadījumu, un arī man ir pacienti, kuru vecākiem ir MS. Pēc manas pieredzes tiem, kas MS ir pārmantojuši, ir nosacīti labvēlīgāka slimības gaita.»

ILONA NORIETE, LAUMA ABRAMOVIČA

Multiplā jeb izkaisīto sklerozei dēvē par gados jaunu cilvēku saslimšanu. Pēc statistikas datiem divām trešdaļām tā tiek konstatēta vecumā no 20–40 gadiem. Tāpēc tie, kas vecāki, faktiski var būt droši, ka šī hroniskā slimība viņus nepieņem, ja vien tā jau kādu laiku nav iemājojusi organismā, paliekot neatklāta.

Kas ir šī slimība un ko darīt, ja tā tiek diagnosticēta, skaidrojam sarunā ar Multiplās sklerozes centra vadītāju, Latvijas Jūras medicīnas centra neirologi **Jolantu Kalniņu**, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionāra *Gaiļezers* neirologi, Neiroloģijas un neiroķirurģijas klīnikas Multiplās sklerozes vienības vadītāju **Lanu Vainšteini** un Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Multiplās sklerozes centra vadītāju **Andreju Milleru**.

– Lūdzu, izstāstiet, kas ir multiplā skleroze?

Jolanta Kalniņa. – Multiplā skleroze (MS) ir neiroloģiska saslimšana, kas skar centrālo nervu sistēmu. Tā ir hroniska autoimūna demielinizējoša slimība, kuras rezultātā tiek bojāts nerva apvalks.

Andrejs Millers. – Slimība bieži skar gan galvas, gan muguras smadzenes. Lielākā problēma ir tā, ka MS izpausmes var būt dažādas. Bieži vien sākotnēji tiek nepareizi novērtēti simptomi un noteiktas kļūdainas diagnozes, jo MS simptomi var atgādināt citas neiroloģiskas saslimšanas. Pirmos MS līdzīgos gadījumus 1868. gadā aprakstīja Žans Martins Šarko, bet arī šobrīd slimības diagnostika ir apgrūtināta, par ko liecina Makdonalda diagnostiskie kritēriji, kas desmit gadu laikā ir mainījušies trīs reizes. Tas nozīmē, ka iepriekšējie kritēriji nav bijuši pietiekami precīzi. Laika gaitā attīstās tehnoloģijas, ar kuru palīdzību var daudz precīzāk izmeklēt galvas un muguras smadzenes. Diagnoze balstās uz radioloģiskiem

izmeklējumiem un simptomu kompleksu. Šī slimība skar gan balto, gan pelēko galvas smadzeņu vielu, notiek neironu bojājums, kura rezultātā tiek bojāti nervi. Atkarībā no tā, kur galvas un muguras smadzenēs atrodas šie bojājumi, ir atšķirīgi neiroloģiskie simptomi. Cik ir pacientu ar multiplo sklerozi, tik daudz neiroloģisko simptomu izpausmju. **– Cik daudz cilvēku pasaulē un Latvijā sirgst ar šo slimību?**

A. M. – Pasaulē tie ir 2,5 miljoni. Tas nav maz. Latvijas datu bāzē ir vairāk nekā 1600 multiplās sklerozes pacientu, kas arī nav maz.

Lana Vainšteine. – Varētu teikt, ka salīdzinot ar citām valstīm, Latvijā saslimstība ir samērā izplatīta. Katru gadu šī diagnoze tiek uzstādīta līdz simts jauniem pacientiem.

– Kas ir multiplās sklerozes rašanās pamatā?

A. M. – Tā ir multifaktoriāla slimība. Izsaucēfaktori nav līdz galam zināmi, tāpēc ārstēšana balstās uz faktoriem, kas veicina imūnsistēmas disbalansu, piemēram, vīrusi, baktērijas, ārējās vides faktori, ģenētiski faktori, zema D vitamīna koncentrācija. Precīzs faktors līdz šim pasaulē nav noteikts.

L. V. – Ir daudz dažādu teoriju. Viena no tām saistīta ar ārējiem faktoriem jeb konkrētās valsts klimatu. Tāpat riska grupā varētu būt Epšteina-Barra vīrusa, herpes vīrusa nēsātāji.

– Slimība lielākoties sastopama mūsu platuma grādos. Kāpēc tas tā ir?

J. K. – Par to tiek daudz diskutēts, un kā viens no iemesliem tiek minēts D vitamīna trūkums. Pētījumi šajā sakarā ir, bet tie nav neapstrīdami. Mūsu klimatiskajā joslā dzīvojošajiem ir raksturīgs zemāks D vitamīna līmenis nekā dienviņu tautām, kas ir saistīts tieši ar saules ietekmi. Dienviņu tautas arī slimo, bet tur ir daudz mazāk saslimšanas gadījumu. Visaugstākā saslimstība ir Ziemeļamerikā un arī Eiropas ziemeļu daļā.

– Vai slimības sakarā var runāt arī par ģenētiku?

L. V. – Šī iespēja pastāv tikai līdz 3% gadījumu, un arī man ir pacienti, kuru vecākiem ir MS. Pēc



Foto: Imants Prēdels

Andrejs Millers: «Simptomi var būt ļoti dažādi. Sākotnēji tie var būt redzes traucējumi, miglošanās, dubultošanās, neparastas sajūtas. Bet var būt arī citi – jušanas traucējumi vienā vai otrā ķermeņa pusē, līdzsvara un koordinācijas traucējumi, reibonis, nespēks rokā vai kājā, strāvas sajūtas. Bieži vien pacienti šos pirmos simptomus nenovērtē un gaida, kamēr tie pāries. To gan nevajadzētu darīt.»

manas pieredzes tiem, kas MS ir pārmantojuši, ir nosacīti labvēlīgāka slimības gaita.

– Kādi simptomi liecina, ka pacientam varētu būt MS?

A. M. – Simptomi var būt ļoti dažādi. Sākotnēji tie var būt redzes traucējumi, miglošanās, dubultošanās, neparastas sajūtas. Viens no simptomiem ir retrobulbārais neirīts (redzes nerva iekaisums), bet var būt arī citi – jušanas traucējumi vienā vai otrā ķermeņa pusē, līdzsvara un koordinācijas traucējumi, reibonis, nespēks rokā vai kājā, strāvas sajūtas. Bieži vien tie ir pirmie simptomi, kurus pacienti nenovērtē un gaida, kamēr tie pāries. To gan nevajadzētu darīt. Jāatzīmē, ka minētie simptomi ir raksturīgi arī citām saslimšanām. MS ir nopietna diagnoze, tāpēc nevajadzētu cilvēkam uzstādīt diagnozi, kuras viņam nav.

J. K. – Jau minējām, ka MS ir hroniska slimība. Sākotnēji 85% pacientu slimībai ir raksturīga recidivējoši remitējoša norise. Tas nozīmē, ka slimībai raksturīgi paasinājumi, kuri pilnībā vai daļēji pāriet. MS simptomiem jāilgst vismaz vienu divas dienas nepārtraukti. Neiroloģiskie traucējumi var ilgt pāris dienas, mēnesi un pat vairāk un tad pilnībā izzust. Līdz ar to MS sākumu daži palaiž garām – nepamana vai nesaista ar šo saslimšanu. Galvas reiboni, notirpumu rokās vai kājās nereti saista ar citu problēmu. Ar laiku, kā arī, ja slimību neārstē, attīstās sekundāri progresējošā norise, kad pacientu veselības stāvoklis ar laiku pasliktinās. Tā ir lielākā problēma, ar kuru saskaras gan pacienti, gan mediķi un speciālisti, kas ārstē MS.

– Ja parādījušās kādas no minētajām izpausmēm, laikam nevajadzētu vilcināties, bet labāk vērsties pie ārsta un izdarīt izmeklējumus?

J. K. – Ja tiek apjausts, ka tie ir neiroloģiski traucējumi, piemēram, dažāda rakstura tirpšana, locekļu vājums, vislabāk būtu griezties pie neirologa. Parasti gan pirmā vizīte ir pie ģimenes ārsta. Gribētos, lai tajos gadījumos, kad ārstam

ir aizdomas par MS, pacients uzreiz tiktu nosūtīts pie neirologa.

– Kā tiek diagnosticēta multiplā skleroze?

J. K. – Vispirms ārsts uzklaua pacienta sūdzības, viņa problēmas. Tad, izmeklējot pacientu, neirologs var konstatēt kustību, koordinācijas, jušanas traucējumus. Viena no galvenajām papildus izmeklēšanas metodēm, kas apstiprina diagnozi, ir magnētiskā rezonanse, kurā redz MS raksturīgos perēkļus, kas ir izvietoti galvas un arī muguras smadzenēs.

A. M. – Simptomi ne vienmēr tiek saistīti ar MS. Cilvēki, kuriem, piemēram, parādās redzes traucējumi, iet nevis pie ģimenes ārsta, bet pie acu ārsta, kas konstatē retrobulbāro neirītu. Neirologu sadarbība ar acu ārstiem ir ļoti laba, un acu ārsti šādus pacientus nosūta uz magnētiskās rezonances izmeklējumu, kur tiek noteikts, vai bez neirīta ir arī citas izmaiņas. Balstoties uz radioloģiskajiem un klīniskajiem izmeklējumiem, nosakām diagnozi. Nevar būt tā, ka no viena simptoma ir skaidra diagnoze. Kļūdas rodas tad, ja pacients tiek izmeklēts pārāk ātri un virspusēji un netiek novērtēti visi simptomi.

– Kur MS pacientiem griezties pēc palīdzības?

A. M. – Līdzko parādās kādi simptomi, jāsāk ar ģimenes ārsta apmeklējumu. Diezin vai no pacienta var prasīt, lai viņš iemācās visu neiroloģisko slimību simptomus un atpazīst slimības, tāpēc labāk to uzticēt ģimenes ārstam. Svarīgi ir arī tas, lai ģimenes ārsts simptomus atpazītu un pacientus sūtītu uz MS centriem, kur ārsti specializējas šīs slimības diagnostikā un ārstēšanā. Ja pacientam būs nepieciešama medikamentozā ārstēšana, par terapiju lems ārsts konsilijā. Tātad vispareizāk būtu apmeklēt ģimenes ārstu un, ja ir aizdomas par MS, pēc tam doties, piemēram, uz Stradiņa slimnīcas konsultatīvo polikliniku, kur ir MS kabinets.

J. K. – Jālūdz savs ģimenes ārsts, lai viņš nosūta uz MS centru pie MS speciālistiem. Mūsu centrs atrodas Latvijas Jūras medicīnas centra

ar kuru jāmāk sadzīvot



Foto: No Jolantas Kalniņas personīgā arhīva

Jolanta Kalniņa: «MS ir hroniska slimība. Sākotnēji tai raksturīga recidivējoši remitējoša norise. Tas nozīmē, ka slimībai raksturīgi paasinājumi. Neiroloģiskie traucējumi var ilgt pāris dienas, mēnesi un pat vairāk un tad pilnībā izzust. Līdz ar to MS sākumu daži palaiž garām – nepamana vai nesaista ar šo saslimšanu. Galvas reiboni, notirpumu rokās vai kājās nereti saista ar citu problēmu.»

Vecmīlgrāvja slimnīcā. Te strādā vairāki pieredzējuši neirologi, kas šajā jomā darbojas jau vairāk nekā 18 gadus.

L. V. – Pie mums *Gaiļezērā* strādā trīs ārsti, kas nodarbojas ar MS pacientiem. Katram reizi nedēļā ir pieņemšana un viena diena, kad pacienti nāk tikai pēc receptēm, jo tagad izrakstīt receptes varam tikai individuāli. Tās nevar nodot māsiņai vai aizsūtīt pa pastu. Pacients pie mums var nokļūt ar ģimenes ārsta norīkojumu, lai vizīte būtu valsts apmaksāta. Mums ir arī maksas pakalpojumi – maksas konsultācija. Dažkārt mēs pacientus atstājam nodaļā, lai izmeklētu, veiktu lumbālo punkciju.

– Slimībai raksturīgi paasinājumi un remisija. Vai mēdz būt ilgstoša remisija gandrīz bez paasinājumiem, vai arī tie ir ļoti reti?

J. K. – Jāsāk ar to, ka sākumā slimība dažiem pacientiem var norisināties viegli, kad paasinājumi tiešām ir ļoti reti. Šiem pacientiem, no vienas puses, varbūt ir paveicies, bet no otras puses – ja šo slimību laikus neatklājam un neuzsākam terapiju, tad tā lēnām progresē, un var pienākt moments, kad parādās problēmas, kas nepāriet. Daļai slimnieku šī slimība noris diezgan agresīvi – ar paasinājumiem, kas atkārtojas bieži. Viņi, protams, nonāk neirologu redzeslokā, un katra konkrētā paasinājuma gadījumā mēs viņus ārstējam medikamentozi. Lai nebūtu šādu paasinājumu, viņiem tiek nozīmēta specifiska vai, precīzāk sakot, imūnmodulējoša terapija. Latvijā MS ārstē ar interferona beta grupas preparātiem un glatiramēra acetātu. Ja šie medikamenti nedod vajadzīgo efektu un pacientam ir paasinājumi, ir iespējams ordinēt otrās līnijas medikamentus.

– Vai tas nozīmē, ka pēc diagnozes uzstādīšanas lielai daļai pacientu ir regulāri jādodas pie ārsta un jāsaņem specifiska terapija?

J. K. – MS pacientiem pilnīgi noteikti regulāri jālieto specifiskā terapija, lai tādējādi slimība tālāk neattīstītos un neveidotos jauni perēkļi.

– Cik bieži slimniekiem var būt paasinājumi?

J. K. – Vērtējot mūsu pieredzi (mūsu centrā trešā daļa pacientu saņem imūnmodulējošo terapiju), paasinājumi ir reti. Daļu pacientu mēs redzam tikai reizi gadā – viņi atnāk un paziņo, ka viss ir kārtībā. Te es runāju par tiem, kuri saņem terapiju. Bet ir pacienti, kuriem novēro agresīvi noritošu MS gaitu. Viņiem var būt divi trīs paasinājumi gadā. Viņiem ir iespēja nozīmēt spēcīgāku terapiju, kuru mēs dēvējam par otrās līnijas medikamentiem.

A. M. – Nav divu vienādu cilvēku, katram imūnsistēma ir atšķirīga. Ja pacientam ir bijušas citas autoimūnas saslimšanas, bieži vien MS var norīstēt atpiskāk. Nav iespējams precīzi prognozēt, kā pacientam noritēs slimība. Jo mazāk ir slimības paasinājumu, jo labāka būs pacienta dzīves kvalitāte, mazāks neiroloģiskais deficīts.

– Vai ārstēšanu apmaksā valsts?

J. K. – Jā, pirmās līnijas medikamentus valsts apmaksā simtprocentīgi. No pagājušā gada viens otrās līnijas medikaments arī ir apmaksāts.

– Nesen presē parādījās ziņas, ka Amerikā atklāts kāds jauns preparāts, kas ne tikai slimību ārstē, bet kuru var lietot arī profilaktiski.

J. K. – Šis jautājums joprojām tiek risināts. Mums ir pacienti, kuriem, laikus uzsākot terapiju, dzīves kvalitāte nav izmainīta. Iznemot to, ka viņiem ik pa reizei jāņem medikaments. Ja runājam par Ameriku, jā, tiek veikti jauni pētījumi. Arī mūsu pacientiem ir iespēja piedalīties šajos pētījumos. Pasaulē arvien vairāk cenšas pielietot preparātus tablešu veidā, jo pacientiem visbiežāk nepatīk injekcijas. Zemādā vai intramuskulāri ievadāmie medikamenti rada arī savas problēmas, vietējas blaknes. Tomēr pacientam ir jāizvēlas, vai viņa slimība progresēs un, iespējams, attīstīsies paralīze, vai viņš sadzīvos ar šīm vietējām problēmām ādā. Ir daļa pacientu, kuri nav līdzestīgi tieši blakņu dēļ: uz ādas kādu laiku saglabājas injekciju pēdas, un arī pati zāļu ievade ir nedaudz sāpīga. Pacients nogurst, gadiem injicējot šos preparātus. Jā, tā ir problēma. Ne velti es minēju, ka pasaulē parādās arvien vairāk tabletēto preparātu. Līdz ar to

pacienti ir brīvi no šīm blaknēm. Latvijā pašlaik pieejami tikai zemādā un intramuskulāri lietojamie preparāti. Mums ir ilga pieredze šo medikamentu izmantošanā.

– Vai ir iespējams MS simptomus ārstēt nepareizi, kā citu slimību?

A. M. – Nevajadzētu domāt, ka Latvijā ir problēmas ar diagnostiku. Arī pasaulē ir gadījumi, kad pacienti, kuriem nav MS, tiek ārstēti ar MS zālēm un otrādi. Latvijā šobrīd ir trīs MS centri, kur konsultē pacientus. Tā kā ģimenes ārsti ikdienā ar šo slimību bieži nesaskaras, neskaidrību gadījumā labāk pacientus sūtīt uz šiem centriem. Šeit speciālisti nozīmēs izmeklējumus, medikamentus, sekos līdz medikamentu lietošanai, novēros pacientus ilgtermiņā. Ņemot vērā to, ka pacientiem bieži vien nepieciešama pastiprināta uzmanība, slimības izskaidrošana, viņiem var būt depresija, atmiņas traucējumi, emocionāla nestabilitāte, MS centros ir medicīnas māsas, kas var atbildēt uz pacientu jautājumiem. Taču ne tikai ārsts un māsa nodrošinās terapijas pozitīvo rezultātu. Liela nozīme ir pacienta iesaistei, motivācijai, atvērtībai, sadarbībai ar medicīnas personālu, sapratnei ģimenē.

– Vai MS ārstē tikai viens speciālists – neirologs –, vai arī ārstēšanā tiek izmantota multidisciplināra pieeja, līdzdarbojoties vairāku nozaru ārstiem?

A. M. – Slimības simptomi ir ļoti dažādi. Urinācijas traucējumi, depresija, nespēks, līdzsvara un redzes traucējumi – šīs pazīmes veido kopējo MS ainu, un tās ārstē dažādi speciālisti. Tātad ārstēšanā ir iesaistīts radiologs, okulists, urologs, kādreiz arī imunologs, rehabilitācijas speciālists.

– Ja MS pacientu ārstēšanā ir iesaistīti tik daudzi speciālisti, vai diagnozi nosaka viens ārsts, vai arī te var runāt par komandas darbu?

A. M. – Diagnozi apstiprina speciālistu konsīlijs. MS ir ļoti nopietna diagnoze, un kļūdīties nedrīkst. Konsīlijs nozīmē arī specifisko imūnmodulējošo terapiju, ar kuras palīdzību var samazināt slimības paasinājumu biežumu un smagumu. Savukārt ārstēšanas procesā iesaistīto speciālistu skaits un darbības sfēra ir atkarīga no katra konkrētā pacienta slimības simptomiem. Nav tā, ka ikviena pacienta ārstēšanai tiek sasaukti visu nozaru speciālisti. Neirologs būvē diagnozi, balstoties uz radioloģiskajiem un klīniskajiem izmeklējumiem, bet ārstēšanas procesā iesaistām arī citus speciālistus. Ņemot vērā to, ka slimība un tās ārstēšana ir ilgstoša, ļoti svarīga ir saikne starp pacientu, ārstu un māsu. Ir jāveido savstarpēja uzticēšanās. Nevajag domāt, ka diagnoze – MS – nozīmē tikai sliktu. Starp MS pacientiem ir izcili pianisti, cilvēki, kas uzkāpuši Everestā. Ir svarīgi laikus to pamanīt, ārstēties pie laba ārsta un medicīnas māsas, ar cieņu izturēties pret diagnozi. Ne visiem cilvēkiem ar MS dzīves kvalitāte ir bijusi ierobežota.

J. K. – MS pacientu aprūpē ir ļoti nepieciešams vairāku speciālistu atbalsts. Sākumā, kad diagnoze tiek apstiprināta, mums būtu vajadzīgi psihologi, psihoterapeiti. MS ir nopietna slimība, un nereti pacientam ir vajadzīga psiholoģiskā palīdzība. Sadarbība varētu turpināties arī vēlāk, lai palīdzētu nodrošināt veiksmīgu ārstēšanu. Psihoterapeiti pašlaik ir pieejami par maksu, tomēr gribētos, lai arī šajā ziņā valsts sniegtu atbalstu. Ja runājam par sekundāri progresējošu MS norisi, pacientam ir ļoti vajadzīgs rehabilitologs, taču pie viņa jāgaida garā rindā. Pārējie speciālisti – urologs, acu ārsts, otolaringologs – ir pieejami.

– Kāda kopumā Latvijā ir MS pacientu līdzestība?

J. K. – Ar pacientu strādā gan ārsts, gan MS māsa. Protams, viss ir pacientu rokās, vai viņi izdarīs

injekcijas, būs līdzestīgi. Mēs nevaram izkontrolēt, vai viņi tiešām injicē nozīmētos medikamentus, bet to var noteikt pēc izmaiņām analizēs, pēc tā, vai pacientam attīstās klīniski paasinājumi. Pacienta līdzestība ir viens no galvenajiem priekšnoteikumiem, lai mēs novērotu labus rezultātus, un tas ir pats galvenais pašam pacientam. Arī valsts, kas apmaksā dārgus medikamentus, ir ieinteresēta, lai pacientam neattīstītos invaliditāte un saglabātos apmierinoša dzīves kvalitāte.

– MS tiek uzskatīta par gados jaunu cilvēku slimību. Cik ilgs mūžs vispār ir MS pacientiem, jo, cik zināms, no šīs slimības nemirst?

L. V. – Tieši tā. Parasti saviem pacientiem saku, ka no MS neviens nemirst. Nāve parasti iestājas no komplikācijām, piemēram, urīnceļu infekcijām, bet nestaiģājošiem – no izgulējumiem. Ja pacients ir guļošs, var pievienoties pneimonija, rīšanas traucējumi; norijot nepareizi, ēdiens nonāk plaušās. Manu pacientu vidū vecākajam ir apmēram 60 gadu, bet ārzemēs esmu redzējusi arī astoņdesmitgadīgus MS slimniekus, kas staigā, brauc pie ārstiem uz kontroli.

– Daudzi MS pacienti mēdz uzsvērt, ka vasarā viņi jūtas daudz labāk un ka šajā gadalaikā mazāk izpaužas MS simptomi. Vai slimības norise ir atkarīga no gadalaika?

J. K. – Katram ir savas individuālās īpatnības. Tomēr autoimūnām slimībām recidīvi, paasinājumi biežāk ir pavasaros, rudenos. Runājot par MS pacientiem, mēdz būt ļoti dažādi: daļa vispār nevar uzturēties karstumā, un vasara viņiem nepatīk, bet ir tādi, kam savukārt ziema rada lielas problēmas. Noteiktu atbildi sniegt nevar. Tas ir paradokss: D vitamīns mūsu pacientiem ir vajadzīgs, bet, no otras puses, saule un karstums daļai MS pacientu nemaz nepatīk. Daļai paasinājumi ir tieši vasarā.

– Vai MS pacientiem nav aizliegts vadīt automašīnu, ja viņi to spēj darīt?

L. V. – Tāda aizlieguma nav. Kā es visiem saviem pacientiem saku – dzīve turpinās. Mēs taču nevaram jauniem cilvēkiem pateikt, ka viņiem tagad ir jāsež mājās un neko darīt nedrīkst, jo ir tāda diagnoze. Tieši otrādi – jābaida dzīve. Vienīgi nedrīkst aizmirst to, ka jāievēro režims.

– Kas ir tas, kur MS pacientiem sevi jāierobežo?

L. V. – Jāatsakās no sliktajiem ieradumiem un nedrīkst pārkarsēt ķermeni. Nav ieteicams iet pirti, karstās vannās, ilgstoši atrasties karstās dušās un, protams, izvairīties no psihoemocionālās slodzes. **– Vēl, par režīmu runājot, ir dzirdēti ārstu brīdinājumi, ka MS pacientiem ir jāstrādā vai jādarbojas līdz pirmajām noguruma pazīmēm, nevajag pārslogot savu ķermeni.**

L. V. – Tas jāievēro ikvienam, ne tikai MS pacientam. Gribu piebilst, ka noguruma sindroms MS pacientiem ir pilnīgi savādāks nekā pārējiem cilvēkiem. Kad ir izteikts nogurums, pacientam uzreiz jāapguļas un jāatpūšas, citādi viņš nevarēs turpināt savus ikdienas darbus.

– Kāds ir jūsu ieteikums pacientiem, kuriem pirmreizēji uzstādīta MS diagnoze un kuru dzīve tagad apgriezusies kājām gaisā? Kā pamudināt viņus nenolaist rokas un nekrīst panikā?

J. K. – Problēma ir nopietna, un galvenais ir to izprast. Sākotnēji slimība visbiežāk nekādas problēmas nerada. Uzsākot terapiju, ir lielas cerības, ka pacients ilgi saglabās labu dzīves kvalitāti. Pacientiem novēlu būt aktīviem, iesaistīties MS asociācijā, lai satiktos ar sev līdzīgiem aktīviem cilvēkiem. Pirmreizējie pacienti gan dažkārt baidās atzīt šo slimību, bet kopā ar sev līdzīgiem viņi varētu iegūt daudz labākas zināšanas par šo slimību un to, kā ar to sadzīvot.

Sāpes – onkoloģiskā pacienta ikdiena? Nē!

KETA SELECKA

Onkoloģisko slimnieku skaits Latvijā strauji pieaug, un viens no ļaundabīgo audzēju simptomiem, kas rada vislielākās ciešanas, ir sāpes. No tām cieš 20–80% onkoloģisko pacientu.

Sāpju stiprums un atkārtošanās biežums ir katram pacientam atšķirīgs un atkarīgs no dažādiem faktoriem. Taču sāpes ir uzveicamas, un ikvienam no šiem slimniekiem iespējams palīdzēt, nosakot atbilstošu pretsāpju terapiju, tāpēc sāpes nevajag ciest un ārsti aicina par tām neklusēt. Par to saruna ar Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionāra Latvijas Onkoloģijas centrs Paliatīvās aprūpes nodaļas ārsti onkoloģi **Līgu Keišu-Ķirsi**.

– Cik izplatīta Latvijā ir saslīmšana ar ļaundabīgiem audzējiem?

– Par 2014. gadu dati vēl nav apkopoti, taču 2013. gada beigās pēc Slimību profilakses un kontroles centra datiem Latvijā bija 74 647 onkoloģiskie pacienti. Desmit gadu laikā kopš 2003. gada slimnieku skaits pieaudzis par 39%. No jauna reģistrēto gadījumu skaits 2013. gadā bija 11 567, kas ir 574,7 uz 100 000 Latvijas iedzīvotāju. Kā redzat, onkoloģisko slimnieku skaits aug ļoti strauji.

– Cik daudzi no onkoloģiskajiem pacientiem cieš sāpēs?

– Ir pierādīts, ka aptuveni 20–50% onkoloģisko pacientu cieš sāpēs. Izplatītas slimības gadījumā sāpes izjūt līdz pat 80% pacientu, bet pēdējā dzīves gadā sāpes ir 85% onkoloģisko slimnieku.

– Cik daudziem no viņiem šīs sāpes ir pastāvīgas (hroniskas)?

– Apmēram 60–80% pacientu ir hroniskas sāpes ar izlaušanās sāpju epizodēm, kas visbiežāk ir pēkšņas, īslaicīgas un pārejošas, taču stipras vai ļoti stipras sāpes. Hroniskas sāpes ir tās, kas ilgst vismaz sešus mēnešus un ir vidējas vai stipras 12 stundas diennaktī.

– Vai sāpes ir raksturīgas tikai vēža vēlinās stadijās?

– Nē, noteikti nē! Onkoloģiskajam pacientam jebkurā ārstēšanas posmā var būt dažāda rakstura un intensitātes sāpes. Tāpēc īpaši vēlos atgādināt, ka jāiet pie ģimenes ārsta un jāstāsta par savām sajūtām un sūdzībām. Nevajag domāt, ka sāpes ir onkoloģiskās slimības pamatā un ka ir jāsāp un jācieš, ja ir audzējs. Tā nav! Ikvienā situācijā ir iespējams rast risinājumu. Ģimenes ārsts izrakstīs medikamentus sāpju mazināšanai, kā arī noteiks citus, papildus nepieciešamos medikamentus pretsāpju terapijā vai nosūtīs pie speciālista, ja būs tāda vajadzība.

– Kā zināms, ir dažādi ļaundabīgo audzēju veidi. Kuri audzēji parasti izraisa vislielākās sāpes?

– Vislielākās sāpes izraisa aizkuņģa dziedzera, prostatas, kaulaudu ļaundabīgie audzēji, kā arī krūts un plaušu vēzis.

– Kāpēc tieši šie audzēji?

– Tas ir saistīts ar organisma fizioloģiju – nervu sistēmas iesaisti. Turklāt krūts un prostatas audzējam visbiežāk, slimībai progresējot, novēro metastāžu attīstību kaulos, kas pacientiem var radīt sāpes.

– Cik biežas un cik stipras parasti ir onkoloģiskā pacienta sāpes?

– Tas ir individuāli. Sāpju biežuma un intensitātes diapazons ir ļoti liels. Kādreiz ir pacients, kuram audzējs ir liels, un tad varētu domāt, ka viņam stipri sāp, taču viņam nesāp. Citam pacientam, kura veselības stāvoklis, salīdzinot ar citiem, nav tik smags, ir ļoti biežas un stipras



Foto: No Līgas Keišas-Ķirses personīgā arhīva

Līga Keiša-Ķirse: «Onkoloģiskajam pacientam jebkurā ārstēšanas posmā var būt dažāda rakstura un intensitātes sāpes. Tāpēc īpaši vēlos atgādināt, ka jāiet pie ģimenes ārsta un jāstāsta par savām sajūtām un sūdzībām. Nevajag domāt, ka sāpes ir onkoloģiskās slimības pamatā un ka ir jāsāp un jācieš, ja ir audzējs. Tā nav! Ikvienā situācijā ir iespējams rast risinājumu.»

sāpes. Viss atkarīgs no cilvēka mentalitātes, sāpju sliekšņa, blakus slimībām, kas viņam ir, un citiem faktoriem.

– Vai sāpju biežums un intensitāte ir atkarīga arī no pacienta dzimuma un vecuma?

– Mani novērojumi liecina, ka sievietes biežāk sūdzas par sāpēm nekā vīrieši. Domāju, ka sāp visiem, taču sievietes ir jutīgākas, biežāk meklē palīdzību. Vecāka gadagājuma pacientiem var būt mazāka sāpju intensitāte.

– Kā rīkoties pacientam, ja viņam ir ilgstošas sāpes?

– Nevajag kautrēties un vajag vērsties ar sūdzībām pie ģimenes ārsta! Pacientam sāpes nav jācieš, sēžot četrās sienās un klīdzot. Tas ir novecojis stereotips, ka onkoloģiskie pacienti mirst no stiprām sāpēm. Nē, tā nav! Mēs varam palīdzēt. Pacientam ir jārunā, jāstāsta par to un jāvēlējas pie ārsta pēc palīdzības.

Vispirms jāiet pie ģimenes ārsta. Ja ģimenes ārsts pats netiek galā, viņš pacientu var nosūtīt uz konsultāciju pie speciālista – paliatīvās aprūpes speciālista Latvijas Onkoloģijas centrā vai pie algologa, kas ir sāpju speciālists, kā arī novados pie onkologa. Šiem speciālistiem ir pieredze un zināšanas, ārstējot dažāda veida sāpes, un viņi piemeklēs labāko pretsāpju terapijas plānu. Konsultācijas laikā mēs pacientam iedodam rekomendācijas ģimenes ārstam, lai viņš zina, kas tālāk būtu jādara, un izskaidrojam pašam pacientam un viņa radniekiem, ja tādi ir atnākuši līdzī uz konsultāciju, kas būtu jādara, lai sāpes mazinātu. Kad medikamenti izrakstīti, pacients tos lieto mājās apstākļos. Ja ar to nepietiek un sāpes nepāriet,

mēs viņam izsniedzam rekomendāciju ārstēties slimnīcā. Jāpiebilst, ka uzņemšana Latvijas Onkoloģijas centra stacionārā notiek rindas kārtībā un rindā jāgaida vidēji 3–4 nedēļas.

– Cik ilgi pacienti, kuriem ir sāpes, parasti uzturas slimnīcā?

– Pie mums Latvijas Onkoloģijas centrā tās ir aptuveni 5–7 dienas.

– Kā pacientus šajā laikā ārstē?

– Mēs novērtējam pacienta veselības stāvokli, koriģējam medikamentus un sniedzam tālākus ieteikumus, kas viņam jādara ģimenes ārsta uzraudzībā. Izvērtējot pacienta sūdzības, nosakām pretsāpju terapiju un citas simptomātiskās terapijas nepieciešamību, ko pacienti parasti saņem intravenozi sistēmā. Ja ir nepieciešamība, pacientam veic analīzes un dažādus papildu izmeklējumus (ultrasonogrāfiju, rentgenogrammu u. c.) vai nosūta uz papildu konsultāciju pie speciālista. Tas palīdz precizēt slimības gaitu.

Pacients var atgriezties slimnīcā atkārtoti pēc nepieciešamības. Iepriecinošā ziņa ir tā, ka, sākot ar šā gada janvāri, valsts finansē onkoloģisko pacientu paliatīvo aprūpi, kas sevi ietver visu, par ko sūdzas pacients, – ne tikai sāpes, bet arī sliktu dūšu, vemšanu u. c. Lai saņemtu valsts apmaksātu paliatīvo aprūpi slimnīcā, nepieciešams ģimenes ārsta nosūtījums.

– Vai galvenais ārstu uzdevums ir noņemt sāpes?

– Jā, ir svarīgi, lai pacientam nesāpētu un līdz ar to lai tiktu uzlabota viņa dzīves kvalitāte. Kad cilvēkam sāp, viņš jūtas nesaprasts, izmis, norūpējies un bažīgs, pacientam ir miega

traucējumi, saasināta uztvere un samazināta aktivitāte, viņu pārņem bezcerība un izmisums, ir samazinātas viņa funkcionālās un darba spējas. Bet pacienti, kuri dzer pretsāpju zāles un kuriem nav citu slimības simptomu, ir sociāli aktīvi – viņi strādā, apmeklē pasākumus, iet sabiedrībā, brauc ceļojumos utt. Līdz ar to mazinās arī slimnieka psiholoģiskās problēmas – viņš jūtas drošs, noderīgs, uzklausts un saprasts. Viņš ir saņēmis nepieciešamo medicīnisko palīdzību un dzīvo kvalitatīvu un pilnvērtīgu dzīvi.

– Kādas ir biežākās problēmas, ar kurām pacients sastopas pretsāpju terapijā?

– Terapijas pašā sākumā var būt neskaidrības par medikamentu lietošanu – kādās devās un cik bieži zāles jālieto. Atsevišķos gadījumos var rasties medikamentu blaknes. Tad jāvēlējas pie ģimenes ārsta, lai koriģētu blakus parādības vai izrakstītu citus medikamentus, līdz tiek sasniegts rezultāts, kad pacients jūtas labi.

– Vai Latvijā pietiek pretsāpju medikamentu?

– Pateicoties sadarbībai ar Nacionālo veselības dienestu un ārstu Vilni Sosāru, Latvijā ir izveidota pretsāpju medikamentu sistēma. Līdz ar to medikamentu klāsts pacientiem, kuri slimo ar kādu onkoloģisku slimību, Latvijā ir pietiekams. Mums ir pieejami medikamenti, lai sāpju sindromu novērstu, – sākot no nesteroidiem pretiekaisuma medikamentiem līdz vājiem un stipriem opioīdiem.

Sāpes onkoloģijā novērš, ņemot vērā Pasaulē Veselības organizācijas rekomendācijas, kas izstrādātas 1986. gadā. Medikamentu grupas, ar ko sāpes sāk ārstēt, ir nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi. Sāpēm pieaugot, medikamentus maina – sākumā uz vājiem opioīdiem, un, ja tas nelīdz, tikai tad nozīmē stipros opioīdus, morfiju atvasinājumus. Tas nozīmē, ka ikviena pacienta sāpes izvērtē individuāli un arī ar vienkāršiem medikamentiem pareizās devās sāpes var novērst.

– Kas jauns pēdējā laikā Latvijā ieviests pretsāpju terapijā?

– Pēdējo trīs gadu laikā izlaušanās sāpju novēršanai lietojam jaunus opiātu tipa pretsāpju līdzekļus – tabletes, ko liek aiz vaiga vai zem mēles, un tādējādi sāpes mazinās apmēram pēc 5–10 minūtēm. Bet tās lieto tikai tad, ja ir noteikta bāzes sāpju terapija. Bāzes sāpes ir vidēji stipras vai izteiktas hroniskas sāpes, kas ilgst vismaz trīs mēnešus un ir vismaz 12 stundas diennaktī, un pacienti saņem stipro opioīdu medikamentus šo sāpju novēršanai.

No 2014. gada kompensējamo zāļu sarakstā ir medikamenti, ar kuriem varam palīdzēt šādās situācijās. Turklāt pacients, kurš šīs sāpes piedzīvo vairākkārt un ar laiku tās jau atpazīst, var novērst sāpes mājās apstākļos.

Šajā jomā mēs strādājam pēc pasaules vadlīnijām, un mums pieejami tie paši medikamenti, kas pasaulē.

– Kādā apmērā valsts kompensē pretsāpju medikamentus onkoloģiskajiem pacientiem?

– Valsts simtprocentīgi kompensē pretsāpju medikamentus pacientiem, kuri slimo ar onkoloģisku slimību. Ir, protams, individuāli gadījumi, kad nepieciešami medikamenti, kas netiek kompensēti no valsts, tad pacientam ir jāmaksā pašam vai tikai jāpiemaksā.

– Kā ar sāpēm var tikt galā mājās apstākļos, kad pacients ir izrakstīts no stacionāra?

– Izrakstoties no slimnīcas, pacientam tiek izstāstīts, kādi medikamenti jālieto, cik bieži un kādās devās. Galvenais ir lietot izrakstītos medikamentus noteiktajās devās un laikā, turklāt tas jādara pastāvīgi, nevis tikai tad, kad sāp sāpēt. Un jāsa-
darbojas ar ģimenes ārstu.



ZIVJU EĻĻAS EKSPERTI

Dzīve ir Skaista!

LYSI – plašs augstvērtīgu zivju eļļas produktu klāsts visai ģimenei, imunitātes un veselības stiprināšanai. LYSI zivju eļļa satur koncentrētas Omega – 3 taukskābes. Izvēlies sev piemērotāko no plašā LYSI izvju eļļu produktu klāsta un esi vesels kopā ar LYSI!

Ekoloģiski tīrs Produkts
Ražots Īslandē



InternetAptieka.lv
KATRU DIENU KOPĀ AR JUMSI

Uztura bagātinātājs NEAIZSTĀJ PILNVĒRTĪGU UN SABALANSĒTU UZTURU.

Salus
NATURAL HEALTH CARE SINCE 1916

Oriola
The Channel for Health

Floradix® Dzelzs Uzveic nogurumu!



Floradix sastāvā ir dzelzs glukonāts šķidrā formā, kurš viegli absorbējas organismā. Rūpīgi atlasīti augu ekstrakti un garšīgas augļu sulas nodrošina patīkamu produkta garšu un iespēju to uzņemt regulāri. Uztura bagātinātāji šķidrā formā absorbējas daudz vieglāk un ātrāk nekā tabletes. Sastāvā: dzelzs, vitamīni B1, B2, B6, B12 un C, augu ekstrakti, augļu sulu koncentrāti.

Floradix Dzelzs:

- Palīdz uzturēt dzelzs līmeni organismā.
- Rekomendējam papildināt dzelzs rezerves divas reizes gadā kursa veidā.
- Viena kursa ilgums 2-3 mēneši.
- Vienas dienas deva nodrošina ar 15 mg dzelzs.

InternetAptieka.lv
KATRU DIENU KOPĀ AR JUMSI

Oficiālais izplatītājs SIA Oriola Rīga, Dzelzavas iela 120M, Rīga, tālr. 67802450, ražots: Salus Haus, Vācija. www.oriola.lv

Uztura bagātinātājs NEAIZTĀJ PILNVĒRTĪGU UN SABALANSĒTU UZTURU

No ķīmijterapijas nav jābaidās!

KRISTĪNE PASTORE

Līdz ar Liepājas reģionālās slimnīcas rekonstrukcijas pabeigšanu pagājušā gada otrajā pusē, tajā atklāja jaunu – Ķīmijterapijas/hematoloģijas un paliatīvās aprūpes nodaļu. Par tās virsārsti kļuva ķīmijterapeite **Zinaida Štara** – ārste ar 20 gadu ilgu darba pieredzi Latvijas Onkoloģijas centrā.

Jaunajā nodaļā ir pieejama visa veida ķīmijterapijas palīdzība un kliniskie pētījumi, kas ir apliecinājums tam, ka Liepājas un visas Kurzemes pacientiem tā nav jāmeklē galvaspilsētā, bet to augstā līmenī iespējams saņemt uz vietas Liepājā. Sarunā ar dakteri Štaru skaidrojam būtiskas nianšes, ko svarīgi zināt gan pacientiem, kam nepieciešama ķīmijterapija, gan viņu tuviniekiem.

– Mūsu sarunas sākumā īsumā ieskicējiet, ko nozīmē ķīmijterapija un kam tā ir nepieciešama?

– Tā ir ārstēšanas metode – tāda citotoksiska preparāta ievadīšana, kas iedarbojas uz ļaundabīgajām šūnām. To pielieto tikai un vienīgi pacientiem ar ļaundabīgiem audzējiem. Mūsu nodaļā veic visa veida intravenozo ķīmijterapiju. Es nodrošinu ķīmijterapijas ievadi pacientiem ar ļaundabīgiem audzējiem, savukārt mana kolēģe hematoloģe ķīmijterapeite Aleksandra Bunce – hematoloģiskajiem pacientiem.

– Kāds ir pacienta ceļš līdz šai terapijai?

– Vispirms mēs abas ar kolēģi pacientus, kam nozīmēta ķīmijterapija, konsultējam slimnīcas Konsultatīvajā nodaļā un pirms terapijas uzsākšanas izstāstām visu, kas saistīts ar turpmāko ārstēšanu, jo ķīmijterapijas veidi ir dažādi. Kāds no tiem katram pacientam būs nepieciešams, ir atkarīgs gan no diagnozes, gan pacienta vispārējā veselības stāvokļa, gan histoloģiskās atrades un citiem faktoriem. Pacienti ķīmijterapiju pie mums var saņemt gan ambulatori, gan stacionārā, gan dienas stacionārā. Lielākoties ķīmijterapija tiek veikta intravenozi, bet ir arī medikamenti kapsulu veidā, kā arī medikamenti, ko ievada zem ādas.

– Pēc kādiem kritērijiem nosaka, ka konkrētajam pacientam piemērotākā ārstēšanas metode būs ķīmijterapija nevis, piemēram, staru terapija?

– Tas ir atkarīgs no diagnozes, no slimības histoloģiskā varianta, no pacienta vispārējā veselības stāvokļa, no blakusslimībām. Lēmumu par konkrētu ārstēšanas metodi nepieņem viens ārsts, to pieņem ārstu konsilijis, izvērtējot visas nianšes. Turklāt mēs strādājam saskaņā ar vadlīnijām. Latvijas Onkologu ķīmijterapeitu asociācija ir izstrādājusi Klīniskās vadlīnijas onkoloģijā, kur par pamatu ir ņemtas Eiropas Onkologu ķīmijterapeitu biedrības (ESMO) izstrādātās vadlīnijas, kas balstītas uz pēdējo gadu klīniskajiem datiem un parāda multidisciplināru pieeju onkoloģijā.

– Vēzis ir biedējoša diagnoze, un arī ķīmijterapijai nāk līdzīdi dažādi biedējoši stāsti, kas pacientus var nelabvēlīgi noskaņot.

– Jums ir pilnīga taisnība, tāpēc mums, ķīmijterapeitiem, nākas strādāt arī kā psihoterapeitiem. Šāds speciālists mūsu slimnīcā būtu ļoti nepieciešams, lai ķīmijterapeits varētu strādāt savu darbu, bet par pacienta psiholoģisko stāvokli rūpētos atbilstošs speciālists. Patlaban mums pacienta un arī viņu piederīgo pārliecināšana, nomierināšana, situācijas izskaidrošana un tamlīdzīgas sarunas paņem daudz laika, ko mēs varētu veltīt savam tiešajam darbam. Šīs sarunas ir vajadzīgas, bet



Foto: Egons Ziverts

Zinaida Štara: «Lielākoties ķīmijterapija tiek veikta intravenozi, bet ir arī medikamenti kapsulu veidā, kā arī medikamenti, ko ievada zem ādas.»

tām jābūt atbilstoša speciālista kompetencē. Visās Eiropas klīnikās, kur ārstējas onkoloģiskie pacienti, arī Latvijas Onkoloģijas centrā psihoterapeits ir. Varbūt šos pienākumus varētu uzņemties ziņošs psihologs? Dažkārt mums noderētu kapelāna palīdzība. Būsim godīgi: kad cilvēks saslimst, pavisam drīz ir klāt arī dažādas sociālas problēmas.

– Ja pacientam ir nozīmēta ķīmijterapija, viņu visvairāk interesē jautājums, kāpēc viņam tā ir vajadzīga un ko tā labu dos?

– To visu mēs konsultācijā izrunājam, jo ķīmijterapiju izmanto dažādās ļaundabīgo audzēju ārstēšanas fāzēs. Piemēram, profilaktiskā, kad pacientam ir radikāli izoperēts audzējs, taču vadlīnijas paredz arī ķīmijterapiju, lai novērstu iespējamo metastāžu rašanos. Ārstnieciskā, kad ir jau izveidojušās metastāzes un mums ir svarīgi tās samazināt, stabilizēt vai iznīcināt. Pirmsoperācijas ķīmijterapiju pielieto ar mērķi samazināt audzēja masu un iespējamās mikrometastāzes, lai varētu veikt radikālu operāciju.

– Viens no bailu iemesliem ir šīs terapijas blakusparādības.

– Jā, taču mūsdienās blakusparādības ir iespējams mazināt. Viena no izplatītākajām ir slikta dūša, taču ar medikamentu palīdzību to veiksmīgi novērš. Var būt dažādi vēdera darbības traucējumi – caureja vai aizcietējumi –, dažādi gremošanas traucējumi, var būt nogurums un citas blakusparādības, taču tas viss ir pārejoši. Tāpat kā pārejoša ir arī matu izkrišana. Es ar pilnu atbildību varu teikt, ka visiem ķīmijterapijas pacientiem mati ataug iepriekšējā krāšņumā. Jārēķinās, ka visgrūtākā ir pirmā nedēļa pēc ķīmijterapijas. Pirmajās divās dienās cilvēks pat var nejust nekādas izmaiņas, taču trešajā ceturtajā dienā organisms ir sajutis spēcīgo toksisko terapiju un attiecīgi reaģē. Protams, ka viss spēcīgais preparāts nepaliek organismā, tas daļēji izvadās ar

urīnu, ar fēcēm, caur ādu. Ķīmijterapijas pacientiem iesaka pietiekamā daudzumā, līdz diviem litriem dienā, lietot šķidrumu – ūdeni un zāļu tēju –, lai pilnvērtīgi strādātu nieres un aknas un lai palīdzētu spēcīgo preparātu izvadīt. Šķidruma lietošana ir ļoti svarīga. Ja organismam šķidruma trūkst, tas sāk to ņemt no rezervēm, kas vēl vairāk pasliktina pacienta pašsajūtu. Bet, kā jau es teicu, lai kādas būtu blakus parādības, tās visas ir pārejošas, tāpēc no ķīmijterapijas nav jābaidās.

– Cik būtiski ir uz pacienta pirmo tikšanos ar ķīmijterapeitu atnākt līdzīdi kādam piederīgajam vai citam tuvam cilvēkam?

– Tas ir ļoti svarīgi, jo slimais cilvēks ir uztraucies un daudz ko no ārsta teiktā vispār nesadzird. Tad var rasties dažādi pārpratumi, neziņa, nevajadzīgas bailes un citas problēmas. Tāpēc ir vajadzīgs otrs cilvēks, kurš palīdz uztvert un atcerēties ārsta teikto un to vēlāk slimajam cilvēkam izskaidrot. Tuvinieku atbalsts ir svarīgs visā ārstēšanās laikā.

– Vai ķīmijterapija kaut kā atšķiras sievietēm un vīriešiem?

– Nē, tur nav nekādas atšķirības!

– Kā ir ar pēcnācēju radīšanu pēc šīs terapijas?

– Tas gan ir būtisks jautājums. Vīriešiem reproduktīvajā vecumā, ja viņi domā par bērnu radīšanu, piedāvā uzglabāt spermu spermas bankā, jo ķīmijterapija to var nelabvēlīgi iespaidot uz visu atlikušo mūžu. Savukārt sievietēm, īpaši, ja viņām ir krūts vēzis, kas ir hormonatkarīgs audzējs, grūtniecība var būt papildu risks slimības recidīvam. Protams, sievietes pēc izārstēšanās var dzemdēt bērnus, neviens viņām nevar to aizliegt. Taču, kā jau teicu, runa ir par risku sievietes pašas veselībai.

– Vai ķīmijterapijas laikā cilvēkam ir jāatsakās no ierastā dzīvesveida: darba, sportiskajām aktivitātēm un cita?

– Viss ir atkarīgs no tā, cik intensīvs ir šis režīms. Ja sportots tiek ar ļoti lielu slodzi, to noteikti iesaka

samazināt. Savukārt tiem pacientiem, kam nav nekādas fiziskās slodzes, iesaka uzsākt fiziskās aktivitātes ar pastaigām. Ja fiziskā slodze ir vidēji mērena, to var turpināt ierastajā režīmā. Tas pats attiecas uz darbu. Ja cilvēks spēj to savienot ar terapiju, no mērenas, normālas slodzes nav jāatsakās, taču atteikties vajadzētu tad, ja darbs ir, piemēram, naktis, kas jau pilnīgi vesela cilvēka organismam ir papildu slodze. Arī ļoti smagu fizisku darbu ķīmijterapijas laikā nevajadzētu strādāt. Katrā ziņā nolemt sevi gulēšanai gultā bez jebkādam aktivitātēm un iemīļotām nodarbībām noteikti nevajadzētu, bet visā nepieciešama mēra sajūta. Ķīmijterapija ir liela slodze visam organismam un arī sirdij, tāpēc nevajag tai uzlikt vēl papildu nevajadzīgu slodzi! Taču kustēties noteikti vajag. Jo cilvēks vairāk kustēsies, jo viņš labāk jutīsies. Dažkārt cilvēki terapijas laikā baidās braukt ceļojumos vai piedalīties kādos citos pasākumos, bet es vienmēr saku – brauciet un neatsakieties, jo tās ir jaukas pozitīvas emocijas, kas cilvēkam nāk tikai par labu!

– Vai jūsu praksē ir bijuši gadījumi, kad cilvēks atsakās no ķīmijterapijas?

– Ir gan. Tā mēdz notikt, ja ķīmijterapija nepieciešama ārstnieciskos nolūkos. Viena no atrunām: kā ir, tā dzīvošu, jo gan jau tāpat aiziešu. Kādreiz aiziesim mēs visi, taču runa ir par cienīgu aiziešanu, kas neārstējoties var būt ievērojami grūtāka. Otrs iemesls, kāpēc pacienti atsakās no ķīmijterapijas, – viņi savu veselību uztic dziedniekiem.

– Ko jūs par to sakāt?

– To, ka saprātīgs dziednieks nekad neapsolis izārstēt vēzi. Jā, viņš var palīdzēt cilvēkam ar dažādu dabas preparātu palīdzību justies labāk, taču ne izārstēt vēzi. Parasti cilvēki, kurus dziednieks apsollis izārstēt, no ārstiem to slēpj. Pasaka tie, kam dziednieks ir solījis palīdzēt uzlabot vispārējo pašsajūtu.

– Vai jūs mēģināt atrunāt cilvēkus no ticēšanas neiespējamiem dziednieku solījumiem?

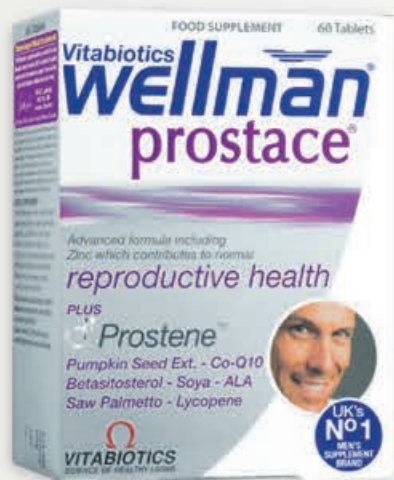
– Man nav tādu tiesību, jo tā ir cilvēka paša izvēle. Tomēr savas domas es izsaku. Cilvēki, kas stingri nolēmuši izvēlēties citu ārstēšanās veidu, manā viedokli parasti neklausās, pat ja es saku, ka vēlāk vairs palīdzēt nespēšu. Bet ir arī tādi pacienti, kas ieklausās. Mēdz būt arī gadījumi, kad dziedniecisko palīdzību slimajam cilvēkam uzspiež piederīgie. Diemžēl tā notiek visā pasaulē, ne tikai pie mums.

– Daudz ir lasīts par dažādiem dabas preparātiem, kurus lietojot, iespējams iznīcināt vēža šūnas un izārstēt ļaundabīgos audzējus, piemēram, zemes tauki un daudz kas cits.

– Es saku: pilnīgi noteikti tas nav iespējams! Tam nav nekādu pierādījumu. Tas pats ir ar dažādām radikālām diētām, kad cilvēki ir pārliecināti, ka, nelietojot pārtikā dažādus produktus, vēža šūnas pazudīs. Ja tā būtu patiesība, cilvēki nelietotu šos produktus un ar vēzi neslimotu. Cilvēkam ir normāli jāēd, un ja vēzis ir, tad tas ir jāārstē. Turklāt patlaban visā pasaulē mazinās arī polivitamīnu loma, ko agrāk uzskatīja par labiem. Jaunākie pētījumi liecina, ka neviens ķīmiski izstrādāts vitamīns nav īpaši labs. Šie vitamīni ir jālieto tikai tad, ja patiešām ir tāda nepieciešamība. Kad mani pacienti man stāsta, ko visu papildus ķīmijterapijai vēl lieto, es iesaku padomāt, vai tas ir vajadzīgs. Ķīmijterapija organismam ir liela slodze, bet cilvēkam ir tikai vienas aknas un vienas nieres, kam šī palielinātā slodze ir jāiztur un jāizvada kaitīgās vielas no organisma. Vai ir vajadzīgs ar dažādiem preparātiem uzlikt vēl papildu slodzi? Es iesaku labāk lietot vairāk šķidrumu un tādā veidā palīdzēt savam organismam atveseļoties.

Vīrietim nav tikai prostata

Wellman® prostate sastāvā iekļauta moderna kombinācija ar bioloģiski aktīvām vielām, kas ir īpaši izstrādātas ņemot vērā vīrieša organisma specifiskās vajadzības.



Prostene™ botāniskais komplekss

Īpaši patentēts komplekss, kas sastāv no likopēna (100mg) un beta-sitosterīna, papildināts ar ķirbju sēkļu ekstraktu, sojas ekstraktu, Alfa lipoiskābi un Smalkzāgžobainās sabalpalmas augu ekstraktu.

Vīriešu reprodaktīvā veselība

Īpaši izstrādāts, izmantojot cinku, ļoti svarīgu minerālvielu kas veicina normālu auglību un reprodukciju, papildināts ar vitamīnu B6 kas veicina hormonu darbības regulāciju, kā arī selēnu, kam ir svarīga loma normālas spermatogēnes veicināšanā.

Imūnsistēmas stiprināšana

Satur imūnsistēmas darbības veicināšanai nozīmīgus vitamīnus un minerālvielas (B6, B12, C, D, Dzelzs, Varš), kas papildinātas ar antioksidantus saturošām uzturvielām un augu ekstraktiem, kā arī karotinoīdiem un citrusu bioflavonīdiem.

Wellman® prostate nodrošina ar vitamīnu D3 (holekalciferols), efektīvā, augstā 1000 SV līmenī.

wellmān® istam vīrietim



www.vitabiotics.lv

Uztura bagātinātājs. Uztura bagātinātājs neaizstāj pilnvērtīgu un sabalansētu uzturu.

Dedzināšanas sajūtu nedrīkst slāpēt ar sodu

LUDMILA GLAZUNOVA

Dedzinoša sajūta aiz krūšu kaula, skāba garša mutē, sāpes krūtīs vai vēdera augšdaļā, rīšanas grūtības, aizsmakusi balss un kakla sāpes, klepus un pat miega traucējumi – šie simptomi varētu liecināt, ka cilvēks ir saslimis ar gastroezofageālā atvīļņa slimību jeb GEAS, kuras ārstēšana var prasīt ilgu laiku un resursus.

Par slimību un tās ārstēšanu uz interviju aicinājām Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Gastroenteroloģijas, hepatoloģijas un nutrīcijas klīnikas vadītāju, gastroenterologu docentu **Alekseju Derovu**.

– Kādas ir gastroezofageālās atvīļņa slimības (GEAS) galvenās izpausmes?

– Gastroezofageālā atvīļņa jeb refluksa slimība ir patoloģisks stāvoklis, kad pacientam iežmauga jeb sfinkters starp barības vadu un kuņģi strādā vājāk, līdz ar to nenodrošina tā dēvēto bloku, kas neļauj kuņģa skābajam saturam un apēstajai pārtikai nokļūt atpakaļ barības vadā. Normālos apstākļos muskulis regulāri slēdzas ciet un līdz ar to nelaiž kuņģa saturu atpakaļ barības vadā vai pat mutes dobumā. Dažādu patoloģiju, piemēram, hiatalās trūces gadījumā varam gaidīt, ka sfinktera darbība būs izjaukta.

Ja sfinkters nestrādā vai strādā nepilnvērtīgi, daļa no kuņģa sulas un pārtikas nokļūst barības vadā, kairinot gļotādu, radot dedzināšanu un sāpes. Apmēram 40–45% gadījumos tas rada barības vada gļotādas iekaisumu jeb refluksa ezofagītu, ko redz endoskopijas laikā. Jāuzsver, ka vecāka gadagājuma cilvēkiem biežāk ir izmaiņas barības vada gļotādā (refluksa ezofagīts), bet simptomātika mēdz būt samērā viegla. Turpretim jauniem cilvēkiem mēs biežāk novērosim izteiktu simptomātiku, izteiktu dedzināšanas sajūtu un sāpes, bet retāk konstatēsim izmaiņas barības vadā.

– Ja pacienti nonāk pie jums un tiek diagnosticēti šī slimība, kā viņi parasti reaģē – vai saprot, kas tas ir, vai nē? Vai saprot, ka pret slimību jāizturas nopietni?

– Parasti mēs viņiem cenšamies izskaidrot, bet bieži vien šie pacienti nenonāk pie mums uzreiz. Ļoti bieži viņi paši ārstējas, iegūst dažādu informāciju *Google*, izmēģina visādas diētas, tautas receptes, zemas efektivitātes zāles, kuras var iegādāties aptiekā bez receptēm u.tml. Daudzos gadījumos šie medikamenti uzlabo situāciju tikai īslaicīgi. Turklāt ļoti svarīgs ir medikamentu lietošanas kurss ilgums. Bet pacienti bieži vien pārstāj lietot zāles, jūtot pirmos uzlabojumus. Līdz ar to daudzi nonāk pie mums tikai tad, kad šis process jau ir aizgājis tālu.

– Kādi ir pirmie simptomi, kad pacientam jāsaprot – steidzami jāgriežas pie ārsta?

– Ir tā saucamie «*sarkano karodziņu*» simptomi, un šajā gadījumā vienmēr būtu jāizslēdz onkoloģisku procesu iespējamība. Šie simptomi nav specifiski tieši GEAS. Viens no biežākajiem ir

neizskaidrojams ķermeņa masas zudums, mazasinība, rīšanas grūtības. Pie šādiem simptomiem pacientiem uzreiz būtu jāvērsas pie ārsta. Bez šaubām, būtu loģiski, ja pacients grieztos pie ārsta tad, kad viņam parādās un nepāriet jebkādas sūdzības (grēmas, sāpes vēdera augšdaļā, skāba garša mutē u.c.), nevis nodarbotos ar pašārstēšanos.

– Cik izplatīta ir GEAS?

– Šādi dati mums diemžēl nav pieejami, jo epidemioloģija Latvijā ir samērā zemā līmenī, bet, runājot par augsti attīstītām valstīm, statistika ir diezgan graujoša. Katrs desmitais cilvēks jūt dedzināšanu aiz krūšu kaula vismaz vienu reizi dienā.

– Jūs minējāt, ka laikus ir jāvērsas pie ārsta, jāsaņem medikamentozā terapija, bet ir daudz cilvēku, kas dedzināšanu cenšas slāpēt ar sodu. Vai tas var palīdzēt, vai arī tiks panākts tieši pretējs efekts?

– Soda ir tā saucamais šķīstošais antacīds, bez sodas ir arī šāda tipa medikamenti, ko var iegādāties aptiekā. Ja mēs runājam par antacīdiem, tad tos var iedalīt divās grupās: šķīstošie jeb absorbējamie un nešķīstošie jeb neabsorbējamie. Par šķīstošiem jeb absorbējamiem sauc tādus antacīdus, kas vai nu paši, vai to reakcijas produkti ar sālskābi izšķīst asinīs. To atšķirīgā iezīme ir strauja pH līmeņa maiņa, bet arī ļoti īss darbības ilgums un ievērojams skaits negatīvo blakus efektu. Sālskābes neutralizācija ar šķīstošajiem antacīdiem veicina oglekļa dioksīda rašanos. Tas savukārt izraisa gastroezofageālo atvīļni, kā arī izstiep kuņģi un tādējādi veicina skābes sekrēciju. Turklāt šādi savienojumi bieži izsauc «skābes atsitienus» – paaugstinātu kuņģa skābes sekrēciju pēc antacīda darbības beigām. Tādēļ tos neiesaka lietot. Jāatceras, ka antacīds strādā tik ilgi, kamēr tas atrodas kuņģī, un tajā laikā neitralizē skābi. Tas nozīmē, ka īslaicīgi pacients jūtīsies labāk, bet pēc tam situācija pasliktināsies.

Runājot par antacīdiem, neapšaubāmi ir jālieto neabsorbējamie. Tie lēnāk samazina pH līmeni, bet ietekme uz organismu ir draudzīgāka nekā sodai. Līdz ar to sodas lietošana noteikti nebūtu atbalstāma metode. Taču jāsaprot, ka antacīdi vispār nav domāti regulārai ārstēšanai, tikai atsevišķiem gadījumiem, lai ātri kupētu dedzināšanu vai sāpes aiz krūšu kaula. GEAS ārstēšanai izmanto citus medikamentus.

– Tātad *Google* informācijai par sodu kā brīnumlīdzekli, lai tiktu vaļā no dedzinošās sajūtas, ticēt nevar?

– Nevar gan. Soda sālskābi neitralizēs īslaicīgi, bet pēc tam būs sliktāk.

– Cik svarīga ir GEAS medikamentozā terapija? Vai zāles pacientiem būs jālieto pastāvīgi visu mūžu, vai arī pilnīgi pietiks ar vienu kursu, un cilvēks jau būs vesels?

– Tas ir ļoti individuāli. Dažiem cilvēkiem pietiek ar vienu pilnvērtīgu kursu, un pēc tam viss normalizējas. Respektīvi, viņiem vairs nav sūdzību. Citiem būs nepieciešama tā dēvētā *terapija pēc nepieciešamības*. Pacients iziet pilnu ārstēšanas



Foto: Guntis Gvozdevs

Aleksejs Derovs: «Ļoti bieži GEAS pacienti paši ārstējas, iegūst dažādu informāciju *Google*, izmēģina visādas diētas, tautas receptes, zemas efektivitātes zāles, kuras var iegādāties aptiekā bez receptēm u.tml. Līdz ar to daudzi nonāk pie mums tikai tad, kad process jau ir aizgājis tālu.»

kursu, pēc tam viņš zāles «tur kabatā» un, ja rodas nepieciešamība, tās lieto. Parasti tās ir vajadzīgas, ja pacientam ir bijušas diētas kļūdas – kāds pamatīgs bankets vai arī laika taupīšanas nolūkā viņš iebraucis «*McDonald's*» pēc našķiem un *fast food*. Dažkārt simptomi parādās arī miera stāvoklī. Tādā gadījumā arī būs jālieto medikamenti.

Ja pacientiem ir endoskopiski pozitīvs GEAS (endoskopijas laikā ārsts redz izmaiņas barības vada gļotādā), tad ārstēšana noteikti prasīs ilgāku laiku, un tā būs agresīvāka. GEAS gadījumā zināma loma būs ne tikai medikamentiem, bet arī dzīvesveidam un diētai – tie prasīs savas korekcijas. Ja pacients regulāri uzturā lietot našķus un konditorejas izstrādājumus, tad no sūdzībām neizbēgt – gan ar ārstēšanos, gan bez.

– Tātad GEAS ārstēšanā nozīme ir arī diētai. Kāda tā ir? Kādi produkti jāizslēdz no ēdienkartes?

– Gastroezofageālā atvīļņa slimības pacientiem ieteicams ēst bieži un mazām porcijām – kaut kas ir jāapēd ik pēc divarpus stundām. Šajā gadījumā kafija un mandarīns noteikti nebūs uzskatāmi par ēdienreizi. Jāēd īsta, veselīga pārtika. Te būtu vietā pieminēt pārtikas produktus, kuri saasinājuma periodā jāizslēdz no ēdienkartes vai arī krietni jāierobežo. Ir jāatsakās no svaigiem augļiem un dārzeņiem. Dārzeņus gan vajadzētu ēst, taču pirms tam tie termiski jāapstrādā. Vēlams atteikties no konditorejas un maizes izstrādājumiem, kas bieži vien pastiprina refluksu. Saasinājuma brīžos ir nepieciešams, lai cilvēki atturētos no treknas gaļas. Jo treknāks produkts, jo ilgstošāk tas pārstrādāsies kuņģī, un līdz ar to ir lielāks risks, ka pacients piedzīvos atvīļni.

– Vai GEAS ir iespējams izārstēt, vai arī tā ir slimība uz visu mūžu?

– Tas ir atkarīgs no vairākiem faktoriem. Bieži vien šī slimība rodas tādēļ, ka pacientam ir hiatalā trūce. Ja trūce ir, tad tā arī paliek, jo ķirurģiski to ārstē tikai atsevišķos gadījumos. Trūces gadījumā daļa no kuņģa šad un tad izspiežas cauri diafragmai uz augšu, un barības vada apakšējais sfinkters vairs neko nespēj darīt. Ja šādu parādību nav, tad ir cerības, ka GEAS var nopietni apārstēt. Katrs pacients ir individuāls un ir jāņem vērā vairāki faktori, tāpēc slimības recidīvus paredzēt ir grūti.

– Vai no alkohola un smēķēšanas šiem pacientiem ir pilnībā jāatturas?

– Protams! Tas nopietni ietekmē izmaiņas gļotādā. Ja mēs ar šņabi apstrādājam skrambas rokā, kādas ir sajūtas? Dedzināšana. Līdzīga situācija būs arī barības vadā. Vēl jo vairāk šādi pacienti saasinājuma periodā nedrīkst dzert vīnu, jo tas tomēr ir diezgan skābs. Dzirkstošos vīnus arī nē, jo tas ir gāzēts un līdz ar to provocē refluksu. Tātad alkoholu labāk turēt pēc iespējas tālāk.

– Vai ir iespējams tikt galā ar GEAS, tikai ievērojot diētu, nevis lietojot medikamentus?

– Statistiski ir pierādīts, ka tas palīdz apmēram 5%. Līdz ar to ir svarīga gan savlaicīga medikamentozā ārstēšana, gan diētas un dzīves stila korekcija. Pēdējie faktori varētu palīdzēt ātrāk atcelt medikamentozo terapiju un mazināt sūdzības. Ja cilvēkam ir sēdošs darbs vai ja viņš regulāri ceļ smagus, neregulāri ēd utt., tad šādos gadījumos uzlabojumi bieži vien nenotiek ātri, un, atceļot medikamentozo terapiju, ir vērojami bieži recidīvi.

Katrs 10. pieaugušais sūdzas par grēmām ik dienas



Vai Jūs esat viens no tiem?



Grēmas ir dedzinoša un sāpīga sajūta, kas sākas no kuņģa augšējās daļas vai apakšējā krūšu daļā un turpinās kakla virzienā. Tas ir biežākais gastroezofageālās atvīļņa slimības (GEAS) simptoms



Šis traucējošais simptoms skar katru 10. pieaugušo ik dienas visā pasaulē. Tas var nopietni pazemināt dzīves kvalitāti



Ir daudz iemeslu, kas var izraisīt grēmas, kā, piemēram, atsevišķi produkti, apjomīgas maltītes, garšvielām bagātas maltītes, kafija, alkohols, smēķēšana, stress, aptaukošanās un daži medikamenti



Gastroezofageālās atvīļņa slimības (GEAS) ārstēšana parasti sastāv no dzīvesveida izmaiņām un medikamentiem, kurus var nozīmēt Jūsu ārsts

Diētas rekomendācijas pacientiem ar GEAS paasinājumu un/vai izteiktiem simptomiem:

ēdiens jāuzņem 5-6 reizes dienā (ik pēc 2-3 stundām), nelielām porcijām un labi sakošļājot:

	Jā	Nē
Dzērieni	Ūdens, melna tēja, zaļa tēja (izņemot piparmētru), sārmaini dzērieni (piem. Boržomi, Esentuki, bet ļaujot gāzēm izgarot)	Saldi dzirkstoši dzērieni (kola, u.c.), sulas (īpaši citrusaugļu), kvass, kafija (ierobežot), alus, vīns, citi alkoholiski dzērieni
Tauki, eļļas	Var izmantot nelielu daudzumu eļļas, ieteicama olīveļļa vai saules puķu eļļa	Izvairīties no liela tauku un eļļas daudzuma
Gaļa, gaļas izstrādājumi	Sautēta, vārīta, tvaicēta, folijā cepta netrekna gaļa (vista, tītars, jaunlops, trusis)	Cepta, kūpināta vai marinēta gaļa, salami u.c. desas, pastētes, gaļas konservi
Zivis, olas	Vārītas olas, tvaicēta omlete, liesa zivs	Treknas zivis (zutis, āte, bute utml.), konservētas zivis, mīdijas, cepta omlete, ceptas olas
Zupas	Vistas buljons, dārzeņu zupa, frikadeļu (no liesas gaļas) zupa	Krēmzupas, sātīgas gaļas, zivs, dārzeņu zupas, sēņu un koncentrēti buljoni, borščs, skābu kāpostu zupa
Piens, piena izstrādājumi	Piens ar zemu tauku saturu, termiski apstrādāts biezpiens (piem. biezpiena plātsmaizīte)	Pilnpiens, saldaiss krējums, skābpiena produkti (ierobežot), treknie sieri (piem. mascarpone), biezpiens
Graudaugi, maize	Maize (labāk sausiņi un bezrauga maize), rīsi, griķi, makaroni, kukurūzas un kviešu putraiņi	Svaigi cepta maize, smalkmaizītes
Saldumi, deserti	Biskviti, pudiņi, medus	Šokolāde, konditorejas izstrādājumi, piparmētra, rieksti
Augļi	Termiski apstrādāti augļi (izņemot citrusaugļus, banānus)	Termiski neapstrādāti augļi
Dārzeņi	Vārīti, tvaicēti, sautēti dārzeņi, it sevišķi biezeņos (kartupeļi, brokoļi, puķkāposti, spināti, burkāni, ķirbji, cukini, bietes)	Ķiploki, sīpoli, tomāti un tomātu produkti, pipari, pākšaugi, baltie kāposti, gurķi, cepti kartupeļi
Mērces un piedevas	No mērcēm un piedevām saasinājuma fāzē labāk atteikties	Asas uzkodas, piedevas, tomātu mērce, mārrutki, majonēze, garšvielas, krējuma, olu-sviesta mērces

Materiāls sagatavots sadarbībā ar dr. med. Alekseju Derovu, RAKUS Gastroenteroloģijas, hepatoloģijas un nutrīcijas klīnikas vadītāju

Atsauces:

- Cecil Medicine, 24rd edition, 2011.
- Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are Lifestyle Measures Effective in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease? Arch Intern Med. 2006;166:965-71.
- Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2013;108:308-28.
- Krause's food & nutrition therapy, 12th edition, 2008
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease, 9th edition. Saunders Elsevier, 2011
- Kubo A, Block G, Quesenberry CP Jr, Buffler P, Corley DA. Dietary guideline adherence for gastroesophageal reflux disease. BMC Gastroenterol. 2014 Aug 14;14:144

Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovenija
SIA Krka Latvija, Mūkusalas iela 101, Rīga, LV-1004,
telefons 67338610, fakss 67338151



Mūsu inovācijas un zināšanas
efektīviem un drošiem
augstākās kvalitātes produktiem.

Kad prostata sāk streikot

ILZE AUSTRUMA

Bieža un reizēm pat neatliekama vajadzība urinēt, vairākkārtēja celšanās naktī, lai dotos uz tualeti, dzimumdzīves problēmas – tie ir tikai daži no simptomiem, ar kuriem var nākties saskarties stiprā dzimuma pārstāvjiem. Ar lielāko varbūtību te būs vainojama labdabīga prostatas hiperplāzija (LPH) jeb prostatas šūnu pavairošanās.

Sākotnēji LPH var būt neizteikta simptomātika, tāpēc vīrietis bieži vien nezina, ka ir slim, un vērsas pie ārsta novēloti, kad saslimšana jau progresējusi un simptomi kļūst traucējoši. Uz sarunu par LPH aicinājam Rīgas 1. slimnīcas, klinikas *Uro*, Veselības centru apvienības urologi **Egitu Deini**.

– Liela daļa sieviešu ir ieradusās reizi gadā apmeklēt ginekologu. Kāds ir jūsu viedoklis – no cik gadu vecuma vīrietim būtu jāsāk domāt par došanos pie urologa?

– Ja runa ir par prostatas vēzi, tad pieņemtais vecums, kad būtu jānosaka prostatas specifiskais antigēns (PSA), ir pēc 50 gadu vecuma. Ja ģimenē kāds no tuviem asinsradniekiem (tēvs, vectēvs, brālis) ir slimojis ar prostatas vēzi, tad tas jāsāk darīt jau no 45 gadiem. Jaunākiem vīriešiem pie urologa būtu jānāk, ja radušās kādas sūdzības.

– Kādi ir biežākie simptomi, kas liecina, ka ar vīrieša veselību kaut kas vairs nav tā, kā vajadzētu, un ir laiks doties pie urologa uz sarunu?

– Visbiežākie ir apakšējo urīnceļu simptomi – aizturēta urinēšana, pārtraukumi urinēšanas laikā, vāja urīna strūkļa, nepilnīga urīnpūšļa iztukšošana sajūta, bieža urinēšana, arī nakts laikā, neatliekama vēlme doties uz tualeti – tā, ka nevar paciesties. Lielākoties šos simptomus izraisa LPH – prosta-

Ar mūsdienu medicīnas palīdzību mēs varam slimību apturēt, piebremzēt, noņemt vai vismaz mazināt jau esošās sūdzības. Kā arī mazināt vai novērst sekas, ko šī slimība varētu nākotnē izraisīt.

tas palielināšanās. To rašanos var veicināt arī urīnpūšļa darbības traucējumi: pārkativitāte vai gluži pretēji – samazināts urīnpūšļa tonuss, kā arī infekcijas u.c. slimības. Var būt arī urīnizvadkanāla patoloģijas vai kādas neiroloģiska rakstura problēmas. Līdzīgas sūdzības var piemēlēt arī sievietes, kaut arī viņām nav prostatas, un tas vien jau liecina, ka ne vienmēr visas ciešanas izraisa tieši šis orgāns. Jaunāki vīrieši pie urologa bieži vien vērsas saistībā ar seksuāli transmisīvajām slimībām, izmaiņām ārējos dzimumorgānos – veidojumiem uz dzimumorgāniem vai kādām izmaiņām sēkliniekos.

Viens no simptomiem, ko nedrīkstētu ignorēt, ir hematūrija – asinis urīnā. Tiesa, ļaundabīgi audzēji urīnceļos, kas visvairāk uztrauc ārstu, pie šī simptoma tiek atklāti vidēji 13% gadījumu, tomēr arī tas ir vērā ņemams signāls, kas būtu tālāk jāizmeklē un jāatrod cēlonis.



Foto: No Egitas Deinas personīgā arhīva

LPH var ārstēt ar zālēm vai ķirurģiskā ceļā. Kuru no metodēm ārsts izvēlēsies, to noteiks pacienta subjektīvo sūdzību smagums, papildu izmeklējumu rezultāti, bieži vien arī blakusslimības un, protams, pacienta paša attieksme pret slimību un viņa vēlmes.

– Kas ir palielināta prostata jeb LPH?

– Varbūt jāsāk ar skaidrojumu, kas tad ir pati prostata? Tas ir valrieksta lieluma dziedzeris, kas atrodas zem urīnpūšļa un aptver urīnizvadkanālu. Ar gadiem šis dziedzeris var palielināties. Tā kā tas aptver urīnizvadkanālu, kanāls var tikt nospiests, un rodas jau iepriekš minētie simptomi – sūdzības. 70 gadu vecumā palielināta prostata ir līdz pat 90% vīriešu, tomēr tikai vidēji trešdaļai tā rada sūdzības.

– Esmu dzirdējusi par prostatas simptomu skalu, ko var aizpildīt pats vīrietis. Kas tā ir?

– Internacionālā prostatas simptomu skala (IPSS) ir anketa, kas sastāv no astoņiem jautājumiem, kas palīdz izvērtēt pacienta subjektīvo sūdzību smaguma pakāpi. Katrs simptoms jānovērtē ar ciparu, kurus saskaitot, iegūst skaitli, kas liecina par sūdzību smaguma pakāpi – nopietnību. Pastāv arī cita veida anketa – skala, ko sauc par mikcijas dienasgrāmatu, kur pacients atzīmē savu urinēšanas biežumu un urīna porciju tilpumu.

– Pastāstiet par to vairāk!

– Šis it kā vienkāršais pacienta ieguldījums var dot daudz informācijas ārstam. Arī pašam pacientam, pierakstot uz papīra konkrētus skaitļus, kopaina var izskatīties citāda, nekā sākumā pašam šķitis. Nereti pacienti vērsas pie urologa un stāsta, ka viņi, pēc pašu domām, par daudz bieži dodas uz tualeti un izčurā mazas porcijas. Bet, kad sāk rakstīt dienasgrāmatu (pieraksti nav jāveic ilgstoši – parasti pietiek ar divām trīs dienām), beigās

izrādās, ka situācija nav nemaz tik traka, kā pats pacients ārstam aprakstījis. Varbūt pacientam pašam šķiet, ka došanās uz tualeti četras piecas reizes dienā ir bieži, jo kādreiz, jaunībā, viņš to esot darījis divas reizes dienā. Pēc urologu domām, četras piecas reizes nav daudz.

Kā jau minēju, dienasgrāmatā jāatzīmē urinēšanas biežums un tilpums. Ieteicams pierakstīt arī laiku, kad vīrietis dodas uz tualeti, un diennakti uzņemtā šķidruma daudzums. Ja, piemēram, izrādās, ka vīrietis dienā izdzer trīs litrus šķidruma, nav nekāds brīnums, ka viņš dodas urinēt sešas septiņas reizes dienā.

– Vai LPH vienmēr vajag ārstēt?

– Noteikti nē! Ja vīrietim tā nesagādās nekādas sūdzības, diezin vai viņš vispār atnāks pie ārsta.

– Bet ja tomēr nepieciešama ārstēšana?

– Tā var būt divu veidu – ar zālēm vai ķirurģiskā ceļā. Kuru no metodēm ārsts izvēlēsies, to noteiks pacienta subjektīvo sūdzību smagums, papildu izmeklējumu rezultāti, bieži vien arī blakusslimības un, protams, pacienta paša attieksme pret slimību un viņa vēlmes.

– Bieži televīzijā tiek pieminēti dabas preparāti vīrieša veselībai – vai ar tiem nepietiek?

– Jau tas vien, ka šie preparāti tiek reklamēti, nozīmē, ka tie pieejami aptiekās bez receptēm un to iegādei nav vajadzīga ārsta atļauja. Katra paša vēlmes un finansiālās iespējas nosaka, vai lietot šos preparātus. Taču, ja pacients ir nonācis līdz ārstam, diez vai ar tiem būs bijis līdzēts.

– Medikamentu klāsts ir ļoti plašs. Vai ir kāda būtiska atšķirība starp piedāvātajiem medikamentiem LPH ārstēšanai?

– LPH ārstēšanas pamatā ir divu grupu medikamenti: pirmie ir tā saucamie alfa blokatori, kas darbojas tikai uz simptomu samazināšanu. Zāles sāk darboties vidēji vienas divu nedēļu laikā pēc lietošanas uzsākšanas. Savukārt zāļu ietekme uz mikcijas traucējumiem ilgst tikai to lietošanas periodā. Otra medikamentu grupa – 5ARI (5 alfa reduktāzes inhibitori) – darbojas pilnīgi pēc cita principa. Tie ir vērsti uz prostatas tilpuma samazināšanu. Lietojot šos medikamentus ilgstoši, prostatu var samazināt vidēji par trešdaļu. Bieži vien ārsts izvēlas abu nosaukto medikamentu kombināciju. Pastāv arī citas zāles, tomēr LPH gadījumā tās ir retāk pielietojamas.

– Ja ārsts nozīmējis medikamentus prostatas ārstēšanai, cik ilgstoši tie jālieto?

– 5ARI ir lietderīgi ar nosacījumu, ka pacients tos lieto ilgstoši: minimums pāris gadus.

– Daudziem pacientiem operācija ir kā liels bieds, kā dēļ nereti vīrietim ir grūti saņemties un aiziet pie urologa. Mūsdienu medicīna strauji attīstās, varbūt ir kāds veids, kā izvairīties no operācijas LPH un citu uroloģiska rakstura problēmu novēršanai?

– Iepriekš nosauktie medikamenti sniedz šādu iespēju. 5ARI, kā arī to kombinācija ar alfa blokatoriem ilgstošas lietošanas gadījumā par 50–60% samazina pēkšņas urīna aiztures un ķirurģiskas iejaukšanās nepieciešamības risku. Šo medikamentu parasti nozīmē, ja palielinātās prostatas tilpums ir vismaz 40 cm³ vai lielāks. Tomēr es gribētu iedrošināt pacientus, ka arī LPH operatīvās terapijas iespējas mūsdienās ir strauji attīstījušās un lielākoties nav nepieciešams pārgriezt vēderu. Lielākā daļa operācijas tiek veiktas caur urīnizvadkanālu, kas nodrošina pacienta ātrāku atveseļošanos un atgriešanos ikdienas dzīvē. Pēc operācijas pacients ir atbrīvots no ikdienas medikamentu lietošanas un var aizmirst par problēmu.

– Ja vīrietis cītīgi dzers sev nozīmētās zāles, prostata kļūs vesela?

– Šeit nu gan jāsaka, ka vesela tā neklūs. Cilvēka organisms ģenētiski ir ieprogrammēts novecot, kas nes sev līdzīgas dažādas izmaiņas, un tas ir dabiski. Taču ar mūsdienu medicīnas palīdzību mēs varam slimību apturēt, piebremzēt, noņemt vai vismaz mazināt jau esošās sūdzības. Kā arī mazināt vai novērst sekas, ko šī slimība varētu nākotnē izraisīt.

– Ko vēl jūs varētu teikt, lai iedrošinātu vīriešus neatlikt vizīti pie speciālista?

– Galvenokārt vēlos atgādināt, ka visas slimības, atklātas to sākumstadijā, ir vienkāršāk ārstējamas un prasa mazāku ieguldījumu gan no pacienta, gan ārsta puses. Turklāt neviena darbība nenotiks, to nesaskaņojot ar pacientu! Pacienta vēlmes spēlē lielāko nozīmi terapijas izvēlē. Galvenais, lai pacienta izpratne par slimību saskanētu ar ārsta skaidrojumu, kādas ir slimības tālākās ārstēšanas iespējas un kādas var būt sekas, ja pacients no tā atsakās. Tā kā urologa praksē pacienti lielākoties ir gados vecāki cilvēki, bieži vien ir svarīgi par savu slimību informēt arī kādu ģimenes locekli vai tuvu draugu, kam pacients uzticas un kuru kādreiz var paņemt līdzī vizītē pie ārsta. Nereti vizītes laikā dzirdētais netiek pilnībā uztverts, un, ja līdzī ir sava uzticības persona, tad arī ārpus vizītes laika mājās var rasties diskusija, jautājumi un kāds noderīgs padoms, atbalsts!

PROSTATAS SIMPTOMU SKALA*

Atbildot uz jautājumiem, izvērtējiet pašsajūtu pēdējā mēneša laikā.
Katrā jautājumā jāatzīmē viens atbildes variants, kas vislabāk raksturo pašreizējo situāciju.

Urinācijas simptomi	Nekad	Reti	Mazāk kā pusi reižu	Apmēram pusi reižu	Vairāk kā pusi reižu	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 reižu 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	Apmieri- noša	Viduvēja	Neapmieri- noša	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:

IPSS punktu summa 1- 7 jautājumam. Punkti 0 – 7 viegli simptomi, 8 – 19 vidēji simptomi, 20 – 35 smagi simptomi
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 urīnzvadkanālu, 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 urīnzvadkanāls un var rasties urinācijas 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 apgrūtināši, 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 urīnzvadkanālu 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.

Vēres:
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, Samraj 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 Latvia SIA, Dunties iela 11, Rīga, LV-1013, Latvija

C hepatīta ārstēšana – vai visiem pa kabatai?

TOMS ZVIRBULIS

Saslimšana ar C hepatītu Latvijā uzskatāma par ievērojamu problēmu. 2014. gadā Latvijā hronisks C hepatīts atklāts 1706 pacientiem, 2013. gadā – 1221.*

Lai uzzinātu, kā izvairīties no inficēšanās un kā cīnīties ar infekciju, ja tā tomēr organismā iemājojusi, uz sarunu aicinājām Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionāra *Latvijas Infektoloģijas centrs* galveno ārsti profesori **Baibu Rozentāli**.

– Kas ir C hepatīts un kā tas ietekmē cilvēka organismu?

– C hepatīta vīruss ir viens no vīrusiem, kas vairojas aknu šūnās. C vīruss ir relatīvi jauns, jo ir zināms un pētīts aptuveni 20 gadus. Vēl arvien pilna vīrusa uzbūve nav apzināta. Kāpēc ir tik svarīgi to zināt? Tas ir būtiski tāpēc, ka tiek meklēti medikamenti, kuri varētu nomākt dažādas vīrusa struktūras, lai tas nevairotos.

– Kādu ietekmi vīruss atstāj uz aknām?

– Vīrusam lēni vairojoties aknu šūnās, daļa no tām sabrūk, bet tām ir ļoti izteikta atjaunošanās spēja. Līdz ar to apmēram 5–15 gadus cilvēkam nav pilnīgi nekādu slimības simptomu. Laika gaitā daļu no aknu audiem aizvieto saistaudi. Sākotnēji tie ir mīksti saistaudi jeb fibrotiskie audi, un, laikus uzsākot ārstēšanu, šis process ir atgriezenisks. Ja aknās izeug stabili saistaudi, kurus var salīdzināt ar rētaudiem, tad tur vairs jaunām aknu šūnām nav vietas un veidojas aknu ciroze. C vīruss ir biežākais cirozes iemesls jauniem cilvēkiem. Vēl vairāk, C vīrusa ierosināta aknu ciroze ir galvenais aknu transplantācijas iemesls. Ja kādreiz valdīja priekšstats, ka galvenais aknu cirozes iemesls ir etilspirts, kas atrodas alkoholā, tad šobrīd pasaulē priekšplānā izvirzās C vīruss.

– Kā aknu šūnu noārdīšanās ietekmē šī orgāna darbību?

– Aknu šūnām kļūstot mazāk, tās nespēj pilnvērtīgi veikt savu organisma atindēšanas funkciju. Aknas darbojas kā spēcīga atindējošā fabrika, un atšķirībā no nierēm tajās notiek ievērojami vairāk ķīmisku procesu un kaitīgu vielu sadalīšana. Kad aknas vairs pilnvērtīgi nefunkcionē, parādās nespecifiski simptomi – nogurums, pazeminātas darba spējas, reizēm slikta dūša, nervozitāte. Taču tie ir raksturīgi daudzām slimībām.

– Kādas metodes izmanto, lai diagnosticētu C hepatītu?

– No vēnas tiek ņemtas asinis, lai noteiktu, vai organismā ir antivielas pret C hepatītu. Ar šo metodi mēs varam iegūt pirmos pierādījumus, lai tālāk veiktu plašāka mēroga izmeklēšanu. Mēs sākotnēji nevaram pateikt, vai C vīruss patiešām ir organismā, jo antivielu tests var sniegt viltus pozitīvu rezultātu. Tāpēc ir nepieciešama apstiprinoša diagnostika, ko veic Latvijas Infektoloģijas centrā.

– Kā izplatās C hepatīta vīruss?

– Jebkurai infekcijas slimībai ir konkrēts izplatīšanās mehānisms. Piemēram, gripa ir klasiska gaisa pilienu infekcija. Cilvēks klepo, šķauda, vīruss ir gaisā, un kāds cits to ieelpo. C hepatīta vīruss cirkulē asinīs, tas nozīmē, ka arī spermā un vaginālajā šķidrumā. Dabīgais vīrusa izplatības ceļš ir seksuālās transmisijas ceļš, un to var izslēgt tikai ar drošu seksu, lietojot prezervatīvus. Protams, ja cilvēkam ir viens dzimumpartneris un ir zināms, ka viņš nav inficēts, tas ir cits stāsts, bet, ja cilvēkam ir vairāki dzimumpartneri vai tie mainās, tad ir jāatceras par drošu seksu. Tas neattiecas tikai uz C vīrusu, tikpat labi tas var būt B hepatīta vīruss,



Publicitātes foto

Baiba Rozentāle: «Latvijā C hepatīta ārstēšana tiek kompensēta 75% apmērā. Gada laikā pacienta līdzmaksājums ir aptuveni 4000 eiro.»

HIV u.c. Otrs izplatības veids ir mākslīgais jeb artificiālais ceļš, kad ar vienu šļirci vai adatu sev kādu vielu injicē vairāk nekā viens cilvēks. Visbiežāk tā notiek, injicējot narkotiskās vielas, galvenokārt heroīnu. Pastāv arī retāk sastopami varianti, piemēram, no mātes bērnam. C vīrusa nodošana nākamajai paaudzei varētu būt 2–8% gadījumu. Pateicoties vīrusa izturībai, nav izslēgta inficēšanās arī invazīvu jeb ādas veselumu bojājošu manipulāciju rezultātā, ja nav ievēroti universālie dezinfekcijas noteikumi. Piemēram, veidojot pirsingus vai tetovējumus, diemžēl arī medicīnisku manipulāciju ceļā.

– Kuru medicīnisko manipulāciju laikā esam pakļauti lielākajam inficēšanās riskam?

– Medicīniskajā literatūrā raksta, ka visbiežāk tā ir zobārstniecība. Pirmkārt, tajā ir pietiekami daudz «asiņainu» manipulāciju, piemēram, zobu ekstrakcija vai zobakmens tīrīšana. Sakarā ar to, ka cilvēku smaganas mēdz būt viegli ievainojamas, uz instrumentiem var palikt asins daļiņas, kuras mēs neredzam. Ja asinīs ir bijis C vīruss, tas tur paliek. Ja nākamajam pacientam tiek veikta manipulācija ar to pašu instrumentu, tad vīruss var tikt ienests asinīs.

– Cik izplatīts Latvijā ir C hepatīta vīruss?

– Latvijā 2008. gadā Latvijas Infektoloģijas centrs sadarbībā ar ģimenes ārstiem veica epidemioloģisku pētījumu. Tas bija nejaušināts pētījums, kurā tika iekļauti 1600 pacienti no visas Latvijas. Izrādījās, ka antivielas pret C vīrusu asinīs ir 2,4% iedzīvotāju, bet pats vīruss 1,7%. Līdz ar to mēs

varam lēst, ka Latvijā ir apmēram 40 tūkstoši C vīrusa nēsātāju.

– C hepatīta pacienta ārstēšanā noteikti ļoti svarīga ir sadarbība starp speciālistu un ģimenes ārstu.

– Par lielāko daļu ģimenes ārstu es varu teikt tikai labākos vārdus. Viņi pacientiem nozīmē analīzes, kurās nosaka, vai organismā ir antivielas pret C hepatītu. Ja papildu analīzes arī norāda uz C vīrusa klātbūtni asinīs, tad tālāka izmeklēšana ir jāveic pie speciālista.

– Kas notiek pēc tam, kad pacients ir nonācis pie speciālista?

– Pie hepatologa atkal tiek ņemts asins paraugs, un šajās asinīs meklē gan iekaisuma rādītājus, kas varētu būt nespecifiski, gan C vīrusu. Vīrusa asinīs var arī nebūt, bet antivielas liecinās par to, ka cilvēks kādreiz ir saskāries ar šo slimību, izslimojis to bez klīniskām pazīmēm imunoloģiskā līmenī. Ja vīruss tiek atklāts, tad laboratorija nosaka arī tā koncentrāciju. Lai varētu pateikt, cik lielu kaitējumu aknu šūnām ir nodarījis vīruss, ir jāveic aknu punkcijas biopsija. Biopsijas laikā ar īpašu adatu tiek paņemts neliels aknu gabaliņš, kurš tiek sūtīts patoloģiskajiem. Šos paraugus vērtē pēc noteiktas skalas, kur ņem vērā iekaisumu, aknu šūnu sabrukuma pakāpi, cik izteikta ir fibroze un vai ir izejoši saistaudi. Kad saņemam atbildi, mums ir gan vīrusa diagnoze, gan aknu stāvokļa novērtējums. Nākamais jautājums ir par to, kā pacientu ārstēt. Latvijā ir noteikta kārtība, ka Infektoloģijas centra ārstu hepatologu konsilij

nolemj, kā rīkoties. Atkarībā no vīrusa tipa ārstēšana ir atšķirīga.

– Paskaidrojiet sīkāk, kā atšķiras viens C vīrusa tips no otra.

– Laboratoriski tiek noteikts, kāda tipa C vīruss ir pacientam. Šim vīrusam ir vismaz seši tipi. Latvijā visizplatītākais ir 1. genotipa vīruss. Tam seko 2. un 3. genotipa vīruss, reti ir 4. Tas ir svarīgi tāpēc, ka 1. un 4. genotips sliktāk pakļaujas ārstēšanai, tādēļ terapijas ilgumam ir jābūt 48 nedēļas. Ja tas ir 2. vai 3. genotips, tad ārstēšanas ilgums ir 24 nedēļas. Klīniskajos pētījumos ir pierādīts: ja trīs mēnešu laikā 1. un 4. genotipa vīrusam nav samazinājusies vīrusa slodze, tad nav nozīmes terapiju turpināt, jo vīruss pret ārstēšanu ir rezistents.

– Cik lielas ir C hepatīta ārstēšanas izmaksas, un kādā apmērā tās kompensē valsts?

– Latvijā C hepatīta ārstēšana tiek kompensēta 75% apmērā. Gada laikā pacienta līdzmaksājums ir aptuveni 4000 eiro. No kā sastāv terapija? Valsts kompensē divus medikamentus – pagarinātas darbības interferonu kombinācijā ar ribavīrinu. Diemžēl ir gadījumi, kad pacienti pārāk lielo izmaksu dēļ atsakās no ārstēšanās.

– Kas notiek pēc ārstēšanas kursa beigām?

– Sešus mēnešus pēc ārstēšanas kursa beigām jebkuram vīrusa genotipam tiek noteikta vīrusa slodze. Cik bieži var novērot pozitīvu rezultātu pēc terapijas beigām? Diemžēl tikai pusei pacientu. Rezultāti ir labāki 2. un 3. genotipa vīrusam, sliktāki – 1. un 4., bet vidēji tie ir 50%. Ja pēc ārstēšanas kursa beigām cilvēkam nav nosakāms vīruss, bet pēc sešiem mēnešiem tas atkal ir parādījies, to klasificē kā nenoturīgu virusoloģisko atbildi. Mūsdienu medicīna ir pieņēmusi: ja sešus mēnešus pēc kursa beigām asinīs C vīrusa nav, pacients ir izārstēts. Tas gan būtu jāliek pēdīnās, jo aknu šūnās vīruss paliek. Vīrusa nav asinīs, taču aknu šūnās tas ir dusošā fāzē, kas nebojā aknas. Cilvēkam faktiski aknu funkcija ir atjaunota, kas arī ir ārstēšanas mērķis. Pacientus, kuriem no vīrusa atbrīvoties neizdodas, noteikti iepriecinās ziņas, ka farmakoloģija strauji attīstās un ir izveidoti jauni medikamenti C hepatīta ārstēšanai.

– Kādi ir jaunākie pieejamie medikamenti, lai cīnītos ar C hepatīta vīrusu?

– Izpētot vīrusu, parādījās tādi preparāti kā pirmās paaudzes proteāžu inhibitori. Lai vīruss vairotos, tam ir nepieciešams tāds ferments kā proteāze. Ja šo fermentu nobloķē, tad vīrusa vairošanās process ir apgrūtināts. Pirmās paaudzes proteāžu inhibitori ar valsts līdzmaksājumiem netiek kompensēti. Infektoloģijas centrā ir bijuši pacienti, kuri agrīnās pieejamības terapijas ietvaros šos medikamentus ir saņēmuši par brīvu. Kopš zāles ir reģistrētas, pacientiem gadā ir jāmaksā 20–30 tūkstoši eiro. Tā ir ļoti liela summa, un mums ir bijuši tikai 4–5 pacienti, kas ir ārstējušies ārpus agrīnās pieejamības programmas. Pašlaik ir parādījušies arī tiešas darbības pretvīrusu preparāti. Ar visjaunāko no medikamentiem 95–98% gadījumu ir iespējams panākt atveseļošanos. Diemžēl arī šis medikaments netiek kompensēts.

– Ko jūs varētu ieteikt, lai uzlabotu situāciju ar medikamentu kompensāciju?

– Kā jau iepriekš minēju, galvenais aknu cirozes iemesls jauniem cilvēkiem ir tieši C vīruss, un ciroze var pāriet arī aknu vēzī. Tāpēc ir jāparēķina, cik izmaksā viens zaudēts darbaspējīga cilvēka mūža gads un cik maksā šī ārstēšana. Tie ir divi nesalīdzināmi lielumi, kas noteikti nosveras par labu cilvēkam. Ekonomiski rēķinot, valstij ir daudz izdevīgāk medikamentus C vīrushepatīta ārstēšanai kompensēt 100% apmērā.

* Slimību profilakses un kontroles centra dati



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!**

Elpas trūkums – nopietnu slimību pavadonis

ANNA KALNIŅA

Viens no daudzu slimību pavadošajiem simptomiem ir elpas trūkums – gan viegls, gan ļoti smags.

Lai, pirmo reizi sastopoties ar šādu organisma izpausmi, neapjuktu vai arī pamudinātu cilvēkus kaut nelielu, bet jūtamu elpas trūkumu neatstāt bez ievēribas, *Tautai un veselībai* elpas trūkuma cēloņus un rīcības taktiku skaidro **Līga Ciekure**, Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Plaušu slimību centra pneimonoloģe alergoloģe.

– Elpas trūkums – it kā labi pazīstams un saprotams vārdu salikums, bet, rūpīgāk apdomājot, izrādās, cilvēkiem nav īsti skaidrs, vai par to medicīniski mums jārunā jau tajā brīdī, kad, strauji uzskrienot pa kāpnēm, rodas aizdusa, vai tikai tad, ja ir jūtāmāki traucējumi. Tātad – ko īsti nozīmē elpas trūkums?

– Zinātnieki ir daudz sprieduši par to, kas īsti ir elpas trūkums, un šobrīd tas tiek definēts kā elpošanas diskomforta subjektīva pieredze, ko veido dažādas intensitātes sajūtas – grūti elpot, trūkst gaisa, elpošana sagādā piepūli, spilējoša sajūta krūšu rajonā. Elpas trūkumam ir dažādas smaguma pakāpes. Pirmā pakāpe ir viegls elpas trūkums. Tas nozīmē, ka ir apgrūtināta elpošana, ātri ejot pa līdzenu vietu. Vidēji smags elpas trūkums – apgrūtināta elpošana vai nepieciešamība atpūsties, lēni ejot pa līdzenu vietu. Smags elpas trūkums – jāpārstājas pēc 90 līdz 100 metriem vai ik pēc dažām minūtēm. Ļoti smags elpas trūkums – pat tādas ikdienišķas darbības kā ģērbšanās rada grūtības elpot.

– Kāda ir pareizā rīcības shēma, pirmo reizi sastopoties ar elpas trūkumu?

– Viens variants – nedarīt neko, zināt, pat veselam cilvēkam liela slodze, smags darbs var radīt diskomforta sajūtu, piemēram, ātri uzkāpjot astotajā stāvā. Bet, ja elpas trūkums rodas, veicot ikdienas slodzi, tad ir jāvērsas pie ģimenes ārsta, kas, iztaujājot pacientu, secinās, kādi var būt elpas trūkuma cēloņi un kāds risinājums nepieciešams.

– Vai pie ģimenes ārsta jāvērsas nekavējoties, vai ir iespēja gaidīt, piemēram, nedēļu rindā?

– Ir elpas trūkuma gadījumi, kad var gaidīt pieņemšanu pie ģimenes ārsta. Te ir runa par hronisku elpas trūkumu. Bet ir dažas slimības, kad elpas trūkums sākas pēkšņi un ir spēcīgs, to var pavadīt citi simptomi, piemēram, sāpes krūtīs. Šādos gadījumos jāsauc neatliekamā medicīniskā palīdzība, kuras ārsti izvērtē, vai nepieciešama pacienta stacionēšana vai, sniedzot palīdzību, pacientu var atstāt mājās. Bīstamākās slimības, kur viens no simptomiem var būt elpas trūkums un kur nepieciešama tūlītēja ārstēšana un zāļu ievade, ir akūts miokarda infarkts vai sirds ritma traucējumi.

– Tātad lēmums, vai ārsts jāsauc nekavējoties vai arī drīkst gaidīt nākamās dienas akūto stundu pie ģimenes ārsta, atkarīgs no subjektīvajām sajūtām?

– Jā, to lielā mērā nosaka subjektīvās sajūtas, kā arī apkārtējo cilvēku, tuvinieku novērojumi un secinājumi. Ja elpas trūkums ir novērots vairākas dienas, nedēļas, mēnešus, gadus un cilvēks ir pielāgojis ikdienas slodzi savai pašsajūtai, piemēram, nenes tik smagus iepirkuma tīkliņus vai arī staigā lēnāk, tad tūlītēja ātrās medicīniskās palīdzības saukšana nav nepieciešama. Bet, ja ir spēcīgs elpas trūkums, ko pavada sāpes krūtīs, tad ārsts jāsauc nekavējoties un negaidot pieņemšanu pie ģimenes ārsta, pat ja tā būtu pieejama nākamajā dienā.



Foto: No Līgas Ciekures personīgā arhīva

Līga Ciekure: «Biežākos elpas trūkuma cēloņus mēs varam iedalīt vairākās grupās. Pirmā – elpošanas ceļu, plaušu un pleiras slimības. Otrā lielā grupa ir sirds un asinsvadu slimības. Elpas trūkumu var izraisīt arī nieru problēmas, kaulu sistēmas problēmas, aptaukošanās, liels vēders aptaukošanās vai grūtniecības dēļ.»

Biežāk elpas trūkums novērojams hronisku cēloņu dēļ, ko pacienti lielākoties jau ir apzinājuši un zina shēmu, kā jārikojas, piemēram, bronhiālās astmas vai stenokardijas lēkmju gadījumos. Ja jaut kas nesaprotams notiek pirmo reizi, noteikti jāmeklē ārsta palīdzība.

– Vai elpas trūkums ir bieži sastopama problēma?

– Šobrīd nav pieejami precīzi statistikas dati, bet, piemēram, kāds pētījums atklāj, ka 27,2% no izmeklētajiem 4900 vidēja un cienījama vecuma pacientiem ir dažādu cēloņu izraisīts elpas trūkums.

– Kādi ir biežākie elpas trūkuma cēloņi?

– Biežākos elpas trūkuma cēloņus mēs varam iedalīt vairākās grupās.

Pirmkārt, elpošanas ceļu, plaušu un pleiras slimības. Te varam runāt par lielo elpceļu nosprostošumu, kad problēmas ir balsenē, trahejā, piemēram, audzējs vai trahejas stenoze pēc intubācijas, svešķermeņa iekļūšana elpvados. Mazo elpceļu obstrukcija bronhiālās astmas un hroniskas obstruktīvas plaušu slimības (HOPS) gadījumā. Šajā grupā ietilpst arī samazināts plaušu tilpums, kad plaušu kustību ierobežo gaiss vai šķidrums pleiras telpā, samazināta plaušu izplešanās spēja (tūska, fibroze u.c.), mazā asinsvadu loka asinsrites problēmas, samazināta gāzu apmaiņa.

Otrā lielā grupa ir sirds un asinsvadu slimības, kur viena no biežāk sastopamajām problēmām ir hroniska sirds mazspēja, kas veidojusies arteriālās hipertensijas, sirds ritma traucējumu vai vārstuļu problēmu dēļ.

Elpas trūkums var rasties arī citu iemeslu dēļ, piemēram, nervu-muskuļu darbības traucējumu dēļ, ja ir pārciests cerebrālais infarkts un cilvēks ir gulošs. Elpas trūkumu var izraisīt arī nieru problēmas, kaulu sistēmas problēmas, aptaukošanās, liels vēders aptaukošanās vai grūtniecības dēļ.

Jāņem vērā, ka aptuveni trešdaļā gadījumu elpas trūkumam ir vairāk par vienu cēloni.

– Vai šādos gadījumos cēloņi ir savstarpēji saistīti?

– Jā, ir iespējami gadījumi, kad cēloņi ir savstarpēji saistīti. Piemēram, HOPS gadījumā attīstās sirds labo daļu pārslodze, kas var novest pie sirds mazspējas. Ilgi smēķējošam cilvēkam iespējama gan HOPS, gan koronāra sirds slimība, tāpat arī palielināts svars. Ja šādam problēmu kompleksam vēl pievienojas vīruss vai baktēriju izraisīts bronhīts vai pneimonija, tad cēloņu ir krietni vairāk.

– Droši vien, zinot cilvēka problēmas, ir vieglāk diagnosticēt elpas trūkuma iemeslus?

– Ja elpas trūkums kombinējas ar citām izpausmēm, tad tas patiešām var palīdzēt atrast tā cēloni. Viena no bieži sastopamām kombinācijām ir lēkmjveida elpas trūkums, kuram novērojami provocējoši faktori (puteķļi, dūmi, ziedputeķņi) un kuru pavada alerģiskas izpausmes. Šādā gadījumā, visticamāk, vainojama bronhiālā astma. Elpas trūkums ilgstošam smēķētājam ar pagarinātu izelpu un trokšņiem plaušās var liecināt par HOPS. Koronāra sirds slimība, stenokardija, pārciests miokarda infarkts un elpas trūkums naktī, kad pašsajūtu atvieglo sēdus pozīcija, vedina domāt par sirds mazspēju. Elpas trūkumu pēc

ēšanas var izraisīt gastroezofageālā atvīlņa slimība, aspirācija, kad kuņģa saturs nokļūst elpceļos, vai pārtikas alerģija. Elpas trūkums un atkārtotas pneimonijas – aspirācija, bronhektāzes, plaušu vēzis. Elpas trūkums un asins spļaušana – pneimonija, bronhektāzes, kardiālas slimības (piemēram, vārstuļu problēmas), plaušu vēzis. Elpas trūkums var būt vērojams arī pēc medikamentu lietošanas. Piemēram, kardiālas patoloģijas ārstēšanai nepieciešamie beta blokatori var pastiprināt HOPS. Šādos gadījumos speciālists ieteiks medikamentu maiņu. Bet, ja elpas trūkums, elpošana ar nopūtām novērojama ļoti aktīviem, gados jauniem cilvēkiem stresa situācijās vai izbaīļu dēļ, kad reāli bīstamas situācijas nav, iespējams, tā ir trauksmes izpausme. Šādos gadījumos, iespējams, var palīdzēt atpūta, konsultācija pie ģimenes ārsta vai arī psihologa, psihoterapeita.

– Kādas ir elpas trūkuma cēloņu diagnostikas metodes?

– Primārā un galvenā diagnostikas metode ir saruna ar ģimenes ārstu, jo pēc rūpīgi noskaidrotas anamnēzes arī var noteikt daudzus cēloņus. Pirmie izmeklējumi ir asinsspiediena mērījumi, sirds darbības frekvences jeb pulsa noteikšana, plaušu un sirds auskultācija. Iespējams, pacients jau uzreiz tiks nosūtīts uz pirmā līmeņa izmeklējumiem – asinsanalīzēm, elektrokardiogrammu, rentģenu krūšu kurvī, spirometriju. Jau kabinetā var tikt veikta pulsa oksimetrija, nosakot skābekļa piesātinājumu asinīs. Ir virkne diagnožu, kuras var noteikt jau pēc šiem izmeklējumiem, proti, bronhiālā astma, HOPS, sirds slimības, anēmija, šķidrums pleiras telpā, kifoskolioze.

Nākamie ir padziļinātie izmeklējumi: datortomogrāfija elpceļiem, ja nepieciešams; plaušu funkcionāla izmeklēšana: bronhoprovokācijas tests, pletizmogrāfija, gāzu difūzijas noteikšana; kardiāla virzienu izmeklējumi: ehokardiogrāfija, kur redzama sirds struktūra, lielums un vārstuļu darbība; holtera monitorēšana, kur 24 stundu garumā veic elektrokardiogrāfijas pierakstu, atšifrējot iespējamās aritmijas; iespējams, padziļinātas asinsanalīzes, kas var liecināt par sirds mazspēju un sastrēgumu asinsvados.

Ja nepieciešams, speciālists var noteikt vēl specifiskākus izmeklējumus, piemēram, koronarogrāfiju, kad asinsvadu sašaurinājumu noteikšana tiek veikta ar kontrastvielu. Pneimonologs var uzskatīt par nepieciešamu fibrobronhoskopiju vai plaušu audu biopsiju.

Gadījumos, kad ir vērojams izteikts elpas trūkums, bet miera stāvoklī tā cēloņi nav noskaidrojami, tiek veikts kardiopulmonālās slodzes tests, kas palīdz atšķirt gan pulmonālus, gan kardiālus cēloņus. Testa laikā vispirms miera stāvoklī tiek pierakstīta kardiogramma, asinsspiediena rādījumi, elpošanas rādījumi, pēc tam mērījumi tiek turpināti, pacientam darbojoties uz veloergometra, kur slodze pakāpeniski tiek palielināta.

– Kāda ir ārstēšana elpas trūkuma gadījumos?

– Ārstēšanas pamatprincipi ir atkarīgi no pamatslimības, un vienas receptes visiem gadījumiem nav. Biežāko cēloņu gadījumā (HOPS, bronhiālā astma, stenokardija) pacienti savu pamatslimību jau zina un līdz ar to ir informēti arī par t.s. glābjošajiem medikamentiem, kas atvieglo pašsajūtu. Tomēr jāatceras, ka nevajag būt pārāk izpalīdzīgiem pret līdzcīvēkiem un piedāvāt nezināmam cilvēkam atvieglot viņa pašsajūtu ar saviem medikamentiem: ja stenokardijai paredzētās zāles, labu gribot, iedod cilvēkam, kam, izrādās, ir bronhiālā astma, par kuru viņš vēl nezina, visticamāk, tas beigsies ar samazs zudumu. Tāpēc mans galvenais ieteikums ir nopietni izrunāties ar savu ārstu!

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

HOPS – novēršama un ārstējama slimība

LAUMA ABRAMOVIČA

Astma un hroniska obstruktīva plaušu slimība (HOPS) ir samērā plaši izplatītas saslimšanas, kas no pacienta prasa rūpīgu un regulāru ārstēšanos.

Par astmu un HOPS stāsta Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas un Latvijas Universitātes Medicīniskās pēcdiploma izglītības institūta ārstu prakses alergoloģe pneimonoģe **Antra Beķere**.

– Kas ir astma un kā to var pamanīt?

– Bronhiālā astma ir hroniska slimība, kuras raksturīgākā pazīme ir lēkmjveidīgs elpas trūkums, kas var būt gan dienā, gan naktī. Raksturīga arī čikstēšana plaušās, kuru izraisa alergēni, pārslimotas vīrusu infekcijas, bakteriālas infekcijas. Elpas trūkuma lēkmes var izraisīt arī fiziska slodze, stress. Bronhiālā astma lielākai daļai pacientu sākas bērnībā, taču tā var sākties jebkurā vecumā.

– Kādi ir astmas biežākie simptomi?

Astmas biežākais simptoms ir elpas trūkums vai klepus, kas ir lēkmjveidīgs. Ja slimību neārstē, elpas trūkums var būt pastāvīgs, taču ne vienmēr astmu ir viegli atpazīt. Neskaidra klepus gadījumā noteikti ir jāveic RTG (rentgenogrāfijas) izmeklēšana. Katram pacientam sūdzības var būt atšķirīgas, arī simptomu smagums var atšķirties.

– Astmas simptomi bieži vien ir līdzīgi hroniskas obstruktīvas plaušu slimības simptomiem.

– Astma un HOPS ir slimības, kuru rezultātā attīstās elpceļu obstrukcija jeb elpceļu sašaurināšanās. Astmas gadījumā, ja pacients lieto medikamentus, var panākt pilnīgu elpošanas funkcijas atjaunošanos, un rādītāji var būt normas robežās. Tikai apmēram 10% gadījumu bronhiālā astma grūti padodas ārstēšanai un elpceļos iekaisums saglabājas, neskatoties uz regulāru medikamentu lietošanu, slimība progresē un elpošanas funkcionālie rādījumi samazinās. HOPS gadījumā nevar panākt pilnīgu plaušu funkcijas atjaunošanos, jo galvenā atšķirība no astmas ir tā, ka plaušu funkcija nav atgriezeniska. Slimības sākumā vienīgais simptoms var būt klepus, kas liecina par iekaisumu elpceļos. HOPS agrīnās stadijās elpas trūkums nav nemaz tik izteikts. Tā kā HOPS pirmie simptomi bieži vien parādās ap gadiem 50, pacienti to saista ar novecošanos, domā, ka tam tā jābūt un nepievērš uzmanību. Tāpēc vienmēr viņiem jāpajautā, uz kuru stāvu pacients var uzkāpt bez elpas trūkuma vai cik garu ceļu gāzu var noiet.

– Cik traucējoša un jūtama ikdienas dzīvē ir hroniska obstruktīva plaušu slimība?

– HOPS ir ļoti bīstama un nopietna slimība, kas ilgstoši var noritēt nemanāmi. Elpošanas funkcijas rādītāji samazinās ļoti lēni, un cilvēks pakāpeniski pierod pie elpas trūkuma un pamazām tam pielāgojas. Esmu novērojusi: ja pacients atnāk un sūdzas par elpas trūkumu, tad spirometrija izmaiņas ir jau izteiktas un pacients var izelpot 30%–50% no paredzētās vecuma normas. HOPS gadījumā notiek elpceļu pakāpeniska sašaurināšanās, un slimības beigu stadijā elpas trūkums elpceļu sašaurināšanas dēļ ir tik izteikts, ka pacients nevar iziet no istabas un viņam ir pat grūti saģērbties un veikt citas parastas ikdienas aktivitātes. Varētu teikt, ka tā ir lēna un pakāpeniska nosmakšana, agrīni var iestāties invaliditāte.

– Kādas metodes tiek izmantotas, lai noteiktu precīzu diagnozi?

– Bronhu sašaurināšanās ir nosakāma ar ļoti vienkāršu metodi – spirometriju. Tā parāda, cik daudz un cik ātri pacients var ieelpot un izelpot. Jo mazāki ir iegūtie mērījumu rezultāti, jo izteiktāka



Foto: Guntis Gvozdevs

Antra Beķere:
«Astmas gadījumā, ja pacients lieto medikamentus, var panākt pilnīgu elpošanas funkcijas atjaunošanos. Tikai apmēram 10% gadījumu bronhiālā astma grūti padodas ārstēšanai un elpceļos iekaisums saglabājas, neskatoties uz regulāru medikamentu lietošanu, slimība progresē un elpošanas funkcionālie rādījumi samazinās. HOPS gadījumā nevar panākt pilnīgu plaušu funkcijas atjaunošanos, jo galvenā atšķirība no astmas ir tā, ka plaušu funkcija nav atgriezeniska.»

obstrukcija jeb sašaurināti elpceļi. Lai noteiktu, vai tā ir astma, vai tomēr HOPS, pēc spirometrijas pacientam ir jāieelpo bronhus dilatējošs (paplašinošs) medikaments. Pēc 20 minūtēm atkārtotajā testā, mēs redzam, vai bronhi zāļu iespaidā paplašinās. Ja tā ir, tad mēs varam pierādīt, ka tā ir astma. Metode ir vienkārša un pacientam droša, nesāpīga. Jāievēro tas, ka pirms spirometrijas nevajag lietot bronhus paplašinošus līdzekļus. Ja ir tikko pārslimots miokarda infarkts vai insults, izdarītas acu operācijas, spirometriju nevajadzētu veikt. Protams, gribu vēlreiz atgādināt, ka diagnozes noteikšanai palīdzēs arī plaušu rentgens. Neskaidrību gadījumā tiks nozīmēti arī citi izmeklējumi.

– Vai hroniska obstruktīva plaušu slimība ir ārstējama? Vai pacientu varēs izārstēt?

– HOPS ir novēršama un ārstējama slimība. Novēršama tāpēc, ka 85% gadījumu tā rodas smēķētājiem. Ja cilvēks nesmēķē, risks saslimt ir mazs, taču Latvijā smēķēšana ir ļoti izplatīta, un ir jārēķinās, ka HOPS pacientu ir daudz. Apmēram 80% HOPS pacientu Latvijā vēl nav diagnosticēti. Tas nozīmē, ka viņi nenojauš par savu slimību, nesāņem ārstēšanu un ir nolemti lēnai nosmakšanai. Pēc statistikas datiem 50% smēķētāju var attīstīties HOPS, tātad katrs otrais smēķētājs ir potenciāls HOPS pacients. Nepareizs ir uzskats, ka tā ir vīriešu slimība, var saslimt arī sievietes. Smēķēšanas pārtraukšanas gadījumā slimība progresē lēnāk. Medikamentu lietošana paplašina bronhus, uzlabo dzīves kvalitāti, samazina elpas trūkumu, palielina slodzes toleranci un samazina slimības uzliesmojumus. Katrs uzliesmojums atkal pasliktina plaušu funkciju, tāpēc ir būtiski, lai tie būtu reti. Slimību nevar izārstēt, bet var uzlabot dzīves kvalitāti.

– Vai astmas un HOPS terapijā pietiks tikai ar medikamentu lietošanu? Cik ilgi tie būs jālieto?

– Ja ir zināms, kas izraisa astmas simptomus vai paasinājumu, vajadzētu novērst alergēnu

iedarbību, un astmas pazīmi nebūs. Bet tas bieži vien atgādina neiespējamo misiju, jo nav iespējams pilnībā izvairīties no putekļiem mājās vai ziedputekšņiem apkārtējā vidē. Protams, vides sakārtošana, provocējošo faktoru mazināšana uzlabo situāciju, tomēr bez medikamentu palīdzības būs grūti iztikt. Astmas un HOPS ārstēšanā izmanto inhalatorus. Tās ir ierīces, ar kuru palīdzību medikaments tiek nogādāts plaušās. Pacienti reizēm baidās no inhalatoru lietošanas, prasa, lai labāk nozīmē tabletes, tomēr inhalatori ir drošāk lietojami, satur mazākus medikamentu devas, rada mazākus blakusefektus. Tas ir būtiski, jo medikamenti bieži vien jālieto ilgstoši. Nepietiks ar dažu nedēļu vai mēnešu ārstēšanos. Protams, astmas gadījumā būs situācijas, kad medikaments jālieto tikai kāda konkrēta ziedputekšņa ziedēšanas periodā, 2–3 mēnešus. Ja pacientam astmas simptomi ir tikai šajā periodā un pārējā laikā viņš jūtas labi, tad zāles nav jālieto visu gadu. Ārsts vienmēr pateiks, cik ilgi tas būs. Astmas pacientiem devu pārskatīšana parasti notiek pēc 3–4 mēnešu ārstēšanas kursa. Tad, ņemot vērā simptomus, devu mēģina mazināt. Ārsta uzdevums ir atrast mazāko medikamentu devu, pie kuras pacienta pašsajūta ir laba un notiek simptomu kontrole. Reizēm gan pacienti paši pārtrauc ārstēšanos un pie ārsta atkal dodas tikai tad, kad parādās elpas trūkums un klepus. Liela nozīme HOPS un astmas pacientu ārstēšanā ir arī aktīvam dzīvesveidam. Ir pierādīts, ka medikamentu efektivitāte ir lielāka, ja pacients ir fiziski aktīvs. Fiziskā slodze pat samazina iekaisuma rādītājus.

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

– Pašlaik astmas un HOPS ārstēšanā ir daudz medikamentu un ienāk arvien jauni, kas uzlabo gan pacienta pašsajūtu, gan ir vienkāršāk lietojami. Jaunākie medikamenti ir lietojami vienu

reizi dienā, kas varētu uzlabot līdzestību. Ja zāles jālieto divas reizes dienā, pacienti to bieži vien aizmirst, un tāpēc ārstēšana nedod vēlamo efektivitāti. Mēs ņemam vērā arī pacienta individuālās vēlmes, ja viņš neko nevēlas mainīt un grib turpināt lietot medikamentus divas reizes dienā. Iespēja izvēlēties inhalatorus ir liela. Tagad ir pieejama arī medikamentu kombinācija, kur, piemēram, divi bronhodilatatori ir apvienoti vienā inhalatorā un nav jālieto divi atsevišķi. Medikamenti ir 24 stundu iedarbība, tātad tie jālieto vienu reizi dienā. Šīs zāles ir paredzētas HOPS pacientiem. Arī astmas pacientiem ir vienu reizi dienā lietojams medikaments, kas satur gan inhalējamos kortikosteroīdus, gan bronhus paplašinošus līdzekļus.

– Ārsts savam pacientam izraksta inhalatoru, bet tas nesniedz gaidīto efektu. Iemesli tam var būt dažādi, un viens no tiem – nepareiza inhalatora lietošanas tehnika. Vai tā ir viegli apgūstama visu vecumu pacientiem?

– Ja inhalators netiek pareizi lietots, medikaments nenonāk bronhos un netiek saņemta nepieciešamā ārstēšana. Ja pacientam nav pareiza ieelpošanas tehnika, tad medikaments paliek mutē, un vienīgais, ko viņš iegūst, ir nevēlami blakusefekti. Tāpat ir jāmāk arī pareizi sagatavot inhalatoru ieelpai. Nozīmējot ārstēšanu, pacients vienmēr ir jāpārliecinās, vai viņš ir visu sapratis. Bieži vien ir jāizmēģina vairākas ierīces, līdz tiek izvēlēta tā, ko pacients vislabāk var ieelpot. Maziem bērniem noteikti jāizvēlas dozētie inhalatori un krājītelpa ar masku. Tāpat krājītelpa ar masku būs nepieciešama veciem cilvēkiem, kuri nesaprot un nevar izdarīt pietiekoši strauju un dziļu ieelpu, kas nepieciešama, lai iedarbinātu pulverveida inhalatoru. Katram, protams, ierīce jāizvēlas pēc individuālajām spējām un īpatnībām. Ir pacienti, kuriem nepatīk pulvera inhalatori, jo nepatīk sajūta kaklā. Tad var izvēlēties dozēto inhalatoru, kuru lieto ar krājītelpu. Galvenais ir medikamentu lietot regulāri un pareizi, tad arī efektivitāte neizpaliks.

– Kādi faktori ietekmē pacienta līdzestību terapijai? Kā to varētu uzlabot?

– Bieži vien astmas pacienti nesaprot, kāpēc ir jālieto medikamenti, ja nav elpas trūkuma, klepus vai citu sūdzību. Ja pacients regulāri lieto zāles, tad arī šo simptomu nav. Pārtraucot ārstēšanu, simptomi uzreiz neatjaunojas, bet jārēķinās, ka pēc kāda laika atkal var parādīties klepus un elpas trūkums. Pacientam jāizskaidro, kāpēc terapija ir nepieciešama. Astma ir hroniska slimība un prasa pastāvīgu ārstēšanu, lai mazinātu iekaisumu bronhos.

Arī HOPS gadījumā, it sevišķi slimības agrīnās stadijā, pacienti nesaprot, kāpēc regulāri jālieto medikamenti, ja nav izteikta elpas trūkuma. Kad pacients sāk izjust elpas trūkumu, slimība ir jau ielaista. Labāk ir atņemt smēķēšanu un uzsākt ārstēšanos agrīni, lai slimība neprogresētu.

Tāpat līdzestība būs lielāka, ja pacientiem nebūs vienlaikus jālieto daudz inhalāciju ierīču, jo tad pacients var neizmantot visus medikamentus, bet tos, kurus pats uzskata par vajadzīgiem. Bieži vien pacienti arī ekonomē līdzekļus un nelieto visas izrakstītās zāles. Jo vairāk medikamentu ir vienā ierīcē, jo lielāka būs līdzestība.

HOPS pacientu līdzestību noteikti varētu uzlabot, atjaunojot zāļu iegādes kompensāciju 75% apmērā. Nereti pacienti nevar iegādāties zāles, līdz ar to cieš no elpas trūkuma. HOPS pacientiem bieži ir arī citas slimības – cukura diabēts, kardiovaskulārās slimības, osteoporoze, paaugstināts holesterīns. Tāpēc medikamenti jālieto daudz, bet dažkārt visiem nepietiek līdzekļu.

Aizpildiet testu un **jautāji**et ārstam!

Apvelciet atbilstošo!

Jautājumi	Punkti	Jautājumi	Punkti
Vai Jūs klepojat vairāk nekā citi cilvēki?.....	2	Vai minētie simptomi pasliktinās pēc runāšanas pa tālruni?	
Vai Jūsu klepus „nāk no krūtīm” nevis no kakla? ..	2	Klepus	1
Vai minētie simptomi pasliktinās apguļoties?		Smagums krūtīs	1
Klepus	1	Čīkstēšana (sēkšana, trokšņi) krūtīs	1
Smagums krūtīs	1	Elpas trūkums.....	1
Čīkstēšana (sēkšana, trokšņi) krūtīs	1		
Elpas trūkums.....	1		
Vai minētie simptomi pasliktinās pēc nelielas fiziskas slodzes?			
Klepus	1		
Smagums krūtīs	1		
Čīkstēšana (sēkšana, trokšņi) krūtīs	1		
Elpas trūkums.....	1		
Vai minētie simptomi pasliktinās pēc smiešanās vai raudāšanas?			
Klepus	1		
Smagums krūtīs	1		
Čīkstēšana (sēkšana, trokšņi) krūtīs	1		
Elpas trūkums.....	1		

Punktu summa

Ja Jūsu kopējais punktu skaits ir 4 un vairāk, iespējams, ka Jums ir bronhiālā astma un būtu ieteicams konsultēties ar ārstu par savu plaušu veselību.

„Asthma Screening Questionnaire” B.Shin *et al.* *J Investig Allergol Clin Immunol* 2010



leskaties!
www.elpobrivi.lv

Izglītojošs materiāls pacientiem. Lai saņemtu personiska rakstura medicīniskus ieteikumus, lūdzu, konsultēties ar veselības aprūpes speciālistu.
Materiālu atbalsta GlaxoSmithKline Latvia SIA, Duntes iela 11, Rīga, LV/RESP/0006/15; sagatavots: 02/2015

Komunikācijā jāizmanto mazas valsts priekšrocības

TOMS ZVIRBULIS

Nopietni saslimstot, ir svarīgi, lai par mūsu veselību kāds rūpētos arī pēc tam, kad esam atstājuši slimnīcas gultu un devušies uz mājām. Ļoti svarīga te ir ģimenes ārsta loma. Tāpēc viņam ir jāsaņem pēc iespējas vairāk informācijas no pacientu ārstējošā speciālista.

Par to, vai slimnīcas ārstu un ģimenes ārstu komunikācija ir pietiekami labā līmenī, uz sarunu aicināju Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Kardioloģijas centra kardiologu, Rīgas Stradiņa Universitātes docentu **Kārli Trušinski**.

– Invazīvie kardiologi veic ļoti nozīmīgu darbu kardiovaskulāro pacientu ārstēšanā, tomēr tā ir tikai daļa pacienta aprūpes. Daudz vairāk laika pēc izrakstīšanas no stacionāra pacients pavada ģimenes ārsta aprūpē. Kā jūs vērtējat šī brīža situāciju Latvijā? Vai saikne starp ģimenes ārstu un kardiologu ir pietiekami cieša?

– Saikne ir tik cieša, cik ciešu mēs paši to veidojam. Es domāju, ka tieši kardiologiem ir izdevies nodibināt labas attiecības, labu kontaktu ar ģimenes ārstiem. Tas ir svarīgi divu apstākļu dēļ. Pirmkārt, procedūras un dažādas operācijas, kas pacientiem tiek veiktas, kļūst arvien sarežģītākas. Otrkārt, pacientu uzturēšanās laiks slimnīcā samazinās. Līdz ar to slimnīcas ārsts pacientu redz tikai īsu brīdi, kamēr ģimenes ārsts seko pacientam līdzīgi gadiem, un ģimenes ārsta loma pacienta aprūpē tikai pieaug.

– Daudzās Eiropas valstīs ir vienota veselības informācijas sistēma, no kuras ģimenes ārsti saņem informāciju par sava pacienta akūtiem stāvokļiem, kad pacients tiek hospitalizēts un izrakstīts no stacionāra. Latvijā šādas sistēmas nav. Kā ģimenes ārsti saņem informāciju par savu pacientu, kurš tiek izrakstīts no stacionāra?

– Pacients izrakstoties saņem slimības vēstures izrakstu, kurā viss svarīgākais ir minēts. Ar to viņš dodas pie sava ģimenes ārsta. Kopīga datu sistēma, kad visi iesaistītie ārsti ar pacienta atļauju varētu piekļūt viņa izmeklējumu rezultātiem, protams, būtu ideāls risinājums. Pašlaik to bieži aizstāj sazvanšanās. Vienota datubāze būtu ērta, bet, no otras puses, tikai izmeklējumu rezultāti vien bieži nesniedz patieso atbildi. Medicīnā ir tāds termins kā ārstu konsilijs. Šobrīd bieži tiek runāts par komandu. Es neesmu liels formālu ārstu konsiliju piekritējs, bet domāju, ka sadzīvē ir nepieciešama dzīva komunikācija starp speciālistiem, ģimenes ārstu un pacientu, lai atrastu konkrētajā situācijā labāko risinājumu.

– Tātad jūs uzskatāt, ka sistēma darbojas gana labi?

– Jā, es domāju, ka kardiologu sadarbība ar ģimenes ārstiem ir laba. Datubāze atvieglotu dzīvi pašam pacientam. Viņam nebūtu jākrāj izmeklējumu rezultāti un vienmēr jārūpējas par to, lai pie ārstu tos saņemtu līdzī. Ārsts vienkārši apskatītu pacienta failu datorā. Ja mēs runājam par medicīniska lēmuma pieņemšanu, tad ārstiem ir jāsažinās savā starpā, jo, risinot viena pacienta problēmas, mēs kaut ko uzzinām arī par nākamo aprūpējamo. Ārstiem ir jākomunicē pietiekami bieži, jo ne velti labākie rezultāti ir sasniegtami komandas darbā.

– Iedomāsimies situāciju, ka pacients ticis hospitalizēts ar akūtu koronāru sindromu. Viņam tas ir bijis ļoti liels pārdzīvojums. Īsā laikā pacientam veikti dažādi izmeklējumi un manipulācijas, doti dažādi medikamenti. Pēc izrakstīšanas no stacionāra pacientam, kurš pirms tam it kā bijis vesels, ir jālieto «sauja»



Foto: Guntis Gvozdevs

Kārlis Trušinskis: «Zāles jāiesaka nevis daudz, bet precīzi. Ārsta pienākums ir izskaidrot pacientam, kuri medikamenti viņam ir noteikti nepieciešami, bet kuri – nē. Ja mēs pacientam divas nedēļas, mēnesi, pusgadu pēc akūta koronāra sindroma jautājam, kā viņš jūtas, un saņemam atbildi, ka viņš jūtas atstāts viens, tad sekundārās profilakses ziņā pēc miokarda infarkta kaut kas nav kārtībā. Kādam ir pietrūcis laika ar pacientu runāt, bet tā nedrīkstētu būt.»

tablešu. Vai jūs uzskatāt, ka ir adekvāti atbildību par pāreju no sekundārās uz primāro aprūpi uzvelt tikai pacienta plecos?

– Es nepiekrītu, ka atbildība ir uzvelta tikai uz pacienta pleciem. Akūts koronārs sindroms parasti nāk kā zibens spēriens no skaidrām debess. Pacientam tas ir šoks, un ārstiem ir jābūt saprotošiem. Cilvēks vakar bija vesels, šodien viņš ir slim, un jūs nevarat gribēt, lai viņš rīt būtu pilnīgi gatavs sākt lietot medikamentus bez jebkādiem sīkākām paskaidrojumiem. Mūsu uzdevums ir runāt ar pacientu, izskaidrot, rūpēties, lai viņš saņemtu nepieciešamo ārstēšanu, bet arī dot pacientam laiku. Ārsts neatstāj slimnieku vienu ar viņa problēmu. Tas būtu slikts mūsu darba rādītājs. Arī izrakstot pacientu mājās no slimnīcas, ir jānotiek sarunai, viņam ir jāizskaidro situācija, jāatbild uz jautājumiem un jānodod padoms, kā rīkoties turpmāk. Līdzīga saruna pacientam būs ar ģimenes ārstu. Tas dod viņam iespēju vienmēr saņemt atbildes uz jautājumiem, kas rodas laika gaitā. Laimīgā kārtā, pateicoties modernām ārstniecības metodēm, un šeit es gribētu pieminēt jaunākās paaudzes zālēm pildītos stentus, akūta koronāra sindroma gadījumā (tautā saukts par miokarda infarktu) ir iespējams būtiski uzlabot prognozi. Mēs pacientam bieži vien sakām: «Jums bija problēma, mēs to atrisinājām labākajā iespējamajā veidā. Tagad jums ir jālieto zāles, lai kaut kas tāds neatkārtotos un lai stents asinsvadā piepeši neslēgtos.» Jūs teicāt «sauja» zāļu. Godīgi sakot, es esmu pret zāļu saujām. Zāles jāiesaka nevis daudz, bet precīzi. Ārsta pienākums ir izskaidrot pacientam, kuri medikamenti viņam ir noteikti nepieciešami, bet kuri – nē. Ja mēs pacientam divas nedēļas, mēnesi, pusgadu pēc akūta koronāra sindroma jautājam, kā viņš jūtas, un saņemam atbildi, ka viņš jūtas atstāts viens, tad sekundārās profilakses ziņā pēc miokarda infarkta kaut kas nav kārtībā. Kādam ir pietrūcis laika ar pacientu runāt, bet tā nedrīkstētu būt. Pacientam ir jājautā un ārstiem ir jāstāsta. Mēs līdzīgās

situācijās sniedzam vienu un to pašu informāciju, bet cilvēki ir ļoti dažādi. Vienam ar to pietiks, bet citam vajag zināt vairāk, un es aicinu pacientus jautāt! Mēs vienmēr izstāstām, kāda ir problēma un kā mēs to varētu risināt.

– Kāds tam varētu būt iemesls, ka pacienti uzdod tik maz jautājumu? Informācijas trūkums, bailes?

– Pacientu interese par savu veselību un izglītības līmenis ārstēšanas procesā ir svarīgs. Ārstēšanas metodēm kļūstot sarežģītākām, arī pacientam ir vairāk jāiesaistās un jāsaprot, ko mēs darām. Ja jūs interesējaties par savu veselību, sekojat līdzī, jautājat, ārstēšanas rezultāts noteikti būs labāks nekā tad, ja jūs nelielāties par to ne zinīs. Iemesls savā ziņā sakņojas padomju gados pieredzētajā, kur ārsts pat kādreiz varēja neteikt pacientam diagnozi. Tagad tas viss ir mainījies.

– Daudz tiek runāts par to, ka invazīvie kardiologi ir ļoti noslogoti. Ne vienmēr ārsts var veltīt pietiekami daudz laika, lai ar pacientu izrunātu aktuālos jautājumus, kas saistīti ar ārstēšanu pēc stacionāra. Vai, jūsuprāt, būtu vērts pacientu izglītošanā iesaistīt kardioloģijas māsas. Varbūt jums ir vēl kādas idejas, kā uzlabot pacienta zināšanu līmeni un likt saprast, cik nozīmīga ir aprūpe pēc hospitalizācijas etapā?

– Salīdzinot ar Rietumeiropas valstīm, ar ārstu atbalsta personālu pie mums ir ļoti slikti. Māsas un ārstu palīgi var ļoti būtiski atslēgt ārstu darbu, neapdraudot ārstēšanas procesa kvalitāti. Mums ir par maz arī sekretāru, medicīnas tehniķu. Tas noteikti ir virziens, ko uzlabot.

– Raugoties no finansiālās puses, stacionārā veikto manipulāciju izmaksas bieži vien mērāmas vairākos tūkstošos. Ja pacients pēc izrakstīšanas no stacionāra laikus nesaņem nepieciešamo aprūpi, atkārtotas saslimšanas risks vairākkārt palielinās. Iznāk tā, ka stacionārā veiktā aprūpe bijusi vēltīga, turklāt, nonākot stacionārā atkārtoti, izmaksas ir vēl

augstākas. Kam būtu jāuzņemas atbildība par šādu situāciju? Kā to varētu vērst par labu?

– Pacientam, kurš ir ārstējies slimnīcā ar akūtu koronāro sindromu, tuvākajās dienās pēc izrakstīšanās ir jāiet pie ģimenes ārsta. Viens no galvenajiem iemesliem – informēt savu ārstu un nepārtraukt medikamentozu terapiju. Līdz ar to piekļuve ģimenes ārstam ir svarīgs jautājums. Normālā situācijā ģimenes ārstam jau būtu jāzina, ka viņa pacients atrodas slimnīcā. Šķiet, nebūtu par daudz prasīts, ja pacienta slimības izraksts brīdī, kad viņš to saņem, elektroniski nonāk arī ģimenes ārsta e-pastā. Ārsts, no rīta atnākot uz darbu, redz, ka vakar pēcpusdienā no slimnīcas ir izrakstīts viņa pacients. Tad, kad šis pacients stāv pie ārsta kabineta durvīm, ārsts jau zina visu par viņa slimību, un ir nepieciešamas 20 minūtes, lai apspriestos par zālēm un iedotu receptes. Runājot par sākariem, pašlaik tas lielā mērā ir atkarīgs no pacienta – kā viņš to organizēs. Tomēr nevajag problēmu pārāk saasināt. Es neesmu dzirdējis, ka ģimenes ārsts nebūtu pieņēmis pacientu pēc izrakstīšanās no slimnīcas.

– Kā rīkoties, ja pacients tiek izrakstīts pirms brīvdienām, piemēram, piektdienas vakarā, un divas dienas ģimenes ārstu satikt nav iespējams?

– Mūsu prakse ir tāda, ka mēs pacientam zāles noteikti iedosim līdzī. Cits variants nav iespējams, vienīgi, ja arī slimnīcas ārstiem atļautu izrakstīt kompensējamo zāļu receptes. Tas ir vēl viens jautājums, ko varētu risināt. Kāpēc sertificēts slimnīcas ārsts nedrīkst saviem pacientiem izrakstīt kompensējamās zāles?

– Vai pacients arī ambulatorajā ārstēšanās periodā nāk uz slimnīcu, lai pārbaudītu savu veselības stāvokli?

– Mēs pacientiem piedāvājam iespēju 3–6 mēnešus pēc akūta koronāra sindroma vai stenta implantācijas nākt uz kontroles veloergometriju. Vizītes laikā mēs konsultējam, kā pareizi lietot zāles, noskaidrojam, vai pacienti to dara pareizi un vai nav nepieciešamas korekcijas.

– 2012. gadā tika veiktas izmaiņas kompensējamo medikamentu nozīmēšanā. Ņemot vērā šobrīd pastāvošos ierobežojumus, vai ģimenes ārsts vienmēr pacientam var nozīmēt jūsu rekomendēto terapiju? Vai tas ietekmē pacienta aprūpes kvalitāti?

– Nedrīkst jaukt kompensācijas noteikumus ar pacienta ārstēšanas vadlīnijām. Tas ir ļoti būtiski. Pašlaik Latvijā daudzas ārstēšanā svarīgas zāles vēl netiek kompensētas. Tas ir skumji. Īpaši situācijā, kad mēs it kā taupām pacientu naudu, liekot viņiem visos gadījumos sākt ārstēties ar lētākajām zālēm. Kāpēc, pateicoties ietaupītajam, mēs nevarētu iekļaut kompensējamo kardioloģisko medikamentu sarakstā arvien jaunas zāles? Un mani arī izbrīna sauklis: «Ārstējies nepārmaksājot!» Man kā ārstam gandrīz būtu jākaunas par to, ka es gribu savu pacientu ārstēt ar oriģinālajiem medikamentiem, kas diezgan likumsakarīgi ir arī dārgāki. Oriģinālās zāles nav tas pats, kas ģenēriskās zāles. Oriģinālās zāles ir pierādīts daudzu tūkstošu pacientu pētījumos. Ģenērisko zāļu efektivitāte ir jāizpēta 30–40 veselu cilvēku organismā, un to efekts drīkst svārstīties no 80–125%. Ģenēriskajām zālēm vienmēr būs sava vieta, jo pacientu izvēle bieži būs saistīta ar cenu. Ne visi pacienti var atļauties oriģinālās zāles, ne visi varbūt tās arī izvēlēties. Tomēr pacientam ir jānodod izvēles brīvība. Pašlaik, ja ārsts un pacients izvēlas oriģinālās zāles, pacientam ir jāmaksā pilna cena. Uzskatu, ka pareizi būtu pie vienas diagnozes visiem kompensēt medikamenta bāzes cenu, bet tiem, kas izvēlas oriģinālās zāles, atļaut piemaksāt, neatņemot kompensāciju.

Svarīga ārstu un pacientu sadarbība

ILZE AUSTRUMA

Mazkustīgs dzīvesveids, smēķēšana, ogļhidrātiem bagāts uzturs – tie ir tikai daži iemesli, kas var novest pie kardiovaskulārām slimībām.

Kāda ir sadarbība starp kardiologiem un ģimenes ārstiem un kā rīkoties, ja pacientam diagnosticieta sirds asinsvadu slimība, skaidrosim sarunā ar ģimenes ārstu **Ignatiju Kuļišovu**.

– Cik izplatītas iedzīvotāju vidū šodien ir kardiovaskulārās slimības?

– Biežākās saslimšanas ir paaugstināts asinsspiediens, stenokardija. Arī asinsvadu ateroskleroze, kurai raksturīgs asinsvadu iekšējās sienas bojājums ar holesterīna izgulsnēšanos. Mūsdienās tās ir ļoti aktuālas, jo cilvēki mazāk kustas, viņiem ir sēdošs darbs, stress, nepareizs uzturs. Tas veicina gan holesterīna līmeņa, gan asinsspiediena paaugstināšanos. Tāpat asinsvadi kļūst mazāk elastīgi, sliktāk tur slodzi. Līdz ar to var teikt, ka

Esmu uzmanīgs ar pavisam jauniem medikamentiem, īpaši tiem, par kuriem nekas daudz nav zināms. Šādā situācijā, pirms izrakstīt pacientam zāles, iespējams, ir labāk nogaidīt, paskatīties, kādi ir rezultāti.

Izņēmums ir gadījumi, ja zāles iesaka kardiologs – tādās situācijās piekrītu kardiologa viedoklim un izrakstu pacientam viņa rekomendētās zāles.

šobrīd ir vērojams kardiovaskulāro slimību uzplaukums. Turklāt šīs saslimšanas ir viens no galvenajiem mirstības iemesliem Latvijā.

– Ja situācija kļūst nopietna, pacienti ar savu saslimšanu nereti nonāk invazīvā kardiologa rokās. Tomēr daudz vairāk laika pēc izrakstīšanas no stacionāra viņi pavada ģimenes ārsta aprūpē.

– Dodoties mājās no stacionāra, pacientam «uz rokas» tiek iedots izraksts ar rekomendācijām, kas viņam turpmāk jādara un kādi medikamenti jālieto. Tālākais jau ir pacienta rokās – viņam jāaiziet pie ģimenes ārsta, jāsaņem medikamentu receptes un jālieto zāles tā, kā nozīmējis kardiologs vai ģimenes ārsts.

– Kā jūs vērtējat šī brīža situāciju Latvijā – vai saikne starp ģimenes ārstiem un kardiologiem ir pietiekami cieša? Vai tomēr katrs ir vairāk par sevi?

– Es vairāk varētu runāt par pacienta un ģimenes ārsta sadarbību. Jautājums ir par to, vai slimnieks apzinās savu stāvokli un to, ka viņa dzīve sakarā ar saslimšanu ir izmainījusies un turpmāk, iespējams, būs regulāri jādzer zāles. Vēl ir svarīgi saprast, ka medikamentu lietošana ir nepieciešama pašam pacientam, nevis kardiologam vai ģimenes ārstam. Nereti slimnieku attieksme liek domāt, ka mēs, ģimenes ārsti, rakstām medikamentus sev. Tieši pateicoties zālēm un pareizām



Foto: No Ignatija Kuļišova personīgā arhīva

Ignatij Kuļišovs: «Jautājums ir par to, vai slimnieks apzinās savu stāvokli un to, ka viņa dzīve sakarā ar saslimšanu ir izmainījusies un turpmāk, iespējams, būs regulāri jādzer zāles. Vēl ir svarīgi saprast, ka medikamentu lietošana ir nepieciešama pašam pacientam, nevis kardiologam vai ģimenes ārstam.»

dzīvesveidam, ko arī ieteiks ārsts, mēs varam palīdzēt pacientam nodzīvot ilgu mūžu bez problēmām. Ja pacients to saprot un vēlas justies labi, tad sadarbība notiek.

– Šobrīd ir noteikts, ka, izvēloties pacientam medikamentus, ārstam ir jāizraksta lētākās no līdzvērtīgas efektivitātes zālēm. Kā tas darbojas?

– Jā, pastāv uzskats, ka noteiktās zāļu grupās lētākie medikamenti ir tādi paši kā dārgie, un kāpēc tādā gadījumā pacientam vajadzētu pārmaksāt! Situācijas ir dažādas. Vienam pacientam ļoti labi palīdzēs lētākais medikaments, bet citam – nē. Praksē reizēm novērojam, ka medikamenti ar vienu ķīmisko nosaukumu darbojas ne gluži tāpat, tāpēc, izvērtējot efektivitāti, izmantojam gan oriģinālmehikamentus, gan ģenēriskos.

– Tātad saviem pacientiem iespēju robežās cenšaties izrakstīt, jūsuprāt, piemērotākos medikamentus?

– Izrakstu tos, kas laika gaitā pierādījuši savu efektivitāti. Esmu uzmanīgs ar pavisam jauniem medikamentiem, īpaši tiem, par kuriem nekas daudz nav zināms. Šādā situācijā, pirms izrakstīt pacientam zāles, iespējams, ir labāk nogaidīt, paskatīties, kādi ir rezultāti. Izņēmums ir gadījumi, ja zāles iesaka kardiologs – tādās situācijās piekrītu kardiologa viedoklim un izrakstu pacientam viņa rekomendētās zāles. Vēlāk, ja sirgstošais vēlas ko mainīt, mēs par to varam apspriesties un, iespējams, arī izdarīt korekcijas. Lielas izmaiņas, kas varētu pacientam kaitēt, gan neveicu. Ja viņš tomēr uzstāj, tad labāk sūtu pacientu uz konsultāciju pie kardiologa ar

piebildi, ka, lūk, pacients nav gluži apmierināts ar izrakstītajiem medikamentiem vai to daudzumu. Norīkojumā izklāstu savas domas un lūdzu ārstu izteikt savu viedokli.

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

– Ja piešķirtais finansējums kompensējamiem medikamentiem ir nepietiekams, ģimenes ārsts ir tiesīgs, ņemot vērā objektīvos apstākļus, Nacionālajam veselības dienestam rakstīt vēstuli ar lūgumu piešķirt papildu finansējumu. Dienests vēstules izskata un sniedz atbildes.

– Daudzās Eiropas valstīs ir vienota veselības informācijas sistēma, caur kuru ģimenes ārsts saņem ziņas par sava pacienta akūtiem stāvokļiem, kad viņš tiek hospitalizēts vai izrakstīts no stacionāra. Latvijā šādas sistēmas nav. Kā tieši jūs saņemat informāciju par savu pacientu, kurš tiek izrakstīts no stacionāra?

– Pacients atnāk uz vizīti pie ģimenes ārsta un atnes izrakstu vai izsauc ārstu uz mājām – cita varianta nav.

– Vai uzskatāt, ka šī sistēma darbojas pietiekami labi?

– Ne īpaši, jo ne visi pacienti pie ārsta atnāk. Ja kāds pacients aizbildinās ar to, ka uz vizīti pie ģimenes ārsta jāgaida četras piecas dienas vai pat vēl ilgāk, es vienmēr uzsveru, ka tāpēc ārstam katru dienu ir akūtā stunda, lai ikviens, kuram tas ir nepieciešams, varētu atnākt. Un mums taču ir arī telefoni – pacienti var zvanīt un māšiņai vai ārstam izskaidrot savu stāvokli. Es, piemēram, situācijās,

kad pacients piezvina un stāsta, ka viņš izrakstīts no stacionāra, atrodu iespēju un aicinu viņu atnākt tajā pašā vai nākamajā dienā. Protams, ja pacients apgalvo, ka tuvākajām dienām viņam medikamentu pietiek, tad viņš var nākt rindas kārtībā. Uzskatu, ka ģimenes ārstiem tieši tā arī vajadzētu strādāt.

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

– Reizēm jā, reizēm nē. Viss ir atkarīgs no tā, cik pacients pats ir gatavs pieņemt to, ko viņam iesaka. Pacientu izglītošanai slimnīcā un ambulatori vēl ir daudz neizmantoju iespēju. Kaut vai paskatīsimies zviedru un vācu piemēru: viņiem ir rehabilitācijas vai aprūpes māsas, kas māca pacientam, kā turpmāk dzīvot, kā pieņemt un saprast situācijas nopietnību. Pie mums tas ir uz ārsta vai viņa medicīnas māsas pleciem.

– Vai jūsu praksē ir bijuši gadījumi, kad pacients pēc izrakstīšanās no stacionāra nav griezies pie ģimenes ārsta, lai turpinātu ārstēšanos? Ja ir, tad kādas tam ir sekas?

– Protams, ir bijuši gadījumi, kad pacients pēc izrakstīšanās no slimnīcas pie ģimenes ārsta neatnāk. Tas ir ļoti nepareizi, jo viņš riskē ar nopietniem slimības sarežģījumiem, iespējamu infarktu vai insultu. Vai kādam būs labāk, ja viņš paliks gulošs vai jaunākajā gadījumā iestāsies nāve?

– Ko varētu darīt, lai šādas situācijas nerastos? Kas būtu jāuzlabo?

– Pacienti pašiem jābūt atbildīgākiem par savu veselību. Ārstam un slimniekam ir jāsadarbjas! Ļoti daudzi uzskata: pacientam ir tiesības, bet ārstam – tikai pienākumi. Arī masu medijos nereti izskan pacientiem adresēta pamācība: ejiet un pieprasiet, jums pienākas! Kāpēc netiek runāts un atgādināts par to, ka pacientam ir pienākums aiziet pie ģimenes ārsta pēc izrakstīšanās no stacionāra? Varbūt tādā gadījumā varētu pacientam liegt iespēju saņemt valsts apmaksātu medicīnu utt.? Piemēram, Igaunijā ģimenes ārsts var redzēt, kad un kurā aptiekā viņa izrakstītie medikamenti ir nopirkti. Ja tas nav izdarīts, tātad pacients zāles nelieto. Tādā gadījumā nevajadzētu nākt pie ārsta un sūdzēties par sliktu dzīves kvalitāti un to, ka medikamenti nelīdz. Šis kaimiņvalsts piemērs ir ļoti labs, ceru, ka Latvijā jau tuvākajā nākotnē būs iespējams ieviest kaut ko līdzīgu.

– Ko jūs sarunas nobeigumā vēlētu ieteikt pacientiem?

– Ja viņi līdz 40 gadu vecumam nenāk pie sava ģimenes ārsta, uzskatot, ka ir veseli, tad, pārkāpjot šo sliekšni, vismaz reizi gadā ārsts ir jāapmeklē. Un nevis ieskriet garāmejojot, jo pacients redzējis, ka ārsta kabinetā deg gaisma, bet pierakstīties un atnākt uz pieņemšanu rindas kārtībā. Pirms tam mājās vajadzētu sagatavot jautājumus, ko pacients vēlas uzdot ārstam. Tad mēs varam apspriesties, uztaisīt asinsanalīzes, noteikt holesterīna un cukura līmeni. Ja tas tiek darīts vismaz reizi gadā un pacients arī kontrolē savu asinsspiedienu, tad lielākoties nebūs jāuztraucas par smagām veselības problēmām.

Nevajag aizmirst, ka pacientiem ir ne tikai tiesības, bet arī pienākums rūpēties par savu veselību! Piemēram, vingrot, staigāt, nepārstāties, nelietot uzturā daudz sāls un treknu ēdienu. Veselīgs dzīvesveids ir ļoti svarīgs. Ārsts var visu izskaidrot, bet, ja pacients to neievēro, tad stāstītajam nebūs lielas jēgas.

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 medikāliem 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 Invasīvās 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 papildzinot 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 normas 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**



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 glābs arī 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 rādītumi 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 jādara 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 miljona 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!

Foto: Guntis Gvozdevs

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”.

Pavasara stress. Kā tam stāties pretī?

EVITA HOFMANE

Nervozī, kašķīgi, miegaini un saguruši – tādi itin kā bez īpaša iemesla mēs mēdzam kļūt uz pavasara pusi. Kas mums kaiš?

Atbildi mēģinām rast, jautājot Medicīnas sabiedrības ARS, Dr. A. Lasmaņa klīnikas neirologam **Aināram Vecvagaram**.

– Vai teiciens «pavasara stress» ir balstīts uz fizioloģiskām izjūtām un simptomiem, vai arī tas ir vienkārši tautā iemīļots un cilvēku prātos radīts jēdziens? Kā sezonālās izmaiņas ietekmē nervu sistēmu un attiecīgi cilvēka ikdienas dzīvi?

– Šī teiciena pamatā noteikti ir dzelžaina loģika, jo pavasarī mūsu organisma ideālai funkcionēšanai vajadzīgo vitamīnu, makroelementu un mikroelementu kopums organismā ir izsīcis. Ja to trūkst, mūsu bioloģiskie procesi nenotiek, kā plānots, un mēs sākam sliktāk justies. Stress ir organisma atbildes reakcija uz briesmām. Stresa laikā izdalās hormoni, enerģijas sintēzei tiek tērēta enerģija un dažādi vitamīni, mikroelementi un makroelementi. Loģiski, ja to trūkst, mēs vairāk pakļaujamies stresa ietekmei, izjūtam nogurumu, un līdzsvars nav tik labs kā rudenī, kad vasarā ir lietota vitamīniem bagātāka pārtika. Arī pārtikas produktos vitamīnu pavasarī ir mazāk, jo tie nespēj tik ilgi labi saglabāties. Līdz ar to arī mēs vitamīnus uzņemam mazāk, kaut ēšanas ieradumus nemainām.

– Kā cilvēks var saprast, ka pie vainas ir tieši vitamīnu izsīkums organismā, nevis kas cits?

– To var saprast, ja konkrētās pazīmes regulāri novēro pavasarī. Lielāka nervozitāte, miega traucējumi, cilvēks ir mazāk izturīgs pret dažādām stresu provocējošām situācijām, viegli aizkaitināms, nervozs. Sliktāk guļot, dienā krītas darba spējas. Izdarot asins analīzes, to īsti nevar izvērtēt, jo tad konkrētā cilvēka asinis būtu jāanalizē visas gadalaikos, lai novērtētu tieši viņam raksturīgās izmaiņas. Visi parasti vadās pēc ārējiem simptomiem – sūdzas par izteiktu nervozitāti, bezmiegu, nogurumu, un ar to pietiek, lai novērtētu, ka tas ir vitamīnu izsīkums.

– Kā rīkoties, lai neizbēgamās, ar stresu saistītās situācijas, ar ko sastopamies ikdienā, uztvertu mierīgāk?

– Katrs pārdzīvo citādi, reakcijas atšķiras. Kas ir stress? To izraisa dienā pārdzīvotais. Neikdienišķais, tas, kas ir nedaudz citādāks nekā parasti, organismam jau ir stresa situācija. Ja cilvēks nekad nav nodarbojies ar skriešanu, bet pēkšņi noskrien piecus kilometrus – tas ir stress. Vai arī, piemēram, visu ziemu gulējis, kāds izdomā sākt dzīvot aktīvi, nodarboties ar sportu – organismam tā ir stresa situācija. Tajā vakarā cilvēks droši vien nevarēs tik viegli aizmigt, tik labi negulēs, jo organismam fiziskās nodarbes ir izraisījušas stresu. Protams, ja rīt ir eksāmens, tas ir stress, un visi to sapratīs, bet tāpat ir ar pēkšņu fizisku piepūli un citām lietām. Katram ir savas stresa situācijas darbā vai ikdienas dzīvē. Ja kaut kas notiek ne tā, kā bijis plānots, rodas stress, un tad ir jautājums, kā cilvēks uz to reaģēs? Tas atkarīgs no viņa nervu sistēmas līdzsvarotības. To arī ietekmē vitamīnu, mikroelementu un makroelementu daudzums organismā un iepriekšējā dzīves pieredze, jo mūsu uzvedība un atbildes reakcijas iestrādājas. Tas nosaka, cik spilgti izpaudīsies stress, ar ko mēs ik dienas saskaramies.

Piemēram, bija iepļānota tikšanās, cilvēks neatnāca – tā jau ir stresa situācija. Vai arī otrs nokavēja



Foto: No Medicīnas sabiedrības ARS arhīva

Ainārs Vecvagars: «Magnijs ir nepieciešams mūsu organismam. Tas piedalās apmēram 300 ķīmiskajos procesos, tātad tas ir ļoti nozīmīgs.»

– pietiek ar dažām minūtēm, lai uztrauktos un virsnierēs sāktu izdalīties stresa hormoni. Tas notiek dažu sekunžu laikā, bet pēc tam tie darbojas četras stundas, jo šo hormonu pusnoārdīšanās periods ir aptuveni divas stundas. Tātad tikai pēc četrām stundām mēs pilnībā nomierināsimies. Ja stresa situācijas rodas vakaros, būs grūtības aizmigt, tāpēc, aizejot mājās, nevajag citiem vēl radīt stresa situācijas. Tāpat arī televīzijā nevajadzētu smelties negatīvu informāciju.

– Televīzijas skatīšanās vakaros ir populāra izklaide.

– Mēs mēģinām *atiet* no dienā gūtajām emocijām ar citu emociju palīdzību, ko gūstam televīzijā. It kā tas aizrauj, bet asa sižeta filmas rada stresu. Sākam pārdzīvot redzēto un atkal iegūstam jaunu stresa situāciju. Vakara vajadzētu skatīties kaut ko mierīgu un skaistu, un ne tajā gultā, kur guļam pa nakti. Jo mūsu galva visu mēģina atcerēties: te es guļ, te es uztraucos, te skatos televizoru. Savā gultas vietā ir tikai jāguļ. Ja gulēšana savā gultā nebūs stingri «iesēdusies» mūsu galvā kā nosacījuma reflekss, tad sīki pārdzīvojumi, stresa situācijas varēs viegli mūs izsist no miega-nomoda līdzsvara, un miegs tiks sabojāts.

– Kā stress ir saistīts ar tādām lietām kā nogurums, paaugstināts tonuss, nervozitāte, uzbudināmība un trauksme?

– Nogurums norāda uz visu ķīmisko procesu, enerģijas ražošanas procesu izsīkumu, un tas kombinējas ar pastiprinātu nervozitāti. Nervozitāte

rada trauksmainumu arī normālos apstākļos, un uztraukšanās par visu kļūst par ieradumu. Tālāk tas viss noved pie bezmiega, nākamajā dienā darba spējas ievērojami krītas, bet nervozitāte un trauksme neatkāpjas.

– Ir speciālisti, kuri norāda, ka viens no cēloņiem, kāpēc cilvēki izjūt nogurumu un nervozitāti, ir magnija trūkums organismā? Kāds ir jūsu viedoklis?

– Ļoti atbilstošs skatījums, jo magnijs kā makroelements ir ļoti nepieciešams mūsu organismam. Magnija daudzumu asinīs ir grūti novērtēt, jo parasti tas šķiet esam normas robežās. Ja tā nebūs, tad cilvēkam būs izteikti krampji un sirds ritma traucējumi. Magnijs piedalās apmēram 300 ķīmiskajos procesos, tātad tas ir ļoti nozīmīgs. Taču mēs nevaram vilkt līdzī ar pirkstu un secināt: šajos procesos magnijs piedalās ļoti aktīvi, te mazāk. Mūsu izjūtas jebkurā gadījumā būs vienādas – nogurums, nervozitāte, īpaši mēs manīsim, piemēram, krampjus kājās. Stresa laikā magnijs tiek zaudēts vairāk, jo darbojas arī veģetatīvā nervu sistēma, kas nodrošina iekšējo orgānu darbības regulāciju, – sirds darbība paātrinās, cilvēks svīst. Stresa situācijās palielinās muskulatūras tonuss. To mēs īpaši neapzināmies, tas notiek automātiski, un mēs pamanām tikai sekas. Jo lielāks uztraukums, jo lielāks muskuļu tonuss. Jo tas ilgāku laiku saglabājas, jo lielākas izmaiņas rada ap muskuļiem esošajos audos, un jutīgākie ir nervu šķiedras un asinsvadi, kuri nedaudz

tiek saspiesti. Šajos audos samazinās skābekļa un barības vielu piegāde un notiek iekaisīgi procesi, kas visas sāpes saasina. Lai muskuļi atbrīvotos, ir nepieciešams magnijs un D₃ vitamīns. Ja cilvēki sūdzas par krampjiem kājās pēc fiziskām nodarbēm, tas ir saistīts ar magnija zudumu pastiprinātas svīšanas un muskuļu darbības rezultātā. Arī vasara ir posms, kad magniju zaudējam vairāk, jo tad vairāk svīstam. Alkoholisko dzērienu lietošana veicina diurēzi un visu sāļu papildus izvadīšanu no organisma. Lielāks magnija zudums organismā varētu būt sportistiem, bērniem, kuri ir aktīvāki, skraida un svīst vairāk. Ir novērots, ka veciem cilvēkiem sirds muskulis strādā labāk, ja magnijs organismā ir pietiekoši daudz. Arī grūtniecēm visi mikroelementi un makroelementi ir jāuzņem papildus.

– Vai ir gadījumi, kad magniju nevajadzētu lietot?

– Ir ļoti reti gadījumi, kad magniju lietot nav vēlams: kopā ar antibiotikām un ja ir nieru darbības traucējumi. Taču to nosaka ārsts katram individuāli.

– Bieži vien ārsti izraksta gan antibiotikas, gan vitamīnus organisma stiprināšanai.

– Antibiotiku kursa laikā labāk vitamīnus un makroelementus nelietot. Kad pabeigts antibiotiku kurss, sāk dzert vitamīnus. C vitamīnu gan var lietot, tas vienmēr nāk par labu, bet pārējos vitamīnus – pēc antibiotiku lietošanas. Galvenais – nelietot magniju kopā ar antibiotikām, jo magnija sāļi var aizkavēt antibiotiku uzsūkšanos, kas nav vēlams, jo tādējādi samazinās zāļu efektivitāte, un to nevajadzētu pieļaut.

– Ko jūs ieteiktu cīņai ar stresu ikdienā?

– Vakaros neskatīties šausmu filmas un ziņas, kas novērš uzmanību no ikdienas stresa, bet pašas rada jaunu stresu. Četras stundas pirms gulētiešanas būt mājās un ģimenes lokā neapspriet politiskus jautājumus. Galvenais ir labi izgulēties, tad nākamajā dienā būs daudz lielāka izturība. Pavasarī papildus vajadzētu uzņemt vitamīnus. Magnijs jālieto vismaz divus mēnešus. Efekts no tā ir jūtams nedēļas laikā: ja cilvēks pirms tam ir bijis nervozāks, slikti gulējis, tad viņš noteikti jutīsies labāk.

– Cik daudz magnija iespējams uzņemt ar pārtikas produktiem, ja cilvēks cenšas ēst veselīgu un sabalansētu uzturu?

– Cilvēks vienmēr ir uz pareizā ceļa, ja lieto veselīgu pārtiku. Magnijs ir auzu pārslās, riekstos, rozīnēs, banānos, bet mūsu dārzeņos tā ir daudzreiz mazāk, jo magnija mūsu augsnē ir maz. Tāpēc cerēt, ka, ēdot kartupeļus, bietes un kāpostus, sasniegsim labu magnija daudzumu organismā, nevajadzētu. Ir atzīts, ka magnijs jāuzņem papildus. To lieto visā pasaulē un medicīnā pazīst jau vairākus gadsimtus.

– «Nacionālais stresa tests» www.stress.lv ir īpaša testa metode, kuras ietvaros ikviens pats var izmērīt savu stresa līmeni. Kādas ir jūsu domas par šādu aktivitāti? Vai tā ir noderīga un kāpēc?

– Mums ir jāapzinās, ka esam *stresaini*, mūs ir viegli izsist no līdzsvara. Tomēr vajadzētu censties izvairīties no problēmu sāpīgas uztveršanas, kā arī radīšanas. Labāk dzīvot, neradot stresu sev un citiem. Nevajag pārdzīvot visu notiekošo sāpīgi, vajag atrast saprātīgu attieksmi pret problēmām. Tad arī visi dzīvosim veselīgāk. Ir vērts atbildēt uz dažādiem jautājumiem www.stress.lv, jo tādējādi mēs jau paši sev varam atbildēt, cik stabili jūtamies un vai dažādi sīki stresa faktori mūs varēs izsist no sliedēm... Varbūt tas tiks padomāt, ko varētu mainīt, lai kļūtu līdzsvarotāks.



Latvijā atzītākais oriģinālmedikaments¹, kura sastāvā ir optimāla magnija un B6 vitamīna kombinācija, kas efektīvi uzveic magnija trūkumu un tā izraisītos simptomus. Magne B6 mazina nogurumu, nespēku, nervozitāti, muskuļu krampjus. Ražots Francijā.

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

¹ Sanofi iekšējie dati, pamatojoties uz IMS 2014.

Reklāmas devējs:

SANOFI 

BENU 

aptieka 1

Kr. Valdemāra iela 33-8, Rīga, LV-1010, Latvija. Tālr. 67332451

SALV.MGP.15.02.0037. Apstiprināts: 12.02.2015.

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI

Kā nosargāt savu reproduktīvo veselību?

GITA ZVIRGZDIŅA

Mazkustīgs dzīvesveids un neveselīgi ēšanas paradumi ir drauds ne tikai sirds asinsvadu veselībai. Tie atstāj ietekmi uz asinsvadiem visā organismā un vīriešiem var veicināt arī erekcijas problēmas.

Ar Kurzemes Uroloģijas centra virsārsti, uroloģi onkoloģi **Dzintra Litavnieci** runājam par vienu no viņas darba stūrakmeņiem – vīriešu veselības problēmām.

– Kurzemes Uroloģijas centra pieteikums ir gana ambiciozs – nodrošināt pilnvērtīgu un daudzpusīgu palīdzību pacientiem no visas Kurzemes.

– Tieši tāda arī bija centra veidošanas ideja: lai pacientiem no Kurzemes puses nebūtu jādodas pēc uroloģiskās palīdzības uz galvaspilsētu, bet lai mēs spētu visu nepieciešamo izmeklēšanu un ārstēšanu nodrošināt uz vietas Liepājas reģionālajā slimnīcā. Lai šī palīdzība būtu gana plaša, centrs savā paspārnē ir paņēmis arī nefroloģijas dienestu. Tagad mums ir gana spēcīga uroloģu komanda. Kopā ar mani strādā divi jauni uroloģi

*Reproduktīvo orgānu
apsaldēšana ir kaitīga
ne tikai sievietēm,
bet arī vīriešiem!*

Igors Carevs un Mārtiņš Silenieks, kā arī ambulatori pieņem Aleksandrs Plužņikovs. Komandā darbojas arī jauna un ļoti zinoša nefroloģe Arta Gertnere.

– Pirmais pusgads jaunā centra darbībā jau ir aizvadīts. Ko tas ir pierādījis?

– Patiesībā darbs, ko darām, mums jau ir ierasta lieta: jau vairākus gadus mūsu agrākajā Uroloģijas nodaļā ārstējām pacientus no visas Kurzemes, tātad mums atliek iesāktu veiksmīgi turpināt. Šodien es ar pilnu atbildību varu apgalvot, ka mūsu slimnīcā uroloģiskā palīdzība ir tikpat augstā līmenī, kā lielajās Rīgas klīnikās. Gan apjomā, gan kvalitātē, jo mums ir gan zinoši speciālisti, gan mūsdienīga izmeklēšanas un ārstēšanas aparatūra. Būtiski ir tas, ka Kurzēmē nav nevienas līdzīgas iestādes. Bet būsīm objektīvi – tas arī nav vajadzīgs, jo uroloģiskā palīdzība, visa nepieciešamā aparatūra un viss pārējais ir gana dārgs, tāpēc nav lietderīgi to visu iegādāties katrā slimnīcā. Iegādātajai aparatūrai un speciālistiem ir jāstrādā ar pilnu noslodzi. To var panākt, palīdzību koncentrējot vienuviet, nevis izkaisot pa mazajām slimnīcām.

– Lielākā daļa centrā sniegtās palīdzības ir saistīta ar vīriešu veselības problēmām.

– Tā var teikt. Šī palīdzība aptver aptuveni 75% no visa darba, ko mēs centrā darām.

– Vīriešiem reproduktīvo orgānu veselības problēmas šķiet daudz svarīgākas par sirds vai plaušu veselību. Kāpēc tā?

– Protams, ka tā ir, jo tur izpaužas vīrišķā būtība – seksuālā varēšana un sevis apliecināšana

seksuālajā jomā jebkuram vīrietim ir ļoti būtisks jautājums. Tāpēc kaut vai nelielas novirzes šajā dzīves sfērā vīrietim rada bažas. Diemžēl mūsdienu dzīvē, kur valda stress, bieži vien mazkustīgs dzīvesveids un nepilnvērtīgs, vienveidīgs uzturs, šīs problēmas arī rodas. Erektīlā disfunkcija lielai daļai vīriešu ir radušies psiholoģisku vai emocionālu iemeslu dēļ. Protams, ir arī medicīniski iemesli, taču to procentuāli ir mazāk.

– Droši vien te nederēs mierinājums: neuztraucies, būs labi!

– Noteikti nē! Pirmām kārtām ir jāveic izmeklējumi, lai pārlicinātos, kādi ir problēmas iemesli. Pirmais solis, lai to izdarītu, ir saruna ar uroloģu, kurš pēc sarunas un nepieciešamajiem izmeklējumiem noteiks diagnozi: vai problēmās vainojama prostatas veselība, kāda cita vaina vai arī dzīvesveids. Varbūt, lai atgūtu šīs dzīves jomas veselību, ir nepieciešama psihoterapeita palīdzība. Arī tas var būt risinājums.

– Ko liecina jūsu pieredze: ja vīrietim ir radušās reproduktīvās veselības problēmas, viņi drīz meklē ārsta palīdzību, vai tomēr vilcinās ar šo vizīti?

– Tas ir ļoti individuāli. Viens no dzinūļiem, kas liek atnākt pie ārsta, ir uzsāktas jaunas attiecības, kurās gribas startēt ar jaunu vīrišķo spēku.

– Internetā mūsdienās var atrast daudz dažādu līdzekļu erekcijas stiprināšanai.

– Tas ir saprotami, ka cilvēks vispirms meklē vieglāk pieejamo un tikai tad citu ceļu. Taču teikšu atklāti – tas var būt bīstami, jo visbiežāk anotācijas internetā nopērkamajiem preparātiem nav izlasāmas, mēs nezinām, ko šie medikamenti satur. Tiem var būt dažādas nevēlamas blaknes, tāpēc es tomēr ieteiktu lietot medikamentus, kas ir klīniski pārbaudīti, droši un Latvijā reģistrēti, lai neiekuļtos nevajadzīgās problēmās.

– Viens no iemesliem, kas var vīriešiem radīt problēmas ar potenci, ir prostatas veselība. Kādā vecumā būtu ieteicams veikt pārbaudes, lai pārlicinātos, ka tur nebriest kaut kas slikts?

– Iekaisīga rakstura izmaiņas prostatā var rasties vīriešiem jebkurā vecumā, taču, ja mēs runājam par hroniskām izmaiņām vai aizdomājamies pat līdz tādai problēmai kā ļaundabīga prostatas saslimšana, kas ļaundabīgo audzēju vidū vīriešiem ir viena no aktuālākajām, tad tas ir vairāk raksturīgs vīriešiem pēc 40 gadu vecuma. Tāpēc šajā vecumā arī būtu vēlams veikt pirmo pārbaudi un, ja analizēs viss ir kārtībā un arī urologa atziņums liecina, ka ar vīrieša veselību viss ir kārtībā, tad nākamo vizīti vajadzētu ielānot pēc diviem gadiem, jo šajā laikā daudz kas var mainīties. Turklāt, lai nomierinātu vīriešus, es gribu pateikt arī to, ja laboratoriski PSA (prostatas specifiskā antigēna) analizē uzrādās kādas novirzes no normas, tas vēl nav iemesls, lai kristu izmisumā, domājot, ka tas ir vēzis. Šī analīze ir tikai viens no izmeklējumiem, un izmaiņas tajā var radīt dažādi citi faktori, piemēram, iekaisums. Tāpēc arī ir vajadzīga vizīte pie urologa, kurš nozīmēs vēl papildu pārbaudes un atradīs īsto vainu. Par vēzi var runāt tikai tad, ja tas ir apstiprināts morfoloģiskajās analizēs.

– Kas vēl var radīt izmaiņas PSA analizē?



Foto: Egons Ziverts

Dzintra Litavniece: «Ilgstošs mazkustīgs dzīvesveids rada asinsrites izmaiņas mazajā iegurnī. Tādējādi tur esošajos orgānos, tostarp prostatā, ir traucēta asins apgāde, kas var atsaukties uz dzimumdzīves kvalitāti.»

– Tās var radīt labdabīgas izmaiņas prostatā, iekaisīgas slimības, hronisks prostatīts un vēl citas problēmas. Tās visas sadarībā ar savu uroloģu ir ārstējamas.

– Vai problēmas ar prostatas veselību var būt šķērslis vīrietim radīt bērnus?

– Var gan, jo prostata ir orgāns, kas piedalās spermas kvalitātes uzturēšanā. Prostatas dziedzeris izdala šķidrumu, kas notur spermas pareizo Ph līmeni. Ja šis šķidrums ir nekvalitatīvs vai nepietiekošs daudzumā, var izmainīties spermas sastāvs un līdz ar to arī spermatozoīdu aktivitāte un kvalitāte.

– Mūsu sarunas sākumā jūs jau minējāt, ka erektilās disfunkcijas iemesli var būt dažādi, tostarp arī emocionāli. Kurā brīdī šīs emocionālās problēmas var kļūt par fiziskām un izraisīt erektilo disfunkciju?

– Skaidrs, ka tas nenotiek vienkārši sliktā garastāvokļa dēļ. Tāds mums katram laiku pa laikam uznāk un pāriet – tas ir cilvēciski un normāli. Taču, ja pārslozde, stress, sasprindzinājums, miega un atpūtas trūkums plus vēl finansiālas problēmas pastāv ilgstoši, tad gan viss šis kopums var radīt problēmas. Tomēr, kā jau minēju, tas var būt tikai viens no erektilās disfunkcijas iemesliem. To var radīt arī dažādas slimības.

– Par vienu no iemesliem jūs minējāt mazkustīgu dzīvesveidu.

– Jā, jo mazkustīgs dzīvesveids iespaido prostatas veselību, bet tā savukārt var atsaukties uz dzimumdzīves kvalitāti. Mēs visi ļoti labi zinām, cik daudziem cilvēkiem mūsdienās ir mazkustīgs darbs pie datora, rakstāmgalda, kad gandrīz vai vienīgā izkustēšanās dienas laikā ir došanās pusdienās, jo no rīta uz darbu un vakarā uz mājām cilvēks dodas ar automašīnu. Un mājās atkal apsēžas pie datora vai televizora. Šāds ilgstošs mazkustīgums rada asinsrites izmaiņas mazajā iegurnī. Tādējādi tur esošajos orgānos, tostarp prostatā, ir traucēta asins apgāde. Tāpēc cilvēkiem ar šādu darba režīmu, pirmkārt, ir svarīgi ņemt pauzes darba laikā, lai izkustētos un uzlabotu asins cirkulāciju visā organismā, arī mazajā iegurnī. Otrkārt, ir

vajadzīgas fiziskās aktivitātes: peldēšana, skriešana vai kas cits. Tas ir ļoti svarīgi! Vīriešu veselībai kaitē darbs laukā aukstā laikā, kad ir iespējama saaukstēšanās. Reproductīvo orgānu apsaldēšana ir kaitīga ne tikai sievietēm, bet arī vīriešiem!

– Vīriešu seksuālo funkciju var ietekmēt arī vienveidīgs un nepilnvērtīgs uzturs.

– Nevienam nav noslēpums, ka ir speciāli produkti, tā saucamie afrodisiaki, piemēram, šokolāde, austeres, jūras veltes, dateles, vaniļa, rieksti un citi, kas stimulē seksuālo funkciju. Tajā pašā laikā pretēja iedarbība ir stipri vīriem un trekniem ēdieniem. Būsim godīgi: pēc kārtīgas vēdera *piestumšanas* ar treknu un smagu ēdienu diezin vai kādam ir doma par mīlēšanu – drīzāk miegs ir klāt un nekādas varēšanas. Tam ir pavisam vienkāršs izskaidrojums: visa enerģija aiziet, lai organisms pārstrādātu uzņemto ēdienu un citam tās vairs nepietiek. Ja šāds dzīvesveids kļūst regulārs, nepaņem ilgus laikus, kad klāt ir arī aptaukošanās, kas nes līdzīgas veselības problēmas. Viena no tām ir paaugstināts holesterīna līmenis un ateroskleroze, kas bojā dažādus organisma asinsvadus, ne tikai sirds, par ko bieži tiek runāts. Arī dzimumsistēma, īpaši vīriešiem, ir asinsvadiem bagāta, tātad ateroskleroze var ietekmēt arī to. Tāpēc veselīga ēšana, lai saglabātu pilnvērtīgu dzimumfunkciju, patiešām ir nozīmīga.

– Kāds, jūsuprāt, ir labākais veids, kā pamudināt vīriešus pilnvērtīgi rūpēties par savu veselību un izdarīt nepieciešamās pārbaudes?

– Manuprāt, to iespējams izdarīt, tikai un vienīgi runājot un stāstot, kāpēc tas ir vēlams. Skaidrs, ka mēs nevaram nevienam to uzteipt, vai, nedod Dievs, kādu piespiest iet uz analizēm. Tā ir katra cilvēka paša brīva izvēle. Mēs, ārsti, varam vienīgi skaidrot pārbaudes nepieciešamību ar konkrētiem piemēriem no dzīves. Manuprāt, tas ir visreālākais veids, kā mudināt rūpēties par savu veselību. Jo, kā jau es teicu, PSA analīze ir gan veids, kā konstatēt dažādas labdabīgas problēmas prostatas veselībā, gan arī ļaundabīgas. Galu galā ir vērts saprast, ka rūpes par savu veselību nesīs labumu pašam, nevis īstenos kādu ārsta kaprīzi.

Urīna nesaturēšana – kādi risinājumi?

ILZE AUTRUMA

Ir neskaitāmi daudz sieviešu, kurām dzīves kvalitāti bojā tāda delikāta lieta kā urīna nesaturēšana jeb inkontinence. Par šo problēmu daļais dzimums skaļi nerunā un reizēm par to nestāsta pat saviem tuvākajiem ģimenes locekļiem, mēģinot situāciju risināt ar urīna nesaturēšanai paredzētiem ieliktnīšiem, kas smagākos gadījumos arī var nelīdzēt.

Ir apsveicami, ja sievietes par savu problēmu iedrošinās pastāstīt ģimenes ārstam vai vēl labāk – atnākt pie urologa un kopīgiem spēkiem atrast problēmas risinājumu. Mūsdienās urīna nesaturēšana nav nolemtība – ar to iespējams veiksmīgi cīnīties un gūt labus rezultātus. Kādi ir inkontinences cēloņi sievietēm, kādas ir diagnostikas un ārstēšanas iespējas, par to saruna ar P. Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas un Medicīnas sabiedrības ARS uroloģi **Zani Pilsētneici**.

– **Vai ir daudz sieviešu, kas sūdzas par urīna nesaturēšanu?**

– Teiktu, ka daudz! Pacientu skaits pieaug ar katru gadu. Manuprāt, tas ir labi, jo nevis liecina, ka pati slimība kļūst biežāka, bet, pateicoties pieejamajai informācijai, pacienti daudz vairāk uzdrošinās par to runāt un ir motivēti ārstēties. Ja salīdzina ar vīriešiem, kuriem tāpat kā sievietēm mēdz būt urīna nesaturēšana, daļajam dzimumam tā sastopama vidēji piecas reizes biežāk, un to nosaka sievietes anatomiskās īpatnības. Sievietēm ir samērā īss un plats urīnizvadkanāls ar vienu slēdzējmuskuli un vienlaikus arī daudz vairāk riska faktoru, kas šos slēdzēj mehānismus var novājināt.

– **Kādi ir biežākie riska faktori?**

– Tās ir atkārtotas grūtniecības, dabīgas dzemdības, liels liekais svars, fizioloģisks estrogēnu līmeņa samazinājums menopauzē ar sekojošu visu starpenes muskulatūras novājināšanos. Otrā lielākā riska faktoru grupa ir hroniskas saslimšanas: cukura diabēts, neiroloģiskas slimības (multiplā skleroze, parkinsona slimība, mugurkaula saslimšanas utt.). Dažkārt vienu konkrētu iemeslu urīnācijas traucējumiem ar urīna nesaturēšanu neizdodas atklāt vispār – tādos gadījumos runājam par funkcionāliem apakšējo urīnceļu traucējumiem un pacientam nozīmējam simptomātisku ārstēšanu. Protams, nedrīkst aizmirst arī mūsu individuālo gēnu kompleksu, kas nosaka cilvēka skaistumu un labās īpašības, bet diemžēl sevi glabā arī noslieci uz konkrētām saslimšanām, tai skaitā urīna inkontinenci.

– **Kādi ir urīna nesaturēšanas veidi?**

– Lai arī nav grūti diagnosticēt tieši urīna nesaturēšanas faktu, daudz sarežģītāk ir noskaidrot cēloni, kas ir par iemeslu katras konkrētas sievietes problēmai, jo pie dažādiem inkontinences cēloņiem ārstēšana var radikāli atšķirties. Viens no biežāk sastopamajiem un vienkāršāk diagnosticējamajiem veidiem ir slodzes urīna nesaturēšana, kas izpaužas kā negaidīta noplūde pie klepošanas, šķaudīšanas, strauji ceļoties no gultas vai arī veicot kādas fiziskas nodarbes, piemēram, skrienot, vingrojot. Šādos gadījumos par iemeslu urīna noplūdēm ir novājinātais slēdzēj mehānisma komplekss. Otrs biežāk sastopamais urīna nesaturēšanas veids ir pārkāpts urīnpūslis, kam raksturīga nepieciešamība bieži iet uz labierīcībām, kā arī steidzama vajadzība urinēt, kaut arī urīna daudzums var būt neliels, un vajadzība celties apmeklēt tualeti nakts laikā. Ja šādos gadījumos sieviete nepagūst tikt līdz tualetei, urīns var noplūst nekontrolēti. Par jauktu tipa urīna nesaturēšanu runā, ja



Foto: Guntis Gvozdevs

Zane Pilsētneice: «Viens no biežāk sastopamajiem un vienkāršāk diagnosticējamajiem veidiem ir slodzes urīna nesaturēšana, kas izpaužas kā negaidīta noplūde pie klepošanas, šķaudīšanas, strauji ceļoties no gultas vai arī veicot kādas fiziskas nodarbes, piemēram, skrienot, vingrojot. Šādos gadījumos par iemeslu urīna noplūdēm ir novājinātais slēdzēj mehānisma komplekss.»

vienlaikus ir gan slodzes urīna nesaturēšana, gan pārkāpts urīnpūšļa sindroms. Pārplūdes inkontinences situācijās urīna patvaļīga noplūšana notiek pārpildīta urīnpūšļa dēļ. Sievietēm tam par iemeslu visbiežāk ir iegurna orgānu noslīdējumi, kas traucē pilnīgu urīnpūšļa iztukšošanas urinācijas laikā. Šādos gadījumos ar laiku urīnpūslis tiek pārstiepts, un urīns visu laiku pa pilītei izdalās pat bez vēlmes iet uz tualeti. Gados vecākām sievietēm, it īpaši, ja viņām ir pārvietošanās grūtības, var būt sastopama funkcionāla inkontinence, kad sieviete sakarā ar kustību traucējumiem vienkārši nepagūst aiziet līdz tualetei.

– **Nereti urīna nesaturēšana parādās grūtniecības laikā vai pēc bērna piedzimšanas.**

– Gaidot mazuli, sievietei ir pastiprināta slodze uz starpenes muskulatūru, savukārt dzemdību laikā var būt plisumi, kas var novājināt starpenes muskulatūru un urīnizvadkanāla slēdzējmuskuli. Ja pēc dzemdībām sievietei parādās sūdzības par urīna nesaturēšanu un tā pati no sevis neizzūd trīs mēneši laikā, tas nozīmē, ka noteikti ir kaut kas jādara, jo tāpat vien šī problēma neizzudīs. Vēlos uzskaidrīt sievietes, ka šādos gadījumos ārsts uzreiz nevedīs uz operāciju zāli, bet vispirms piedāvās veikt speciālus vingrinājumus (Kegela vingrinājumi), ar kuru palīdzību iespējams stiprināt novājinātos starpenes muskuļus.

– **Urīna nesaturēšanu var veicināt arī hroniskas saslimšanas.**

– Kā jau iepriekš minēju, visbiežāk tās ir endokrīnās saslimšanas, piemēram, cukura diabēts, un neiroloģiskas slimības. Šādos gadījumos tiek bojāta pareiza nervu impulsu pārvade pa nervu šķiedrām, un var parādīties urīna nesaturēšana. Ar izkaisīto sklerozi sirgstošiem tāpat kā citu neiroloģisku slimību pacientiem (pēc mugurkaula traumām, ar iedzimtām neiroloģiskām pataloģijām, pēc smadzeņu asinsrites traucējumiem, insultiem) ir ļoti svarīgi, kādā nervu sistēmas līmenī ir bojājums. No tā būs atkarīga problēmas nopietnība un simptomu izpausme. Tāpat urīna nesaturēšanu var veicināt ikviena plaša operācija, kas tiek izdarīta mazajā iegurnī.

– **Kā notiek inkontinences diagnostika?**

– Ja sieviete vērsas pie urologa ar sūdzībām par urīna nesaturēšanu, vispirms ārsts noteikti vēlsies zināt, kā problēma izpaužas, cik bieži tā ir

un kādās situācijās. Manā ikdienas darbā palīdz arī speciālas anketas, kuras plaši tiek lietotas visā pasaulē. Pēc tam tiks nozīmētas urīna analīzes, lai izslēgtu iekaisumu, kas arī var radīt urīna noplūdi. Ārsts var ieteikt veikt arī sonogrāfisko izmeklēšanu ar vai bez atlieku urīna mērīšanas. Ja ir norādījumi par plašiem starpenes muskulatūras bojājumiem, ļoti vēlama specifiska ultrasonoskopija tieši starpenes muskulatūrai. Dažos gadījumos vajadzīga datortomogrāfija, lai pārliecinātos, vai pacientei nav ļaundabīgs audzējs vai nierakmeņu slimība – abas šīs lietas var izsaukt biežāku nepieciešamību apmeklēt tualeti, kā arī inkontinenci. Ja ārstam ir kaut vismazākās aizdomas par to, ka urīnceļos varētu būt audzējs, obligāti nāksies veikt tā saucamo cistoskopiju jeb urīnpūšļa apskati no iekšpuses. Urīna nesaturēšanu objektīvi var pierādīt ar urodinamiskajiem izmeklējumiem, kad ar speciālas aparatūras palīdzību ārsts izvērtē urīnpūšļa, urīnizvadkanāla, slēdzējmuskuļa, starpenes muskulatūras funkcijas, kā arī nervu sistēmas darbības, kas regulē urinācijas ciklu. Papildus izmeklējumiem urologs noteikti lūgs pacientu iekārtot urinēšanas jeb mikcijas dienasgrāmatu, pierakstot, cikās sieviete iet uz tualeti un kāds ir urīna tilpums. Tāpat šajā dienasgrāmatā vēlams atzīmēt, kādās situācijās notiek urīna noplūde. Ārsts labprāt redzētu arī piefiksētu izdzertā šķidruma daudzumu, taču, tā kā pacientei tas var likties pārāk sarežģīti, pilnīgi pietiks, ja viņa ārstam pateiks, apmēram cik litru dienā viņa izdzer.

– **Kā urīna nesaturēšana ietekmē pacientes dzīves kvalitāti?**

– Man nākas dzirdēt neskaitāmus dzīvesstāstus par to, kā inkontinence ietekmē sievietes dzīvi. Ir tādas sievietes, kurām pie slodzes izpil dažas pīles, un viņām šķiet, ka tas jau ir pasaules gals! Ir arī tādi gadījumi, kad sieviete kautrējas iziet sabiedrībā un pat strādāt, jo nekad nevar zināt, vai urīna noplūde nebūs citu acīm pamanāma un vai nebūs sajūtama tā smaka. Ja situācija ir nopietna, reizēm sievietēm nelīdz arī urīnu uzsūcošie biksiņu ieliktnīši – urīns var izsūkties tiem cauri, atstājot redzamas pēdas uz svārkiem vai biksēm.

– **Kādi ir iespējamie risinājumi?**

– Kā jau minēju, urīna nesaturēšanas veidi var būt dažādi, un reizēm ārsts pacientei var ieteikt pat

vairākas ārstēšanas metodes. Vieglākos gadījumos problēmu var mēģināt atrisināt, mainot dzīvesveidu un ieradumus. Es, piemēram, neiesaku aizrauties ar kafiju, jo no tās var būt pārkāpta urīnpūšļa sūdzības, kas var iet kopsoli ar urīna nesaturēšanu. Tāpat ir pierādīts, ka asas garšvielas, alkohols, kofeīnu saturoši un gāzēti dzērieni var kairināt urīnpūsli, tāpēc vieglākos urīna nesaturēšanas gadījumos ar pacienti noteikti runāšu par to, vai viņai nav iespējams no šīm lietām atteikties. Ja sievietei ir liels svārs, noteikti vēlams mainīt ēšanas paradumus, jo, samazinoties svaram, pastāv liela varbūtība, ka urīna nesaturēšana ja ne izzudīs, tad vismaz kļūs mazāka.

– **Tas ir vieglākos gadījumos. Bet ko ārsts ieteiks darīt tad, ja situācija ir nopietnāka?**

– Ārsts var nozīmēt pacientei fizioterapiju jeb tā saucamo *biofeedback*, kas palīdz stiprināt tos muskuļus, kas atbild par urīna nesaturēšanu. Visbiežāk to pielieto pacientēm, kurām inkontinence saistīta ar novājinātu starpenes muskulatūras funkciju. Šīs terapijas laikā paciente tiek apmācīta veikt speciālus vingrojumus, lai starpenes muskulatūru stiprinātu. Vidēji stipras urīna nesaturēšanas gadījumā tiek rekomendēti 1–2 seansi nedēļā, kas ilgst 45 minūtes, stundu. Parasti vingrinājumu komplekss jāizpilda vismaz trīs mēnešu garumā. Pēc tam to var turpināt darīt mājas apstākļos (ja nepieciešams, mājās var izmantot portatīvos aparātus). Otrā alternatīva ir liels jaunums Latvijā: lāzerprocedūras laikā tiek stimulētas maksts sienas šūnas fibroblasti, kas nodrošina kolagēna sintēzi, kas savukārt atbild par audu stiprību. Ja uzlabojumu nav, nākamais solis var būt operatīva ārstēšana. Ķirurģiskās ārstēšanas metodes būs ļoti efektīvas pacientiem ar anatomisku problēmu un ar slodzes urīna nesaturēšanu. Tās parasti izmanto, ja visas neķirurģiskās metodes bijušas neefektīvas.

– **Urīna nesaturēšanas problēmas risināšanai ārsts var izrakstīt arī medikamentus.**

– Jāsaka uzreiz, ka tie ne vienmēr palīdzēs. Ļoti labus rezultātus medikamenti parasti dod situācijās, ja pacientam ir pārkāpta urīnpūšļa sindroms, bet tajā pašā laikā tie nepalīdzēs sievietēm, kurām ir anatomiska problēma vai slodzes urīna nesaturēšana. Urīnpūšļa sienas muskulatūrā var tikt ievadītas botulotoksīna injekcijas. Visbiežāk to izmanto pacientiem ar pārkāpta urīnpūšļa simptomātiku, ja līdz tam ir izmēģināti medikamenti un tie nav efektīvi. Otrā biežākā pacientu grupa, kurām tiek izdarītas šīs injekcijas, ir slimnieki ar neiroloģiskām saslimšanām. Jāņem vērā, ka šī medikamenta efekts nesaglabāsies līdz mūža galam, jo botulotoksīns organismā noārdās pēc sešiem līdz deviņiem mēnešiem. Ir pacientes, kurām zāļu efekts mazinās jau pēc pieciem mēnešiem, bet mēdz būt arī tādas, kurām tas saglabājas gadu vai pusotru. Tas ir pilnīgi individuāli un atkarīgs no katra konkrētā organisma. Protams, pastāv iespēja, ka pēc laika zāles var ievadīt atkārtoti. Atsevišķu diagnožu gadījumos, piemēram, pacientiem ar izkaisīto sklerozi, dažus medikamentus kompensē valsts.

– **Kā uzlabojas pacientes dzīves kvalitāte pēc risinājuma atrašanās?**

– Jāatzīmē, ka simtprocentīgu efektivitāti nedod neviena ārstēšanas metode. Vidēji uzlabojumu var sasniegt 80% gadījumu. Uzskatu, ka tas ir labs rādītājs. 20% gadījumu, kad neviena no metodēm nepalīdz, tās ir pacientes ar smagām diagnozēm un daudzām blakussaslimšanām. Šodien arī tādos gadījumos ir risinājums. Ir pieejams plašs higiēnisko preču klāsts, kas domāts tieši pacientiem ar urīna nesaturēšanu. Vērts aprunāties ar savu ģimenes ārstu, jo ir diagnozes, kad šīs preces daļēji apmaksā valsts.

Sargi kājas – pārbaudi artērijas!



Efektīvākā metode, lai pierādītu artēriju slēgumu, ir potītes–augšdelma indekss (PAI), nosakot spiediena attiecību starp augšdelmu un kāju. Pēc attiecības koeficienta var pateikt, kādā apjomā asinsrite kājā ir kompensēta. Ja PAI indekss ir zem 0,9, pastāv perifēro asinsvadu slimība.

IEVA LAPSA,
speciāli *Tautai un veselībai*

Sāpes kājās var būt dažādas izcelsmes. Biežāk dzirdēts par vēnu saslimšanām, par tām brīdina medikamentu reklāmas un polikliniku gaitenēs runā vecāka gadagājuma cilvēki. Taču lielā daļā gadījumu kāju sāpes izraisa perifēro artēriju slimība, kas rodas, ja ilgākā laika posmā kājās nosprostojas artērijas un apstādina asinsriti, novedot pie kāju audu bojājumiem.

Nereti pacienti šai saslimšanai nepievērš pienācīgu uzmanību, piemēram, «izrakstot» sev kompresijas zeķes, kas paredzētas vēnu ārstēšanai un perifēro artēriju slimības gadījumā var nopietni pasliktināt asinsriti kājās. Tikai ārsts var noteikt precīzu diagnozi un izvēlēties piemērotāko ārstēšanas veidu, kas katrai saslimšanai ir atšķirīgs. Īpaši būtiski pēc iespējas ātrāk meklēt palīdzību pie mediķa, ja sāpes kājās parādās pie slodzes – noejot kādu ceļa posmu.

Par kāju artēriju nosprostošanos un to, kā nepieļaut būtiskas izmaiņas pacienta dzīves kvalitātē šīs saslimšanas dēļ, avīzei *Tauta un veselība* stāsta Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas asinsvadu ķirurgs **Patrīcija Ivanova**.

Smēķētāji saslimst četras reizes biežāk

Perifēro artēriju saslimšana ir aterosklerotiska slimība, ko izraisa smēķēšana, cukura diabēts, paaugstināts holesterīna līmenis, paaugstināts asinsspiediens, arī iedzimtība. Šie paši riska faktori kaitē sirdij un veicina galvas asinsvadu nosprostošanos. «Pacientiem ar perifēro artēriju slimību ir augstāks risks saslimt ar sirds asinsvadu slimību un augstāka mirstība no sirds un galvas asinsvadu slimībām nekā pārējā populācijā.

Pētījumos pierādīts, ka smēķēšana ir noteicošs faktors un smēķētāji saslimst ar perifēro asinsvadu slimību pat četras reizes biežāk nekā ar koronāro asinsvadu saslimšanām,» stāsta dr. Patrīcija Ivanova. «Parasti tā ir vecu cilvēku slimība, taču arvien biežāk saslimst samērā jauni pacienti.» Nereti ģimenes ārsti neiedomājas, ka perifēro artēriju saslimšana var būt pacientiem vecumā ap 50 gadiem. Līdz ar to viņi pie asinsvadu ķirurģiem nonāk vēlāk, un slimība jau ir smagākā formā un grūtāk ārstējama.

Galvenā slimības pazīme – mijklibošana

«Galvenā saslimšanas pazīme ir sāpes kāju apakšējā muskulatūrā staigājot, ko sauc par mijklibošānu. Cilvēks var noiet noteiktu posmu, un tad attīstās sāpes. Sāpes var parādīties, piemēram, pēc noieta puskilometra. Lai tās pārietu, jāpāstājas un jāpagaida, tad var ceļu turpināt. Šī saslimšana var ievērojami pasliktināt dzīves kvalitāti,» skaidro Patrīcija Ivanova. Ja nosprostota artērija, kājas nesaņem nepieciešamās barības vielas, skābekli kāju audiem, un rodas sāpes. Attīstoties slimības smagākām formām, var rasties čūlas vai pat izveidoties gangrēna – kāja lēnām mirst. Čūlas, kas izveidojušās uz kājām perifēro artēriju saslimšanas gadījumā, nedzīst. Tas arī skaidrojams ar asinsapgādes nepietiekamību.

«Mēdz būt situācijas, kad mijklibošana izpaužas, bet pacientam uzreiz parādās nedzīstošas čūlas. Klasiska čūlu rašanās vietas ir pirkstu gali. Tie var kļūt arī melni, sākoties gangrēnai, tāpat šīs problēmas var arī kombinēties. Lielākajā daļā gadījumu pacienti neatšķir, vai problēma ir artērijās vai vēnās, un uzskata, ka saskārušies ar vēnu slimību,» norāda ķirurgs.

Atbrīvojies no kaitīgiem ieradumiem!

Parādoties sāpēm kājās, jāvēršas pie ārsta, lai slimību neielaistu. Ja ārsts konstatē perifēro

artēriju saslimšanu, piemērotākās ārstēšanas izvēlei nepieciešams izvērtēt, cik lielu distanci pacients var noiet, līdz parādās sāpes. Mijklibošānu ārstē konservatīvi, proti, samazinot riska faktorus, atmetot smēķēšanu, sekojot holesterīna līmenim (ar zālēm vai ar diētas palīdzību) un kontrolējot cukura līmeni asinīs, ja pacientam ir cukura diabēts. Tāpat ārsts nozīmē medikamentozu terapiju, kas palīdz palielināt distanci, ko var noiet bez sāpēm.

Perifēro artēriju slimības tabu – mazkustīgums

Pacienti nereti iedomājas – ja sāp kājas, tās nevajag kustināt. Gluži pretēji – ja ir perifēro asinsvadu slimība, daudz staigāt ir īpaši svarīgi. «Protams, ir citas slimības, piemēram, stenokardija, kuru gadījumā tik tiešām liela slodze nav vēlama, taču, ja problēma ir kājās, ir jāiet. Ja sāp, jāpāstāv un jāiet atkal,» iesaka dr. Ivanova. Šādus pastaigu treniņus ārsti saviem pacientiem rekomendē, jo, slēdzoties artērijai, organisms pats cenšas risināt problēmu un veido apvedceļus nosprostotajām artērijām. Tos sauc par kolaterālēm. «Artēriju, kas ir pilnībā slēgusies, ar staigāšanas palīdzību nevar iztīrīt, toties tā palīdz izveidoties kolaterālēm un nodrošina asins plūsmu,» skaidro Patrīcija Ivanova.

Apvedceļus veido arī medikamentozī un ķirurģiski

Kolaterāļu veidošanos veicina ne tikai staigāšana, bet arī speciālu medikamentu lietošana, kas ir izplatītākais neķirurģiskais ārstēšanas veids pacientiem ar perifēro artēriju saslimšanu. Smagām slimības formām, kad attīstījušās sāpes miera stāvoklī vai čūlas uz kājām, kāju artērijās tiek iestādīti stenti un šuntē asinsvadus tāpat kā sirdī, taču labāk, ja cilvēks var iztikt bez šādas iejaukšanās. Ja pacientam kāja sāk sāpēt miera stāvoklī vai arī distance, ko viņš var noiet, kļūst ļoti īsa – aptuveni 50 līdz 100

metru –, tad gan bez operācijas neiztikt. «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 iekšpusē un, ja nepieciešams, ievieto arī stentu). Minētās operācijas izdarāmas, ja izmeklējumos aiz nosprostojuma konstatē nenosprostotus asinsvadus, kur asinīm plūst tālāk,» paskaidro dr. Ivanova. «Iespējams, ka, ārstējot ķirurģiski, sūdzības pilnībā neizzūd un saglabājas mijklibošana, taču palielinās distance, ko pacients var noiet. Pacientu ķirurģiski var ārstēt, ja slimība nav pārlieku progresējusi. Ir situācijas, kad kāja ir jānoņem. Kā jau minēju, ar operācijas vai angioplastijas palīdzību nevar nodrošināt asins plūsmu kājā, ja aiz nosprostotā asinsvada nav artēriju, pa kurām asinīm plūst tālāk. Bieži pacients pie ārsta vēršas tikai tad, kad ir attīstījusies gangrēna, pirksti kļūvuši melni, notikušas neatgriezeniskas izmaiņas audos. Tad nav citas izejas – vienīgi kājas amputācija. Diemžēl tā notiek arī mūsdienās,» atklāj P. Ivanova.

Efektīvākā izmeklēšanas metode – spiediena attiecības mērījums

Kājas profilaktiski noteikti būtu jāpārbauda, ja atklātas aterosklerotiskas pārmaiņas, piemēram, sirds asinsvados. «Pat ja pacientam kājas nesāp, var gadīties, ka artēriju slēgums ir izveidojies, taču slimība notiek asimptomātiski, bez jūtāmām pazīmēm. Parasti tas ir tāpēc, ka asinsvadiem dabīgā veidā attīstījušies apvedceļi,» paskaidro dr. Ivanova. Efektīvākā metode, lai pierādītu artēriju slēgumu, ir potītes–augšdelma indekss (PAI), nosakot spiediena attiecību starp augšdelmu un kāju. Pēc attiecības koeficienta var pateikt, kādā apjomā asinsrite kājā ir kompensēta. Ja PAI indekss ir zem 0,9, pastāv perifēro asinsvadu slimība, bet koeficients zem 0,4 parasti norāda, ka asinsrite kājā ir ļoti slikta.

levēro!

- Ja, mērojot ceļa posmu kājām, apakšstilbos rodas sāpes, jāvēršas pie ārsta. Sāpes kājās pie slodzes jeb mijklibošana ir pirmā perifērās artēriju saslimšanas pazīme.
- Lai uzlabotu kāju artēriju asinsriti, pacientiem daudz jāstaigā. Ārsti rekomendē regulāri doties pastaigās, nūjot vai izmantot mehānisko skrejceļu sporta zālē. Ja parādās sāpes, jāpāstājas, 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. Ārsti tāpat rekomendē valkāt brīvākas zeķes.
- Pirms uzsākt pašārstēšanos, labāk pārliedzināties par diagnozi, vērsoties pie asinsvadu ķirurga, kurš nozīmēs atbilstošu ārstēšanas veidu.
- Ja kāja pēkšņi notīrīst, 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.



Jūs nomoka menopauze?

HimalayaTM
WELLNESS SINCE 1930



Uztura bagātinātājs

Unikāla augu valsts formula menopauzes periodā.

- ✓ Terminālijas augļu pulveris **palīdz nodrošināt spēcīgu libido un saglabāt reproduktīvo orgānu veselību.**
- ✓ Sparģeļa ekstrakts **tonizē sievietes reproduktīvo sistēmu atvieglo menopauzes izraisītos simptomus.**
- ✓ Sidas saknes pulveris **palīdz saglabāt enerģiju stresa situācijās, veicina libido.**

Jautājiert aptiekās!

Lietošana: pieaugušiem pa 1 tableti 2 reizes dienā ēšanas laikā uzdzērot ūdeni. Iepakojumā: 60 tabletes.

Neizmantojot uztura bagātinātāju kā pilnvērtīgu un sabalansētu uztura aizvietotāju.

Izzinot dabu un bagātinot dzīvi kopš 1930. gada.



Kusties brīvi ar Rumalaya gelu!

HimalayaTM
WELLNESS SINCE 1930



Ātra iedarbība



- ✓ **Mazina sāpes**
Ziemcietes eļļa
- ✓ **Mazina diskomfortu locītavās un muskuļos**
Bosvēlijas ekstrakts

Jautājiert aptiekās!

Izzinot dabu un bagātinot dzīvi kopš 1930. gada.

Tuberkuloze – sabiedrības labklājības mēraukļa

TOMS ZVIRBULIS

Par tuberkulozi mūsdienās dzirdam retāk nekā pirms gadiem 20, bet tas nenožīmē, ka slimība ir kļuvusi mazāk bīstama. Bieži vien situācija ir pilnīgi pretēja: kaut arī saslimšanas gadījumu ir mazāk, nereti tie ir ļoti sarežģīti.

Lai uzzinātu, kā cīņa ar šo slimību notiek Latvijā un kādi ir panākumi, *Plaušu veselības avīze* uz sarunu aicināja Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionāra Tuberkulozes un plaušu slimību centrs galveno ārsti **Andru Ciruli**.

– Kas ir tuberkuloze un kādi ir tās pirmie simptomi?

– Tuberkuloze ir infekcijas slimība, kura visbiežāk skar plaušas, bet var ietekmēt arī citus orgānus. Tuberkulozes simptomi nav specifiski tieši šai slimībai, tie ir līdzīgi citām plaušu slimībām. Raksturīgākie simptomi ir temperatūra, nespēks, svīšana naktīs, klepus.

– Tuberkulozei ir savas īpatnības atkarībā no pacienta vecuma. Kā tās izpaužas, piemēram, bērniem?

– Bērniem visbiežāk sastopama ārpusplaušu tuberkuloze – intratorakālo limfmezglu tuberkuloze. Šī tuberkulozes forma parasti nenorīt tik smagi, bērni nav bacilāri, viņu krēpās neatrod tuberkulozes mikobaktērijas.

– Ārsti parasti saka: jo ātrāk nosakām diagnozi, jo vieglāk slimību ārstēt. Kā tas izpaužas tuberkulozes gadījumā?

– Pirmreizējai tuberkulozei ārstēšanās process turpinās sešus mēnešus, atkārtotais kurss ilgst astoņus mēnešus, bet katrs gadījums ir individuāls un nevar tikai rēķināt, cik ilgām tam teorētiski vajadzētu būt. Ja slimība ir ielaista, ja ir novērojamas destruktijas, tad ārstēšanai ir nepieciešams ilgāks laiks. Atsevišķos gadījumos, ja plaušu bojājumi saglabājas, ir nepieciešama arī ķirurģiska ārstēšana. Īsāk sakot, jo slimība smagāka, jo ilgāk tā ir jāārstē.

– Kādas izmaiņas novērojamas cilvēka organismā, saslimstot ar tuberkulozi?

– Ja sākotnēji temperatūra ir neliela, tad, slimībai izplatoties, temperatūra var paaugstināties. Ja tuberkuloze ir ielaista, tad pacients zaudē svaru. Jau pēc ārējā izskata var pateikt, ka viņš ir smagi slim. Galvenais – ir jāpievērš uzmanība sūdzībām. Ja ir sūdzības par plaušām, tad jāveic plaušu rentgenogramma un krēpu izmeklēšana. Tas ir pats pamats, ar ko jāsāk.

– Deviņdesmitajos gados tuberkuloze Latvijā bija ievērojami izplatītāka nekā šobrīd.

– Deviņdesmito gadu sākumā un astoņdesmito gadu beigās bija viszemākā saslimstība ar tuberkulozi, bet tad līdz pat 1998. gadam tā auga. Pēc tam atkal pakāpeniski samazinājās. 1991. gadā ar tuberkulozi saslima 768 iedzīvotāji, 1998. – 1820, savukārt 2013. gadā – 776. Saslimušo skaits pašlaik ir vairāk nekā divas reizes mazāks, bet ir mainījusies arī pati slimība. Vairāk ir HIV inficētu tuberkulozes pacientu. Ja, piemēram, 2011. gadā tādu bija 74, tad 2012. gadā jau 110*. Tāpat tuberkuloze kļūst rezistentāka pret ārstēšanu. Tās ir galvenās izmaiņas, kas notikušas šo gadu laikā. Skatoties pēc slimnieku skaita, mēs vēl neesam sasnieguši kādreiz iespēto viszemāko līmeni, bet ar katru gadu saslimstība mazinās.

– Kāds varētu būt iemesls viļņveidīgajai slimības izplatībai?

– Parasti ir jāmeklē sociāli iemesli, jo šī ir gan infekcijas, gan zināmā mērā sociāla slimība. Ja mēs paskatāmies apkārt, tad visvairāk slimo valstīs, kur ir zemāks dzīves līmenis, ekonomiska



Foto: No RAKUS arhīva

Andra Cīrulis:
«Saslimušo skaits pašlaik ir vairāk nekā divas reizes mazāks nekā 1998. gadā, bet ir mainījusies arī pati slimība. Vairāk ir HIV inficētu tuberkulozes pacientu. Tāpat tuberkuloze kļūst rezistentāka pret ārstēšanu.»

krīze. Atcerēsimies Latviju deviņdesmitajos gados! Līdz ar to arī tuberkuloze uzplauka. Pašlaik dzīves līmenis ir nesalīdzināmi uzlabojies, tieši tādēļ arī saslimstība ar šo slimību ir mazinājusies.

– Tuberkuloze ir slimība, kas vairāk raksturīga mazāk attīstītām valstīm?

– Faktiski tā ir. Salīdzinot Eiropas reģiona valstis ar Eiropas Savienības valstīm, mazāka saslimstība ir vērojama Eiropas Savienībā, jo šajās valstīs ir augstāks dzīves līmenis. Ja mēs skatāmies uz bijušajām Padomju republikām, tad šeit saslimstība ir augstāka nekā citās ES valstīs, jo tajās ekonomika turpina attīstīties un vēl nav sasniegts tik augsts dzīves līmenis. Šobrīd ir ļoti grūti noteikt saslimstības apmērus konkrētā valstī, jo robežas ir vaļā un pacienti var brīvi pārvietoties. Pacients no Latvijas var doties uz citām ES valstīm un šo slimību izplatīt. Piemēram, Londonā ir augstāka saslimstība ar tuberkulozi nekā Latvijā, jo tur ir ļoti daudz imigrantu no valstīm ar augstu saslimstību.

– Jūs minējāt, ka tuberkuloze ir slimība, kas pārsvarā ietekmē plaušas. Vai un kādas citas orgānu sistēmas tā skar?

– Ārpusplaušu tuberkuloze ir sastopama aptuveni 15% saslimšanas gadījumā. Visbiežāk sastopamais ārpusplaušu tuberkulozes veids ir tuberkulozais pleirīts. Vēl jānosauca jau iepriekš minētā intratorakālā limfmezglu tuberkuloze. Sastopama arī kaulu un locītavu, centrālās nervu sistēmas, nieru un uroģenitālā tuberkuloze, bet tie ir atsevišķi, ļoti reti gadījumi, kas turklāt ir ļoti grūti diagnosticējami, jo šie pacienti nenonāk pie mums, bet gan vispārējā veselības aprūpes tīklā. Piemēram, ja gadā ir divi uroģenitālās tuberkulozes gadījumi, tad urologi nevar iedomāties, ka tā ir tuberkuloze un tādā virzienā pacientu neizmeklē.

– Tajos gadījumos, kad šī slimība uzbrūk, piemēram, kauliem, vai pacientam vienlaigā jādomā uz Tuberkulozes centru?

– Jā, ir jābrauc pie mums. Ir atsevišķas tuberkulozes formas, kam ir nepieciešama ķirurģiska ārstēšana citur. Tā ārpusplaušu tuberkulozes ķirurģijas nodaļa no 1. februāra ir pārcelta uz stacionāru *Biķernieki*. Tomēr pamatārstēšanas metode ir medikamentu lietošana, un šeit ārstē gan plaušu, gan ārpusplaušu tuberkulozi.

– Vai tuberkuloze var izraisīt kādas blakus-slimības?

– Vai tuberkuloze pati to var izdarīt, es nevarēšu pateikt, bet ar to biežāk inficējas cukura diabēta pacienti. Visi cilvēki ar pazeminātu imunitāti pieder tuberkulozes riska grupai. Visaugstākais risks saslimt ir HIV slimniekiem.

– Arī tad, ja cilvēks ir vienkārši saaukstējies, viņam ir pazemināta imunitāte.

– Redziet, lai saslimtu, ir nepieciešams kontakts ar slimnieku. Tuberkulozei ir divi attīstības ceļi. Viens no tiem, kad, nonākot kontaktā ar slimības nēsātāju, cilvēks saslimst. Otrs, kad, nonākot kontaktā ar slimnieku, cilvēks inficējas, tomēr uzreiz nesaslimst. To sauc par latentu tuberkulozes infekciju. Šajā gadījumā saslimšana ir iespējama dzīves laikā, brīdī, kad organisma imunitāte ir pazemināta. Tiek uzskatīts, ka inficēta ir viena trešdaļa sabiedrības, daži domā – pat vairāk.

– Kādi vēl ir tuberkulozes riska faktori, ja neskaita HIV un cukura diabētu?

– Tās ir onkoloģiskas, hematoloģiskas saslimšanas, ilgstoša medikamentu lietošana, kas samazina imunitāti. Bioloģisko medikamentu lietošana arī ir pieskaitāma riska faktoriem.

– Kādus preventīvus pasākumus mēs varētu veikt, lai ierobežotu slimības izplatību?

– Laikus tuberkulozi atklāt un efektīvi ārstēt. Tiklīdz pacients saņem adekvātu ārstēšanu, risks, ka viņš varētu inficēt apkārt esošos, ievērojami samazinās.

– Vai var uzskatīt, ka tuberkulozes atklāšana un ārstēšana Latvijā norit veiksmīgi?

– Ņemot vērā to, ka saslimstība mazinās, gribētos ticēt, ka situācija nav tik slikta. No otras puses, mēs redzam, ka pacienti, kas pie mums ārstējas, iestājas ar smagām un ielaistām formām. Šajā gadījumā man gribētos teikt, ka situācija nav tik laba. Turklāt tādi pacienti ir infekcijas avots. Ja viņi ilgstoši ir bijuši bacilāri, viņiem ir bijusi iespēja inficēt daudzus cilvēkus. Ar ielaistu tuberkulozi pie mums parasti nonāk sociālās riska grupas pacienti. Tāpēc ir labi, ka tuberkulozes speciālists ir pieejams bez maksas. Šajā sakarā ir grūti izskaidrot, kādēļ ir pacienti, kuri pie mums nenāk un tiek atvesti tādā stāvoklī, ka nomirst diennakts laikā.

– Tad noteikti ļoti svarīga ir pacientu izglītošana.

– 24. martā ir Pasaules Tuberkulozes diena, un mēs šīs dienas ietvaros plānojam Rīgas sabiedriskajā transportā izvietot izglītojošus materiālus par tuberkulozi un klepus higiēnu.

– Latvija ES prezidentūras laikā cīņu ar tuberkulozi izvirzījusi par vienu no prioritātēm veselības jomā. Vai šo slimību varam uzskatīt par draudu visā ES?

– Lai arī saslimstība samazinās, tuberkuloze vēl arvien ir liela problēma. It sevišķi multirezistentā tuberkuloze. Šīs tēmas arī tiks analizētas pasākumos, kuri risināsies Eiropas prezidentūras laikā 30. un 31. martā Nacionālajā Bibliotēkā. Arī Slimību profilakses un kontroles centrs 1. un 2. aprīlī rīko seminārus tuberkulozes ārstēšanas ekspertiem.

– Ko saprot ar terminu «multirezistentā tuberkuloze»?

– Tuberkulozes ārstēšanā tiek izmantoti divi ļoti spēcīgi medikamenti. Ja tuberkulozes izsaucējam ir rezistence jeb nejutība vienlaikus pret abiem, tad to sauc par multirezistentu tuberkulozi. Ja no ierindas ir izsisti visspēcīgākie medikamenti, tad mums ir jāķeras pie citām zālēm. Ir tā sauktās otrās rindas zāles. Šie medikamenti ir mazāk efektīvi un tiem ir vairāk blakusparādību. Līdz ar to pacienta ārstēšana ilgst ne vairs iepriekš minētos 6–8 mēnešus, bet 2–3 reizes ilgāk – vidēji 20 mēnešus.

– Ārstēšanas kursa laikā pacientam ir jāatrodas stacionārā?

– Nē, pavisam noteikti, nē. Šis process ir ļoti mainījies kopš brīža, kad es sāku strādāt un pacienti tiešām 6–8 mēnešus atradās stacionārā. Šobrīd, ja pacientam krēpu uztriepē atrod tuberkulozes mikobaktērijas, tad viņš skaitās bacilārs, un šādos gadījumos gan pacients atrodas stacionāra izolatorā aiz slēgtām durvīm. Ir gadījumi, kad var izolēt arī mājās, bet tādā gadījumā pacientam ir jāpievērš klāt medikamenti. Pirmā kontroles analīze ir pēc divām nedēļām. Ja krēpās netiek atklātas tuberkulozes baktērijas, ārstēšanos var turpināt ambulatori.

– Vai ar multirezistentu tuberkulozi biežāk slimo konkrēta sociālā slāņa vai vecuma pacienti?

– Tā nav. Saslimt var, nonākot kontaktā ar pacientu, kuram ir multirezistentā tuberkuloze un kurš ir bacilārs. Taču iespējams, ka tuberkulozes pacientam sākotnēji ir pret zālēm jutīga tuberkuloze. Tā tiek izārstēta, bet pēc laika notiek recidīvs, un šoreiz mēs konstatējam multirezistentu tuberkulozi. Šādai slimības izpausmei ir divi iespējamie varianti. Pirmais, pacients nav kārtīgi lietojis zāles, un tāpēc ir izveidojusies multirezistence. Otrs ceļš, kurš gan ir ievērojami mazāk ticams, ir inficēšanās stacionāros, kuros nav stingras infekcijas kontroles, un pacients, kurš ārstējas ar jutīgo tuberkulozi, nonāk kontaktā ar multirezistentās tuberkulozes pacientu. Tas var būt jebkurš – gan pieaugušais, gan bērns.

– Vai Latvijā tuberkulozei, tai skaitā multirezistentajai, ir pievērsta gana liela valsts iestāžu un sabiedrības uzmanība?

– Patiesībā mēs runājam daudz, bet parasti tas notiek kampaņveidīgi, kad tuvojas Tuberkulozes diena vai kādi citi lieli pasākumi. Sabiedrība, pēc manām domām, ir gana labi informēta par tuberkulozi, bet arī ļoti no tās baidās. Un ne tikai sabiedrība, arī medicīnas darbinieki. Vai pie vainas ir nezināšana, vai kas cits? Vienīgā izeja ir par to runāt vēl vairāk. Protams, ir jābūt uzmanīgam, arī nedaudz jābaidās, bet, ievērojot visus infekcijas kontroles pasākumus, mums pēdējo gadu laikā tuberkulozes saslimšanas gadījumu personāla vidū nav bijis.

* Slimību profilakses un kontroles centra dati



Fenkarol®

Quifenadini hydrochloridum

10 mg N20 – tabletes; 25 mg N20 – tabletes; 50 mg N15 – tabletes

Nepārspēta pretalerģijas formula!

Antihistamīna līdzeklis

Fenkarol® bloķē H1 histamīna receptorus un aktivē enzīmu diamīnoksidāzi, mazinot histamīna koncentrāciju audos.

Indikācijas:

- Polinoze jeb siena drudzis (alerģisks rinīts un konjunktivīts)
- Akūta un hroniska nātrene
- Angioneirotiska tūska
- Dermatoze (ekzēma, neirodermīts, ādas nieze u. c.)
- Uztura vai medikamentu izraisīta alerģija

Bezrecepšu medikaments. 27.02.2015.
Konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu par zāļu lietošanu.
Pirms lietošanas iepazīstieties ar zāļu instrukciju.
Ražotājs: AS „Olainfarm”, Latvija.
www.olainfarm.lv

Fenkarol® lietošana un devas*:

Vecums (gadi)	Reizes deva (mg)	Reizes (dienā)
Līdz 3 g. v.	5 mg	2–3
3–7	10 mg	2
7–12	10–15 mg	2–3
12–18	25 mg	2–3
Pieaugušie	25–50 mg	2–4

*www.zva.gov.lv


OlainFarm

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI

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. Tālr. 67332451
S-LV-PCH-14-02-01. Apstiprināts: 12.02.2014.

ZĀĻU NEPAMATOTA LIETOŠANA IR KAITĪGA VESELĪBAI