

Kā sadzīvot ar stentu?

Ugunsgrēks nodzēsts pat nesācies – sašaurinātajā artērijā ir ielikta protēzīte un asins plūsma atjaunota, sirds atkal pietiekami saņem skābekli, un tai vairs nebūs jāžņaudzas sāpēs vai jāgaida savs infarkts. Bet – ko tālāk?

♥ Anija Pelūde

Skaidro:



Dr. IEVA BRIEDE

- Kardioloģe, invazīvā kardioloģe P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā.
- Stentu transplantācijā gadu stažējās Parīzē.
- Studē Rīgas Stradiņa universitātes doktorantūrā, medicīnas doktora disertācijas tēma – uzsūcošies stenti.
- Savas sirds veselības labā nesmēķē un regulāri sporto. Nodarbojas ar kardiovaskulāro fitnessu – *Body Strong* – un *TRX*, kas ir intensīvi slodzes treniņi. Patīk arī aktīva atpūta dabā – nūjošana un nedēļu ilgs haikings Islandē.

– Sāksim, dakter, no tā brīža, kad stents implantēts, un nākamajā dienā jūs laizāt cilvēku mājās...

– Atgādināšu, ka stentu liek ar mērķi paplašināt asinsvadu, kurā izgulsnējies holesterīns un izveidojušās aterosklerotiskās pangas. Citādi sašaurinājuma dēļ kādam sirds rajonam var pēkšņi pietrūkt skābekļa, un tad būs miokarda jeb sirds muskuļa infarkts...

Jā, šī procedūra ir maz traumējoša – ja salīdzina ar sirds asinsvadu šuntēšanas operāciju, kad pilnā narkozē ķirurģiski izveido jaunus sirds asinsvadus. Cilvēks parasti pāris stundu laikā atlabst, un dažreiz kāds pat piemirst, ka tikko veikta artērijas punkcija un stenta protēzītes implantācija sirds asinsvadā. Tiem, kam stents ievadīts nevis caur rokas, bet caur cirkšņa jeb kājas artēriju, noteikti pēc tam jāguļ četras līdz sešas stundas uz muguras – nedrīkst celties, lai nesāktu asiņot punkcijas vieta. Vienkārši cirkšņa artērijas diametrs ir lielāks par rokas artēriju.

Ja viss ir kārtībā, jā, mēs pacientu laizām mājās nākamajā dienā. Operators – tā sauc invazīvo kardiologu, kurš implantē stentu, – nosaka, cik ilgi lietot asinis šķidrinošos medikamentus tieši stentam, un nereti arī rekomendē, kad viņš gribētu pacientu redzēt atkārtoti. Varbūt ir paredzēts otrs ārstēšanas etaps, jāliek vēl kāds stents... To visu ņem vērā ārstējošais ārsts un fiksē slimnīcas izrakstā. Viens eksemplārs paliek pašam pacientam, otrs viņam jāatdod savam ģimenes ārstam.

– Tātad pēc cik ilga laika jāpārbaudās un kas jāpārbauda?

– Parasti ir tā... Ja stenta implantācija nepieciešama tikai vienu reizi un pacientam nav jānāk atpakaļ uz otro vai trešo etapa procedūru, tad mēs iesakām veikt kontroles veloergometriju (vai tiem, kam ir problēmas ar gūžu vai ceļu locītavām, stresa ehokardiogrāfiju) no trīs līdz sešu mēnešu laikā pēc stenta ievadīšanas. Parasti tomēr pēc

trim mēnešiem – tas skaitās zelta standarts. Protams, nākot uz veloergometriju, iepriekš jābūt veiktām analizēm.

● Jānosaka **holesterīna līmenis asinīs**. Visas lipīdu frakcijas: kopējais holesterīns (KH), zema blīvuma holesterīns (ZBL), augsta blīvuma holesterīns (ABH) un triglicerīdi. Šie dati rāda, vai ir sasniegts ārstēšanas mērķis.

● Jānosaka **aknu rādītāji ALAT un ASAT**, jo pacients lieto holesterīnu mazinošos medikamentus statīnus, un analīzes parāda, kā aknas šo faktu uztver.

● Vēl mēs kontrolējam **kreatīnfosfokināzi (KFK)**, kas ir muskuļu bojājumu rādītājs. Pēc tā arī var konstatēt statīnu ietekmi uz organismu. Šīs visas analīzes – holesterīna frakcijas, KFK, ASAT, ALAT – paņem vienā asins stobriņā.

● Jānosaka arī **nieru rādītāji – kreatinīns, kālijs**. Īpaši pacientiem, kuriem ir zināma hroniska nieru slimība. Kāpēc? Jo kontrastviela, kura tiek izmantota gan sirds asinsvadu

izmeklējuma, gan stenta implantācijas laikā, var samazināt nieru funkciju. Tāpēc vismaz pēc mēneša vajadzētu šo lietu kontrolēt. Bet tas parasti ir ģimenes ārsta kompetencē.

– Un ģimenes ārsti to lieliski zina. Vai arī – kā kurš?

– Drīzāk – kā kurš. Vadlīnijās tas nav ierakstīts kā obligāts pasākums, taču mūsu prakse parasti ir tāda, ka, pacientu palaižot mājās, mēs izrakstā atzīmējam, ka pēc mēneša vajadzētu veikt konkrētas asins analīzes, pēc trim mēnešiem nākamās, un, ja ģimenes ārsts izrakstu apskatās un izlasa visas ārstējošā kardiologa rekomendācijas, tad principā nekādām problēmām nevajadzētu rasties. Ir ģimenes ārsti, kuri paši rūpīgi pieskata pacientu un atgādina viņam, ja kādas analīzes nav veiktas.

Jā, ir svarīgi, lai uz kontroles slodzes testu – uz veloergometriju vai stresehokardiogrāfiju – patients, kuram sirds vainagartērijā ielikts stents, atnāktu sagatavojies, jau ar analīžu rezultātiem. Tas ir izdevīgi, pirmkārt, jau pašam cilvēkam, jo tad vienas izmeklēšanas laikā tiek veikts gan slodzes tests, gan saņemta kardiologa konsultācija, kādas zāles kādās devās dzert turpmāk. Jo tas pats ārsts, kurš veic šo slodzes izmeklējumu, uzreiz var arī konkrētajai situācijai pieskaņot ārstēšanu vai medikamentozās terapijas

maiņu. Otrkārt, arī kardiologam vieglāk strādāt, ja viņam ir izejas materiāli – svaigākie dati, un viņš var spriest par līdzšinējās terapijas efektivitāti. Tas ir produktīvs darbs.

Ja stresa tests uzrāda labus rezultātus – netiek atrastas nekādas išēmiskas izmaiņas jeb skābekļa trūkums sirds muskulī, kardiologs pie reizes pats arī koriģē medikamentu devas un pieraksta pacientu uz nākamā slodzes testu pēc sešiem mēnešiem. Un tā visu laiku – ik pēc sešiem mēnešiem. Norīkojumu uz veloergometriju izraksta ģimenes ārsts.

Ja kardiologs slodzes testa laikā atrod raksturīgas izmaiņas, ka pacienta sirds muskulim trūkst skābekļa, viņš uzreiz cilvēku nosūta pie invazīvā kardiologa. Vismaz *Stradiņos* ir šāda prakse. Tātad patients nonāk atpakaļ pie mums, pie operējošiem ārstiem. Mēs vēlreiz apskatāmies veloergometrijas izmeklējuma rezultātu, bides un pasakām datumu atkārtotai kontrolei vai arī stenta ievietošanai, ja kāds asinsvads vēl ir jālabo. Ir gadījumi, kad pacientu pēc veiktā slodzes izmeklējuma mājās nelaižam, jo izmaiņas artērijās ir tik izteiktas, ka mēs viņu uzreiz stacionējam slimnīcā, nākamajā dienā tiek veikta sirds asinsvadu pārbaude un, ja nepieciešams, stenta ievietošanas procedūra.

– **Bet ja cilvēks veloergo-**

metriju veic citur, nevis Stradiņos, kur viņam lika stentu?

– Tad rīcība ir ļoti līdzīga: ja slodzes testā konstatē kādas izmaiņas, cilvēkam jānāk pie invazīvā kardiologa. Vai arī pie kardiologa, kurš konsultēs pacientu un nepieciešamības gadījumā nosūtīs pie invazīvā kardiologa.

– **Un, lai tiktu pie jums, atkal jāpierakstās, jāgaida mēnešiem rindā...**

Ārstam patīkamāk konsultēt tos pacientus, kuri paši ir ieinteresēti savā veselībā.

– Daudz kas atkarīgs arī no katra invazīvā kardiologa darba stila. Vismaz manis operētie pacienti, ja ir kāda problēma, nāk uzreiz uz dienas stacionāru – viņi zina, kurās dienās operēju un kad mani tur var sastapt. Viņi nāk bez rindas. Patiesībā, ja nepieciešams tikai apskatīties slodzes testa rezultātu, tas īpaši daudz laika neaizņem. Un, es domāju, ka citi kolēģi dara tāpat. Jo tie tomēr ir mūsu operētie pacienti, un tāpēc mēs esam ieinteresēti, lai viņiem ar sirds asinsvadiem viss būtu kārtībā. Bet, protams, ārstiem ir ļoti liels darba apjoms, un, ja ir vajadzīga garāka, padziļināta konsultācija, kas aizņem jau

divdesmit minūtes un vairāk, tad gan šiem pacientiem jāpierakstās rindā.

Protams, piekritu, ka rindas ir un viss nav tik labi, kā mēs to vēlētos.

Ir pacienti ar ļoti izteiktu koronāro sirds slimību – kā mēs, mediķi, sakām: augsta riska pacienti. Piemēram, ar ļoti augstu holesterīna līmeni, ar trīs artēriju slimību, tādi, kam ģimēnē vairākiem asinsradniekiem bijis infarkts. Šādus pacientus pēc stenta ievietošanas asinsvadā mēs kontrolējam biežāk. Viņiem veloergometrija, iespējams, vajadzīga jau pēc mēneša. Tādi ir arī pacienti, kuriem bijusi sarežģīta stentu implantācija: vai nu asinsvada sašaurinājums atradies ļoti svarīgā vietā (kreisās vainagartērijas stumbrā – *left main*), vai vienlaikus implantēti vairāki stenti. Tās ir atkāpes, ko invazīvais kardiologs jeb operators pēc procedūras pats izvērtē, un viņš arī nosaka, cik ātri grib redzēt pacienta kontroles izmeklējumus.

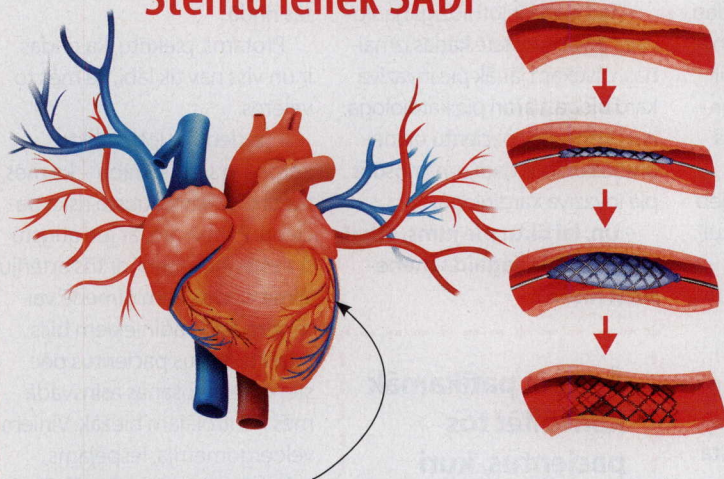
– **Kā ar ehokardiogrāfiju?**

– Ja pirms stenta implantācijas viss ir bijis kārtībā, ehokardiogrāfiju veic reizi divos vai trīs gados. Ja ir kaut kādas nopietnas izmaiņas sirds kreisā kambara funkcijā vai sirds vārstuļos, tad reizi gadā.

– **Vai ir nozīme, cik stenti ielikti, kādi un kur? Vai cilvēkam tas vispār jāzina? Vairbūt pareizā attieksme ir**



Stentu ieliek ŠĀDI



Sašaurinās VAINAGARTĒRIJAS. Koronārās artērijas jeb vainagartērijas ir asinsvadi, kas atrodas sirds muskuļa slāni jeb miokardā un apgādā pašu sirdi ar skābekli bagātām asinīm.

PROCEDŪRA notiek

vietējā anestēzijā un rentgena kontrolē. Tu esi pie apziņas, kad invazīvais kardiologs caur tavu cirkšņa vai apakšdelma artēriju līdz sirds asinsvadam uz speciālas stīgas, kas atrodas asinsvadā, ievada īpašu balonzondi – līdz sašaurinājuma vietai. Tad, piepūšot balonu, sašaurinājuma vietu paplašina – tu vari sajūt īslaicīgas, vilņveidīgas, spiedošas sāpes krūtīs. Uz balona ir uzmontēts stents, kuru ar spiedienu piespiež pie asinsvada sienas, un tā tas arī paliek uz mūžu. Balonzondi izvelk.

dija un cilvēkam asinsvados implantēts viens vai divi stenti, un viss ir labi, pēc divām nedēļām viņš drīkst ceļot, arī lidot. Bet es vienmēr iesaku līdzīgu paņemt pēdējo izrakstu no slimnīcas un sirds bildīti – koronarogrāfijas shēmu. Tas var izrādīties ļoti būtiski, ja nu pēkšņi ārzemēs kļūst slikti ar sirdi un cilvēks pats par sevi neko vairs nespēj pastāstīt.

Noteikti jāpaņem līdzīgu arī visas izrakstītās zāles, un ilgākam laikam, nekā paredzēts ceļojums. Jo mazums, kas var notikt – lidostā streiks vai dabas kataklizma, kuras dēļ tu esi pret savu gribu iesprostots citā valstī un netiec mājās!

– Dakter, godīgi, – bet stenti taču ar laiku tik un tā aizaug? Vai – artērija aizaug citā vietā, vai pat iespējami abi varianti, turklāt vienlaikus?

– Diemžēl var būt abi varianti. Un tas nav paredzams. Šis process katram cilvēkam notiek ļoti individuāli. Praksē tiešām redzēts, ka stents aizaug jau pēc mēneša, un ir pacienti, kuriem stents implantēts pirms gadiem piecpadsmit, septiņpadsmit, un tas angiogrāfiski izskatās, kā vakar likts. Iedomājieties, pat paši pirmie, ļoti primitīvie stenti, kurus operatori vēl ar rokām montēja uz baloniņa un kam ātri vien tika atklāta liela aizaugšanas spēja, vēl lieliski pilda savu darbu! Pacients atnāk pie mums uz kontroli, un asinsvadi ir ideāli! Tā ka stenta aizaugšana vai neaizaugšana ir individuāls process, kas saistīts ar ģenētiku, par ko mēs vēl daudz ko nezinām, bet ļoti svarīgs ir arī dzīvesveids, un par to gan mēs kaut ko zinām. Augstāks risks, ka stents kaut kad aizugs, ir tad, ja cilvēks nelieto holesterīnu mazinošas zāles, ja turpina smēķēt, ja ir mazkustīgs, nekontrolē asinsspiedienu. Tas viss veicina aterosklerozes progresiju, un, ja arī implantētā stenta vietīnā neaizugs, var rasties sašaurinājums citā asinsvada vietā – paliek tikai laika jautājums, kad. Tāpēc mēs katru reizi saviem pacientiem atkārtojam un atkārtojam vienu un to pašu: regulāri

tiem (pārsvarā vīriešiem), kuri saka: «Mani tas neinteresē! Nu kāda atšķirība – kur un kāds...»

– Cilvēki ir ļoti dažādi, un katram jāatrod sava pieeja, bet ārstam noteikti ir daudz patīkamāk konsultēt tos pacientus, kuri paši ir ieinteresēti savā veselībā, nevis atnākuši tāpēc, ka «sieva atdzina» vai «meita lika». Nē, cilvēks pats nāk uz kontrolēm, pats saprot un saka: «Dakter, man ir tik un tik stenti, un es gribu pārbaudīties.» Tas ir daudz patīkamāk, jo tu kā ārsts jūti atbildes reakciju tam, ko dari.

Bet ir arī pacienti, kuri pilnīgi neko par sevi nezina. Ar viņiem ārstam ir mazliet grūtāk strādāt. Mēs, protams, arī nevaram ar varu piespiest cilvēku interesēties par savu veselību. Es tāpēc parasti uzskatu tā: ja cilvēks atnācis pie tevis, tas JAU ir liels solis uz priekšu, un vērtēju to ļoti pozitīvi.

– Jūs liekat gan metāla stentus, gan absorbējošos stentus, kas gada laikā asinsvadā uzsūcas – faktiski izgaist. Kādas nianse par tiem cilvēkam jāzina?

– Bioloģiskos uzsūcošos stentus mēs liekam jau vairāk nekā sešus gadus. Esmu šīs lietas piekritēja, bet, protams, mēs rūpīgi izvēlamies pacientus, kam šos stentus var likt. Jāizvērtē, kāds ir

sirds asinsvadu bojājuma veids, lielums, vieta. Uzsūcošos stentus lietošanai ir zināmi ierobežojumi, proti, protēzītes garums un diametrs. Mēs tos nevaram implantēt visiem pacientiem. Ja godīgi, izvēloties, kuram ievadīt uzsūcošās protēzītes, mēs arī skatāmies, cik līdzestīgs ir pacients. Viņam jābūt tādām, kurš apzinīgi lieto medikamentus, interesējas par sevi, jo, ja ir ielikti uzsūcošie stenti, pastāv mazliet lielāks risks stenta jeb protēzes trombozei – kad tā aizlipinās ar asins ķermenīšiem –, nekā metāla stentiem. Tāpēc ir ļoti svarīgi, lai šie pacienti medikamentus lietotu regulāri. Bet mums ir arī tādi pacienti, kuri, jau guļoties uz operāciju galdā, paziņo, ka medikamentus nelieto un nelietos! Ka viņi ārstējas ar zāļu tējām... Tad mēs ļoti skeptiski izvērtējam, kā varam šim cilvēkam palīdzēt un kādu stentu varam implantēt. Protams, mēģinām arī izskaidrot, ka zāles tomēr ir vajadzīgas un tās jālieto.

Pacientus, kuriem ielikta uzsūcošās protēzītes, mēs vēl papildus saucam uz kontrolēm.

– Vai slimnīcas izrakstā, ko cilvēkam izsniedz, kad viņš dodas mājās, ir atzīmēts, kāds stents viņa sirds asinsvados ievietots?

– Protams! Metāla stentu, kurš pārklāts ar medikamen-

tiem, apzīmē ar trim lielajiem burtiem *DES*, kas ir saīsinājums no *drug-eluting stent*. Savukārt uzsūcošais stents ir *BRS* – *bioresorbable scaffold*. Latviski mēs tos netulkojam. Jo šos trīs lielos burtus saprot ārsti visā pasaulē. Vienalga kur – Ķīnā, Japānā vai Āfrikā –, ja ārsts tos ieraudzis un apskatījis sirds asinsvadu bildīti, tulks nav vajadzīgs, ārstam uzreiz taps skaidrs, kas ievietots asinsvados.

– Izrakstā ir arī shematisks attēls, tieši kur ielikti stenti?

– Shematisks zīmējums tiek sagatavots jau pirms stentu implantācijas, kad pacientam veic koronarogrāfiju (sirds asinsvadu izmeklēšanu), bet izrakstā ir pieminēti starptautiskie apzīmējumi visām trim vainagartērijām: *LAD* – *left anterior descending artery*, kas nozīmē kreisā priekšējā lejupejošā vainagartērija; *LCX* – *left circumflex artery*, tāpat kreisā apliecošā vainagartērija, un *RCA* – *right coronary artery*, kas nozīmē labā vainagartērija. Un, ja skatās zīmējumu, kas tapis izmeklēšanas laikā, pacients redz, kurā sirds asinsvadā kurš stents ielikts. Piemēram, izrakstā ir apzīmējums *RCA* ar *1 DES*... Tulkojumā tas nozīmē, ka labajā vainagartērijā ievietots metāla stents ar medikamentu pārklājumu.

Ja ir stabila slodzes stenokar-

jālieto medikamenti un jākustas! Stents ir akūts glābšanas riņķis, ar to mēs uzreiz varam uzlabot pacienta dzīves kvalitāti, paplašinot sašaurināto asinsvadu, faktiski mēs mazinām infarkta risku. Savā ziņā stents kalpo tikai kā asins plūsmas uzlabotājs, mehāniska protēze. Bet visu pārējo – svarīgāko darbu – paveic medikamentu un dzīvesveids, un galvenais – pats pacients ar savu neatlaidību. Tātad regulāri jākontrolē savs asinsspiediens. Tas nedrīkst būt augstāks par 120/80 mmHg. Ir pieļaujamas minimālas atkāpes – 130/85 mmHg vēl drīkstētu, bet virs 140/90 mmHg jau skaitās nekvalitatīva hipertensija. Zema blīvuma holesterīna rādījumam jābūt vismaz divreiz mazākam, nekā tas bija pirms stenta implantācijas. Pat ja tas ir turējies klasiskajās normas robežās. Kāpēc? Ja cilvēks atnācis pie mums pirmo reizi un mēs viņam veicam sirds asinsvadu pārbaudi, un asinsvadi ir tik sliktā stāvoklī, ka tajos jāliet stenti, tas nozīmē, ka jau ar šāda līmeņa holesterīnu (it kā normālu!) viņam ateroskleroze progresē. Un tas savukārt nozīmē, ka mums ar medikamentiem ir agresīvi jāiedarbojas uz holesterīnu. Līdz ar to vismaz uz pusi samazinot tā rādītājus.

Diemžēl jāatzīst, ka par šo tēmu dažkārt starp mediķiem sanāk tāda kā cīņa – pacientam tiek atcelti medikamenti vai arī uz pusi samazinātas devas, jo – kā, holesterīna līmenis taču ir normāls! Un tad pacients nāk

pie mums atpakaļ uz kontroli un mēs atkal sakām: «Liekam atpakaļ lielās statīnu devas.»

– Zāles atceļ ģimenes ārsts?

– Tā diemžēl dažkārt notiek.

Vārdu sakot, ļoti svarīgi būtu saprast statīnu galveno būtību. Proti, šos medikamentus lieto ne jau tikai tādēļ, lai brutāli samazinātu holesterīna līmeni asinīs. Ideja ir cita – pierādīts, ka statīni samazina arī iekaisuma procesu aterosklerotiskajās plātnītēs. Pat samazina un stabilizē aterosklerotisko plāksni! Citi medikamenti – tādi kā kalcija kanāla blokatori, angiotenzīnu konvertējošā enzīma inhibitori, – pamatā domāti asinsspiediena samazināšanai, bet es mēģinu izskaidrot, ka tas nav tā – tikai fiziski samazina asinsspiedienu... Nē, šīs zāles ārstē sirds asinsvadu. Sieniņa kļūst maigāka, elastīgāka, asinsvads var labāk reaģēt uz asinsspiediena svārstībām, un līdz ar to samazinās arī pats asinsspiediens. Bet cilvēks to bieži vien nesaprot – «Nu, kāpēc man dzert tabletes, ja jūtos labi?!» Viņam šķiet – stents ielikts, viss ir brīnišķīgi... Taču ateroskleroze kā kluss gruzdošs uguns kurš visu laiku pastāv, un tās briesmas arī visu laiku ir tepat līdzās, kad cilvēks kļūst neuzmanīgs un nevērīgs pret sevi.

– Cik stentus vispār drīkst ielikt sirds asinsvados?

– Principā daudz, bet – kas par daudz, tas atkal ir slikti. Kardioloģijā ir pat ieviests jēdziens *full metal jacket* – tas nozīmē, ka principā trīs galvenie sirds asinsvadi visā garumā ir pilni ar metāla stentiem. Tas ir tas, no kā maksimāli vajadzētu izvairīties, citādi sanāk, ka sirds tiek ieslodzīta metāla karkasā. Sirds nav pumpis, kas kustas tikai vienā dimensijā no augšas uz leju – nē, sirds kustas arī uz sāniem un rotē. Līdz ar to, ja asinsvada dabiskais izlocījums tiek

Populārākās pacientu BĀŽAS

1. Cilvēki bieži vien baidās, ka tā protēzīte asinsvada varētu aizpeldēt kaut kur prom... Nē, tas nav iespējams. Stentus implantē ar diezgan lielām atmosfērām, spiedienu, un protēzīte asinsvadam piegulst ļoti cieši – tai nav nekādas iespējas izkustēties.

2. Daži satraucas, ka viņiem stents duras cauri krūškurvim... Noteikti nē! Principā šo protēzīti nevar just. Visticamāk, duršanās sajuta ir psiholoģiska vai arī nāk no mugurkaula, iespējams, no starpribu nerviem.

Ko DRĪKST, ko NEDRĪKST?

● Ierobežojumi karsēties pirtī, saunā, mērcēties vannā, peldēt ir tikai pirmajās divās nedēļās pēc stenta implantēšanas, ja tas ir ievadīts caur cirkšņa artēriju. Bet tikai punkcijas vietas dēļ, jo cirkšņa artērija tiek slēgta ar speciālu ierīci – tādu kā enkuriņu un uzsūcošos švammīti, kas to piespiež.

● Ja stents ievadīts caur rokas artēriju, nedēļu ir saudzējošs režīms, nedrīkst neko smagāku par trim kilogramiem celt.

● Pēc tam viss – kusties un par stentu aizmirsti, Vienīgais, ko nedrīkst aizmirst – par stenta iemeslu aterosklerozi un regulāri iedzert zāles. Citu ierobežojumu nav.

Par ZĀLĒM

Katram ir savs zāļu komplekts – atkarībā no tā, vai cilvēks ir jauns, vai gados, kādas viņam blakus slimības. Bet!

1. Noteikti visiem, kuriem ielikts stents, jālieto prettrombu līdzekļi.

● Ja ir stabila slodzes stenokardija, tad parasti iesaka no 3 līdz 12 mēnešiem dzert aspirīnu 100 mg reizi dienā + klopidogrelu (*Plavix*) 75 mg reizi dienā vai arī – aspirīnu 100 mg reizi dienā + tikagreloru (*Brilique*) 90 mg divreiz dienā. Pēc tam sirds aspirīnu – 75 mg vai 100 mg diennakti, un visu mūžu!

● Ja bijis akūts miokarda infarkts, iesaka lietot 12 mēnešus aspirīnu 100 mg vienreiz dienā + tikagreloru (*Brilique*) 90 mg divreiz dienā. Pēc tam aspirīnu 100 mg reizi dienā visu mūžu.

2. Pretholesterīna zāles.

3. Medikamenti, kas normalizē asinsspiedienu.

iztaisnots ar metāla caurulīti, sirds muskulim ar to tiek ierobežotas kaut kādas kustības, un, protams, tas var veicināt sirds mazspējas attīstību. Taču zinātne ārkārtīgi straujiem soļiem progresē, un tāpēc arī ir sākusies bioloģisko uzsūcošos protēžu ēra, kurai, es domāju, noteikti ir nākotne, un radīsies tikai vēl labāki – salīdzinājumā ar metāla stentiem – uzsūcošies stenti. Uzsūcošies stenti asinsvados turas vienu gadu, un pēc tam asinsvads ir tukšs, bez jebkādiem svešķermeņiem, tas atgūst savu elasticitāti, spēju normāli kustēties, sarauties un izplesties. Arī šobrīd esošie metāla stenti ir ļoti labi, principā tie ļauj asinsvada sienām veikt tādas pašas kustības kā asinsvadam bez stenta. Tās tiešām ir jaunās tehnoloģijas. Bet – kur slēpjas risks, ja mēs saliekam ļoti daudzus stentus visā asinsvada garumā?

Ja nu tomēr aterosklerozei piemīt tieksme progresēt un atkal rodas aterosklerotiskās plātnītes jau iekšā stentā, un ja viss asinsvads aug ciet, tad cilvēkam jāveic šuntēšanas operācija, kuras mērķis ir no pašā pacienta asinsvadiem izveidot apvedceļu sašaurinātajai artērijas vietai. Un, ja sirds asinsvadi ir stentēti maksimāli iespējamā garumā, principā nav iespējams šo šuntēšanas operāciju veikt, jo ķirurģs nevar pārgriezt stenta metāla karkasu.

Tātad, implantējot stentus, invazīvie kardiologi vienmēr to ņem vērā. Viņi domā, cik tālu drīkstētu darīt to vai šo, lai vienmēr atstātu kādu vietu, kur sirds ķirurģs varētu izdarīt savu darbu – ja nu gadījumā ateroskleroze progresē. Mēs vienmēr strādājam ar skatu nākotnē. ♥

Svarīgi!

Ir medicīnas iestādes, kurās ārsts veic veloergometriju, taču pacientu nekonsultē, tikai izsniedz izmeklējuma rezultātu lapu. Tādā gadījumā, ja tev ir implantēts viens vai vairāki stenti, noteikti vienreiz gadā būtu jāparādās kardiologam – te nepietiek tikai un vienīgi ar ģimenes ārstu!