

Cik HIV ārstēšana dzīvos vakardienā?

Par prioritāti jāklūst HIV profilaksei un sabiedrības informēšanai



Aleksandrs Molokovskis*

Mums apgalvo, ka Latvijā ir pārvērtusi krīzi. Ja tā, kāpēc medicinā joprojām dzīvojam, vadoties pēc krīzes vadlīnijām? Visās ES valstīs HIV infekciju – arī tad, ja to nepavada nekādi simptomi, – ar medikamentiem sāk ārstēt, kad CD4 šūnu skaits vienā mililitrā asiņu kļūst mazāks par 350 (norma ir no 550–600 līdz 1100–1200). Ir tikai divas valstis Eiropas Savienībā, kuras līdz galam neievēro Pasaules Veselības organizācijas (PVO) vadlīnijas HIV ārstēšanā, – Latvija un Lietuva, kur bezsimptomu HIV infekciju ārstē tikai tad, kad šo limfocītu skaits kritas zem 200. Taču, ja CD4 šūnu skaits ir mazāks par 200, lielākajai daļai šādu pacientu veidojas

AIDS, un ārstēšanas izmaksas var palielināties pat četras reizes! Tas nozīmē, ka, ilgtermiņā raugoties, savlaicīga ārstēšana pat ļautu ietaupīt līdzekļus.

Šis ierobežojums bija pieņemts 2009. gadā, lai nodrošinātu simptomātiskās HIV infekcijas ārstēšanu pēc iespējas lielākam pacientu skaitam, ņemot vērā veselības aprūpes budžeta ierobežotos finanšu resursus. Ja tagad krīze oficiāli beigusies, kāpēc valsts turpina mierīgi gaidīt, kad cilvēki, kuriem ir HIV bezsimptomu infekcija, atstātu kurus jau vajag atbalsīt ar zālēm, progresēs līdz simptomu infekcijai? Esam nopietni inficēti? Esam nopietni inficēti? Vēstuli Veselības ministrijai un Nacionālajam veselības dienestam, pievēršot uzmanību tam, ka izdevumi, uzsākot savlaicīgu ārstēšanu, nav samērojami ar tiem miljoniem latu, kas nepieciešami AIDS pacientu ārstēšanai. Infektologu aprēķini liecina, ka terapijas uzsākšana pie CD4 šūnu līmeņa, kas mazāks par 350 vienībām, papildus esošajiem izdevumiem prāstu no valsts budžeta vien 200 tūkstošus latu. Lietuvā bezsimptomu HIV infekcijas ārstēšanu no <350 CD4 šūnu līmeņa at-

Ilgtermiņā raugoties, savlaicīga ārstēšana ļautu ietaupīt krietnus valsts līdzekļus

pakojuumu veidā, un tas attiecas pilnīgi uz visiem pacientiem – gan tiem, kas ārstē kardiovaskulārās, gan onkoloģiskās un citas slimības. Tad labāk ieguldīt miljonu vai divus miljonus latu līdzestības veicināšanā nekā katru gadu 20–30 miljonus latu zaudēt. Par pacientu galveno kontaktpersonu un līdzestības veicinātāju vajadzētu kļūt medmāsai. Pacientam, kurš atnācis saņemt kārtējo recepti, visbiežāk ārsts nav nepieciešams. Medmāsa varētu gan izsniegt recepti, gan pārliecināties, vai viņš zina, kā pareizi lietot zāles. Pacienti būtu jāapmāca ne tikai tad, kad jau jāsāk ierobežojums. Jau tā Latvijā ir pirmajā vietā Eiropā pēc AIDS slimību īpatsvara HIV inficēto vidū un otrajā pēc HIV izplatības.

Vēl viena būtiska problēma – ne tikai HIV, bet jebkuru pacientu grupā ir pacientu aktīva līdzdalība ārstniecības procesā jeb *līdzestība*. Ir daudz nelīdzestīgu pacientu, kuriem ārstēšana tiek uzsākta, bet vēlāk pārtraukta. Esam pārliecināti, ka no tiem 70 miljoniem latu, ko mēs izdodam kompensējamiem medikamentiem, kādi 20–30 miljoni stāv mājās pacientu plauktipos neatvērtu zāļu ie-

parādībām norādīts: «Bieži rodas psihiskas izmaiņas, daži zāļu lietotāji ir izdarījuši pašnāvību.» Un cilvēks, kurš instrukciju tomēr ir izlasījis, kategoriski atsakās šādas zāles lietot, kaut gan medikaments ir labs, lēts un izglābis dzīvību miljoniem pacientu visā pasaulē. Varbūt lietderīgi veicināt pacientu līdzestību, instrukcijā norādot pamatinformāciju par medikamentu, bet līdzās lielām burtiem uzrakstīt: JA KAUT KAS NAV KĀRTĪBĀ, ZVANI ĀRSTAM!

Videjam medicīniskajam personālam būtu jāuzliek par pienākumu uzmeklēt pacientu, uzaicināt uz kārtējo pārbaudi. Kāpēc zobu higiēnists var piezvanīt un atgādināt, ka jāatnāk pie viņa uz pārbaudi? Jā, biznesa struktūra tā pelna naudu, bet vienlaikus arī iekonomē pacienta līdzekļus, jo, savlaicīgi apkopojot zobus, mēs ieko- nomējam uz daudz dārgāko zobu labošanu. Kāpēc šāda sistēma nevarētu darboties arī infektoloģijā un citās medicīnas jomās?

Ir cilvēki, kuriem vajadzīgs atbalsts, lai ārstēšanu turpinātu, un šajā jomā varētu palīdzēt nevalstiskās organizācijas, tikai tam vajadzīgs fi-

nansējums. Lielu nevalstisku organizāciju birojos, kur ir liels pacientu apgrozījums kā mūsu jomā, pacienti nāk mainīt šīrces utt., vismaz noteiktās pieņemšanas stundās vajadzētu būt pieejamam ārstam, iespējai noskatīties kādu izglītojošu filmu, iedzert tēju, parunāt par savām problēmām. Pacients būtu motivēts ik dienas nākt uz centru, un tā būtu iespēja panākt, ka viņš aktīvi ārstējas.

Protams, HIV mūsdienās vairs nav nāves spriedums, bet hroniska, ar zālēm kontrolējama infekcija, tāpēc HIV ārstēšana nav prioritāte ne Latvijā, ne ES. Taču par prioritāti būtu jāklūst profilaksei un sabiedrības informēšanai. Mums ir šīrču apmaiņas punkti, taču neredz nedz plakātus, nedz brošūras par HIV. Turpretī Lietuvā vienā ielas garumā jūs noteikti redzēsit vairākus plakātus, kas cilvēkiem atgādina par AIDS. Varbūt tas ir iemesls, kāpēc Lietuvā pie pusotru reizi lielāka iedzīvotāju skaita ir četreiz mazāk HIV inficēto nekā pie mums Latvijā? ●

*Apvienības HIVLV valdes priekšsēdētājs