

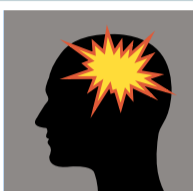
Sirds

veselības avīze

IZVĒLĒTIES VESELĪBU

Kardioloģe skaidro, cik liela nozīme holesterīna līmeņa mazināšanā ir veselīgam dzīvesveidam un kad vajadzēs lietot zāles.

4.–5. lpp.



SASLIMST DAUDZI

Saslimt ar insultu var ikviens. Kādi ir šīs smagās slimības riska faktori un kā tos labāk kontrolēt.

13. lpp.



15 000

Tik daudz Latvijas iedzīvotāju ik gadu mirst no sirds un asinsvadu slimībām

Avots: Slimību profilakses un kontroles centrs

Foto: Shutterstock

JAUNS SĀKUMS

Klinikas ārsti palīdzēs dzīvot veselīgāk.

2.–3. lpp.

NESKAITI AITAS

Pievērs uzmanību miega higiēnai!

14. lpp.

IZMANTOT LAIKU

Kā sasniegt diabēta ārstēšanas mērķus.

18. lpp.

ĀRSTĒ EFEKTĪVĀK

Hronisku nieru slimību var aizkavēt.

20. lpp.



Andris Skride: «Vēlējos radīt zinošiem»

ILONA NORIETE

Šā gada 15. maijā Kr. Valdemāra ielā 62 Rīgā darbu uzsāka Profesora Skrides Sirds klīnika. Lai varētu sniegt palīdzību cilvēkiem dažādos ar veselību saistītos jautājumos, tajā pieejami plaša profila pakalpojumi. Privātajā klīnikā katram klientam atkarībā no vajadzības tiek nodrošināta individuāla pieeja.

Medicīnas iestādē apvienojušies kvalificēti ārsti, māsas un veselības aprūpes speciālisti. Iespējams nokļūt uz konsultācijām pie kardiologa, sirds ķirurga, reimatologa, endokrinologa, pneimologa un citiem speciālistiem. Profesora Skrides Sirds klīnikā var veikt dažādus izmeklējumus – ehokardiogrāfiju, holtera monitorēšanu, vēdera ultrasonogrāfiju u.c., tāpat pieejami arī citi pakalpojumi.

Vairāk par visu sarunā ar kardiologu, Sirds klīnikas dibinātāju un vadītāju RSU asociēto profesoru, medicīnas zinātni doktoru **Andri Skridi**.

– Kā jums radās doma par savu Sirds klīniku?

– Istenībā nostrādāja vairāki faktori. Es atceros, ka vēl studiju laikā, pirmajā vai otrajā kursā, kolēģi uzdāvināja uzzīmētu apsveikumu, kurā bija attēloti mani iespējamie nākotnes plāni, tostarp, ka man varētu būt sava klīnika. Protams, tolaik es tikai pasmaidīju un ne par ko tādu nopietni nedomāju. Bet tagad, atskatoties 24 gadu pagātnē, redzu, ka šī vīzija tiešām ir piepildījies.

Klīnikas dibināšanas iemesli, protams, ir vairāki. Lielu lomu spēlēja satraucošie dati par mūsu valsts iedzīvotāju sliktu veselības stāvokli. Mani satrauc un apbēdina statistikas dati, ka Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto dzīves gadu rādītājs ir praktiski viszemākais Eiropas Savienībā. Manuprāt, šis aspekts īstenībā ir viens no svarīgākajiem rādītājiem. Latvijā veselīgi nodzīvoto dzīves gadu skaits gan sievietēm, gan vīriešiem ir tikai nedaudz virs 50, kamēr, piemēram, Zviedrijā šo gadu skaits pārsniedz 70. Jāteic, arī Igaunija un Lietuva šai ziņā apsteidz mūs par vairākiem gadiem.

Skaidrs, ka agrīno darba nespēju un priekšlaicīgo mirstību lielā mērā nosaka sirds slimību izplatība. Mana iecere bija radīt pieejamu un zinošiem speciālistiem bagātu klīniku, kas rūpēsies

ne tikai par dažādu slimību ārstēšanu, bet nodarbosies arī ar profilaksi. Mūsu misija ir ar klīnikā paveikto darbu palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto dzīves gadu skaitu, sasniegt vismaz Eiropas vidējo rādītāju un apsteigt kaimiņvalstis. Vēl viena lieta, ko es redzu strādājot, ir īpaši lielajās slimnīcās, ir bezgala garās rindas pie speciālistiem un uz izmeklējumiem. Vairbūt dažreiz arī personāla attieksme pret pacientiem nav tik laba, kādai tai vajadzētu būt. Protams, mēs visi augam, mācāmies, bet cilvēkiem bieži vien negribas doties uz valsts vai pašvaldību slimnīcām attieksmes dēļ, viņi nereti pat izjūt bailes no medikiem. Man ļoti negribētos, lai pacienti, kas nāk uz mūsu klīniku, izjustu nepatiku vai bailes, vai medicīnas iestāde radītu kādas negatīvas asociācijas. Kopumā pirmajā vietā klīnikas darbā liekama profilakse, savukārt, ja tomēr slimība jau attīstījusies, tad piedāvāsim kvalitatīvu ārstēšanu.

– Vai klīnikā pieņemat arī valsts apmaksātos pacientus?

– Patlaban sniedzam pakalpojumus tikai par maksu vai ar apdrošināšanas polisēm.

– Kādas iespējas klīnika piedāvā? Kāda ir jūsu lielākā atšķirība no Stradiņiem un Gaiļezera vai vēl citām ārstniecības iestādēm?

– Jāņem vērā, ka mēs esam ambulatora iestāde un ļoti sarežģītas lietas patlaban neveicam. Taču iespējas klīnikā ir plašas. Komanda veidota ar domu, lai cilvēks var konsultēties ne tikai par sirds veselību. Klīnikā pieņem faktiski visi iekšīgo slimību speciālisti – alergologs, aritmologs, endokrinologs, gastroenterologs, ģimenes ārsts, internists jeb, kā teica agrāk, terapeits, neirologs, pneimologs jeb plaušu ārsts, psihologs, reimatologs, sirds ķirurgs. Ļoti svarīgi, ka pie mums ir pieejama fizioterapija, tāpat arī sporta nodarbības kvalificētu fizioterapeitu un treneru uzraudzībā. Protams, var veikt arī dažādus izmeklējumus, tādus kā ultrasonogrāfija vēdera dobumam, vairogdziedzerim, ehokardiogrāfija, Holtera monitorēšana, spirogrāfija, veloergometrija. Ja cilvēkam vajadzīgi vairāki izmeklējumi, mēs cenšamies tos salikt vienā dienā, lai klients vienā klīnikas apmeklējuma reizē maksimāli īsā laikā izietu visas nepieciešamās pārbaudes.

Par medicīnisko komandu esmu atbildīgs pats personīgi. Katru no klīnikas ārstiem, fizioterapeitiem un arī māsām esmu pats uzrunājis, aicinot darbā. Es viņus personīgi pazīstu jau vairāku gadu garumā, zinu katra ārsta kompetenci, spējas. Respektīvi, esmu pārliecināts, ka šis ārsts konkrētā gadījumā risināšanai izdarīs vislabāko, kas vien iespējams.

Mūsu piedāvājumu klāsts aptver visu internās medicīnas lauku. Faktiski klīnikas primārā darbības sfēra attiecas uz visu, kas skar sirds un asinsvadu veselību. Ja mēs klīnikā kaut ko nevarēsim izdarīt, bez šaubām, pacients nepieciešamības gadījumā nekavējoties tiks novirzīts uz slimnīcu. Skaidrs, ka lielākā daļa no ārstiem strādā arī slimnīcā, un šis apstāklis situācijā, ja vajadzīgs darīt ko sarežģītāku, nodrošina iespēju pacientam nokļūt kādā no universitātes slimnīcām. Bet pirmais klīnikas uzdevums un darbs ir profilakse, kas palīdz izvairīties no miokarda infarkta, insulta, aritmijas.



Publicitātes foto

Andris Skride: «Mana iecere bija radīt pieejamu klīniku ar zinošiem speciālistiem, kas rūpēsies ne tikai par dažādu slimību ārstēšanu, bet nodarbosies arī ar profilaksi. Mūsu misija ir ar klīnikā paveikto darbu palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto dzīves gadu skaitu, sasniegt vismaz Eiropas vidējo rādītāju un apsteigt kaimiņvalstis.»

Sākt rūpēties par savu veselību būtu nepieciešams jau no bērnības, bet īpašu vērību sirds veselībai jāpievērš katram no 40 gadu vecuma, veicot izmeklējumus un analīzes ik gadu.

Vēl es gribu uzsvērt, ka klīnikā ir pieejami arī bērnu kardiologi, kas varētu būt ļoti pieprasīti speciālisti.

– Arī ārstiem pašiem ir jāizmeklējas un jābūt drošiem, ka ar veselību viss ir kārtībā. Ja jums būtu jāvēlējas pie ārsta, kā jūs rīkotos? Vai nāktu uz Sirds klīniku?

– Mūsu klīnikā var nodot arī jebkura veida asins analīzes. Ja pacients tā vēlas, piemēram, viņš var nākt kaut vai tikai uz analīzēm. Es biju pirmais cilvēks, kam klīnikā tika veiktas asins analīzes, holesterīna mērījumi, noteikti aknu, nieru rādītāji. Jāsaka, es biju ļoti iepriecināts par saviem holesterīna skaitļiem. Varu atklāt, ka kopējais holesterīna līmenis man ir zem 4,5 mmol/l, tāpat arī zema un augsta blīvuma holesterīna rādītāji ir labi. Tāpat plānoju pie kolēģiem veikt gan ehokardiogrāfiju, gan veloergometriju un vēdera ultrasonogrāfiju. Šīs pārbaudes tiešām ir vajadzīgas, un, lai gan medīķi bieži vien ir ļoti aizņemti, jācenšas atrast laiku šiem izmeklējumiem. Klīnikā centīsimies nodrošināt šos pakalpojumus visaugstākajā līmenī, turklāt bez garām rindām un gaidīšanas reģistratūrā.

– Ja cilvēks lasīs šo rakstu vai vienkārši būs uzņēmies par Sirds klīniku un vēlēties vērsties

pie kāda tās speciālista, – ar ko viņam ir jābūt? Varbūt jābūt norīkojumam no ģimenes ārsta pie konkrēta daktera vai uz izmeklējumiem? Vai arī pacients vienkārši var atnākt uz klīniku, un vietējie speciālisti paši pateiks, kādus izmeklējumus vajag veikt?

– Tieši tā, var droši zvanīt uz reģistratūru un pieteikties. Ja cilvēks nekad nav bijis pie kardiologa kaut vai profilaktiski, nevajag gaidīt, kad parādīsies sūdzības. Neviens netiks dzīts projām. Var pieteikties pie internista vai ģimenes ārsta, kuri izveidos apmeklējamo izmeklējumu grafiku. Ja ir tāda vēlme, var pieteikties arī uz konkrētu izmeklējumu. Ģimenes ārsta nosūtījums nepieciešams tikai tad, ja pakalpojumu apmaksā apdrošinātājs. Ja pacients par visu maksā pats, tad ģimenes ārsta nosūtījums nav nepieciešams. Var droši zvanīt vai pieteikties mājaslapā www.skride.lv.

– Minējāt, ka var pierakstīties pie kardiologa, internista, ģimenes ārsta, bet ko darīt, ja pacients nezina, ar ko sākt?

– Vienkārši jāpiereģistrējas uz vizīti pie kāda konkrēta speciālista, parasti vispirms jādodas pie internista vai kardiologa. Viņiem ir vienlīdz labas zināšanas, visi nozīmēs nepieciešamos izmeklējumus. Pietiek ar vizīti pie viena no šiem speciālistiem.

– Pacienti ir dažādi. Ir tā dēvētie apzinīgie, kas regulāri apmeklē ārstu, dažreiz pat varbūt

Tauta un Veselība

TAUTA UN VESELĪBA
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.
Tāl: 27884476

Izplatīšana: tikai Latvijas slimnīcās,
medicīnas centros, poliklīnikās.
Bez maksas.
Iespiests a/s Kroonpress.

Sirds veselības avīzes izdošanu atbalsta:



speciālistiem bagātu klīniku»



Publicitātes foto

Viens no klīnikas mērķiem – ērta, droša, patikama un pieejama vide darbiniekiem, pacientiem un viesiem. Klīnikā strādā vairāk nekā 70 speciālistu – kardiologi, neirologi, reimatologi, pneimonologi, endokrinologi, radiologi, internisti, ģimenes ārsti, fizioterapeiti un uztura speciālisti.

biežāk, nekā vajadzīgs. Citi ārstus apmeklē nepieciešamības gadījumā. Bet ir grupa, kas nekur neiet kaut vai tikai tāpēc, ka baidās. Ko jūs varētu teikt šādiem cilvēkiem, kā viņus motivēt un iedrošināt?

– Mums ir dažādi speciālisti katrā jomā. Katrs interesents mājaslapā var izpētīt, pie kura labāk iet. Skaidrs, ka ārsta attieksme ir ļoti svarīga, lai pacientu iedrošinātu. Kolēģi pret visiem būs pretnākoši, nevienam nedzīs projām un neteiks – kāpēc jūs šurp esat atnācis? Viens no maniem pamatprincipiem ir tāds, ka šis jautājums vispār nedrīkst tikt uzdots. Tas pats attiecas uz vairāk vai mazāk slēptiem pārmetumiem, piemēram, – kāpēc jūs piecus vai desmit gadus neesat bijis pie ārsta? Cilvēku psiholoģija ir dažāda, un šādas lietas mēs nedrīkstam pārmest.

– Vai pacientam, piezvanot uz jūsu klīniku, jāreķinās, ka viņam tagad teju vai jāņem ātrais kredīts, lai varētu samaksāt par klīnikas pakalpojumiem?

– Tā nav, mūsu cenas neatšķiras no citviet Rīgā veicamo analīžu vai izmeklējumu maksas. Varbūt tās ir pat zemākas nekā citur.

– Kā jūs vērtētu mūsdienu pacientus? Vai cilvēki lielākoties ir apzinīgi, varbūt kaut kas mainās viņu domāšanas veidā, vai joprojām ir daudz tādu, kas īpaši nerūpējas par savu veselību?

– Es domāju, ka ikvienā valstī, arī Amerikā vai Vācijā, būs cilvēki, kas daudz par to domā un dara, un tādi, kam šīs lietas rūp mazāk. Tas atkarīgs no katra indivīda izglītības un audzināšanas. Īstenībā iedzīvotāju skaits, kuri lielāku uzmanību velta rūpēm par veselību, aizvien pieaug. Vairums grib dzīvot veselīgāk, ilgāk un kvalitatīvāk. Tie, kuri

vēlas būt veseli, uzticas zinātnē balstītai medicīnai. Viena no mūsu klīnikas pamatnostādņēm ir uz mūsdienu zinātnes pamatiem būvētas medicīnas izmantošana, pie mums netiek pielietotas nepārbaudītas metodes vai nevajadzīgas terapijas.

– Daudziem cilvēkiem jau kopš bērnības ir liekais svars, un viņiem dažkārt jau 18–20 gadu vecumā holesterīna rādītāji ir kā dažam labam sešdesmitgadniekam.

– Taisnība. Skaidrs, ka par veselību jāsaņem domāt jau no bērnības, ģimenes lokā. Svarīgākie aspekti ir ēšana un fiziskās aktivitātes. Es gribu uzsvert, ka mūsu klīnikā ir pieejams gan uztura speciālists, gan arī psihologs. Ļoti liela nozīme ir klīniskajai, medicīniskajai psiholoģijai. Speciālists pacientam vajadzības gadījumā izskaidros, kāpēc lietot zāles un kādu uzturu labāk izvēlēties. Tāpat pie mums ir arī sporta speciālists, fizioterapeits.

– Varbūt varat izstāstīt kādu labu piemēru no savas klīnikas darba pieredzes?

– Noteikti. Man pašam ir bijuši vairāki pacienti ar dažādiem netipiskiem simptomiem, kuriem rezultātā diagnosticēts paaugstināts asinsspiediens, un mēs esam uzsākuši tā savlaicīgu ārstēšanu. Tāpat esam atklājuši vairākas retās slimības un nosūtījuši šos pacientus tālākai ārstēšanai uz universitātes slimnīcām. Mēs jau aktīvi darbojamies. Turklāt klienti ir apmierināti – gan ar skaistajām telpām, gan reģistratūras darbu, arī par mūsu aparāturu un sniegtajām ērtībām. Piemēram, ja nepieciešama ehokardiogrāfija, citur nereti tiek pateikts, lai cilvēks pats visu meklē, bet mūsu klīnikā viņš uz šo izmeklējumu uzreiz tiek pierakstīts un tūlīt pat uzzina, kad tas paredzēts. Dažkārt, ja iespējams, izmeklējumu veic arī tajā pašā dienā, kad pacients ir atnācis.

– Klīnikai izvēlēta ļoti laba atrašanās vieta – nav nekur tālu jābrauc, piemēram, uz Imantu vai Vecmilgrāvi.

– Patiešām. Gribu vēl piebilst vienu ļoti svarīgu lietu – pie klīnikas atrodas veikals *Rimi*. Ieeja klīnikā ir no *Rimi* puses, un mūsu klientiem trīs stundas bez maksas pieejama autostāvvietā. Lai par stāvvietu nebūtu jāmaksā, tikai jāpasaka automašīnas reģistrācijas numurs reģistratūrā. Tāpēc pacienti var neuztraukties, ka nepagūs visu laiku izdarīt vai būs jāmaksā par autostāvvietu. Savukārt cilvēkiem ar kustību traucējumiem paredzēta ieeja no Alojas ielas puses caur apsarga darba vietu un tālāk ar liftu. Līdz ar to klīnika ir pieejama ikvienam. Mums pie katra kabineta ir arī uzraksti Braila rakstā, tādējādi atvieglojot nokļūšanu pie ārsta arī cilvēkiem ar redzes problēmām. Respektīvi, esam padomājuši par visu. Klīnika atrodas Piena kvartāla tuvumā, Kr.Valdemāra un Alojas ielas stūrī.

– Kā jūs pats spējat tikt galā ar visiem pienākumiem un darbiem? Laikam politika tagad ir pabīdīta maliņā?

– Pašlaik patiešām koncentrējos uz medicīnu, izglītību un zinātni. Protams, es sekoju līdzi politikai, citādi nevar. Galvenais, kas man palīdz ar visu tikt galā, ir komanda. Ja izveidota laba komanda un katrs zina savus pienākumus, tad tā ir arī panākumu atslēga. Svarīga ir darba intensitāte, jo, ja cilvēks strādā, tad viņš var izdarīt daudz. Es nemīlu gari runāt, dodu priekšroku darbam un centieniem to izdarīt bez liekas aizķeršanās.

– Ļoti daudzi rūpējas par savu veselību, sporto, ir fiziski aktīvi, cenšas ēst veselīgi. Vai arī viņiem tomēr nevajadzētu atnākt un pārliecināties, cik labi strādā sirds, veikt profilaktiskās pārbaudes?

– Šādi cilvēki parasti diezgan rūpīgi seko savai veselībai, reizi gadā veic veloergometrijas pārbaudi un reizi divos – arī ehokardiogrāfiju. Jebkuram, pirms viņš uzsāk sportot, arī bērnam, jauniešiem, kurš nodarbojas ar sportu, sirds izmeklējumi ir nepieciešami. Daudzas slimības var būt iedzimtas, respektīvi, tās var attīstīties, arī neskatoties uz veselīgu dzīvesveidu. Tādēļ pārbaudīt sirdi ir svarīgi ikvienam.

– Nesen aizvadīts Rīgas maratons. Daudzi mēdz teikt: tā kā es noskrēju maratonu, man ar veselību viss pilnīgā kārtībā, jo pretējā gadījumā nebūtu to paveicis. Kā jūs vērtējat šādu cilvēku rīcību, kuri sev iegalvo – ja maratons noskriets, tad viss ir kārtībā un nekādām raizēm nav pamata?

– Kā kurā gadījumā. Visticamāk, ar sirds darbību viņiem tiešām viss ir kārtībā. Bet jāteic, ka viss atkarīgs no tā, cik kilometru skrien, jo Rīgas maratonā ir arī īsākas distances. Ja kāds tiešām skrien pusmaratonu vai maratonu, tad viņam obligāti reizi gadā jāveic veloergometrija un ehokardiogrāfija, jo maratons īstenībā ir milzīga pārslodze. Tā ir otra galējība, kas var radīt arī sirds muskuļa bojājumu, sirds sienīņas sabiezēšanos. Ikvienam cilvēkam, kurš vēlas skriet maratonu, gan pirms sacensībām, gan regulāri reizi gadā noteikti būtu vēlams pārbaudīt sirdi.

– Ko jūs vēl gribētu piebilst mūsu sarunas noslēgumā?

– Liels paldies, ka uzaicinājāt uz šo interviju. Paldies arī manai klīnikas komandai. Lai lasītājiem jauka vasara, un – pārbaudiet savu veselību, neatliekot to uz vēlāku laiku! Visiem novēlu – dzīvot no sirds.

Iveta Mintāle: «Labā veselība ir milzu

SARMA ZVIRBULE

Latvija ir iekļauta ļoti augsta kardiovaskulārā riska zonā, un apmēram pusei iedzīvotāju nāves cēlonis ir sirds un asinsvadu slimības. Neraugoties uz to, cilvēki pārāk maz uzmanības pievērš tās izraisošajiem riska faktoriem un nedomā par profilaksi.

Sarunā ar kardioloģi LU asociēto profesori **Ivetu Mintāli** skaidrojam, cik viegli vai grūti ir mainīt ierasto dzīves kārtību, ja sirds veselība pieprasa mērķtiecīgu iejaukšanos, un kā panākt, lai veselība būtu laba arī pēc daudziem gadiem.

– Sirds un asinsvadu slimību biežākie riska faktori ir paaugstināts asinsspiediens, cukura līmenis, zema blīvuma holesterīns, dzīvesveida nepilnības. Kur jūs saskatāt vislielāko izaicinājumu ārstam un pašam pacientam?

– Domāju, to nevar saukt par izaicinājumu. Vislielākā problēma drīzāk ir tā, ka pacienti neiedziļinās riska faktoru būtībā, neizprot to nozīmīgumu un līdz ar to neizprot arī profilakses nozīmīgumu. Diemžēl nereti arī ārstiem tas nav pilnīgi skaidrs. Medicīnas personāls jau nestrādā tikai tāpēc, lai ārstētu slimības. Mūsu galvenā atbildība ir nepieļaut saslimšanu. Tas nozīmē rūpes, atbildību par savu veselību, kas lielākoties mums nav ieaudzināta. Apzinīgā vecumā šo kārtību mainīt ir grūti. Pacienti bieži vien ir diezgan nekritiski, nevēlas redzēt saistību starp saviem riska faktoriem vai nepareiziem ieradumiem un iespējamām problēmām tikmēr, kamēr tā nav izvērsusies nopietnā notikumā. Nesen es vienam pacientam ar ievērojamu virssvaru, teju vai aptaukošanos, un paaugstinātu cukura līmeni teicu, ka vēl pāris kilogramu, un cukura diabēts būs klāt. Viņa atbilde bija ļoti vienkārša: «Bez saldumiem taču nevar iztikt!» Ja pacientam ir šāda attieksme, viņu ir diezgan grūti veiksmīgi izvadīt cauri visām problēmām. Protams, nevienam nepatīk dzert zāles holesterīna, cukura līmeņa mazināšanai. Katra nākamā tablete pacientu uztrauc. Bet situācijas neizvērtēšana un nekritisks ir visjaunākā lieta.

– Vai jūsu teiktā nozīmē, ka cilvēkus faktiski neuztrauc, ka viņiem ir paaugstināts holesterīna līmenis?

– Lielākajā daļā gadījumu tā ir. Vēlme rūpēties par veselību ir jāieaudzina jau no mazotnes. Audzināt bērnu – tā ir milzu atbildība. Par to nevar nedomāt katru dienu, katru brīdi. Ieguldīt bērnu veselībā, sekojot viņu svaram, fiziskajām aktivitātēm, ēšanai. Visam, kas tiek izdarīts, lai formētu cilvēka turpmāko dzīves gadu veselību, ir vislielākā nozīme. Taču vecāki pret to izturas diezgan vieglprātīgi, īpaši, ja mēs skatāmies, cik daudz laika bērni pavada ar viedierīcēm. Dažkārt lepmi tiek pateikti, ka mūsu mājās televizora nav, bet to ar uzviņu aizvieto citas ierīces. Dzīvē ir svarīgi atcerēties vienu lietu: laba veselība ir milzu ieguldījums. Un pieliktās pūles atmaksājas. Vispirms tā ir vecāku atbildība par savu bērnu veselību un tālāk, cilvēkam pieaugot, – atbildība pašam par sevi. Ja cilvēks vērtē un domā līdzī, ar šādu pacientu ir vieglāk runāt.

– Vai ir palielinājusies cilvēku izpratne par kardiovaskulāro slimību riska faktoriem, ņemot vērā, ka ir uzlabojusies informācijas pieejamības iespējas, un vai ir samazinājies vidējais riska faktoru skaits vienam cilvēkam? 2009. gadā, kad notika Latvijā pirmais Nacionālais sirds slimību un to riska faktoru šķērsgruzuma pētījums, jau 25 – 34 gadus veciem vīriešiem vidēji bija 2,5 riska faktori.

– Riska faktoru vidējais skaits nav mazinājies, bet jaunākais šķērsgruzuma pētījums parādīja, ka nedaudz zemāks kļuvis holesterīna līmenis un arī asinsspiediens. Toties pieaug aptaukošanās izplatība.

Turklāt lielākā daļa iedzīvotāju nesaskata smēķēšanas, atkarību izraisošu vielu lietošanas, kā arī ēšanas saistību ar riska faktoru attīstību. Visgrūtāk šajā ziņā ir strādāt ar pacientiem vecumā virs 50 gadiem. Ar viņiem sarunas par veselīgu dzīvesveidu ir jāsāk gandrīz no nulles. Atziņa, cik tas ir svarīgi, viņos izraisa izbrīnu.

– Vai šie pacienti tiešām neko nezina par veselīgu dzīvesveidu?

– Visi par to ir dzirdējuši, bet parasti neattiecinā uz sevi. Tajā brīdī, kad situācija pieprasa kaut ko mainīt, viņi bieži vien jautā – kā tad tā, kāpēc man? Paskatoties uz sevi spogulī, to vajadzēja apjaust jau sen. Taču visi vienmēr aizbīdās ar steigu, darbiem un vēl kaut ko.

Savas dzīves plānošana ir ļoti svarīga lieta. Ir jāplāno, kā es gribēšu dzīvot pēc desmit gadiem un vēlāk, ko es gribēšu darīt. Cilvēkiem šķiet, ka tas vēl ir ļoti tālu, vēl ir laiks. Bet te nav runa par materiālo labklājību. Runa ir par to, cik saglabāta vai uzlabota, nostiprināta būs veselība. Visgrūtāk ir runāt par vingrošanu. Lielāku smīkņāšanu es vispār nevaru iedomāties. Drīzāk cilvēki ir gatavi skriet. Lai gan ne visiem skriešana ir piemērota. Katram ir jāatrod savs sporta veids. Tomēr tik ļoti noniecināt vingrošanu! Tā tas ir bijis gadu gadiem. Tas ir nedaudz divaini. Ierobežots kopējais kustību apjoms, sāpes mugurā, dažādas tirpšanas – tik daudz ko var novērst! Un uzreiz ir daudz labāka pašsajūta.

– Cik liela ir dzīvesveida nozīme holesterīna līmeņa mazināšanā? Tiek runāts par to, ka paaugstinātu holesterīna līmeni ar veselīgu dzīvesveidu, ēšanu vien nevar mazināt, jo mazāko daļu holesterīna mēs uzņemam ar uzturu, bet lielākā daļa veidojas aknās.

– Tā ir taisnība. Es gan neteiktu, ka holesterīnu nevar ietekmēt. Katram tas ir individuāli. Man ir bijuši pacienti, kuri atnāk ar samērā augstu holesterīna līmeni, bet, sakārtojot dzīvesveidu un izslēdzot no uztura rūpnieciski ražotus pārtikas produktus, holesterīna līmeni brīnišķīgi var samazināt pat par 30 procentiem. Tomēr tā nebūs visiem. Veselīga ēšana ir viena no terapijas sastāvdaļām. Kopumā ir jāreķinās: ja holesterīna līmenis ir ļoti augsts, tad būs gan jālieto medikamenti, gan jāmaina ēšanas paradumi. Veselīga ēšana sakārto ne tikai holesterīna līmeni, bet arī vielmaiņu, tostarp cukura vielmaiņu. Mani izbrīna, ka cilvēki nesaista kopā žultsakmeņu, nierakmeņu veidošanos, podagru ar ēšanas paradumiem, ar vielmaiņu. Taču, ja mēs runājam tikai par holesterīnu, tad ir jāreķinās, ka tas būs jāārstē gan ar medikamentiem, gan visu laiku jālieto veselīgs uzturs. Tas, ka augsts zema blīvuma holesterīna līmenis ir aterosklerozes iemesls, ir skaidrs. Tur īpaši pierādījumi vairs nav vajadzīgi.

– Vai ir mainījusies pacientu attieksme pret holesterīna līmeni mazinošām zālēm, salīdzinot ar laiku pirms gadiem desmit, pat pieciem?

– Jā, droši un skaidri var teikt «jā». Ik pa laikam parādās pacienti, kuri ir kategoriski pret zālēm, bet sabiedrībā kopumā attieksme ir mainījusies. Varbūt pagaidām pacienti mazāk novērtē zāles, kas ir nevis tablešu formā, bet injicējamas. Kopumā medikamentu arsenāls un variācijas, ko var piemēlēt katram pacientam, lai samazinātu viņa holesterīna līmeni un aterosklerozes attīstības ātrumu, ir liels.



Foto: No PSKUS arhīva

Iveta Mintāle: «Organismā visam būtu jābūt pareizā kārtībā, līdzsvarā, bet dažu gēnu izmaiņu rezultātā vai cilvēka dzīvesveida ietekmē rodas disbalanss starp dažādām vielām. Pētījumi par injicējamajiem pretholesterīna medikamentiem ir devuši pārsteidzoši labus rezultātus. Arī mēs saviem pacientiem redzam, ka injicējamie medikamenti ir ārkārtīgi efektīvi.»

– Kāpēc, jūsuprāt, visvairāk mītu saistībā ar medikamentu lietošanu ir par statīniem, holesterīna līmeni mazinošajām zālēm? Ir daudz citu zāļu ar nopietnām blakusparādībām.

– Jā, turklāt daudz lielākām. Tāpēc ir grūti teikt, kāpēc izcelti tieši statīni. Arī medijos ir lauzts diezgan daudz šķēpu par to, vai holesterīns ir labs vai slikts. Neviena viela, kas veidojas organismā, nav absolūti slikta. Bet ir jābūt līdzsvaram. Ja no medicīniskās puses, tad holesterīns un tā līmeni maziņošie medikamenti ir daudz pētīti. Būs pagrūti atrast citas medikamentu grupas, kas ir pētītas tik daudz, atspēkojot visus divainos paziņojumus par to, ka statīni paaugstina cukura līmeni, ir spējīgi izraisīt vēzi vai demenci. Skaidrs, ka statīni iedarbojas uz aterosklerozi, samazina tās attīstību un nodarīto ļaunumu, atveseļojot asinsvadus un samazinot iespējamo notikumu skaitu, vai tie būtu infarkti vai insulti. Pacienti varbūt neizvērtē situāciju, ka šīs zāles dod iespēju izvairīties no katastrofas.

Cilvēki ir gatavi kaudzēm dzert antibiotikas, aspirīnu, garu rindu uztura bagātinātāju. Mīts par statīniem ir ilgi kultivēts, tie ir krituši nežēlastībā, un man ir grūti teikt, kāds tam bijis iemesls.

– Jums savā praksē ir izdevies sasniegt labus rezultātus ar statīnu monoterapiju?

– Ar monoterapiju rezultātu sasniegt ir grūtāk. Arī holesterīna normas skaitļi ir ārkārtīgi zemi, īpaši pacientiem, kuriem ir ļoti augsts

kardiovaskulārais risks – 1,4 mmol/l un mazāk. Nereti pacienti nobīstas, ja līmenis ir zem vienas vienības. Par to nav jābaidās, bez holesterīna mēs nekādi nevaram palikt, tas aknās veidojas katru dienu, un mēs to arī apēdam. Turklāt ir ārsts, kurš kontrolē ārstēšanu, lai katram pacientam nozīmētu minimālo efektīvu devu jebkuram medikamentam.

Ir pacienti, kuri ļoti labi tolerē pat mazu devu monoterapiju, viņiem arī kā terapijas komponents ļoti palīdz veselīgs uzturs. Tomēr ir pacienti, īpaši ar lielu riska faktoru noslodzi, cukura vielmaiņas traucējumiem, kuriem sasniegt rezultātu ar monoterapiju būs grūti. Viņiem medikamenti jākombinē.

– Ar ko parasti statīni tiek kombinēti?

– Vispirms statīniem pievieno ezetimību. Vienkārši pielikt vienai tabletei vēl vienu nav īsti pareizi. Tieši tāpēc ir radīta politablete. Pasaulē Veselības organizācija uzsver – lai uzlabotu pacientu līdzestību, kad vien iespējams, vajadzētu lietot politableti, kur ir sakopotas vairākas vielas. Pētījumi pierāda, ka šādā veidā mijiedarbība starp zālēm ir daudz augstāka. Var lietot mazākas devas, panākot labāku efektu nekā ar atsevišķām tabletēm. Nākamais solis ir injicējamie pretholesterīna preparāti, kas iejauca holesterīna ražošanas procesā, sakārtojot lietas, kuras ir nogājušas greizi un kuru dēļ holesterīna asinis ir pārāk daudz.

ieguldījums, kas atmaksājas.»

– Tas ir tik vienkārši – iekļaukties holesterīna ražošanas procesā?

– Ir vielas, kas bloķē receptorus, kuri «izķer» zema blīvuma holesterīna daļiņas. Ja šo vielu ir pārlietu daudz, tās traucē normālu holesterīna receptoru darbību. Tādēļ šo vielu darbību vajadzētu ierobežot. Organismā visam būtu jābūt pareizā kārtībā, līdzsvarā, bet dažu gēnu izmaiņu rezultātā vai cilvēka dzīvesveida ietekmē rodas disbalanss starp dažādām vielām. Pētījumi par šiem medikamentiem ir devuši pārsteidzoši labus rezultātus. Arī mēs saviem pacientiem redzam, ka injicējamie medikamenti ir ārkārtīgi efektīvi. Pašlaik vēl pētījumi turpinās, bet iespējams, ka nākotnē mēs nonāksim līdz situācijai, kad holesterīnu varēs regulēt tikai ar injekcijām vienu vai divas reizes gadā. Pētījumu stadijā pašlaik ir arī «vakcīna», kas ļaus reizi gadā vakcinēties pret paaugstinātu holesterīna līmeni un samazināt holesterīna produkciju aknās. Tas skan ļoti daudzsolīši. Domāju, aiz kalniem nav arī gēnu terapija, kas dos iespēju kļūdainos gēnus labot, izmainīt, lai procesi notiktu pareizajā veidā.

– Kad jūs pacientam izrakstāt statīnu terapiju, kam pievēršat lielāko uzmanību?

– Vissvarīgākais ir pacienta riska profils. Mēs dzīvojam ļoti augsta kardiovaskulārā riska reģionā. Tādēļ, ņemot vērā riska profilu un augsta holesterīna līmeņa noslodzi jeb to, cik gadus neārstētais holesterīns pacientam ir bijis un cik lielas problēmas būtu varējis izraisīt, mēs uzsākam statīnu terapiju. Parasti, sākot ārstēšanu ar statīniem, uzreiz nenozīmē maksimālo devu, tomēr ģimenes ārstiem pēc trim četrām nedēļām vajadzētu kontrolēt pacienta aknu rādītājus, kreatīnīnāzes (KFK) līmeni. Tad rūpīgi jāizvērtē, vai aknu fermenti strauji paaugstinājušies tikai pēdējā laikā statīnu dēļ, vai arī iemesls ir pretsāpju medikamentu lietošana, taukainā aknu hepatozē, kādēļ šie rādītāji visu laiku ir bijuši paaugstināti. Ir jābūt atskaites punktam – kāds bija stāvoklis pirms statīnu lietošanas un pēc. Tas pats attiecas uz muskuļu sāpēm. Iespējams, pacientam muskuļi sāp no sportošanas, nevis no statīnu lietošanas, jo viņš pēkšņi ir sapratis, ka jāsāk kaut ko darīt, ja jau ir tik augsts holesterīns un jālieto zāles.

– Vai muskuļu sāpes ir statīnu lietošanas blakusparādība?

– Muskuļu sāpes pacientam var būt, bet tās ir jāvērtē. Ja sāp tikai kāju ikrū vai tikai roku muskuļi, tad tās nav statīnu sāpes. Mani uztrauc, ka tiklīdz pacienti pasūdzas par sāpēm muskuļos, nereti ārsti «norauj» statīnus vispavis, nenotiek devas pielāgošana, tīrēšana.

– Vai tā ir bieža blakne?

– Nē, ārkārtīgi reta. Statīnu lietošanai blaknes vispār ir ļoti reti. Par blaknēm cilvēki vairāk piedomā, jo ir visi tie mīti par statīniem, kas ir skaļi izteikti, par ko ļoti daudz runā. Cilvēka psiholoģija nereti nostrādā divāni, ņemot vērā to, ka sabiedrībā statīni ļoti nepelnīti tiek nopelti.

Muskuļu sāpes ir retas, tāpat reta ir alerģija. Tomēr ir cilvēki, kas ir ārkārtīgi jutīgi pret statīniem un kuriem var būt ļoti izteikta muskuļu šūnu bojāeja. Tieši tāpēc, uzsākot statīnu terapiju, situācijai ir jāpaseko.

Sava darba laikā, 30 gadus, neesmu redzējusi, ka aknas kādam būtu aizgājušas postā statīnu dēļ. Pārlietu daudz lietojot pretsāpju un pretiekaisuma līdzekļus gan. Gribētos arī, lai, izvērtējot statīnu lietošanas iespējamās blaknes, tiktu ņemti vērā arī pārējie situāciju ietekmējošie faktori, jo īpaši, ja pacientam ir taukainā aknu hepatozē. Tā arī izmaina aknu rādītājus, bet nav iemesls, lai atteiktos no statīniem.

– Jūs minējāt, ka pirmais, ko pievieno statīnu monoterapijai, ir ezetimībs. Kas tas ir un kāpēc to lieto?

– Ja statīni samazina holesterīna produkciju aknās, tad ezetimībs darbojas tievajās zarnās un neļauj uzsūkties holesterīnam, kas tiek apēsts ar pārtiku. Tā ir palīdzīga roka, regulējot apēstā holesterīna līmeni. Nereti pacientiem ir uzsūšanās traucējumi un organisms grib paņemt vairāk, nekā tam ir nepieciešams, arī no pārtikas. Daudz kas ir atkarīgs no tā, ko cilvēks ēd. Ja pārtika ir bagāta ar šķiedrvielām, dārzeņiem, tad veselīgā ēšana pašregulē holesterīna līmeni. Un man ļoti gribētos, lai cilvēki beidzot saprot, ka pareizais ēdiens pareizās attiecībās var dot ļoti daudz. Tur pat nav īpaši jāiedziļinās kaloriju skaitīšanā, produktu mērīšanā, svēršanā. Galvenais, lai būtu ļoti dažāds ēdiens, ar ļoti, ļoti daudz dārzeņiem. Dārzeņi nav tikai lapas un gurķi. Dārzeņi ir viss, kas aug zemē, – sakņaugi, pēc iespējas vairāk pākšaugu.

Ezetimībs ir ļoti vienkāršs medikaments, kuram nav paredzamas nekādas blaknes, arī tīrēšana nav vajadzīga. Tam ir viena deva. Gribu uzsvert, ka ezetimībs kopā ar statīnu vienā tabletē darbojas daudz labāk nekā tad, ja tos lietotu atsevišķi.

– Vai pašlaik pārsvarā jau sākotnēji nozīmē kombinēto terapiju?

– Pacientiem ar augstu risku mēs uzreiz sākam ar kombinēto terapiju. Rezultāti ir ļoti labi. Uzreiz ir redzams pozitīvs efekts, un pacienti medikamentus lieto labprāt.

– Kāda ir injicējamo medikamentu izrakstīšanas kārtība?

– Ņemot vērā zāļu kompensācijas noteikumus, mēs sākam ar statīnu terapiju, tad pievienojam ezetimību vai uzreiz sākam ar statīnu un ezetimība kombināciju. Tālāk jautājums ir par to, ko darīt, ja ir statīnu nepanesība vai pacientam ar ļoti augstu risku netiek sasniegti mērķa rādītāji. Tad terapijai var pievienot injicējamo medikamentu, kura panesība parasti ir laba.

Pēc neilga laika mēs pārbaudām zāļu efektivitāti. Ja tā ir jūtama, tad terapija tiek turpināta.

Pašlaik holesterīna normalizēšanas iespējas ir ļoti lielas, un medicīna strauji attīstās. Atliek tikai cerēt, ka pacienti kļūs apzinīgāki.

– Vai jaunos injicējamus medikamentus pacientam izraksta kardiologs?

– Nē, ir vajadzīgs konsilija slēdziens. Tātad sākumā ir konsilijš, bet turpina izrakstīt kardiologs. Es gan domāju, ka, sākot šos medikamentus vairāk lietot, konsiliji vairs netiks sasaukti.

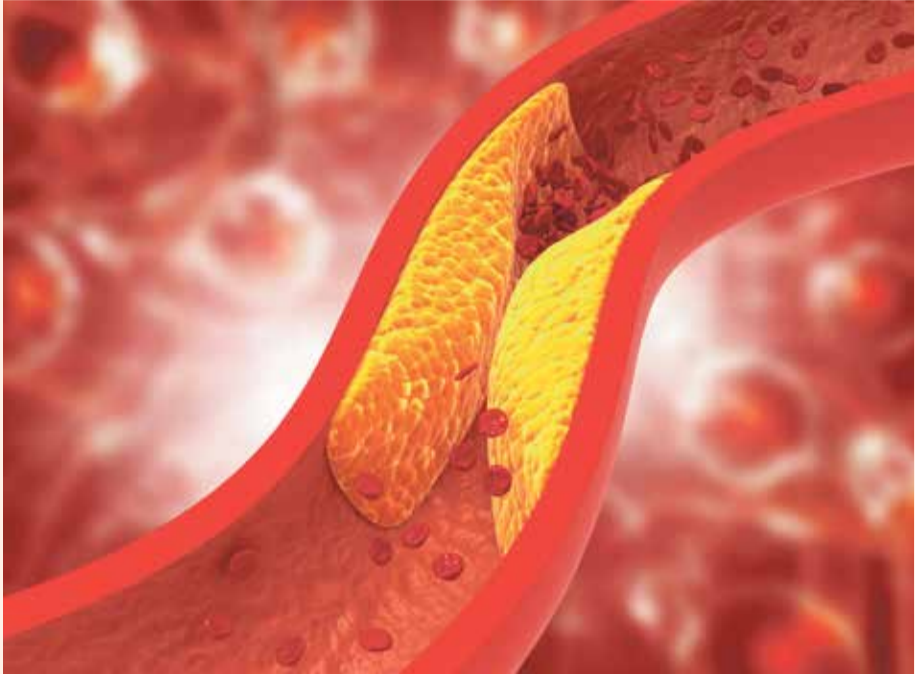
– Vai konsiliji notiek tikai lielajās universitātes slimnīcās, vai arī visā valstī?

– Tiek apspriesta doma par konsiliju izveidi visā valstī, jo pašlaik šīs zāles var izrakstīt tikai universitātes slimnīcās, un tas nav godīgi pret pacientiem, kas dzīvo tālāk no Rīgas. Kāpēc pacientam tikai konsilija dēļ būtu jādodas uz Rīgu, ja, piemēram, Daugavpilī trīs kardiologi var izlemt, ka zāles viņam ir nepieciešamas? Kaut gan es nesaprotu: ja ir precīzi atrunāti noteikumi, tie ir dokumentēti, kāpēc viens kardiologs to nevarētu izlemt? Tas ir risināms jautājums.

– Kā pacienti izturas pret jauninājumiem terapijā?

– Parasti šīs zāles tiek izrakstītas augsta riska pacientiem, kuriem ir ievietoti vairāki stenti un ir jāliek vēl. Viņi lielākoties saprot, ka labāk ir holesterīnu visu laiku turēt līmenī, un ir priecīgi par jebkuru ārstēšanas iespēju. Arī tie, kuri nepanes statīnus, ir gandarīti par iespēju pazemināt holesterīna līmeni ar citām zālēm. Viss jau ir atkarīgs no apzinīguma līmeņa, no tā, kā cilvēks pats izvērtē savu saslimšanu, kā viņš vēlas justies, grib dzīvot rītā un parīt. Tas ir ļoti svarīgi.

INFORMĀCIJAI



Kas ir holesterīns?

Holesterīns ir lipīds, kas tiek ražots aknās, kā arī nelielā daudzumā nonāk organismā ar noteiktiem produktiem. Holesterīns ir svarīga šūnu membrānas sastāvdaļa, nodrošina šūnu elasticitāti, membrānu caurlaidību, sintezē svarīgus hormonus (dzimumhormonus, virsnieru garozas daļas hormonus), žultsskābes, neliels tā daudzums vajadzīgs arī D vitamīna sintēzei. Augsts holesterīna līmenis var palielināt sirds un asinsvadu slimību risku.

Augsts holesterīna līmenis var būt iedzimts, taču bieži vien tas ir neveselīga dzīvesveida rezultāts. Veselīgs uzturs, regulāras fiziskās aktivitātes un arī zāles var palīdzēt samazināt holesterīna līmeni.

Holesterīna līmenis

Kopumā ir četras pacientu grupas: ar zemu, vidēju, augstu un ļoti augstu kardiovaskulāro risku. Atkarībā no tā tiek noteikti ZBLH mērķi: <3,0 mmol/l, <2,6 mmol/l, <1,8 mmol/l un <1,4 mmol/l. Papildus tam augsta un ļoti augsta kardiovaskulārā riska pacientiem būtu jāsasniedz ≥50% samazinājums no esošā ZBLH līmeņa. Piemēram, pacientam ar ZBLH 2,0 mmol/l (bez statīnu terapijas), kuram konstatēts augsts kardiovaskulārais risks, ZBLH mērķis būs nevis <1,8 mmol/l, bet gan 0,9 mmol/l (≤1,0 mmol/l). Kāpēc tā? Skaidrojums ir ļoti vienkāršs – ja ar esošo ne pārāk augsto ZBLH līmeni jau ir attīstījies kardiovaskulāra slimība vai augsta kardiovaskulārā riska stāvoklis, holesterīna līmenim jāklūst vismaz uz pusi zemākam par esošo, lai labvēlīgi ietekmētu pacienta prognozi.

Simptomi

Paaugstinātam holesterīna līmenim nav simptomu. Asins analīze ir vienīgais veids, kā to noteikt.

Kad doties pie ārsta?

Pirmā holesterīna līmeņa pārbaude būtu jāveic jau 5–6 gadu vecumā (noteikti līdz 9–11 gadiem), un pēc tam tā jāatkārto ik pēc pieciem gadiem.

Vīriešiem vecumā no 45 līdz 65 gadiem un sievietēm vecumā no 55 līdz 65 gadiem

holesterīna līmeni vajadzētu pārbaudīt ik pēc viena līdz diviem gadiem. Cilvēkiem, kas vecāki par 65 gadiem, holesterīna pārbaudes jāveic katru gadu.

Ja testa rezultāti nav normas robežās, ārsts var ieteikt veikt biežākus mērījumus. Tāpat ārsts var arī ieteikt veikt biežākas pārbaudes, ja ģimenes anamnēzē ir augsts holesterīna līmenis, sirds slimības vai citi riska faktori, piemēram, diabēts vai augsts asinsspiediens.

Riska faktori

Faktori, kas var palielināt paaugstināta holesterīna līmeņa risku:

- **Neveselīgs uzturs.** Pārāk daudz piesātināto tauku vai transtaukskābju uzturā var veicināt paaugstinātu holesterīna līmeņa rašanos.
- **Aptaukošanās.** Ķermeņa masas indekss (KMI) 30 un vairāk palielina augsta holesterīna līmeņa risku.
- **Kustību trūkums.** Mērena fiziskā slodze palīdz paaugstināt ABLH jeb «labā» holesterīna līmeni.
- **Smēķēšana.** Smēķēšana var pazemināt «labā» holesterīna līmeni.
- **Alkohols.** Pārmērīga alkohola lietošana var paaugstināt kopējo holesterīna līmeni.
- **Vecums.** Arī bērniem var būt paaugstināts holesterīna līmenis, taču tas daudz biežāk sastopams cilvēkiem pēc 40 gadu vecuma. Novērojot aknas kļūst mazāk spējīgas izvadīt ZBLH.

Profilakse

Tie paši veselīga dzīvesveida principi, kas palīdz pazemināt holesterīna līmeni, var palīdzēt izvairīties no augsta holesterīna līmeņa:

- Lietojiet uzturā maz sāls, uzsvāru liekot uz augļiem, dārzeņiem un pilngraudu produktiem.
- Ierobežojiet dzīvnieku tauku daudzumu uzturā un lietojiet labos taukus ar mēru.
- Zaudējiet liekos kilogramus un saglabājiet normālu svaru.
- Atmetiet smēķēšanu.
- Vingrojiet vismaz 30 minūtes gandrīz katru dienu.
- Lietojiet alkoholu ar mēru.
- Nepakļaujieties stresam.

Ko pacientam zināt, ārstējot sirds slimības

TOMS ZVIRBULIS

Pacientiem, kuriem noteikts paaugstināts kardiovaskulārais risks vai sirds slimības, ir papildus jāapmeklē ģimenes ārsts vai kardiologs. Ir vairāki faktori, kas jāņem vērā, lai sasniegtu mērķi un sadarbība izdotos.

Par to vairāk stāsta Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas kardiologs **Arveds Apinis**.

– Kāds, jūsuprāt, ir galvenais iemesls, kāpēc joprojām nevaram palepoties ar statistiku par sirds slimību skaita samazināšanos? Tās joprojām ir izplatītākais nāves cēlonis Latvijā.

– Mirstība no kardiovaskulārajām slimībām ir dominējošais nāves cēlonis visā pasaulē, un pilnībā tās izskaust nevarēsīm. Kardiovaskulāro slimību biežums ir saistīts arī ar populācijas novecošanos, kam mēs visi nenovēršami esam pakļauti. No 20 gadus kardioloģijas nodaļā strādājoša ārsta redzespunkta varu viennozīmīgi teikt, ka gadu laikā ir panākts ievērojams progress sirds un asinsvadu slimību ārstēšanā. Laikā, kad nebija koronārās angioplastijas, bija ievērojami vairāk komplikētu miokarda infarkta pacientu ar dzīvībai bīstamiem ritma traucējumiem, infarkta recidīviem, sirds mazspēju, kurus no nodaļas bija jāved atpakaļ uz intensīvo terapiju. Tagad, agrīni sāļojot bojātās koronārās artērijas, pacients var ātrāk pilnvērtīgi atgriezties ikdienas dzīvē. Priecājos par to, ka Latvija ir līderu pulkā Eiropā pilnībā slēgtu sirds koronāro asinsvadu atvēršanā. Priecājos arī par to, ka Latvijā pacientiem tiek implantēti modernākie koronārie stenti, pateicoties kuriem, jauni sašaurinājumi jeb restenozes tiek novērotas ievērojami retāk. Ir valstis, kur par stenta implantāciju ir jāmaksā pacientam, bet pie mums to apmaksā valsts. Mani gandarī, ka implantējam modernus kardiostimulatorus, veicam aritmiju ablācijas, ir pieejamas mazināšanas vārstuļu operācijas. Pacienti var saņemt mūsdienīgus valsts apmaksātus medikamentus. Jaunie kolēģi labprāt apgūst jaunas ārstēšanas metodes un ienes mūsu ikdienā pārmaiņas. Ir ļoti daudz labu lietu, kuras, redzot ikdienā, sagādā prieku.

– Paaugstināts asinsspiediens, cukura līmenis, zema blīvuma holesterīns (ZBLH), dzīvesveida nepilnības... Tie ir ļoti nozīmīgi sirds un asinsvadu slimību riska faktori. Ar ko sāksim?

– Pacientiem, izrakstoties no stacionāra, vienmēr atgādinu, ka nozīmētās zāles ir ļoti svarīgas, bet tās neaizvieto veselīgu dzīvesveidu. Protams, ir vieglāk vienreiz dienā izdzert dažas tabletes un neko savā ikdienā nemainīt, bet tas nav pareizi. Ir sen zināmi sirds un asinsvadu slimības izraisoši riska faktori, kuru ietekmi mazinot, var samazināt kardiovaskulāro slimību risku. Atkārtota infarkta, insulta risku.

Neveselīgs dzīvesveids ir viens no svarīgiem kardiovaskulāro slimību riska faktoriem. Parasti, veicot sirds asinsvadu koronarogrāfiju, aprunājos ar pacientu, lai saprastu, kas varēja provocēt krīzi. Bieži tas ir liels stress. Ļoti liela fiziskā slodze netrenētā pacientam. Nereti pacienti par to, ka viņiem ir augsts asinsspiediens vai diabēts, uzzina tikai uz operāciju galdā. Klasiski sirds un asinsvadu slimību pacienti ir šoferi, bieži tālbraucēji, taksometru šoferi. Domāju, ka tas ir saistīts ar mazkustīgu dzīvesveidu, stresu, nepareizu uzturu un smēķēšanu. Ir nozīme arī iedzimtībai. Esmu novērojis, ka slimības krīze reizēm pacientam

mēdz būt līdzīgā vecumā kā radniekam. Zinot ģimenes anamnēzi, šiem pacientiem laikus vajadzētu pārbaudīt veselību, īpaši ja sirds un asinsvadu slimības atklātas agrīni, tēvam pirms 55 gadu sasniegšanas, savukārt mātei – pirms 65 gadiem. Pacientam izrakstoties no stacionāra vai konsultējot pieņemšanā, visu par vēlamu diētu un fizisko slodzi izstāstīt nav iespējams. Tāpēc rekomendēju arī konsultācijas pie diētas ārsta, īpaši cilvēkiem ar palielinātu svaru, diabētu, paaugstinātu holesterīna līmeni. Esmu novērojis, ka, pacientiem samazinot svaru, samazinās arī asinsspiediens, holesterīna, cukura līmenis. Mazāk ir jālieto medikamenti. Daudzus medikamentus valsts apmaksā. Žēl, ka Latvijā dietologa konsultācijas valsts neapmaksā.

Pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām ļoti vēlamas ir regulāras fiziskās aktivitātes. Tās palīdz samazināt gan holesterīna līmeni, gan svaru. Palielina slodzes panesamību. Pacientiem ar sirds un asinsvadu slimību riska faktoriem tiek ieteikta regulāra mērenas intensitātes slodze vismaz divarpus stundas nedēļā, ko labāk vienmērīgi sadalīt pa nedēļas dienām. Mūsdienās veselības centros, treniņu zālēs ir iespējams konsultēties ar zināšiem speciālistiem – ergoterapeitu, fitnesa treneri, rehabilitologu – par piemērotākajām fiziskajām aktivitātēm, slodzi. Pacientiem iesaku arī apgūt elpošanas vingrinājumus, īpaši, ja ir pavadoša plaušu slimība vai elpošanas grūtības. Ir dažādas intensitātes grupu un individuālie treniņi. Ir iespējams trenēties attālināti mājās. Domāju, ka ikviens sirds slimību pacients var mājās veikt jogas, *Ci Gun* vingrojumus, elpošanas vingrinājumus. Vajag tikai saprast to nozīmīgumu un nebaidīties apgūt ko jaunu. Vēl viens no neveselības riska faktoriem ir pārstrādāšanās, kam pamatā ir zems ienākumu līmenis. Arī mediķi ar to saskaras. Tāpēc līdzsvaram ir svarīgi, lai būtu veselīga atpūta, vaļasprieki. Viens no maniem hobijiem ir biškopība. Ir pētījumi, ka biškopju profesijas pārstāvji dzīvo salīdzinoši ilgāk. Ceru, tas nedaudz mazinās manu sirds un asinsvadu slimību risku.

– Vai līdzestība ārstēšanai, jūsuprāt, vairāk ir paša pacienta talants vai tomēr ārsta talants viņu pārliecināt? Kāda ir ārsta loma pacienta terapijas līdzestības ceļā?

– Pacienta līdzestībai ir ļoti liela nozīme ārstēšanas procesā. Domāju, ka viens no galvenajiem pacientu līdzestības trūkuma cēloņiem ir izpratnes trūkums par slimību un ārstēšanu. Tas savukārt ir tieši saistīts ar laiku, ko pacientam varam veltīt. Apbrīnoju kardiologus, kuri spēj konsultēt

pacientu 15 minūtēs. Man ar 30 minūtēm ir par maz. Lai maksimāli optimizētu laiku, daudzi kardiologi, arī es, jau pirms pacienta pieņemšanas iepriekšējā dienā iepazīstamies ar viņa datiem sistēmā. Arī pacientam vajadzētu sagatavoties vizītei. Pierakstīt jautājumus, ko viņš vēlas uzdot kardiologam, lai apmeklējuma laikā nevajadzētu uztraukties, ka ir kādu svarīgu lietu aizmirsis. Turklāt ir jāsaprot, ka līdzās jautājumu uzklaušanai pacients ir jāapskata, jāiepazīstas ar izmeklējumu datiem, jāsaņem rekomendācijas un zāļu izraksti. Tāpēc atbildes uz visiem pacienta jautājumiem ne vienmēr iespējams sniegt vienas vizītes laikā. Pacientam, nākot pie kardiologa, jāņem līdzi elektrokardiogramma, analīžu, izmeklējumu rezultāti, asinsspiediena un pulsa pieraksts, precīzs lietoto zāļu saraksts. Pirmreizējam pacientam, iespējams, situāciju ne vienmēr izdosies atrisināt vienā pieņemšanā. Reizēm būs divas trīs reizes jānāk papildus, lai precīzi noteiktu diagnozi un piemēlētu atbilstošu terapiju. Pieņemšanā parasti aicinu ienākt arī pacienta radnieku, lai labāk tiktu saprasts ārsta sacītais. Īpaši nozīmīgi tas ir vecāka gada-gājuma cilvēkiem. Reizēm aicinu manis teikto ierakstīt telefona diktofonā. Tāpat, nozīmējot zāles, vienmēr atgādinu, ka visam mūžam zāles izrakstīt nevaru. Medikamentus vai to devas var nākties mainīt, atcelt. Tāpēc ir svarīgi, lai pacientam būtu pieejama savlaicīga ārsta kontrole dinamiskā. Pietiekami daudz laika izskaidrošanai, pacienta kontrole veido uzticēšanos, uzlabo līdzestību, kuras trūkumam var būt arī katastrofālas sekas. Kā piemēru varu minēt gadījumus, kad pēc sirds asinsvadu operācijas, koronārā stenta implantācijas, pacients pārtrauc lietot asinis šķidrinošus medikamentus un notiek stenta tromboze – asinsvads stenta zonā slēdzas, un izveidojas sirds infarkts, no kura cilvēks var nomirt. Iemesli, kāpēc pacients pārtrauc lietot zāles, mēdz būt dažādi. Piemēram, viņš jūties labi, uzskatījis sevi par veselu un izlēmis zāles vairs nelietot. Vai arī – ieraudzījis nelielus zilumus un bailēs pārtraucis dzert asins šķidrinošās zāles. Vai mājās svinējis atgriešanos no slimnīcas un par zālēm aizmirsis. Nav laikus izņēmis medikamentu receptes. Es gribu īpaši uzsvērt, ka pēc koronāra stenta implantācijas gan pretholesterīna, gan asinis šķidrinošās zāles jālieto regulāri, lai slimība neatgrieztos.

– Vai jums ir nācies saskarties ar situāciju, kad pēc revaskularizācijas ateroskleroze tomēr turpina strauji progresēt? Kāpēc tā notiek?

– Pacientam jāzina, ka zāles nevar asinsvadu atkal padarīt jaunus. Zāles aizkavē bojājumu progresēšanu, samazina atkārtotas asinsvadu katastrofas risku. Mēdz būt gadījumi, kad slimība tomēr progresē, neskatoties uz optimālu terapiju. Parasti pēc koronārā stenta implantācijas pacientiem rekomendējam veikt slodzes testus, kas var agrīni atklāt slimības progresēšanu. Biežāk slimība progresē pacientiem, kuri turpina smēķēt, nelieto zāles, necenšas izmainīt dzīvesveidu. Cilvēkam jāsaprot, ka tikai viņa paša labā ir svarīgi panākt mērķa asinsspiediena, holesterīna, glikēmijas līmeni, pārtraukt smēķēt, pārskatīt darbu un atpūtas režīmu.

Pacienti pēc stenta implantācijas ir pieskaitāmi ļoti augsta kardiovaskulārā riska grupai. Tāpēc viņiem mērķa ZBLH skaitlim jābūt ļoti zēmam – zem 1,4 mmol/l. Tos, kuri nevar sasniegt optimālu holesterīna līmeni vai kuriem rodas sarežģījumi, blaknes, lietojot tradicionālās pretholesterīna zāles, ārsti var nosūtīt uz kardiologu konsiliju Stradiņos vai Austrumu slimnīcā, lai izvērtētu injicējamo pretholesterīna zāļu kompensēšanas iespējas. Pacientus ar rezistentu arteriālo hipertensiju papildus var nosūtīt uz renālās denervācijas operāciju asinsspiediena samazināšanai. Ja ir norādes par iespējamiem atkārtotiem nozīmīgiem sašaurinājumiem sirds asinsvados, pacientam tiek veikta atkārtota koronarogrāfija.

– Ārsti mēdz teikt, ka pacienti mūsdienās kļūst arvien izglītotāki. Vai viņi interesējas par iespējām ārstēšanā izmantot jaunākās paaudzes zāles?

– Medicīna nemitīgi attīstās, un tiek izstrādāti arvien jauni, efektīvāki medikamenti. Ceļš līdz to nonākšanai aptiekā ilgst gadiem. Pacienti saņem zāles, kuru drošība un efektivitāte ir pierādīta. Varam priecāties, ka Latvijā ir pieejami jauni, valsts kompensēti, efektīvi sirds mazspējas un pretholesterīna medikamenti, kurus var pievienot terapijā. Tāpēc iesaku sirds slimību pacientiem vismaz reizi gadā apmeklēt kardiologu, jo, iespējams, ir parādījušās jaunas zāles, kas viņiem var palīdzēt. Par to reizēm jautā arī paši pacienti, un tas ir normāli.

– Kas ir pats nozīmīgākais, ko jūs varat izdarīt pacienta labā, lai uzlabotu viņa sirds slimības prognozi?

– Lai uzlabotu sirds slimnieku prognozi, nozīmīgākais, ko es varētu veikt, ir būt kopā ar pacientu, man strādājot savā darbavietā. Būt kopā ar citiem speciālistiem. Nekautrēties jautāt, lūgt pacientu labā. Nebaidīties mēģināt un apgūt jauno medicīnā un zināšanas nodot jaunajiem kolēģiem.

Foto: Shutterstock

Ieklausies savā sirdī

EVITA HOFMANE

Asinsrites sistēmas jeb sirds un asinsvadu slimības joprojām ir viens no galvenajiem cilvēku mirstības iemesliem Latvijā un pasaulē. Mūsu valstī tās ir izplatītākais nāves cēlonis. Kopējais ik gadu mūžībā aizsaukto cilvēku skaits ir ap 15 000. Arvien vairāk slimo arī gados jauni cilvēki. Ko mēs darām nepareizi?

No asinsrites sistēmas slimībām visizplatītākais nāves cēlonis ir hroniska sirds išēmiskā slimība. Pieaugoša tendence vērojama cilvēku vidū, kuru nāves cēlonis ir hipertensīvās slimības komplikācijas. Nākamā bieži sastopamā nāves cēloņu grupa ir cerebrovaskulāras slimības (ietver insultu un smadzeņu infarktu), kā arī kardiomiopātijas un sirds išēmiskā slimība (ietver akūtu miokarda infarktu).

Par sirds veselību runājam ar kardioloģi, Latvijas Kardiologu asociācijas un Latvijas Internistu biedrības biedri **Vītu Vestmani**.

– Kādēļ, jūsuprāt, mums vēl arvien regulāri jārunā par kardioloģijas jautājumiem?

– Sirds ir dzīvības un mīlestības simbols. Asinis ir dzīvības enerģijas nesēja. Tā ir visu orgānu komunikācija. Ja šī komunikācija kādu iemeslu dēļ tiek traucēta, rodas problēmas. Protams, ir ļoti satraucoši, ka arvien jaunākiem cilvēkiem ir sastopamas nopietnas sirds un asinsvadu sistēmas slimības.

– Salīdzinot ar citām valstīm, – kāda Latvijā ir situācija ar sirds un asinsvadu slimībām?

– Vēl joprojām esam reģionā, kas iezīmēts sarkanajā krāsā. Tas nozīmē, ka dzīvojam ļoti augsta riska zonā. Cilvēki daudz slimo ar sirds un asinsvadu slimībām, un bieži tās ir arī nāves iemesls.

– Vai no kardiologa skatupunkta pastāv kādas atšķirības starp sievietēm un vīriešiem sirds slimību kontekstā?

– Ja vīriešiem jau agrākā vecumā ir lielāks sirds un asinsvadu slimību attīstības risks, tad šis risks izlīdzinās ap 55 gadiem. Kāds tam ir iemesls? Sievietēm, sākoties menopauzē, samazinās estrogēnu līmenis, kas līdz tam ir atbalstījis sirds un asinsvadu sistēmu, novērsis aterosklerozes veidošanos, asinsspiediena paaugstināšanos utt. Tas ļauj pieaugt sirds un asinsvadu slimību attīstības riskam. Ja salīdzinām slimības izpausmes sievietēm un vīriešiem, tad sievietēm biežāk ir galvas smadzeņu asinsrites traucējumi (insults), bet vīriešiem – koronārā sirds slimība.

– Droši vien ikviens ir dzirdējis par profilakses lomu dažādu slimību attīstības novēršanā. Ko nozīmē profilakse sirds un asinsvadu slimību jomā?

– Es gribētu izcelt vienu lietu, kas šodienas apstākļos, manuprāt, ir ļoti, ļoti svarīga. Daudz vairāk ir jākustas, jo dramatiski ir pieaudzis laiks, ko cilvēki pavada sēžot. Daudzi strādā attālināti, ir iespēja neiziet no mājas, maltītes tiek ieturētas, neatejot no datora. Svarīgi ir kustināt arī smadzenes, ne tikai muskuļus, dzīvot aktīvu emocionālo dzīvi. Ļoti būtiski ir nesmēkēt, neaizmirst, cik svarīgs ir veselīgs uzturs, un izvēlēties Vidusjūras diētu, Ziemeļvalstu diētu. Sekot tam, kādi ir asinsspiediena, holesterīna, cukura rādītāji. Emocionāli būt līdzsvarā. Tas nozīmē harmoniju ikdienas dzīvē. Veselība tiek saglabāta, ja cilvēks ar atbildību izturas pret savu ķermeni, ekonomiski izmanto savus resursus – vienalga, vai tā būtu pārtika, nauda vai citu cilvēku uzmanība.

– Vai ir kādas lietas, kurām sirds veselības jomā vajadzētu pievērst uzmanību tieši sievietēm vai tieši vīriešiem?



Vita Vestmane: «Kad vien tas ir iespējams, pacientam vajadzētu izrakstīt vienas tabletes kombināciju, nevis divas atsevišķas tabletes. Kā ir pierādīts pētījumos, tas ļauj ne tikai panākt labāku pacientu līdzestību, bet arī labāku lietoto zāļu efektu.»

– Svarīgi, kādā dzīves posmā cilvēks atrodas un kā gan sievietes, gan vīrieši ieiet tā dēvētajā dzīves rudens periodā. Runa ir par menopauzi – kāds ir cilvēka ķermeņa svārstības, kāda ir vielmaiņa – tauku (holesterīna), cukura līmeņa rādītājs, vairogdziedzera darbība, kāds ir dzīvesveids, vai fiziskā aktivitāte ir pietiekama, kāds ir psihoemocionālais stāvoklis un personas pašapziņa.

– Vai un kā pēdējo gadu laikā ir mainījušās rekomendācijas un vadlīnijas kardioloģisko pacientu aprūpē?

– Jā, pēdējos gados ir mainījušās riska noteikšanas iespējas, jo tagad arī jaunākiem cilvēkiem (pēc 18 gadu vecuma) ir iespēja noteikt sirds un asinsvadu slimību risku, kādreiz šis vecums bija, sākot no 40 gadiem. Tā kā slimo arvien jaunie cilvēki, tad arī viņiem nākas vairāk pievērst uzmanību profilaksei. Kādreiz par galvenajiem asinsvadu sistēmas kaitniekiem, diviem lielajiem vaļiem uzskatīja paaugstinātu asinsspiedienu un paaugstinātu sliktā holesterīna līmeni. Tagad klāt nācis trešais valis – paaugstināts cukura līmenis.

– Kādas ir iespējamās sekas, ja hipertensiju un/vai hiperlipidēmiju neārstē?

– Ja savlaicīgi netiek domāts par to, kā sasniegt vēlamo asinsspiedienu, holesterīna līmeni (ZBLH, ABLH, triglicerīdi), ķermeņa masas indeksu, cilvēkam ir augsts risks piedzīvot insultu, infarktu, asinsvadu aizsprostošanos ar trombiem un t. s. pangas, kā arī asinsizplūdumus smadzenēs.

– Kādēļ ārsti mēdz nozīmēt vairākus medikamentus, ja cilvēks jūtas vesels, tikai mērījumi ir ārpus rekomendētajiem rādītājiem?

– Nozīme ir ne vien tam, ka asinsspiediens vai holesterīna līmenis varbūt tikai nedaudz pārsniedz normu. Speciālas SCORE tabulas ļauj aprēķināt, kāda ir konkrētā cilvēka iespējamība desmit gadu laikā saslimt ar infarktu. Ja šis rādītājs pārsniedz zināmu robežu, ja pēc aprēķiniem tas ir augsta vai ļoti augsta riska pacients, tad viņam būs jālieto asinsspiediena un pretholesterīna zāles. Taču zāļu lietošana neizslēdz dzīvesveida

korekciju nepieciešamību. Es ļoti vēlētos, lai cilvēki paši būtu ieinteresēti dzīvesveida maiņā. Mainītu ierasto ikdienas ritmu. Pacientiem vizītes laikā parasti jautāju: «Vai sāksim ar dzīvesveida maiņu?» Bieži vien atbilde skan: «Nav laika!» Tad noteikti ārstēšanu sākam ar medikamentiem un mēģinām kopīgi atrast «burkānu» jeb motivāciju katram individuāli. Mainīt paradumus ir ļoti grūti.

– Bieži vien cilvēkiem rodas jautājums, vai, uzsākot lietot kādus medikamentus, piemēram, asinsspiediena vai holesterīna līmeņa samazināšanai, tie būs jālieto visu mūžu?

– Daudzos gadījumos medikamenti ir jālieto visu mūžu, jo terapijas mērķis ir gan sasniegt un noturēt vēlamos mērķrādītājus, gan pagarināt kopējo mūža ilgumu. Tāpēc ir svarīgi, lai ārsts pacientam saprotami izskaidrotu zāļu regulāras lietošanas nozīmīgumu, tiktu panākta līdzestība. Izskaidrošana, saruna, kurā viens otru sadzird un saprot, ir galvenais.

– Vai mēdz būt tā, ka pacienti lieto zāles, bet pārtrauc, kad pašajūta uzlabojas?

– Parasti pacienta pašajūta uzlabojas, jo tāds ir ārstēšanas mērķis, un tad zāļu lietošana dažkārt tiek pārtraukta. Taču rodas jautājums: vai cilvēks domā ilgtermiņā, domā par sekām, kas var piemēlē, ja medikamenti netiks lietoti? Vai viņš atceras vienošanos ar ārstu? Pacienta vēlmei tapt veselākam ir jābūt tikpat stiprai kā ārsta vēlmei palīdzēt.

– Ja ārsts ir nozīmējis vairākus medikamentus, vai tas nozīmē, ka cilvēks jau ir ļoti slim?

– Nē, jo zāles var būt izrakstītas arī profilakses nolūkos, lai izvairītos, piemēram, no insulta, kura rezultātā cilvēks var kļūt par guļošu, kopjamu pacientu uz visu atlikušo mūžu. Par savām bažām, šaubām ir jārunā ar ārstu, lai viņš izskaidrotu medikamentu izvēli.

– Kā iespējams uzlabot pacientu līdzestību nozīmētajai terapijai?

– Svarīga ir pacienta saruna ar ārstu, vienošanās, mazāks skaits tablešu, divu medikamentu kombinācija vienā tabletē.

– Kādi ir ieguvumi, ja ārsts seko jaunākajām ārstēšanas vadlīnijām un ar mērķi uzlabot pacientu līdzestību terapijai nozīmē hipertensijas pacientiem nevis vairākus atsevišķus medikamentus, bet vienas tabletes kombinācijas?

– Kad vien tas ir iespējams, pacientam vajadzētu izrakstīt vienas tabletes kombināciju, nevis divas atsevišķas tabletes. Kā ir pierādīts pētījumos, tas ļauj ne tikai panākt labāku pacientu līdzestību, bet arī labāku lietoto zāļu efektu.

– Varbūt pastāv vēl kādu veidu kombinētas terapijas iespējas sirds un asinsvadu slimību pacientiem (piemēram, hipertensijas un hiperholesterinēmijas ārstēšanai)?

– Paaugstināta asinsspiediena ārstēšanas vadlīnijas iesaka labāk sākt ar divām vielām, jo tās iedarbosies uz diviem dažādiem mehānismiem. Paaugstināts asinsspiediens var rasties daudz iemeslu dēļ. Tāpēc sāk ar divu vielu devu kombināciju. Reizēm tām jāpievieno arī zāles holesterīna līmeņa regulēšanai.

– Kā jūs motivējat savus pacientus?

– Tā vispirms ir patiesa, jēgpilna saruna par ilgtermiņa mērķi, kas kopā jāsasniedz, par to, kas cilvēkam svarīgs, jo mēs esam ļoti dažādi, ar ļoti atšķirīgu uztveri. Tad, kad izdodas atrast isto «burkānu», viss notiek. Tad ārstēšana vienkārši ir ilgstošs process, kuru ārsts uzrauga.

– Vai profilakses gadījumā nepietiek ar uztura bagātinātājiem un bezrecepšu medikamentiem?

– Viss atkarīgs no individuālā riska. Zema riska pacienti tāpat seko saviem mērķa rādītājiem un sajūtām, bet var lietot uztura bagātinātājus un bezrecepšu medikamentus. Taču arī šim procesam jāseko. Augsta riska pacientiem jau ir nepieciešamas recepšu zāles.

– Ir cilvēki, kuri uztraucas, ka medikamentiem, sevišķi holesterīna līmeni pazeminošajiem, ir daudz blakņu. Varbūt ir citas alternatīvas?

– Visiem medikamentiem ir blaknes, bet tās ir kontrolējamas un izsekojamas, nav jābaidās no «aknu nosēdināšanas», muskuļu atrofijas un citām blaknēm. Veicot asins analīzes, var noteikt, vai medikamentu lietošana nav izraisījusi būtiskas blakusparādības. Zāles var atcelt vai arī samazināt devas. Arī par nepieciešamo analīžu veikšanu zāļu lietošanas laikā ir jārunā ar savu ārstējošo ārstu.

– Kāda ir holesterīna rādītāju norma?

– Ārsts izvērtē taukvielu vielmaiņu, analizējot šādu četru rādītāju līmeni asinīs (lipīdu frakcijas mmol/l): holesterīns (tiek saukts arī par kopējo holesterīnu) <5; triglicerīdi <1,7; ABLH (augsta blīvuma lipoproteīnu holesterīns) jeb labais holesterīns >1; ZBLH (zema blīvuma lipoproteīnu holesterīns) jeb sliktais holesterīns <3; ne ABLH – kopējais holesterīns minus labais (viss sliktais) <=3,9; RH – remnantu holesterīns – ļoti sliktais, mazās sliktā daļiņas <=0,9.

– Cik daudz ārsts var darīt primārās profilakses posmā, lai pasargātu hipertensijas un hiperlipidēmijas pacientus no nelabvēlīgu kardiovaskulāru notikumu piedzīvošanas?

– Vispirms pacientam vajag atnākt pie ārsta, izvērtēt savas sajūtas, zināt, kāds ir asinsspiediens un citi rādītāji, izvērtēt sirds un asinsvadu slimību risku. Izrunāt dzīvesveida un zāļu lietošanas jēgu un nospraust kopīgus mērķus laikā – gan ciparu, gan sajūtu, gan arī vēlāmā sasniedzamā dzīves ilguma jomā, jo, lai to sasniegtu, visticamāk, ikdienā būs jāievieš būtiskas korekcijas.

Ilgdzīvotāju (cilvēki, kuri nodzīvo ilgāk par 100 gadiem) ieteikumi: «Mili to, ko dari, vai dari, ko mili! Nebeidz brīnīties, izzināt, pieņem notikumus!»

Foto: No Vitas Vestmanepersonīgā arhīva

Artis Kalniņš: «Klīnika nepārtraukti attīstās, un mēs

ILONA NORIETE

Sirds un asinsvadu slimību rašanās cēloņi var būt ļoti dažādi, taču visbiežākie ir ateroskleroze un hipertensija. Lai gan šīs slimības visvairāk skar cilvēkus gados, tomēr tās izceļas ar lēnu, slēptu attīstības gaitu un bieži vien sākas, kamēr topošie pacienti vēl par to pat nenojauš. Tādēļ visiem iedzīvotājiem, it īpaši tiem, kuri ir pakļauti riska faktoriem, ir svarīgi sekot līdzi savai veselībai un regulāri veikt asinsspiediena mērījumus un holesterīna līmeņa pārbaudes.

Mūsdienās, attīstoties jaunākās paaudzes tehnoloģijām un kļūstot pieejamiem inovatīviem medikamentiem, ārstiem ir pavērušās daudz lielākas iespējas palīdzēt sirds un asinsvadu slimību pacientiem. Ar to ikdienā nodarbojas Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) Sirds un asinsvadu slimību klīnikas mediķu kolektīvs. Par tās pastāvēšanas laikā sasniegto, plāniem un daudz ko citu saistībā ar čīņu pret sirds un asinsvadu slimībām mūsu sarunā ar RAKUS Sirds un asinsvadu slimību klīnikas vadītāju, medicīnas zinātnu doktoru kardiologu **Arti Kalniņu**.

– Pagājuši 14 gadi, kopš ir atvērta Sirds un asinsvadu slimību klīnika. Kādi ir tās galvenie uzdevumi, un kā tai šajā laikā ir klājies?

– Patiešām, diezgan daudz gadu jau ir pagājis, un, tāpat kā medicīnā kopumā, arī pie mums viss notiek un attīstās, nekas nestāv uz vietas. Daudzas lietas šajā laika posmā ir piedzīvotas, tostarp bijusi *Covid-19* pandēmija. Austrumu slimnīcā jau apmēram pirms pieciem gadiem ir uzsākta nopietna rekonstrukcija, kas paredz gan *Gailezera* un Latvijas Onkoloģijas centra kapitālo remontu, gan arī jaunu korpusu būvniecību ap šīm abām slimnīcām. Tas viss ir krietni ietekmējis mūsu darbu. Šobrīd klīnikai ir četras nodaļas: Neatliekamās kardioloģijas nodaļa, Kardioloģijas (sirds mazspējas) nodaļa, kas tagad, remonta laikā, pārcelta uz bijušo bērnu slimnīcu Juglā, vēl ir Aritmoloģijas nodaļa un kā atsevišķa nodaļa darbojas Invasīvās kardioloģijas laboratorija un dienas stacionārs. Visi remontdarbi slimnīcā pakāpeniski virzās uz priekšu, un ļoti ceram, ka tuvākajos gados tie beigsies. Tad atkal visas nodaļas būs vienā mājā, vienotā korpusā.

– Kādu galveno uzdevumu, dibinot klīniku, sev izvirzījāt, un vai tas ir realizēts?

– Sirds klīnikas veidošanas mērķis bija apvienot vienā struktūrā visas nodaļas un tajās strādājošos ārstus, kuri darbojas ar kardioloģiskajiem pacientiem, nodrošinot viņiem gan akūtu, gan plānveida palīdzību, lai panāktu maksimāli ciešu sadarbību. Šis mērķis ir realizēts. Faktiski mērķis tika sasniegts līdz ar dibināšanu, kas mūs visus apvienoja. Dibinot klīniku 2010. gadā, tajā tika iekļauta toreizējā 9. jeb Terapijas nodaļa, kas jau labu laiku pirms tam pamatā nodarbojās ar hronisku, tostarp sirds mazspējas, slimnieku aprūpi. Vienīgi Aritmoloģijas nodaļa tika izveidota pilnīgi no jauna, uz RAKUS pārnākot strādāt kardiologiem no Rīgas pilsētas 1. slimnīcas, kur Kardioloģijas nodaļa 2010. gadā tika slēgta.

– Klīnikai ir sava sirds mazspējas nodaļa, kas vēlreiz apliecina, ka sirds mazspēja ir plaši izplatīta, nopietna veselības problēma, kuru nedrīkst atstāt neievērotu. Kādas ir sirds mazspējas biežākās izpausmes, un kam būtu jāpievērš lielākā uzmanība?

– Tipiskākie sirds mazspējas simptomi ir elpas trūkums, nespēks, samazināta fiziskās slodzes

panesamība, simetriskas kāju tūskas, paātrināta un/vai neritmiska sirds darbība. Taču par sirds mazspēju netieši var liecināt arī sauss klepus, sevišķi naktīs, paātrināta un sāpīga elpošana, reibonis, slikta ēstgriba, svara palielināšanās, uzpūsta vēdera sajūta un citi simptomi.

– Kādi ir svarīgākie sirds mazspējas attīstības riska faktori?

– Šī slimība rodas sirds strukturālu vai funkcionālu izmaiņu rezultātā, kuru dēļ mūsu neaizstājamais orgāns vairs nespēj pilnvērtīgi sarauties sistoles (saraušanās) laikā un atslābt diastoles (atslābšanas) brīdī, lai uzpildītos ar asinīm un sagatavotos pilnvērtīgai nākamajai sistolei. Sirds strukturālas vai funkcionālas izmaiņas var izraisīt jebkura laikus nediagnosticēta un neārstēta sirds slimība. Sirds mazspēja nav diagnoze pati par sevi, parasti tā ir kādas citas slimības komplikācija.

– Vai ir kādas slimības, kuru gadījumā sirds mazspējas attīstība ir vairāk iespējama?

– Biežākās slimības, kas var izraisīt hronisku sirds mazspēju, ir koronārā sirds slimība, arteriālā hipertensija, sirds vārstuļu slimības, kardiomiopātijas, sirds toksisks bojājums, endokrīnas un sistēmiskas saslimšanas. Tā kā ir daudz iemeslu, kuri var veicināt sirds mazspējas rašanos, nav iespējams atsevišķi izdalīt vienu divus konkrētus riska faktorus. Jāņem vērā, ka visi apstākļi, kas veicina, piemēram, koronārās sirds slimības rašanos, netieši sekmē arī sirds mazspējas attīstību. Nopietns riska faktors ir kādas no iepriekš minētajām slimībām neārstēšana.

– Ko sirds mazspējas pacientam būtu svarīgi ievērot papildus nozīmēto medikamentu lietošanai?

– Sirds mazspējas ārstēšana ir pasākumu kopums. Būtiska nozīme ir nemedikamentozajai terapijai, kas ietver sirds mazspējas pacientu izglītošanu par slimības rašanās iemesliem, simptomiem, pareizu dzīvesveidu. Tas paredz arī šķidruma balansa uzturēšanu, ķermeņa svara, pulsa un asinsspiediena kontroli, kā arī savlaicīgu vēršanos pie ārsta sirds mazspējas simptomu pastiprināšanās gadījumā. Šīs slimības pacientiem tiek rekomendēti izvairīties no pārmērīgas vārmā sāls lietošanas uzturā (virs sešiem grammiem dienā), jo šī viela var veicināt šķidruma aizturi organismā. Sāls vietā ieteicams vairāk lietot garšvielas. Uzņemtā šķidruma ierobežošana līdz pusotram diviem litriem dienā tiek ieteikta tikai pacientiem ar nopietniem sirds mazspējas simptomiem. Būtiska loma dzīves kvalitātes saglabāšanā un uzlabošanā, simptomu mazināšanā un slodzes tolerances paaugstināšanā ir fiziskajām aktivitātēm. To uzsākšana un veids gan saskaņojams ar ārstu, jo vēlamais kustību apjoms ir atkarīgs no sirds mazspēju izraisošās pamatslimības un pašas sirds mazspējas klīniskajām izpausmēm. Jebkurā gadījumā ieteicama vienmērīga nelīdza vai mērenas intensitātes fiziskā slodze, piemēram, pastaigas, nūjošana, peldēšana, riteņbraukšana. Šādas aktivitātes tiek rekomendētas, jo tās ir viegli dozējamas un pašsajūtas pasliktināšanās gadījumā viegli pārtraucamas. Ja slodzes panesamība ir laba, to var pakāpeniski palielināt. Tāpat visiem sirds mazspējas pacientiem tiek rekomendēta regulāra vakcinācija pret gripu un *Covid-19*, jo jebkura akūta infekcija var izraisīt pēkšņu sirds mazspējas pasliktināšanos un negatīvi ietekmēt slimības tālāko gaitu. Sirds mazspējas pacientiem vecumā virs 65 gadiem tiek rekomendēta arī pneimokoku vakcīna.

– Kā jūs raksturotu mūsdienīgu, visaptverošu sirds mazspējas ārstēšanu?

– Patlaban ir pieejamas dažādas sirds mazspējas terapijas metodes, kuras parasti tiek kombinētas.



Foto: No RAKUS arhīva

Artis Kalniņš: «Es ļoti augstu vērtēju to, ka klīnika nepārtraukti attīstās un mēs turpinām ieviest aizvien jaunus ārstēšanas metodes. Uzmanīgi vērojam, kas notiek pasaulē, cenšamies iet laikam līdzi un esam uzsākuši vairākas mūsu slimnīcā inovatīvas terapijas metodes.»

Mūsdienīga sirds mazspējas ārstēšana vispirms ietver pacientu izglītošanu, pareiza dzīvesveida ieviešanu, optimālu medikamentozu terapiju. Nepieciešamības gadījumā var tikt izdarīta sirds asinsapgādes pilnvērtīga atjaunošana jeb revascularizācija, kā arī vārstuļu slimību ārstēšana (abos gadījumos – perkutāna vai ķirurģiska). Iespējams implantēt arī dažādas sirds darbības ritmu koriģējošas ierīces, kuru vidū ir implantējamie kardioverterī defibrilatori, arī resinhronizācijas ierīces. Tāpat var veikt kreisā kambara ķirurģisku rekonstrukciju, sirds palīgirkulācijas ierīču implantāciju un sirds transplantāciju.

– Kādas ir sirds mazspējas medikamentozās ārstēšanas iespējas?

– Medikamentozā terapija ir viens no sirds mazspējas ārstēšanas stūrakmeņiem. Sirds mazspēju iedala trīs grupās atkarībā no kreisā kambara izsviedes frakcijas – sirds mazspēja ar saglabātu, ar viegli samazinātu vai ar samazinātu kreisā kambara izsviedes frakciju. Visiem simptomātiskiem sirds mazspējas pacientiem ar samazinātu kreisā kambara izsviedes frakciju būtu jāsaņem četru grupu medikamenti. Pirmkārt, beta adrenoblokatori. Otrkārt, kāds no renīna–angiotensīna–aldosterona sistēmas blokatoriem: ARNI (angiotensīna receptoru blokatora valsartāna un neprilazīna inhibitora sakubitrila kombinēts preparāts), ACE-I

(angiotensīnu konvertējošā enzīma inhibitori), ARB (angiotensīna receptoru blokatori). Treškārt, minerālkortikoidu receptoru antagonisti (MRA). Ceturtkārt, SGLT-2 inhibitori – papildfiozīns vai empagliflozīns.

Pacientiem ar nopietnu sirds mazspēju terapijā parasti tiek pievienoti arī urīndzenoši līdzekļi. Ja ir sirds mazspēja ar saglabātu kreisā kambara izsviedes frakciju, vienīgie medikamenti, kas pašlaik pierādījuši savu efektivitāti prognozes uzlabošanā, ir SGLT-2 inhibitori.

– Kam būtu jāpievērš pastiprināta uzmanība, lietojot ārsta nozīmētos medikamentus?

– Visas zāles jālieto atbilstoši ārsta norādījumiem. Simptomu intensitātei nemazinoties, nevajadzētu patvaļīgi ne palielināt, ne arī samazināt medikamentu devas. Jāpievērš uzmanība blaknēm. Lielākā daļa sirds mazspējas ārstēšanai paredzēto medikamentu pazemina asinsspiedienu, tādēļ rūpīgi jāseko tā līmenim, īpaši terapijas sākumposmā.

– Kādas galvenās atziņas būtu jāņem vērā sirds mazspējas pacientam?

Sirds mazspēja jau sen vairs nav neārstējama diagnoze. Modernā medicīna piedāvā daudz iespēju, kā palīdzēt pacientiem. Ikdienas praksē arvien biežāk redzam pacientus, kuriem mūsdienīgās ārstēšanas metodes ļāvušas ievērojami uzlabot vispārējo stāvokli.

ieviesīsim aizvien jaunas ārstēšanas metodes»



Kopš 2010. gada Invasīvās kardioloģijas laboratorija darbojas 24/7 režīmā. Neatliekamās procedūras iespējams veikt 24 stundas diennaktī 365 dienas gadā.

INFORMĀCIJAI

Sirds un asinsvadu slimību klinika

Sirds un asinsvadu slimību klinika izveidota 2010. gadā, un tajā kopā ir 140 gultas. Neatliekamās kardioloģijas un Kardioloģijas nodaļās darbojas intensīvās terapijas palātas. Visa veida neatliekamā kardioloģiskā palīdzība tiek nodrošināta 24 stundas diennaktī septiņas dienas nedēļā. Vidējais pacientu uzturēšanās ilgums stacionārā ir 4–5 dienas.

Nodaļas:

- Neatliekamās kardioloģijas nodaļa
- Kardioloģijas nodaļa
- Aritmoloģijas nodaļa
- Invasīvās kardioloģijas laboratorija un dienas stacionārs

– Kādi vēl pacienti tiek uzņemti un ārstēti klīnikas nodaļās?

– Neatliekamās kardioloģijas nodaļa pārsvarā darbojas ar pacientiem, kuriem vajadzīga tūlītēja, neatliekama palīdzība. Tāda pamatā nepieciešama akūtu koronāro sindromu, infarktu, pēkšņu sirds ritma traucējumu gadījumā. Sirds mazspējas nodaļa vairāk darbojas ar hroniskiem un zemāka riska akūtiem pacientiem. Svarīga klīnikas sastāvdaļa ir Invasīvās kardioloģijas laboratorija, jo tās ietvaros darbojas arī dienas stacionārs ar desmit gultām, kas faktiski katru dienu ir noslogotas. Daudz ko mūsu darbā mainīja Covid-19 pandēmijas laiks. Līdz kovidam daudzi pacienti uz plānveida invazīvajām procedūrām (koronarogrāfijām, angioplastijām) gāja arī caur kādu no klīnikas nodaļām un mēs viņus uz vienu divām naktīm ievietojām slimnīcā, bet, sākoties pandēmijai, tas vairs nebija iespējams. Vienīgais veids, kā turpināt invazīvās plānveida procedūras, bija ievietot šos pacientus dienas stacionārā. Divu Covid-19 pandēmijas gadu laikā ieguvām zināšanas un pieredzi, kā pareizāk rīkoties. Sapratām, ka šāds risinājums ir ļoti izdevīgs gan slimnīcai, jo nodaļu gultas netiek noslogotas ar plānveida pacientiem, gan arī pašiem pacientiem, kuriem nav jāpaliek slimnīcā pa nakti. Cilvēks no rīta atnāk, dienas laikā tiek veikta invazīvā procedūra, un vakarā viņš dodas mājās. Pandēmijas laikā sākām veikt invazīvas procedūras, izmantojot distālo radiālo pieeju, kas saistīta ar mazāku iespējamo komplikāciju risku un iespēju ātrāk nodrošināt hemostāzi jeb asiņošanas apstāšanos, kas savukārt ļauj ātrāk izrakstīt pacientu no dienas stacionāra. Tagad plānveida pacientus maksimāli virzām caur dienas stacionāru un tikai ļoti retos gadījumos viņus stacionējam. Līdz ar to paliek vairāk gultu akūtiem pacientiem, nodaļām koncentrējoties uz neatliekamajā kardioloģijā veicamajiem darbiem.

– **Nodaļās pacienti pārsvarā tiek ārstēti ar zālēm vai daudz veicat arī invazīvas procedūras, piemēram, asinsvadu paplašināšanu, stenta ievietošanu?**

– Šīs metodes iet roku rokā, un tās nemaz nav iespējams nodalīt atsevišķi. Medikamentoza terapija bija, ir un būs ārstniecības stūrkmens. Ļoti liela nozīme ir gan primārajai, gan sekundārajai profilaksei.

Par primāro profilaksi runā tad, kad slimība vēl nav sākusies un mēs nevēlamies tās sākšanos pieļaut. Primārā profilakse ir pasākumu komplekss, kas ietver gan veselīgu diētu, gan veselīga dzīvesveida ieviešanu, neaizmirstot fiziskās aktivitātes. Tādā veidā primāri tiek novērsta slimības attīstība. Savukārt sekundārā profilakse nozīmē, ka slimība jau parādījusies, ir bijis notikums un mums vajag pasargāt cilvēku no atkārtota infarkta vai insulta. Arī sekundārā profilakse ir ļoti svarīga. Šobrīd mēs visus pacientus ārstējam, balstoties uz Eiropā (un Latvijā) pieņemtām vadlīnijām.

– **Jūsu klinika ir pirmā Latvijā, kur sāka ārstēt pacientus ar hronisku totālu koronāro artēriju oklūziju.**

– Hroniska totāla koronāro artēriju oklūzija ir viens no sirds asinsvadu bojājumu veidiem. No visiem sirds asinsvadu bojājumiem oklūzijas veido apmēram 10 procentus. Skaitis it kā nav liels, taču invazīvajiem kardiologiem oklūzijas tehniski ir viens no sarežģītākajiem koronāro artēriju bojājumu veidiem, kuru ārstēšana prasa gan īpašu materiālu izmantošanu, gan arī speciālas zināšanas. Gailezera slimnīcā uzkrāta liela pieredze šādu bojājumu ārstēšanā. Tā ir mūsu specializācija jau daudzus gadus. Mēs pievēršam ļoti lielu uzmanību šādiem bojājumiem. Procedūru izdodas sekmīgi veikt apmēram 90 procentos gadījumu, kas ir pasaulē atzīts un labs rādītājs. Sasniegt simtprocentīgu efektivitāti ir praktiski neiespējami, līdz ar to mūsu pašreizējo līmeni es vērtēju kā ļoti labu.

Pirmie oklūziju ārstēšanu noteikti nesākām, jo invazīvā kardioloģija RAKUS ienāca tikai 2004. gadā. Tomēr esam pirmie, kuri ieviesuši vairākas inovatīvas metodes oklūziju ārstēšanā ne tikai Latvijā, bet arī plašākā reģionā. Uzkrātajā pieredzē dalāmies arī ar citiem. Kopš 2009. gada slimnīcā tiek rīkoti ikgadēji starptautiski semināri par

hronisku totālu koronāro artēriju oklūziju ārstēšanu ar pasaules vadošo operatoru piedalīšanos.

– **Kā tiek konstatēts, ka pacientam kāds asinsvads ir pilnībā slēgts? Kas par to var liecināt?**

– Pats pacients to nevar sajūst, šādu problēmu var konstatēt, tikai veicot izmeklējumus, kuros to var ieraudzīt. Šajā gadījumā nepieciešama datortomogrāfija vai invazīvā koronarogrāfija. Klīniski simptomi neatšķiras no cita veida asinsvadu bojājumiem. Tie var būt vienādi neatkarīgi no tā, vai asinsvadā ir izveidojies nozīmīgs sašaurinājums (stenoze) vai pilnīgs slēgums (oklūzija). Tāpēc, tikai vizualizējot šos asinsvadus ar kādu no minētajām metodēm, mēs varam to konstatēt. Ne visi pilnībā slēgtie asinsvadi noteikti ir jāatver. Ieguvums no asinsvada atvēršanas ir daļēji paredzams. Ja pacienta simptomu mazināšanās un pašajūtas uzlabošanās ir maz ticama, slēgto asinsvadu atvērēt nav vērts turpināt medikamentoza terapija.

– **Vai pacienti bieži pie jums nonāk atkārtoti, un kādu diagnožu gadījumā pārsvarā tas notiek?**

– Jā, pacienti pie mums mēdz atgriezties. Arī ievērojot visus priekšrakstus, tomēr gadās, ka viņi atkal nonāk ārstu aprūpē, jo brīnumlīdzekļu, kas garantētu, ka visu atlikušo mūžu būs vesels, diemžēl nav. Protams, liela nozīme ir arī līdzestībai. Pacientiem, kuri neievēro norādījumus, risks saslimt atkārtoti ir krietni lielāks. Par iemeslu kalpo gan akūti koronāri notikumi, gan sirds mazspējas dekompensācija, gan recidivējoši sirds ritma traucējumi.

– **Kādus darbus veic Invasīvās kardioloģijas laboratorijā?**

– Laboratorijā tiek veiktas kā diagnostiskas, tā ārstnieciskas procedūras gan akūtiem, gan plānveida pacientiem. Šajā nodaļā ir trīs procedūru zāles, no kurām viena atvēlēta aritmoloģijai. Tajā tiek veikti gan elektrofizioloģiski izmeklējumi un procedūras, gan dažādu ierīču implantācijas. Invasīvajai kardioloģijai atvēlētas divas zāles. Turpat blakus atrodas un šajā struktūrā ietilpst arī dienas stacionārs ar desmit gultām. Invasīvās kardioloģijas laboratorijā strādā tie paši ārsti, kuri strādā Neatliekamās kardioloģijas un Aritmoloģijas nodaļā. Kopš 2010. gada Invasīvās kardioloģijas laboratorija darbojas 24/7 režīmā. Tas nozīmē, ka neatliekamās procedūras iespējams veikt 24 stundas diennakti 365 dienas gadā.

– **Par ko jums klīnikas darbā ir vislielākais priekš?**

– Es ļoti augstu vērtēju to, ka klinika nepārtraukti attīstās un mēs turpinām ieviest aizvien jaunas ārstēšanas metodes. Uzmaniģi vērojām, kas notiek pasaulē, cenšamies iet laikam līdzi un esam uzsākuši vairākas mūsu slimnīcā inovatīvas terapijas metodes. Kopš šī gada sākuma pacientiem ar rezistentu hipertensiju veicam renālo denervāciju. Tāpat esam uzsākuši sirds strukturālo slimību invazīvu ārstēšanu. Kopš pagājušā gada veicam aortas vārstuļa balona dilatāciju kritiski smagiem pacientiem. Šogad veicām pirmās invazīvas iedzimto sirdskaišu korekcijas procedūras. Tie ir gados jauni pacienti pēc galvas smadzeņu insultiem, kuriem galvenais insulta cēlonis ir iedzimts sirds priekškambaru starpsienas defekts. Lai insults neatkārtotos, šis defekts ir jānovērš. Šādu procedūru veikšana slimnīcā ir liels solis uz priekšu, un es domāju, ka mēs turpināsim strādāt arī šajā virzienā un sāksim ārstēt arī citas sirds strukturālās slimības invazīvā ceļā.

– **Vai pietiek līdzekļu visu ieceru īstenošanai? Varbūt ir kādas jomas, kurās jūs vēlētos papildu finansējumu?**

– Bez šaubām, arī kardioloģijā būtu vajadzīgs krietni lielāks līdzekļu ieguldījums, jo tehnoloģijas strauji attīstās, parādās arvien jaunas ārstēšanas metodes un arī invazīvajā kardioloģijā ir savas inovācijas. Piemēram, ir pierādīts, ka, veicot papildu vizualizāciju (intravazālu ultraskaņas izmeklējumu vai optiskās koherences tomogrāfiju), ir iespējams panākt labākus stentu implantācijas rezultātus. Taču šādu izmeklējumu izmantošana prasa papildu līdzekļus. Ievērojami palielinājušās iespējas intravazāli (no iekšpuses) modifēt sklerotiskās plātnes, īpaši kalcinozes gadījumos. Kalcinoze uzskatāma par asinsvadu aterosklerozes attīstības gala posmu. Kalcinoze jeb asinsvada sienas sakalpojumi invazīvajā kardioloģijā ir nopietna problēma, jo šādas asinsvadus grūti, dažreiz pat neiespējami paplašināt ar invazīvajā kardioloģijā ikdienā lietotajiem baloniem. Arvien plašāk šādos gadījumos tiek pielietotas gan dažādas atektomijas ierīces, gan arī intravaskulārā litotripsija – kalcinātu skaldīšana. Tāpat kā iespējams saskaldīt nierakmeņus, tāpat sakalpotā asinsvadā var ievadīt speciālu balonu, kas, iedarbojoties no asinsvada iekšpuses, saskalda un sadrupina sakaloto asinsvada sienu, lai pēc tam to vieglāk varētu paplašināt ar balonu. Tie visi ir dārgi risinājumi, kas tiek izmantoti aizvien vairāk un ievērojami palielina procedūru vidējās izmaksas. Ja kādreiz pats stents bija dārgākais materiāls, kas tika izmantots invazīvajā procedūrā, tad šodien bieži tā vairs nav. Cita tendence, kas vērojama invazīvajā kardioloģijā, – pēc iespējas censties izvairīties no nevajadzīgas stentu implantācijas. Nevienam neapšaubā to pielietošanu kā tādu, taču garu asinsvadu posmu stentēšana, stentu implantācija sarežģītās, krusteniskās tehnikās nereti pacientam ilgtermiņā var nedot vēlamo rezultātu. Tāpēc tiek meklētas iespējas, kā stentus implantēt vienkāršāk, vienlaikus panākot labākus ilgtermiņa rezultātus. Pirms vairākiem gadiem invazīvajā kardioloģijā strauji ienāca absorbējoši stenti. Diemžēl plašāki pētījumi nespēja pierādīt to priekšrocības, salīdzinot ar tradicionāli lietotajiem metālskājumiem stentiem, un šo stentu pielietošana apstājās. Pašlaik gan vērojama absorbējošo stentu izmantošanas zināma renesanse – parādījušies uzlaboti šo stentu modeļi, kuru ilgtermiņa rezultāti izskatās cerīgi. Arvien biežāk invazīvajā kardioloģijā tiek izmantoti ar medikamentiem pārklāti baloni, kuru pielietošana atsevišķu bojājumu gadījumos var nodrošināt tikpat labu vai pat vēl labāku rezultātu nekā metālsko stentu ievietošana. Tiesa, man uzreiz jāpiebilst, ka ar medikamentiem pārklātu balonu pielietošanai ir savas indikācijas, stentus tie aizstāt nevar un ir izmantojami tikai īpašās situācijās.

– **Vai varat ieskicēt, kādi ir klīnikas tuvākie un tālākie attīstības plāni?**

– Jau minēju, ka klīnikā cenšamies ieviest jaunas ārstēšanas metodes. Ārsti regulāri apmeklē izglītojošas konferences gan Latvijā, gan ārzemēs. Medikamentu ziņā mums nav problēmu, visi jaunākie un modernākie sirds slimību ārstēšanai paredzētie medikamenti Latvijā ir pieejami. Visas šīs zāles mēs ikdienā arī izmantojam – gan jaunākos līdzekļus sirds mazspējas ārstēšanai, gan holesterīna līmeņa pazemināšanai, gan arī citus. Atbilstoši iespējām tiek ieviestas arī inovatīvas tehnoloģijas. Esam uzsākuši sirds strukturālo slimību ārstēšanu. Ceru, ka šajā jomā savu darbību paplašināsim. Mūsu mērķis būtu nodrošināt maksimāli daudz pakalpojumu, kas aptvertu pilnu kardioloģiskās palīdzības spektru. Mums diemžēl nav sirds ķirurģijas, kaut gan es uzskatu, ka tik lielā ārstniecības iestādē kā Austrumu slimnīcā arī kardiķirurģijai vajadzētu būt.

Efektīvi ieroči cīņā ar sirds mazspēju

ILONA NORIETE

Pēc statistikas datiem, sirds mazspējas diagnoze ir noteikta 64 miljoniem pasaules iedzīvotāju, no tiem Eiropā – 14 miljoniem. Ņemot vērā statistikas datus un esošās tendences, vietējie speciālisti aplēsuši, ka Latvijā sirds mazspējas pacientu skaits varētu sasniegt vismaz 50 000. Mūsdienās ir radušās jaunas šīs slimības ārstēšanas iespējas, kas var ievērojami uzlabot pacienta veselības stāvokli un dzīves kvalitāti, tomēr svarīgs priekšnoteikums veiksmīgai cīņai ar sirds mazspēju ir tās savlaicīga atklāšana. Realitātē gan bieži vien diagnoze tiek noteikta novēloti, kad jau radušās dažādas komplikācijas. Taču arī šādos gadījumos medicīna spēj sniegt palīdzību pacientiem, liekot lietā jaunākās un iedarbīgākās zāles.

Par inovatīvām sirds mazspējas terapijas iespējām sarunājamies ar Talsos praktizējošu ģimenes ārsti **Māru Melderi**.

– **Latvijā ir pietiekami daudz cilvēku, kuriem atklāta sirds mazspēja. Visbiežāk šī problēma tiek konstatēta vecuma grupā virs 65 gadiem. Kā jūs raksturotu sirds mazspējas izplatību?**

– Tā kā mana prakse atrodas vairāk nekā 100 kilometru attālumā no Rīgas un šī teritorija ir pakļauta sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam, ģimenes ārstam ir liels izaicinājums laikus diagnosticēt sirds saslimšanu saviem pacientiem. Šī problēma bieži saistīta ar pacientu nelīdzestību, kas lielā mērā izriet no viņu skarbjām dzīves un darba apstākļiem. Tādā situācijā cilvēkiem veselība bieži nav prioritāra, tāpat viņiem nereti trūkst finansiālo līdzekļu medikamentu iegādei vai pat veselīga ikdienas uztura nodrošināšanai. Bieži negatīvu lomu spēlē arī alkohols un citas atkarības.

– **Medicīnas iespējas mūsdienās ir krietni uzlabojušās. Vai pēdējā laikā ir notikuši būtiski pavērsieni tieši sirds mazspējas ārstēšanā?**

– Atzinīgi vērtējams tas, ka ģimenes ārsts saviem pacientiem tagad var palīdzēt vairāk. Piemēram, ne tikai ar diagnozes noteikšanu, veicot asinsspiediena un pulsa mērījumus, nozīmējot kardiogrammu, asinsanalīzes, bet arī pašam pieņemot lēmumu par terapijas uzsākšanu ar nepieciešamajiem medikamentiem. Sirds mazspējas gadījumā tas attiecas arī uz SGLT-2 inhibitoru (SGLT-2i) lietošanu. Šo zāļu lietošana līdz šim vairāk tika saistīta ar cukura diabēta pacientiem, bet tagad šo medikamentu izmanto arī pacientiem ar sirds mazspēju. Eiropā un ASV SGLT-2i jau labu laiku iekļauti šīs slimības ārstēšanas vadlīnijās un ir atzīti par vieni no progresīvākajiem. SGLT-2i dod ievērojami labāku terapeitisko efektu nekā agrāk izmantotās zāles, tāpēc, kad tika atklāta šo medikamentu pozitīvā iedarbība arī uz sirds mazspēju, to lietošana strauji vērsās plašumā. Turklāt šīs zāles vienlīdz labi palīdz pacientiem ar dažādiem sirds mazspējas veidiem – gan ar saglabātu, gan samazinātu kreisā kambara izsviedes frakciju. Tas ir svarīgi arī ģimenes ārstiem, jo izmeklējumi, kas nosaka konkrētā pacienta sirds mazspējas veidu, bieži mēdz ievērojami aizkavēties. Taču, tā kā SGLT-2i vienlīdz labi iedarbojas uz abiem slimības paveidiem, šo medikamentu lietošanu var uzsākt arī pirms galīgā slēdziena saņemšanas. Jo ātrāk tiek uzsākta ārstēšana, jo labāku efektu var panākt.



Māra Meldere: «SGLT-2i vienlīdz labi palīdz pacientiem ar dažādiem sirds mazspējas veidiem – gan ar saglabātu, gan samazinātu kreisā kambara izsviedes frakciju. Tas ir svarīgi arī ģimenes ārstiem, jo izmeklējumi, kas nosaka konkrētā pacienta sirds mazspējas veidu, bieži mēdz ievērojami aizkavēties.»

Galvenie pacienta ieguvumi ir uzlabota pašsajūta un dzīvildze.

– **Kā šīs medikamentus ietekmē pacientu slimības gaitu? Varbūt varat izstāstīt kādu piemēru no savas pieredzes?**

– SGLT-2i sirds mazspējas gadījumā samazina kardiovaskulārās nāves risku. Medikaments bremsē esošos slimības simptomus un neļauj tiem progresēt. Nereti šīs zāles spēj būtiski uzlabot pacientu pašsajūtu. Arī manā praksē ir pacienti, kuri terapijā saņem SGLT-2 inhibitorus. Esmu novērojusi, ka tie ne tikai uzlabo pacientu vispārējo veselības stāvokli, bet arī palīdz asinsspiediena un sirds darbības stabilizēšanā. Kā piemēru varu minēt pacientu, kurš ar sirds aritmiju un sirds mazspēju vērsās pēc palīdzības NMP nodaļā teju trīs četras reizes nedēļā. Kopš SGLT-2i terapijas uzsākšanas šāda nepieciešamība ir kļuvusi retāka un pacienta sūdzības mazinājušās. Pateicoties tam, ka ikdienā redzu pozitīvus rezultātus, šo medikamentu attiecīgo indikāciju gadījumos nozīmēju saviem pacientiem arvien biežāk. Savukārt iespējama neskaidrību gadījumos sadarbojos ar kardiologiem, lai lemtu par medikamenta nepieciešamību un lietošanas specifiku.

– **Kādā veidā SGLT-2i palīdz uzlabot pacientu veselības stāvokli? Kur slēpjas šo zāļu efekts, un kādus citus ieguvumus sirds mazspējas pacientiem tās spēj dot?**

– Domāju, ka tas pagaidām līdz galam nav izpētīts, vismaz vairumam ārstu precīzs medikamenta darbības mehānisms tieši sirds mazspējas gadījumā vēl isti nav skaidrs. Droši vien atslēgas moments

varētu būt nierēs esošo SGLT-2 receptoru bloķēšana un sekojošā papildu šķidruma izvadīšana no organisma. Rezultātā tiek ietekmēta arī renīna – angiotensīna – aldosterona sistēma, kas regulē šķidruma un asinsspiediena līdzsvaru organismā. Tas ļauj secināt, ka SGLT-2i, palīdzot atbrīvoties no liekā šķidruma, samazina sirds slodzi un tādējādi arī dažādus negatīvos simptomus, kas raksturīgi sirds mazspējai, tādus kā elpas trūkums, tūska, pastiprināts nogurums utt. Paralēli jāatzīmē šo medikamentu labvēlīgā ietekme uz sirds funkciju saglabāšanu, kas mazina dažādu kardiovaskulāro slimību saasinājumu iespējamību un līdz ar to arī priekšlaicīgas mirstības risku. Tāpat jāatceras, ka sirds mazspēja nevar būt vienīgā diagnoze, bet rodas kādas citas slimības dēļ. Visbiežāk tā ir koronārā sirds slimība, arteriālā hipertensija, vārstuļķaites un kardiomiopātijas. Taču bieži pie vainas mēdz būt arī cukura diabēts un citas endokrīnās sistēmas saslimšanas, hroniska nieru slimība, aptaukošanās un citas veselības problēmas. Tādējādi jāizceļ, ka, lai gan sākotnēji SGLT-2i tika radīts tieši cīņai ar cukura diabētu, šis medikaments izceļas ar plašu iedarbību, jo nereti palīdz uzlabot arī asinsspiediena un nieru rādītājus. Savukārt, izvadot no organisma lieko šķidrumu un uzlabojot vielmaiņu, SGLT-2i palīdz arī samazināt svaru, kas daudziem sirds mazspējas pacientiem ir ļoti būtiski.

– **Vai šos medikamentus sirds mazspējas gadījumā valsts kompensē 100 procentu apmērā?**

– Kā ģimenes ārsts šīs zāles pacientiem ar sirds mazspējas diagnozi (I50.0) varu izrakstīt ar valsts kompensāciju 75 procentu apmērā. Taču, kā jau

minēju, reģionā, kur strādāju, daudziem iedzīvotājiem arī šāds kompensācijas apmērs nav pietiekams, jo jāņem vērā, ka viņiem medikaments jālieto ikdienā un tā cena ir samērā augsta.

– **Vai šie medikamenti ieteicami pacientiem visos sirds mazspējas gadījumos? Varbūt ir situācijas, kad tos nenozīmējat?**

– Tas atkarīgs no sirds mazspējas stadijas, pacienta vispārējā veselības stāvokļa, vecuma, dzīvesveida un līdzestības, tādēļ ne vienmēr nozīmēju terapiju ar SGLT-2i. Šis medikaments ir piemērots arī pacientiem ar saglabātu kreisā kambara izsviedes frakciju, jo darbojas kardioprotektīvi jeb veic sirdi aizsargājošu funkciju.

– **Vai sirds mazspējas pacientiem, lietojot šos medikamentus, bieži novērojamas blakusparādības?**

– Līdzīgi kā diabēta pacientiem, arī šajā gadījumā retumis mēdz būt novērojamas intīmās zonas iekaisuma pazīmes un urīnceļu iekaisums. Šīs blaknes ir pārejošas un viegli ārstējamas, tādēļ nedrīkstētu būt par iemeslu SGLT-2i neizrakstīšanai. Šādu blakusparādību cēlonis ir pastiprināta glikozes izdalīšanās ar urīnu, kas rodas medikamenta lietošanas rezultātā. Ja parādās šāda veida sūdzības, pacientam par tām laikus jāinformē savs ārstējošais ārsts. Vairumā gadījumu pietiek ar vienkāršu higiēnas noteikumu ievērošanu, lai nekādas problēmas nerastos.

– **Kāda ir pacientu līdzestība? Vai viņi apzinās, ka šis medikaments sirds mazspējas gadījumā tiešām ir ļoti svarīgs, un lieto to atbilstoši nosacījumiem?**

– Kā jau minēju, situācijas ir dažādas, un bieži līdzestība iet roku rokā ar pacienta finansiālajām iespējām. Vairums, apjaušot situācijas nopietnību, protams, terapiju uzsāk, taču, kā tas bieži gadās, jūtot uzlabojumus, kādu sev vien zināmu iemeslu dēļ medikamenta lietošanu pārtrauc. Šādos gadījumos nereti pēc kāda laika atskan zvans ar vārdiem: «Dakter, esmu sagrēkojies!»

– **Kāda ir SGLT-2 inhibitoru dozēšanas shēma? Vai jāzina devas mainās, un cik ilgu laiku medikaments jālieto?**

– Šajā gadījumā nepieciešama holistiska pieeja, kas paredz, ka zāles jānozīmē katram individuāli. Vērtējot kopumā, pēc savas pieredzes varu teikt, ka pārsvarā pacientiem medikamentu nozīmēju lietot vienu devu reizi dienā no rīta. Jāsaprot arī viena būtiska lieta – varam panākt vēlamo efektu, tikai regulāri un ilgstoši lietojot šo medikamentu. Ja nemainās indikācijas, arī zāļu devu parasti nemaina.

– **Cik bieži pacientiem ar sirds mazspēju, kuriem ir nozīmēti SGLT-2 inhibitori, jānāk vizītē pie ārsta?**

– Saviem pacientiem atvadoties parasti saku «Visu labu!» nevis «Uz drīzu redzēšanos!», jo pacientus stabilā situācijā uz kontroles vizīti gaidu ne ātrāk kā trīs mēnešus pēc terapijas uzsākšanas. Nepārtrauktu kontroli šajā gadījumā neveicu, jo medikaments nepieder pie tiem, kuri iedarbojas tūlītīgi.

– **Varbūt ir vēl kas, ko jūs gribētu piebilst mūsu sarunā?**

– Katrs solis, kurā primārā veselības aprūpe saņem jaunus terapijas iespējas, ir atbalstāms un apsveicams. Par to liecina dzīves kvalitātes un dzīvildzes uzlabošanās. Ar atbilstošu terapijas pieeju un veselības nozarei vēltīto resursu pieaugumu mēs pamazām raugāties Rietumeiropas virzienā, kur cilvēki, sasniedzot pensijas vecumu, to asociē ar atvaļinājumu uz kruīza kuģa, nevis konstantu ārsta vizīšu rezervēšanu. Arī Latvijā pacientiem ar kontrolētu sirds mazspējas terapiju paveras plašāks, veselīgāks un pozitīvāks dzīves spektrs.

Foto: Māras Melderes personīgā arhīva

Galvassāpes nav sīkums

TOMS ZVIRBULIS

Galvassāpes, šķiet, ir tik ikdienišķas, tās piemeklē tik daudz cilvēku, ka īpašu uzmanību šai problēmai pievērš vien retais. Tajā pašā laikā diez vai kāds būs jāpārlecina par to, ka galvassāpes ir viena no nepatīkamākajām lietām, ar kuru nereti saskaramies visnepiemērotākajā brīdī.

Sarunā ar neiroloģi **Līgu Mekšu** noskaidrojām, kādi ir izplatītākie galvassāpju izraisītāji un kāpēc būtu stingri jākontrolē tas, cik daudz pretsāpju tablešu mēs drikstam izdzert.

– Kas ir galvassāpes, un kā tās rodas?

– Par galvassāpēm zinātnieki interesējas jau ļoti sen. Cilvēks ir iemācījies lidot kosmosā, bet vēl arvien līdz galam nesaprot, kāpēc sāp galva. Galvassāpes var iedalīt divās grupās. Ir tāda veida galvassāpes, kuras rodas dēļ kādas citas saslimšanas. Piemēram, ja cilvēkam ir paaugstināta ķermeņa temperatūra, tad var sāpēt arī galva. Kad temperatūra pāriet, tad parasti pārstāj sāpēt arī galva. Tās sauc par sekundārajām galvassāpēm, kuras ir sastopamas aptuveni 10 procentos gadījumu. Primārās galvassāpes ir plašāk izplatītas, un, tautas valodā runājot, šādos gadījumos galva sāp pati no sevis. Rodas jautājums – kā galva var sāpēt pati no sevis? Tomēr galvassāpes var būt slimība pati par sevi. Kā jau minēju, zinātnieki vēl arvien nevar skaidri pateikt, no kā šīs galvassāpes rodas. Ir atsevišķas smadzeņu daļas, kuras pašas no sevis aktivizējas un veido dažādu procesu ķēdi, kurš noved līdz galvassāpēm. Tālāk šīs sūdzības mediķi jau iedala pēc tām raksturīgajām īpašībām.

– Vai migrēnu var uzskatīt par galvassāpēm, ja tā parasti ir intensīvāka un ilgstošāka nekā vienkāršas galvassāpes?

– Parastās galvassāpes ir sasprindzinājuma galvassāpes. Par parastajām es tās saucu, jo tās izjūt aptuveni 60 procenti cilvēku. Šāda veida sāpes cilvēku parasti neaizved pie ārsta. Tās var būt vidēji smagas vai vidējas un rodas pēc garākas darba dienas vai ilgstošas domāšanas, vai saspringtos apstākļos. Tās netiek saistītas ar reakciju uz apkārtējās vides faktoriem, piemēram, gaismu, smaržu. Šādu galvassāpju laikā cilvēks var pilnvērtīgi funkcionēt un veikt plānotos darbus, kā arī piedalīties sociālos pasākumos. Migrēnas galvassāpes nevar uzskatīt par parastām, jo tās iesaista dažādu smadzeņu centrus. Līdz ar to rodas nepatika pret skaņu, gaismu vai smaržām. Šo galvassāpju laikā cilvēks nevar koncentrēties ikdienas darbam, nevar apmeklēt dažādus sabiedriskos pasākumus un tamlīdzīgi. Parasti migrēnas galvassāpes nozīmē to, ka būs nepieciešama medicīniskā palīdzība, lai cilvēku atgrieztu ierastajā dienas ritmā.

– Kurā brīdī galvassāpes var uzskatīt par ilgstošām un būtu jāmeklē ārsta palīdzība?

– Tajā brīdī, kad galvassāpes sāk traucēt, ir jāmeklē palīdzība. Šajā gadījumā dienu skaits nav izšķirošs. Galvassāpes var būt primāras, bet tikpat labi tās var būt sekundāras un kalpot par brīdinājuma zvanu citai slimībai. Piemēram, sarkanajai vilkēdei vai cukura diabētam arī ir raksturīgas galvassāpes, tāpat paaugstinātam asinsspiedienam. Dažādas slimības var imitēt gan primārās, gan sekundārās galvassāpes, tāpēc, ja tās sāk traucēt, ir jāmeklē palīdzība. Ja cilvēkam ir jau noteikta diagnoze, tad būtu jāpievērš uzmanība un precīzi jāzina, kāds ir galvassāpju raksturs, vai tas nemainās. Tāpat jāvērtē, vai nav radušies atmiņas traucējumi, ekstremitāšu tirpšana. Noteikti jāpiefiksē epizodes,



Līga Mekša: «Tajā brīdī, kad galvassāpes sāk traucēt, ir jāmeklē palīdzība. Galvassāpes var būt primāras, bet tikpat labi tās var būt sekundāras un kalpot par brīdinājuma zvanu citai slimībai. Piemēram, sarkanajai vilkēdei vai cukura diabētam arī ir raksturīgas galvassāpes, tāpat paaugstinātam asinsspiedienam.»

kurās bijušas spēcīgākas galvassāpes mūža laikā, redzes traucējumi.

– Vai vispirms vajadzētu doties pie ģimenes ārsta, vai arī uzreiz pie speciālista?

– Noteikti pirmajam ir jābūt ģimenes ārstam, jo šis speciālists var novērtēt katru gadījumu un saskaņot potenciālos sarkanos karogus, kuru gadījumā ir jāmeklē neatliekamā medicīniskā palīdzība. Tāpat ģimenes ārsts varēs sniegt rekomendācijas tiem pacientiem, kuriem neatliekamā palīdzība nav nepieciešama. Ģimenes ārsts būs tas, kurš pacientu novirzīs pie vajadzīgā speciālista, lai veiktu nepieciešamās analīzes un izmeklējumus, izvērtētu personas veselības stāvokli.

– Ir pieejami dažādi pretsāpju medikamenti, kurus lietot galvassāpju gadījumā. Vai tad, ja pretsāpju medikamenti nepalīdz vai sāpes atgriežas, arī ir jāvērsas pie ārsta, lai noskaidrotu sāpju cēloni un potenciāli novērstu kādu lielāku kaitējumu veselībai?

– Primārās galvassāpes ir hroniska slimība, kura norit epizodiski. Ikdienā cilvēks var justies pilnīgi normāli, bet ir epizodes, kurās viņš nav spējīgs pilnvērtīgi funkcionēt. Slimība ir hroniska, bet tās norise – epizodiska. Par hronisku migrēnu sauc tādas galvassāpes, kuras ir vismaz 15 dienas mēnesī, un astoņas no tām atbilst migrēnas raksturojumam. Hroniska migrēna nenozīmē sāpes katru dienu. Lai gan smagos gadījumos tā var

būt. Parasti cilvēki šīs sāpes ārstē paši, neiesaitot ārstu, taču ir reizes, kad ar ģimenes ārstu vajadzētu vismaz konsultēties, lai izvērtu, kuras būs labākās zāles un to lietošanas veids. Ir tableti un šķidrī medikamenti. Tāpat konkrētās situācijās var izmantot sveču veida zāles. Vēlos uzsvērt, ka pretsāpju zāles ir kaitīgas, ja pacientam ir citas slimības, kuru norisi tās var saasināt, piemēram, kuņģa un zarnu trakta slimības. Zāles var izraisīt kuņģa un zarnu trakta asiņošanu, pat ja tās tiek lietotas reti. Tomēr pārsvarā, ja cilvēks kopumā ir vesels, galvassāpes var ārstēt ar parastiem pretsāpju medikamentiem, un tālāka medicīna iesaiste nav nepieciešama. Ja zāles jālieto vairāk nekā desmit dienas mēnesī, jāapsver profilaktiskās ārstēšanas iespēja, lai samazinātu galvassāpju ilgumu un stiprumu, kā arī akūtas migrēnas ārstēšanā patērēto pretsāpju līdzekļu daudzumu.

– Ja migrēna ir hroniska slimība, vai to nav iespējams izārstēt pilnībā un cilvēkam jāreķinās, ka tā būtiski ietekmēs viņa ikdienas?

– Migrēna rodas tāpēc, ka smadzeņu darbībā notiek izmaiņas. Skaidrs, ka jaunas smadzenes cilvēks nevar dabūt, un mēs nevaram dot garantiju tam, ka migrēna tiks izārstēta. Tomēr ietekmēt tās darbību un sasniegt pozitīvus rezultātus slimības ārstēšanā gan mēs varam. Ārstēšanas metodes nav sarežģītas. Būtu jāsaņem ar pilnvērtīgu izglūšanu, sportošanu, veselīgu uzturu un

pietiekamu šķidruma uzņemšanu. Tāpat varētu apmeklēt psihologu vai psihoterapeitu. Visbeidzot ir atsevišķi medikamenti, kuri var profilaktiski ārstēt sāpes. Protams, nav tādu zāļu, kuru lietošana izārstē galvassāpes. Primārās galvassāpes ir hroniska slimība, kas norisinās epizodiski.

– Vai primārajām galvassāpēm ir riska faktori? Pieminējāt veselīgu dzīvesveidu kā profilaktisko mēru. Vai neveselīgs dzīvesveids var spēlēt kādu lomu hronisku galvassāpju attīstībā?

– Novērots, ka migrēna vairāk izplatīta sievietēm darbospējīgā vecumā, bet migrēnas galvassāpes var būt arī vīriešiem un sievietēm jebkurā vecumā. Visbiežāk tās sastopamas cilvēkiem ar citām blakusslimībām, piemēram, depresiju vai miega traucējumiem, kā arī kuņģa un zarnu trakta darbības traucējumiem. Tomēr nav konkrētu riska faktoru, jo migrēna ir bieži sastopama slimība visās vecuma grupās.

– Kādi ir biežākie iemesli, kāpēc rodas sekundārās galvassāpes?

– Visbiežākais sekundāro galvassāpju rašanās iemesls ir pārāk intensīva pretsāpju medikamentu lietošana. Tas ir pašu medicīnas pārstāvju uzmanības rezultāts. Ja cilvēkam sāp galva, viņš izdzer pretsāpju zāles un dara to biežāk par manis pieminētajām desmit dienām mēnesī. Tāpēc var rasties medikamentu atkarīgas galvassāpes. Tajā brīdī cilvēks iekļūst apburtajā lokā. Viņš iedzer zāles, lai nesāpētu galva, bet to lietošana tikai sāpes veicina. To var saukt par sava veida saimēšanu. Taču tā nav atkarība kā narkomānija. Šādā situācijā ķermenī pārāk lielā koncentrācijā atrodas kāda konkrēta viela. Nav tainība cilvēkiem, kuri uzskata, ka nekontrolēta bezrecepšu pretsāpju zāļu lietošana neizraisa hroniskas galvassāpes. Bieži vien ārsti nepievērš pietiekami lielu uzmanību tam, kādas zāles un cik ilgi tiek lietotas. Neierasta nebūs arī situācija, ka, pārstājot šīs zāles patērēt, galvassāpes pāriet. Tieši tāpēc tiek izmantoti manis iepriekš pieminētie hronisko galvassāpju medikamenti, lai to iedarbības rezultātā samazinātos bezrecepšu pretsāpju zāļu lietošanas regularitāte. Ilgtermiņā pastāv iespēja, ka arī profilaktisko medikamentu lietošanu varēs pārtraukt. Īsāk sakot, ir ļoti svarīgi, cik ilgi un kādas zāles lietot, un par to lietas kursā jābūt arī mūsu ģimenes ārstam. Lielu lomu šajā situācijā var spēlēt arī farmaceits, kurš izsniedz pretsāpju zāles.

– Kādas tendences jūs redzat attiecībā uz pacientiem ar galvassāpēm, kuras izraisa primārīga pretsāpju līdzekļu lietošana?

– Cilvēki pamazām kļūst izglītotāki un meklē atbildes, kāpēc viņiem sāp galva. Jāteic, ka biežāk pie speciālista nāk cilvēki paši pēc savas iniciatīvas, mazāk tādi, kurus nosūta ģimenes ārsts. Noteikti ir novērojamas pozitīvas tendences cilvēku ieinteresētībā savā veselībā. Pārsvarā pēc savas iniciatīvas nāk cilvēki darbospējīgā vecumā un cilvēki, kuri vēlas būt produktīvāki un veselīgāki. Viņu vidū pretsāpju līdzekļi nav populāri. Cilvēki vēlas savai problēmai atrast radikālu risinājumu. Mana loma ir skaidrot, kāpēc konkrētajam cilvēkam šādas problēmas ir un kas tās izraisa. Tāpat cenšos skaidrot, kā pareizi lietot pretsāpju zāles, lai izvairītos no medikamentu izraisītām galvassāpēm. Bieži vien cilvēki ir pārsteigti, ka pretsāpju zāles var izraisīt šādas problēmas. Pamatu pamatā ir cilvēkus izglītot un informēt. Es redzu, ka pacienti ir arvien ieinteresētāki savā veselības stāvoklī. Uzskatu, ka nākotnē šī problēma tiks plašāk atpazīta un vairāk sabiedrībā pieņemta. Cilvēki par to runās atklātāk gan ar saviem tuviniekiem, gan darba devējiem. Labāk šo problēmu atpazīstot, tiks atzīta arī tās nopietnība.

Foto: No RAKUS arhīva

Atbildība par veselību – mūsu rokās

EVITA HOFMANE

«Ir ļoti svarīgi izglītot sabiedrību, vērst uzmanību uz to, ka cilvēki paši ir atbildīgi par savu veselību. Viņi ļoti daudz var darīt, lai nenotiktu liela nelaime – insults vai infarkts,» ir pārliecināta neiroloģe Ilga Ķikule.

Ar speciālisti runājam par insultu, slimības attīstības riskiem un to, kas darāms, lai izvairītos no šīs smagās diagnozes.

– Ko par saslimstību ar insultu vēsta statistika?

– Visā pasaulē sirds un asinsvadu slimības, tostarp arī insults, ir viens no galvenajiem nāves iemesliem. Ir divu veidu insults: išēmisks un hemorāģisks. Precīzus statistikas datus par saslimstību un mirstību no insulta varu sniegt tikai par tiem pacientiem, kuri ir ārstējušies stacionāros un kuriem ir precīzi noteikta diagnoze. Pēdējo piecu gadu laikā (patlaban ir pieejama apkopotā statistika līdz 2022. gadam) to insulta pacientu skaitam, kuri ārstējušies stacionārā, ir tendence samazināties. Taču jāņem vērā fakts, ka samazinās Latvijas kopējā populācija. Arī pacientu mirstības procents no insulta pa šiem gadiem ir mainījies minimāli. Nāves gadījumu skaits pacientiem ar hemorāģisku insultu jeb asinsizplūdumu galvas smadzenēs ir lielāks. Vidēji nedaudz mazāk kā 20 procenti pacientu stacionāros mirst no išēmiskā insulta un ap 30 procentu – no hemorāģiskā insulta. Tās ir tiešām smagas diagnozes.

– Nereti tiek uzsvērts, ka pacientiem ar veselības problēmām primāri vajadzētu vērsties pie ģimenes ārsta. Kā jūs vērtējat ģimenes ārstu, pacientu un neirologu sadarbību?

– Pacienti, kuri ar insultu nonāk stacionāros, ir ļoti dažādi. Ir tādi, kuri stāsta, ka medikamentus regulāri nelieto, asinsspiedienu un citus rādītājus nekontrolē, un tagad, kad kļuvuši paralizēti, ir aprūpējami. Radinieki raud, bieži apgalvo, ka cilvēks ir bijis vesels, bet pēkšņi kļuvis guļošs, aprūpējams. Ko darīt tālāk?

Jāteic, ka ikvienam cilvēkam pastāv insulta risks, citam lielāks, citam mazāks. Tāpēc ir jāapzina savi riska faktori un tie jākontrolē. Tā pirmām kārtām ir arteriālā hipertensija (paaugstināts asinsspiediens), ko cilvēks var nejust. Daudzi ar to sadzīvo un medikamentus nelieto. Bieži, veicot izmeklējumus insulta pacientiem stacionārā, mēs redzam, ka pacientam ir palielināta sirds, aritmija, augsti holesterīna un cukura līmeņa rādītāji, kas liecina par hroniskām slimībām un insulta riska faktoriem.

Protams, ir daudz apzinīgu pacientu. Iespējams, viņu lielākā problēma ir svārstīgs asinsspiediens. Viņiem īpaši svarīga ir laba sadarbība ar ģimenes ārstu, lai tiktu piemēroti dozēti medikamenti, regulāri kontrolēti holesterīna un cukura līmeņa rādītāji, reizi gadā veikta elektrokardiogramma, lai kontrolētu sirds ritmu, un nepieciešamības gadījumā citi izmeklējumi. Aterosklerozes riska apzināšanā vismaz reizi gadā jānosaka lipīdu līmenis asinīs (pilna lipidogramma) un jāskatās, vai dinamiskā rādītāji nepaaugstinās. Ja skaitļi ir augsti, varbūt nepieciešams mainīt uztura paradumus, palielināt fizisko aktivitāti. Iespējams, ir jāuzsāk medikamentozā terapija. Tā ir profilakse, lai cilvēkam neattīstītos insults. Svarīgi arī kontrolēt cukura līmeni asinīs, jo diabēta pacientiem bieži ir traucēta lipīdu vielmaiņa, kas var sekmēt infarkta un insulta attīstību. Es ieteiktu vismaz reizi gadā ikvienam cilvēkam veikt skrīninga izmeklējumus. Tas ļauj viņam pašam un arī



Foto: No Ilgas Ķikules personīgā arhīva

Ilga Ķikule: «Ņemot vērā insulta iespējamās smagās sekas, es vēlētos, lai ikviens cilvēks apzinās – insults var piemēklēt ne tikai vecumā pēc 60 gadiem, bet arī gados jaunus cilvēkus. Par savu veselību īpaši jā rūpējas jau vidējā vecuma cilvēkiem.»

ģimenes ārstam sekot galvenajiem veselības rādītājiem, sniedz iespēju koriģēt riska faktorus gan ar dzīvesveida izmaiņu palīdzību (veselīgs uzturs, fiziskās aktivitātes, smēķēšanas atmešana), gan medikamentiem. Par šīm lietām tiek runāts un ir jārunā vēl vairāk. Cilvēkam ir jāsaprot, ka viņa veselība ir viņa paša rokās. Sabiedrības izglītošana ir ļoti svarīga.

Ja runājam par sadarbību starp ģimenes ārstu un neirologu insulta profilakses jomā, tad atbilde varētu būt Insulta profilakses kabinetu, uz kuriem ģimenes ārsts nosūtītu savus pacientus ar augstu insulta risku. Domāju, ka stacionāros, kur ir insulta vienības, ar valsts atbalstu šādus kabinetus vajadzētu izveidot. Kabinetos strādātu gan ārsts, gan insulta profilakses māsa, kuri izglītotu pacientus, skaidrotu, kā dzīvot tālāk, lai sevi pasargātu no insulta vai lai tas neatkārtotos. Es labprāt vairāk redzētu veselīga dzīvesveida kampaņas, kurās tiktu iesaistīti insultu pārcietuši cilvēki, viņu radinieki, kuri dalītos savā pieredzē, kā ir dzīvot pēc insulta. Šādām aktivitātēm vajadzētu būt regulārām. Par to ir vērts padomāt.

– Kas ietekmē cilvēka risku saslimt ar insultu?

– Tipiskie riska faktori ir paaugstināts asinsspiediens, sirds aritmija, cukura diabēts, paaugstināts holesterīna līmenis, liekais svars. Daudziem cilvēkiem ir miega apnoja, kas arī ir riska faktors. Krācējiem jāņem vērā, ka viņiem naktī uz brīdi var apstāties elpošana, un tas arī ir insulta riska faktors. Mūsdienās ir pieejamas izmeklēšanas metodes, ar kuru palīdzību var pierādīt miega apnojas

diagnozi. Ir miega speciālisti un ārstēšanas metodes, kas var palīdzēt.

– Vai pastāv iespēja veikt ģenētiskos izmeklējumus, lai noskaidrotu, cik liels ir risks saslimt ar insultu?

– Ģenētikai, protams, ir nozīme, īpaši gados jaunam cilvēkam ar insultu. Šādiem pacientiem, ārstējoties stacionārā, tiek veikta padziļināta izmeklēšana riska faktoru noteikšanai, veiktas ģenētiskās analīzes ar sekojošu ģenētiķa konsultāciju. Cilvēkam individuāli izlemjot, vai doties veikt ģenētiskās analīzes, lai noteiktu insulta risku, nav lietderīgi.

– Kāpēc insulta gadījumā svarīgi rīkoties ātri?

– Insults vienmēr notiek pēkšņi. Biežākie insulta klīniskie simptomi ir pēkšņš nespēks vienā ķermeņa pusē, runas un sapratnes traucējumi, viena mutes kaktiņa noslidējums, vienas ķermeņa puses tirpšana, citreiz, bet retāk, pēkšņi koordinācijas un redzes traucējumi.

Tās ir pazīmes, kas var liecināt par insultu. Ja cilvēks atpazīst insulta pazīmes, tad ir jārikojas zibenīgi, nekavējoties. Ja pats pacients ir spējīgs sazināties ar neatliekamās medicīniskās palīdzības centru vai citi apkārtējie cilvēki var to izdarīt, tad jāņem vērā, ka katra sekunde ir ļoti no svara. Stacionārā neatliekami tiek veikti radioloģiskie izmeklējumi, lai atšķirtu, kāda veida insults ir pacientam. Mediķu galvenais uzdevums ir pēc iespējas ātrāk atjaunot asins plūsmu nosprostoņtajā asinsvadā. Līdz ar to tiek samazināts bojāto smadzeņu apjoms. Tas ir pats svarīgākais.

– Kādas ir insulta ārstēšanas metodes?

– Išēmiska insulta gadījumā ir divas uz zinātniskiem pierādījumiem balstītas medicīniskās ārstēšanas metodes. Viena ir intravenoza trombus šķīdināšanas medikamentu ievadīšana. Otrā ir mehāniska tromba izvilkšana no nosprostota liela smadzeņu asinsvada. Laikam ir nozīme jebkurā gadījumā. Jo īsāks būs laiks no saslimšanas brīža līdz terapijas saņemšanai, jo funkcionālāls iznākums, iespējams, būs labāks.

Hemorāģiska insulta (asinsizplūdums smadzenēs) gadījumā ir svarīgi veikt izmeklējumus un noteikt iemeslu, kas izraisījis insultu.

Pacienti ar akūtu insultu tiek stacionāri insulta vienībās, tiek izvērtēti un kontrolēti riska faktori un uzsākta agrīna rehabilitācija, lai uzlabotu funkcionālo iznākumu.

– Ar ko pacientam jā rēķinās nākotnē, ja viņam ir bijis insults? Ko jūs ieteiktu tuviniekiem?

– To tik vienkārši nevar pateikt. Daudz kas ir atkarīgs no insulta veida, plašuma un pacienta blakus saslimšanām, piemēram, ilgstoši neārstēta arteriālā hipertensija, neārstēts cukura diabēts, sirds mazspēja, aritmija.

Kopumā ir daudz faktoru, kas nosaka funkcionālo iznākumu pacientam pēc insulta. Svarīgi ir arī noskaidrot, kāda funkcionalitāte cilvēkam bijusi pirms slimības: vai viņš pats gājis uz veikalu, pastaigāties, veicis regulārus maksājumus. Ja funkcionalitāte ir bijusi ierobežota vai slikta, nevar gaidīt, ka pēc insulta tā uzlabosies.

Ari insults rada būtiskas komplikācijas, pacienti kļūst guļoši, ar rīšanas traucējumiem. Viņiem var būt nepieciešams īpašs uzturs un tā ievade, piemēram zonde vai gastrostoma. Ja ir nepieciešams specializētais medicīniskais uzturs, iesaistās uztura speciālisti. Šiem pacientiem ļoti svarīga ir aprūpe. Tā ir pozicionēšana, grozišana izgulējumu profilaksei, mutes dobuma kopšana, urīnpūšļa un zarnu darbības funkciju kontrolēšana. Radiniekiem visi aspekti rūpēm par šādu pacientu tiek precīzi izskaidroti, tāpēc viņiem būtu svarīgi apzināties savu līdzdalību tuvinieka aprūpē. Es vienmēr pacientu radiniekiem atgādinu, ka aprūpe nav rehabilitācija.

Stacionāriem lielas problēmas sagādā šo guļošo pacientu tālāka aprūpe, jo bieži šādi pacienti ir vientuļi, citreiz radiniekiem ir ierobežotas iespējas nodrošināt aprūpi mājās un trūkst iestāžu, kurās tiktu nodrošināta tālāka ilgstoša šo pacientu aprūpe un uzraudzība, tāpēc ļoti bieži šo jautājumu risināšanai tiek piesaistīts sociālais darbinieks.

Stacionārā visus insulta pacientus novērtē rehabilitācijas speciālistu komanda, kas sniedz tālākas norādes par rehabilitācijas potenciālu, iespējām un izveido individuālu rehabilitācijas plānu.

Ne vienmēr insulta pacienti ir ar smagu funkcionālu nespēju, tādēļ viņiem ir ļoti svarīga rehabilitācija, lai varētu atgriezties savā ikdienas dzīvē ar pēc iespējas mazākiem funkcionālajiem traucējumiem. Tomēr vēlos piebilst, ka dzīve pēc insulta nav tāda kā pirms saslimšanas, insults vienmēr atstāj sekas...

Ņemot vērā insulta iespējamās smagās sekas, es vēlētos, lai ikviens cilvēks apzinās – insults var piemēklēt ne tikai vecumā pēc 60 gadiem, bet arī gados jaunus cilvēkus. Par savu veselību īpaši jā rūpējas jau vidējā vecuma cilvēkiem. Ir svarīgi zināt savu asinsspiedienu, cukura un holesterīna līmeni asinīs un nepieciešamības gadījumā sākt tos koriģēt. Ir zinātniski pētījumi, kas apliecina – jo ātrāk sāk apzināt, kontrolēt riska faktorus, jo mazāks ir insulta risks.

Angiogrāfija un angioplastija pret aterosklerozi un infarktu

ILONA NORIETE

Kardiovaskulārās slimības var attīstīties dažādu iemeslu dēļ – sākot no nelabvēlīgas ģenētikas līdz pat neveselīgam dzīvesveidam. Pārsvārā to rašanās pamatā ir dažādu riska faktoru kopums. Mūsdienās ir pieejamas efektīvas asinsvadu slimību diagnostikas un ārstniecības metodes. Ar invazīvās angiogrāfijas palīdzību iespējams ļoti sīki izmeklēt asinsvadus no iekšienes un konstatēt esošās problēmas. Savukārt angioplastija piedāvā to risinājumu, ārstējot bojātos asinsvadus.

Par visu vairāk stāsta Daugavpils reģionālās slimnīcas kardiologs **Deniss Vasiļjevs**.

– **Pasaulē jau daudzus gadus sirds un asinsvadu slimību atklāšanā un ārstēšanā tiek izmantota angiogrāfija un angioplastija. Pastāstiet, lūdzu, sīkāk, kādas manipulācijas šo procedūru laikā tiek veiktas.**

– Angiogrāfija ir izmeklējums, kas tiek izmantots diagnostikā, lai dotu iespēju precīzi noskaidrot, kur slēpjas asinsvadu problēmas. Savukārt angioplastija ir ārstniecības metode, ar kuras palīdzību mēs pacientiem labojam bojātos asinsvadus – implantējam stentus vai paplašinām sašaurinājumus. Stents ir metāla protēzīte, ko pa asinsvadu aizvada līdz bojājumam un ievieto sašaurinātajā asinsvada vietā, lai pasargātu to no atkārtotas sašaurināšanās. Mūsu laboratorijā tiek veiktas gan diagnostiskās angiogrāfijas, gan terapeitiskās angioplastijas procedūras.

– **Mūsdienās ļoti daudziem pacientiem tiek konstatētas kardiovaskulārās slimības. Kādi cēloņi var izraisīt asinsvadu problēmas, un kā tās izpaužas?**

– Problēmas kodols ir asinsvadu sienīņu hronisks iekaisums, kas rodas vairāku iemeslu dēļ. Viena no visbiežāk sastopamajām hroniskajām asinsvadu slimībām ir ateroskleroze. Tā izpaužas kā taukiem līdzīgu vielu, galvenokārt holesterīna, nogulsēšanās asinsvadu sienīņās. Ar laiku ateroskleroze noved pie asinsvadu deformācijas un sašaurināšanās līdz pat pilnīgai to noslēgšanai. Tas izsauc ļoti bīstamas slimības, piemēram, trombozi, miokarda infarktu, insultu.

Ateroskleroze tiek dēvēta par multifaktoriālu slimību, jo katram indivīdam parasti kombinējas vairāki riska faktori un katrs no tiem var spēlēt līdžu vai mazāku lomu. Aterosklerozei lielākoties nav viena atsevišķa cēloņa. Tā var būt gan smēķēšana, gan mazkustīgs dzīvesveids, kad trūkst fiziskas slodzes, arī neveselīgas pārtikas lietošana uzturā. Protams, ir arī tādi faktori, kurus mēs nevaram ietekmēt, piemēram, ģenētiskā predispozīcija. Iedzimtība nosaka, kādi ir gēni konkrētajā ģimenē un vai tie ir labvēlīgi sirds veselībai, vai arī nes sevī lielus kardiovaskulāro slimību riskus. Par to ir iemesls aizdomāties, ja tēvam vai mātei ir bijis infarkts, insults līdz 50 gadu vecumam.

– **Ja ģenētiķi mēs nevaram ietekmēt, tad uzturs, nespēķēšana un kustīgums ir mūsu pašu ziņā. Ko vajadzētu ievērot, lai neattīstītos sirds un asinsvadu sistēmas problēmas? Un cik lielas iespējas attālināt aterosklerozes parādīšanos ir cilvēkiem ar nelabvēlīgu iedzimtību?**

– Faktiski visiem, kuriem ir riska faktori, jācenšas tos novērst vai iespēju robežās samazināt to ietekmi, uzturot savu ķermeni veselīgā stāvoklī. Tas nozīmē regulāri sportot, daudz staigāt, lietot veselīgu pārtiku. Tā varētu būt Vidusjūras diēta, kas satur daudz augu valsts produktu. Tāpat jācenšas uzlabot savu veselības stāvokli, lai



Deniss Vasiļjevs: «Mūsu laboratorijā visi stenti ir pārklāti ar zālēm, lai ilgtermiņā operētā sašaurinājuma vieta atkal neaizaugtu. Ja pacients regulāri lieto visas zāles un tiek sasniegti noteiktie mērķi risku mazināšanā, tad mūsu darba efekts var ilgt desmit, piecpadsmit un vairāk gadu.»

samazinātu citu izplatītu riska faktoru ietekmi, starp kuriem var minēt paaugstinātu asinsspiedienu, paātrinātu pulsu, palielinātu holesterīna līmeni asinīs. Līdzīgi nosacījumi attiecas arī uz pacientiem ar nelabvēlīgas iedzimtības risku. Ģenētiku mēs ietekmēt nevaram, taču mūsu spēkos ir ievērojami samazināt vai pat likvidēt pārējo riska faktoru negatīvo darbību. Piemēram, kontrolēt svaru un nepieļaut aptaukošanās veidošanos. Tāpat jācenšas izvairīties no diabēta rašanās, bet saslimšanas gadījumā to ārstēt un ievērot ārsta sniegtās rekomendācijas.

– **Kādi ir pirmie signāli, kas varētu liecināt par asinsvadu problēmām?**

– Dīvēl nereti gadās, ka asinsvadu slimība norit bez jebkādiem simptomiem. Tikmēr gadiem ilgs hronisks iekaisums asinsvadu sienīņā jau pārtop par aterosklerotisko pangu. Neārstēta tā iekapsulējas tur kā gatava bumba, kura var sprāgt jebkurā brīdī, bet līdz tam pacientam var nerādīt nozīmīgus simptomus un sūdzības. Tāpēc par veselību ir jādomā regulāri. Vienreiz gadā jāaiziet pie ģimenes ārsta, jānodod savam vecumam un veselības stāvoklim atbilstošu analīzes. Šāda pārdomāta rīcība palīdzēs atklāt aterosklerozi pašā sākumposmā.

– **Kādā veidā šādas problēmas var pamanīt un laikus uzsākt ārstēšanu?**

– Ateroskleroze var būt gan sirdī, gan miega artērijās, gan kājās. Kamēr viss ir labi, bez tādiem objektīviem izmeklējumiem kā ultrasonogrāfija un invazīva vai neinvazīva angiogrāfija ir diezgan grūti saprast, ka ir bojāta asinsvada sienīņa vai izveidojusies panga. Cita lieta, kad jau parādījušies simptomi. Parasti tie rodas brīžos, kad slimība jau ir jūtami progresējusi un panga izaugusi diezgan liela. Paši simptomi būs atkarīgi no tā, kur tieši plašajā asinsrites lokā problēma ir izveidojusies. Ja tā ir miega artērija, tad var rasties ar galvas smadzeņu apasiņošanu saistīti sarežģījumi jeb tā dēvētais pirmsinsulta stāvoklis. Ja asinsvadu sašaurinājumi veidojas sirdī, tad simptomi var būt saistīti ar fiziskās slodzes ierobežojumiem – parādās sāpes, diskomforts, nespēks. Sirds asinsvadu sašaurinājumu dēļ pie slodzes var būt novērojams arī elpas trūkums. Ja saslimšana lokalizējas kāju artērijās, var parādīties sāpes kājās un arī tā

dēvētā mijklibošana, kad ik pēc dažiem noietiem metriem pastāvīgi jāpāstājas. Ateroskleroze var rasties arī artērijās, kuras apasiņo zarnas, un kā sekas tad var būt sāpes vēderā pēc ēšanas vai pie slodzes. Visbiežāk tās novērojamas tieši pēc maltītes ieturēšanas. Būtībā simptomātika ir atkarīga no konkrētās vietas asinsvadu sistēmā, kur radusies problēma.

– **Kādā veidā jūsu laboratorijā notiek sirds asinsvadu slimību diagnostika un tiek pieņemts lēmums par iespējamu operatīvas ārstēšanas nepieciešamību?**

– Ja pacienta stāvoklis ir stabils, vispirms viņš iet pie ģimenes ārsta, kurš izvērtē situāciju un nosaka pacienta riska grupu. No tās ir atkarīgs, cik steidzami nepieciešams veikt invazīvo diagnostiku mūsu laboratorijā. Ja riski ir zemi, mums ir laiks un iespējas, nepielietojot kontrastvielu, nepunktējot asinsvadus, izmeklēt šo pacientu arī ambulatori, proti, nestacionējot slimnīcā. Mēs varam veikt slodzes testu, ehokardiogrāfijas izmeklējumu, aplūkot un novērtēt, kā izskatās sirds lielās struktūras. Respektīvi, varam pacientu izmeklēt nesteidzīgi un vispusīgi. Ja šis papildu diagnostikas metodes norāda, ka var būt problēmas arī ar sirds asinsvadiem, tad tiek pieņemts lēmums par invazīvo angiogrāfiju mūsu laboratorijā. Ja ģimenes ārsts, izvērtējot pacientu, saprot, ka viņš ir pakļauts ļoti augstam riskam, atrodas nestabilā stāvoklī vai viņam ir novērojamas akūta miokarda infarkta pazīmes, tad cilvēks tiek uzreiz sūtīts uz angiogrāfiju. Ja pastāv tikai ļoti augsts risks, bet situācija nav nestabila, tad šādu pacientu uzreiz sūtām uz diagnostisko angiogrāfiju. Tur tiek izvērtēts asinsvadu stāvoklis, un pēc tam kopā ar pacientu tiek pieņemts lēmums, kādā veidā tiks ārstēti asinsvadi. Taču situācijā, ja parādās miokarda infarkta pazīmes, tad pacientu ar neatliekamo medicīnisko palīdzību nogādā slimnīcā un vai nu uzreiz, vai diennakts laikā pēc diagnozes noteikšanas viņam nozīmē akūtu angiogrāfiju.

– **Vai pēc angioplastijas veikšanas asinsvadi būs paplašināti līdz mūža beigām? Vai tomēr jārēķinās ar to, ka pēc kāda laika šo procedūru var nākties veikt vēlreiz?**

– Pastāv iespēja, ka var būt nepieciešama atkārtota ķirurģiska iejaukšanās. Angioplastijas gadījumā

tas lielā mērā ir atkarīgs gan no pacienta, gan pašas operācijas, gan arī no implantētās ierīces jeb stenta. Mūsu laboratorijā visi stenti ir pārklāti ar zālēm, lai ilgtermiņā operētā sašaurinājuma vieta atkal neaizaugtu. Ja pacients regulāri lieto visas zāles un tiek sasniegti noteiktie mērķi risku mazināšanā, tostarp tie, kas attiecas uz holesterīna līmeņa, asinsspiediena, pulsa normalizēšanu, tad mūsu darba efekts var ilgt desmit, piecpadsmit un vairāk gadu. Savukārt, ja pacients izvēlas nemazināt savus riskus, turpina smēķēt, neuzlabo dzīvesveidu, nelieto zāles, tad ātrāk vai vēlāk būs nepieciešama vēl viena operācija un infarkta atkārtotāšanās risks ievērojami pieaugs.

– **Ar ko ir jārēķinās, dodoties uz angioplastiju, kā arī pēc šīs procedūras? Vai pēc operācijas var uzreiz doties mājās un veikt visus ikdienišķos darbus, vai arī ilgāks laiks jāpavada ārsta uzraudzībā?**

– Visi lielā mērā atkarīgi no tā, kādēļ tika veikta angioplastija. Ja tā laikus ielānota, pacients ir kārtīgi sagatavots operācijai un tā noritējusi bez sarežģījumiem, tas ir viens stāsts. Šādā situācijā pamatā ir jāraizējas par punkcijas vietu, atvērumu perifērajā asinsvadā, caur kuru tika veiktas operatīvās darbības. Parasti punkcijas vieta atrodas rokā vai kājā, cirksnī. Tādēļ nedrīkst noslogot šo ķermeņa daļu, lai nerodas mehāniskas problēmas un hematoma punkcijas apvidū. Ja sirds asinsvados ir implantēts stents, cilvēkam obligāti katru dienu jālieto visas nozīmētās zāles, lai stents neaizvērtos, kamēr tas svaigs un iekšpusē nav apaudzis ar organisma audiem. Otrā grupā ietilpst akūtie pacienti, kuriem patlaban sākusies vai jau ir notikusi katastrofa sirds muskulī. Ja tas ir infarkts, tad gadījumā viņiem sāk atmiņt daļa no sirds muskuļa, un tad draudī ir daudzārt lielāki. Ja tā ir, tad arī ar fizisku slodzi jāuzmanās, īpaši pirmajos mēnešos, kad pastāv vislielākie riski. Pārējie nosacījumi ir tādi paši kā visiem plānoto operāciju pacientiem – zāļu lietošana un slodzes ierobežojumi.

– **Vai tad, ja stents laika gaitā aizaug, veicat angioplastiju otrreiz?**

– Ja ir pagājuši desmit, 15 vai 20 gadi un mēs redzam, ka šis risks ir aizsērējis, ir speciālas ierīces, ar kuru palīdzību varam vēlreiz ievietot asinsvadā, atkal to paplašināt un ielikt speciālas zāles. Tās iedarbosies arī uz audiem asinsvadu sienīņā, lai aizaugšana nenotiktu vēlreiz.

– **Vai pacientiem, kuriem ir veikta angioplastija, nepieciešams regulāri iet uz atkārtotiem angiogrāfijas izmeklējumiem, lai novērtētu, kādā stāvoklī ir ārstētie asinsvadi?**

– Angiogrāfiskas kontroles diezgan regulāri veica laikā, kad vēl tikai sākās invazīvās kardioloģijas ēra un pastāvīgi parādījās jaunas ierīces un tehnoloģijas. Pēdējos desmit gados, kad mūsu rīcībā jau ir daudzārt pārbaudītas ierīces un tūkstoš reižu izpētīts, kā un kādos gadījumos vislabāk pacientu operēt, šī prakse pamazām aiziet vēsturē. Tagad jau labu laiku mūsu pacienti novēro savu sirds veselību bez invazīvas iejaukšanās – taisot slodzes testus vienreiz gadā un veicot dinamikas novērojumus pie ambulatorajiem kardiologiem. Slodzes testi var būt dažādi, bet visvairāk rekomendētā un ikdienā lietotā ir veloergometrija. Tās laikā pacients jebkurā lielākā poliklinikā uz atbilstoša velotrenažiera var imitēt riteņbraukšanu. Šāds process notiek ārsta kontrolē un ļauj monitorēt pacienta sirds darbību pieaugošanas slodzes apstākļos. Ja šāds vai līdzīgs tests atklāj problēmas, tad cilvēks tiek nosūtīts pie mums uz invazīvo diagnostiku. Mēs katru viņa asinsvadu varam izpētīt selektīvi un ļoti precīzi. Bet pacientiem bez konkrētām aizdomām ikdienā tas nav nepieciešams.

Foto: No DRIS arhīva

Ārstēt diabētu no sirds

ILONA NORIETE

Par vienu no galvenajiem 2. tipa diabēta rašanās iemesliem tiek uzskatīts neveselīgs dzīvesveids. Tāpēc var teikt, ka mēs paši lielā mērā esam atbildīgi par šīs slimības attīstību. Cilvēki pārāk bieži izvēlas ēst ātrās uzkodas un citu neveselīgu pārtiku, ikdienā ir mazkustīgi. Kā sekas bieži novērojama ķermeņa liekā masa un aptaukošanās, kas vēlāk noved arī pie 2. tipa cukura diabēta. Pēc aptuveni aprēķiniem, šī slimība varētu būt katram desmitajam Latvijas iedzīvotājam, taču tā ir diagnosticēta tikai apmēram trešdaļai no visiem, kamēr pārējie pat nenojauš par tās esamību.

Par 2. tipa cukura diabēta diagnosticēšanu un ārstēšanu saruna ar Rīgas Stradiņa universitātes un Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas rezidenti kardiologijā **Baibu Kokinu**.

– Kas ir 2. tipa cukura diabēts, un kādi ir galvenie tā rašanās cēloņi un riska faktori?

– Diabēts ir izplatīta ogļhidrātu vielmaiņas slimība, kas skar vairāk nekā 10 procentus pasaulē iedzīvotāju. Absolūtā vairumā gadījumu (90–95 %) sastopams 2. tipa cukura diabēts. To raksturo paaugstināts cukura līmenis asinīs, kas rodas glikozes vielmaiņas pamata norišu izmaiņu rezultātā. Ar laiku var rasties situācija, kad organisma šūnas sāk vājāk reaģēt uz insulīna stimulu un iztrūkst tā iedarbības efekta. Organismā izveidojas šī hormona pieejamības un pieprasījuma neatbilstība, lai gan pats insulīna līmenis vismaz sākotnēji ir pietiekams. Tas rezultējas ar paaugstinātu cukura līmeni asinīs, jo šūnas nespēj glikozi pilnvērtīgi izmantot. To sauc par insulīna rezistenci, un tieši šis process noved pie 2. tipa cukura diabēta. Insulīna rezistence pārsvarā attīstās cilvēkiem ar lieko ķermeņa masu, zemu fizisko aktivitāti, nesabalansētu uzturu, tomēr to var ietekmēt arī ģenētiskā predispozīcija. Risks palielinās līdz ar vecumu, tāpat lietojot noteiktus medikamentus, kā arī pie zināmām hroniskām slimībām. 2. tipa cukura diabēta attīstību ietekmē dažādas norises, kas saistītas, piemēram, ar jau minēto lieko ķermeņa masu, mainoties šūnu atbildēm uz insulīna darbību. Šīs slimības attīstība saistīta arī ar cilvēka organisma novecošanos, laika gaitā uzkrājoties dažādām negatīvajām ietekmēm. Rezultātā šūnas vairs nespēj gana labi atbildēt uz insulīna stimulu. Insulīns it kā ir, bet vairs nejaudā darboties pietiekami efektīvi. Glikoze mūsu organismā pamatā nonāk ar pārtiku, nepieciešamības gadījumā to var saražot arī aknas, bet diabēta gadījumā organisms to nespēj efektīvi patērēt. Tad arī tiek konstatēts stāvoklis, kad, mērot cukura līmeni asinīs, konstatējam paaugstinātas vērtības. Taču šūnām no tā nav nekāda labuma, tās šo enerģiju nespēj izmantot. Tālāk var veidoties dažādi organismam kaitīgi savienojumi, kas noved pie komplikācijām.

– Kādas analīzes un mērījumi var palīdzēt laikus atklāt 2. tipa cukura diabētu? Kā tiek veikta diagnostika?

– 2. tipa cukura diabēts nereti ir asimptomātisks, līdz ar to diagnoze var tikt noteikta novēloti. Jāzver, ka pati diagnostika nav sarežģīta, svarīgi ir to veikt laikus. Tas ir īpaši būtiski, ja pacientam ir riska faktori, piemēram, liekā ķermeņa masa vai taukaino aknu slimība. Arī visiem pacientiem ar sirds un asinsvadu sistēmas slimībām tiek rekomendēts

regulāri veikt cukura līmeņa pārbaudes. Cukura diabēta diagnostika balstās uz būtībā vienkāršām asins analīzēm. Pirmā pārbaude ir glikozes līmenis asinīs tukšā dūšā. Ja rādītājs sasniedz vai pārsniedz 7,0 mmol/l, ir pamats bažām. Visertāk pacientam šo mērījumu veikt no rīta, pirms brokastīm. Nākamais diagnostikas veids ir glikozes tolerances (slodzes) tests, kad pacients izdzer speciāli pagatavotu glikozes šķīdumu, bet pēc divām stundām viņam tiek noteikts glikozes līmenis asinīs. Šajā gadījumā par cukura diabētu liecina vērtība $\geq 11,1$ mmol/l. Pēdējais, bet ne mazāk svarīgais rādītājs ir glikētais hemoglobīns, kas atspoguļo vidējo glikozes līmeni asinīs aptuveni pēdējo trīs mēnešu laikā. Cukura diabēta diagnoze tiek apstiprināta, pamatojoties uz vērtību $\geq 6,5$ %. Ja ir simptomi, tad arī nejausi noteikta $\geq 11,1$ mmol/l glikēmija signalizē par cukura diabētu.

– Kas ir prediabēts?

– Prediabēts ir stāvoklis, kas norāda uz diabēta veidošanās tendenci. Tā ir robeža starp normālu glikēmiju un 2. tipa cukura diabētu. Prediabētu definē šādi skaitļi: tukšas dūšas glikēmija no 6,1–6,9 mmol/l, glikozes tolerances testa laikā glikēmija ir 7,8–11,0 mmol/l, savukārt glikētais hemoglobīns ir 6,0–6,4 %. Svarīgi paturēt prātā, ka prediabēts ir brīdis, kad ar savlaicīgām izmaiņām dzīvesveidā var aizkavēt vai pat novērst slimību.

– Cilvēkiem ar cukura diabētu ir daudz lielāks sirds un asinsvadu slimību risks. Kādas sirds un asinsvadu slimības var attīstīties kā diabēta komplikācijas?

– Pacientiem ar 2. tipa cukura diabētu ir divas līdz četras reizes augstāks kardiovaskulāro slimību attīstības risks. Starp biežāk sastopamajām var minēt koronāro sirds slimību – stenokardiju, miokarda infarktu –, arī ātriju fibrilāciju jeb mirdzaritmiju, sirds mazspēju, insultu un perifēro artēriju slimību. Sirds un asinsvadu slimības cukura diabēta pacientiem attīstās 10–20 gadus agrāk, nereti ar agresīvāku, plašāku izplatību. Jāatzīmē, ka cukura diabēta slimniekiem bieži sastopamas dažādas sirds un asinsvadu slimības, savukārt kardiovaskulārajiem pacientiem bieži sastopams 2. tipa cukura diabēts. Tā kā šīs slimības ir cieši saistītas, 2023. gada Eiropas Kardiologu biedrības kongresā tika prezentētas vadlīnijas par kardiovaskulārajām slimībām diabēta pacientiem. To mērķis ir piedāvāt labāko pierādījumus balstīto ārstēšanu un aprūpi, savlaicīgu diagnostiku un profilaksi.

– Cik liela ir iekaisuma loma kardiovaskulāro komplikāciju attīstībā cukura diabēta gadījumā?

– Temats par iekaisumu un sirds-asinsvadu slimībām ir ļoti aktuāls. Pierādīts, ka 2. tipa cukura diabēts savā būtībā ir arī iekaisīga slimība – šiem pacientiem asinīs novērots augstāks iekaisuma rādītāju līmenis. Ateroskleroze ir saistīta ar tauku jeb lipīdu izgulsnēšanos asinsvadu sienās, un tā dēvētais *sliktais* holesterīns (ZBLH) ir nozīmīgākais pierādītais riska faktors. Sekojoši asinsvada sienā tiek aizsāks hronisks iekaisuma process. Iekaisuma savienojumiem ir zināma loma arī sirds mazspējas attīstības gaitā, ietekmējot sirds muskuļu šūnu saražošanu un vairojot saistaudus sirds sienās. Tas pašlaik tiek aktīvi pētīts, tostarp kā ārstēšanas mērķis.

– Kādi paņēmieni tiek izmantoti 2. tipa cukura diabēta ārstēšanā, un kādi ir sasniedzamie mērķi?

– To, cik labi cukura diabēts tiek ārstēts, parāda analīzes. Būtiskākais rādītājs ir glikētais hemoglobīns. Mērķis šim rādītājam ir zemāks par 7%. Ja

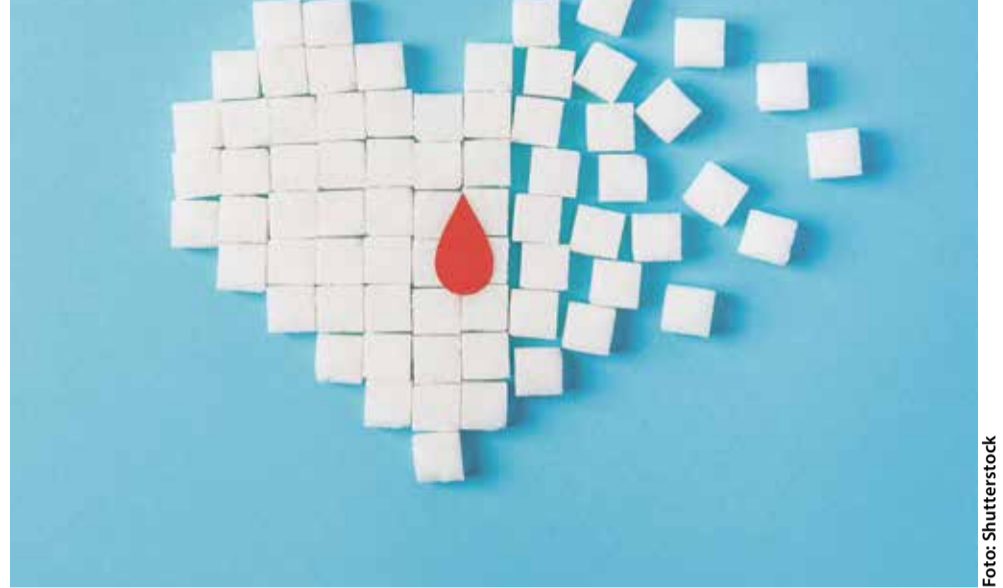


Foto: Shutterstock

tiek panākta laba diabēta kontrole, tad ir iespēja izvairīties no diabēta vēlinajām komplikācijām. Taču noteikti jāatzīmē, ka šis mērķis ir vispārīgs, vairāk attiecas uz vidējo glikētā hemoglobīna vērtību, un katram pacientam individuāli atkarībā no vecuma, blakusslimībām kopā ar ārstu jāvienojas, cik intensīva glikozes līmeņa samazināšana piemērota un nepieciešama. Svarīgi atzīmēt, ka būtu jāizvairās no hipoglikēmijas jeb epizodēm, kad cukura līmenis asinīs nokrīt pārāk zemu. Ir pierādīts, ka hipoglikēmija palielina kardiovaskulāro notikumu risku un pasliktina prognozi.

Paralēli glikozes līmeņa kontrolei ir jādoma arī par citiem rādītājiem. Viens no tiem ir asinsspiediens. Vēlams mērķis sistoliskajam asinsspiedienam ir <130 mm Hg, vislabāk robežās starp 120–130 mm Hg. Pacientiem pēc 65 gadiem rekomendē panākt 130–139 mm Hg. Diastoliskā jeb apakšējā asinsspiediena vērtība ir 70–79 mm Hg. Ar savu dakteri nepieciešams pārņemt arī lipīdu mērķus. Nozīmīgākais rādītājs, kam jāseko, ir ZBLH. Pacientiem ar ļoti augstu kardiovaskulāro risku, ieskaitot tos, kuriem jau konstatēta aterosklerotiska kardiovaskulāra slimība, ir bijis miokarda infarkts, likti stenti, sasniedzamais mērķis ir $<1,4$ mmol/l. Cukura diabēta kontekstā ir vērts pieminēt arī urīna analīzi, pārbaudot mikroalbuminuriju jeb olbaltumvielas albumīna daudzumu. Rādītājs būtībā atspoguļo nieru bojājuma attīstību, bet šobrīd ir pierādīts arī kā augsta riska sirds un asinsvadu slimību marķieris. Sekmīgas terapijas rezultātā šo rādītāju ir iespējams mazināt.

– Kāda ir mūsdienīga 2. tipa cukura diabēta medikamentozā ārstēšana kardiologa skatījumā?

– Svarīgākais, ko mēs vēlamies panākt ar medikamentiem, ir glikozes līmeņa kontrole. Tomēr paralēli sagaidām arī kardiovaskulāros ieguvumus un drošu zāļu lietošanu sirds un asinsvadu slimību pacientiem. Pašlaik ir pieejami medikamenti, ar kuru palīdzību var sasniegt abus šos mērķus vai arī izveidot terapijas kombināciju, lai pacients no tās iegūtu pēc iespējas vairāk. Viena no medikamentu grupām ar kardiovaskulārajiem ieguvumiem ir SGLT-2 inhibitori. Otra būtiskā medikamentu grupa, raugoties no kardioloģiskās puses, ir GLP-1 receptoru agonisti. Šie medikamenti veicina no glikozes līmeņa asinīs atkarīgu insulīna izdalīšanu. Šīs grupas preparātiem piemīt vēl viens efekts, kas ir aktuāls arī 2. tipa cukura diabēta pacientiem, – ķermeņa masas samazināšana. Pacientiem ar diagnosticētu aterosklerotisku kardiovaskulāro slimību un 2. tipa cukura diabētu šo grupu medikamentu

pievienošana terapijai tiek rekomendēta neatkarīgi no glikēmijas rādītājiem, glikētā hemoglobīna un paralēli lietotajiem hipoglikemizējošajiem preparātiem. Ir pierādīts, ka tie var mazināt kardiovaskulāros notikumus.

– Kādas dzīvesveida izmaiņas jūs ieteiktu cukura diabēta pacientiem, lai mazinātu kardiovaskulāro slimību attīstības risku?

– Dzīvesveida izmaiņas ir viens no pamatakmējiem 2. tipa cukura diabēta ārstēšanas procesā. Runājot par uzturu, es teiktu, ka diabēta pacientiem sirds un asinsvadu slimību kontekstā tiek rekomendēta Vidusjūras tipa diēta ar uzsvāru uz pilngradaugu produktiem, dārzeņiem, jūras produktiem, augstu nepiesātināto tauku daļu, ieskaitot olīveļļu. Ar augļiem cukura diabēta pacientiem jābūt nedaudz piesardzīgiem. Diētā būtu jāiekļauj produkti ar augstāku olbaltumvielu saturu, kam ir pierādīts pozitīvs efekts kardiovaskulāro riska faktoru mazināšanā. Jāizvairās no vienkāršo cukuru uzņemšanas, saldināto dzērienu patēriņš. Bet būtiski visu sabalansēt. Kā savulaik teicis alķīmīķis un ārsts Paracelz – visas lietas ir indīgas, tikai mērs ir tas, kas padara tās nekaitīgas.

Regulāra fiziskā slodze un kustības kā tādas pozitīvi ietekmē vielmaiņas procesus organismā un sniedz pierādītu uzlabojošu efektu cukura diabēta pacientiem. Pat jebkura veida un apjoma fiziskā aktivitāte dos pozitīvu piensumu. Sākt var ar katru dienu 1000 papildus noietiem soļiem. Pamatām fizisko aktivitāšu līmeni var kāpināt. Par optimālu tiek uzskatīts 150 minūtes mērenas fiziskās aktivitātes vai 75 minūtes intensīvu izturības treniņu nedēļā. Protams, izvēloties fiziskās aktivitātes, jāņem vērā cilvēka vecums, slimības. Tomēr jebkurš jāiedrošina iespēju robežās kustēties. Pacientiem ar lieko ķermeņa masu viens no terapijas pamatiem ir tās samazināšana. Pierādīts, ka tās samazinājums kaut vai par 5 procentiem uzlabo glikēmijas kontroli, kā arī lipīdu līmeni un asinsspiedienu. Ķermeņa masas redukcijas pamats ir enerģijas balansu uzlabošana organismā – palielinot fizisko aktivitāšu līmeni un koriģējot ēšanas paradumus. Tomēr, ja šādā veidā to neizdodas panākt, tad ar ārstu jākonsultējas par palīgspējām – medikamentozām vai pat ķirurģiskām. Lai mazinātu kardiovaskulāro risku, tiek rekomendēta smēķēšanas atmešana, un tas noteikti neattecas tikai uz cukura diabēta pacientiem. Galvenais mērķis gan kardiovaskulāro slimību, gan cukura diabēta un citu slimību pacientiem ir uzlabot prognozi un dzīves kvalitāti.

Raksts tapis sadarbībā ar Novo Nordisk Latvia SIA

Nepalaid garām laiku!

GUNTA FREIMANE

Kaut diabēta pacientu ārstēšanas iespējas kļūst arvien daudzveidīgākas, bieži vien rezultāti nav tik labi, kā gaidīts. Iemesli tam ir dažādi, bet pats galvenais – pacientu izpratnes trūkums par savlaicīgas un nepārtrauktas ārstēšanas nozīmi.

Siguldas slimnīcas ambulatorās nodaļas endokrinoloģe **Renāte Helda** uzsver, ka cukura diabēta pacients nedrīkstētu iet pa sev tik ērto ceļu, pagarinot zāļu receptes pa tālruni. Mūsdienās ir pieejami efektīvi medikamenti cukura diabēta ārstēšanai, kas sniedz iespēju ne tikai efektīvi pazemināt glikozes līmeni asinīs, bet arī aizkavēt nieru bojājuma un sirds mazspējas progresēšanu, kā arī sekmīgāk samazināt lieko ķermeņa svaru. Tomēr pacienta attieksmei ir izšķiroša nozīme. Ja ārsts pacientu nesatiek gadiem ilgi vai arī diabēta pacients domā, ka visu atrisinās brīnumtablete un vairs nav nepieciešams ievērot uztura plānu, tad mūsdienīgas ārstēšanas iespējas paliek neizmantotas.

– 2. tipa cukura diabēta pacientiem bieži sastop arī nieru bojājumu un sirds mazspēju. Kādām veselības pārbaudēm un izmeklējumiem būtu jāpievērš uzmanība, lai šīs slimības laikus konstatētu?

– Vispirms vēlos uzsvērt, ka cukura diabētam jābūt maksimāli labi kompensētam. Tas ir pirmais solis nieru bojājuma un sirds mazspējas riska samazināšanai un attīstības aizkavēšanai. Ja par nierēm, tad pirmās izmeklēšanas metodes ir vispārīgā urīna analīze un mikroalbuminūrijas noteikšana. Ar šīm metodēm novērtējam, vai urīnā ir olbaltums – sīkākās vai lielākas olbaltumu daļiņas. Jānosaka arī glomerulārās filtrācijas ātrums (GFĀ), lai novērtētu nieru funkcionālo stāvokli. Lai aprēķinātu GFĀ, pacientam ir jānosaka kreatinīna līmenis plazmā. Šos izmeklējumus jāveic pilnīgi visiem cukura diabēta pacientiem, neatkarīgi no viņu stāvokļa un sūdzībām, jo nieru bojājumu pats nevar sajūst.

Attiecībā uz sirds veselības pārbaudēm – uzskatu, ka jebkuram cukura diabēta pacientam būtu jāveic ne tikai elektrokardiogramma (biežums atkarīgs no sirds veselības), bet arī ehokardiogramma, kas sniedz iespēju novērtēt, vai nav attīstījusies sirds mazspēja. Kā zināms, uz šo izmeklējumu ir garas rindas un tāpēc saņemot to kā valsts apmaksātu pakalpojumu ir diezgan grūti. Vispareizāk būtu, ja diabēta pacientu uz ehokardiogrammu nosūtītu ģimenes ārsts. Pašlaik šo izmeklējumu veic tad, kad ir aizdomas par sirds mazspēju, tomēr es uzskatu, ka tas būtu jāveic visiem cukura diabēta pacientiem. Atšķirības varētu būt periodiskumā, tas ir, cik bieži izmeklējums jāveic.

Vēl sirds veselības pārbaudei svarīgi ir noteikt nātrijurētisko peptīdu NT-proBNP. Tas ir laboratorisks izmeklējums, kas sniedz informāciju par to, vai pacientam ir attīstījusies sirds mazspēja. Diemžēl valsts šo izmeklējumu neapmaksā, tomēr tas nepieciešams, lai izlemtu par zāļu lietošanu, kas var palīdzēt saglabāt sirds veselību.

– Jūs minējāt, ka vispirms cukura diabētam jābūt labi kompensētam. Vai nebūs par vēlu veikt nieru un sirds veselības pārbaudes, ja gaidīsim, kamēr pacientam izdodas panākt labu diabēta kompensāciju?

– Es uzskatu, ka par diabēta kompensāciju būtu jādomā PIRMS nevis PĒC diabēta vēlnio

sarežģījumu jeb komplikāciju attīstības, tostarp PIRMS nieru un sirds bojājumu attīstības. Dažkārt es cukura diabēta pacientu sastopu savā kabinetā tikai tad, kad slimības ilgums ir jau 5–10 gadi vai vēl ilgāk. Un ģimenes ārsts nav mainījis ārstēšanu, kaut arī glikētā hemoglobīna HbA_{1c} līmenis pacientam ir 8–10 procenti. Pacientam sūdzību nav un nav arī izpratnes, kāpēc ģimenes ārsts viņu atsūtījis pie endokrinologa. Tie nav daži gadījumi, bet desmitiem tādu. Šādi diabēta pacienti desmit gadus nav saņēmuši normālu aprūpi un ārstēšanu, tāpēc izmeklēšanā konstatē vairākas diabēta komplikācijas, kas ir neapmierinošas diabēta kompensācijas sekas. Mēs esam palaiduši garām laiku, kad šīs komplikācijas varēja nepieļaut.

– Vai ir pietiekami daudz pētījumu, vadlīniju, ieteikumu, kā vajadzētu ārstēt pacientus ar 2. tipa cukura diabētu, kuriem ir arī sirds mazspēja un nieru bojājums?

– Ieteikumi ir. Amerikas Diabēta asociācija sadarbībā ar Eiropas Diabēta pētniecības asociāciju regulāri pārstrādā un papildina ieteikumus atbilstoši pētījumu gūtiem pierādījumiem par to, kā efektīvāk ārstēt diabētu. Šie starptautisko profesionālo organizāciju ieteikumi ir uzrakstīti saprotamā valodā. Vienīgais jautājums – vai tie tiek praktiski īstenoti. Piemēram, Latvijas Ģimenes ārstu asociācija panāca, lai ģimenes ārstiem būtu tiesības diabēta pacientiem uzsākt ārstēšanu ar jauno grupu medikamentiem, tostarp SGLT-2i, tomēr ļoti reti ģimenes ārsts ir tas, kurš diabēta pacientam uzsāk šādu ārstēšanu. Ja pacients pie endokrinologa neaiziet, tad ir liels risks, ka ārstēšana ilgstoši netiks mainīta.

– Cik ilgi jābūt augstam glikozes līmenim vai augstam asinsspiedienam, lai tas sabojātu nieres?

– Nevajadzētu domāt, ka ir kāds noteikts laiks, kad varam neārstēt diabētu un paaugstinātu asinsspiedienu. Kad konstatē paaugstinātu arteriālo asinsspiedienu, to uzreiz jāārstē. Ļoti svarīgi zināt, ka asinsspiediena mērījums, ko veic ārsta kabinetā, nelielā mērā par pacienta asinsspiedienu ikdienā. Cilvēks ir uztraucies, viņam ir «baltā halāta sindroms». Daži pat stāsta, ka visu nakti nav gulējuši, jo jāiet pie ārsta. Pacientam vajadzētu mērīt asinsspiedienu mājās, mierīgos apstākļos trīs reizes pēc kārtas un labākā mērījuma rezultātu ierakstīt dienasgrāmatā. Pēc tam ārsts var izvērtēt asinsspiedienu un noteikt ārstēšanu. Aparātu

asinsspiediena mērīšanai vajadzētu iegādāties katram pašam, lai nebūtu jālūdz citu cilvēku palīdzība, jo šādā situācijā asinsspiediens atkal būs augstāks nekā ikdienā. Vienlaikus jāņem vērā, ka no stresa dzīvē un darbā nevaram izvairīties. Tāpēc, ja asinsspiediens paaugstinās ārsta kabinetā, tas liecina, ka pacientam ir par 8 procentiem augstāks kardiovaskulāro notikumu (infarkta, insulta) risks.

Ja asinsspiediens ir paaugstināts, tad nekavējoties sākam to ārstēt. Ārstēšanās nav jāatliek, lai pārliecinātos, vai asinsspiediens nepazemināsies pats no sevis. Sākam ārstēt nekavējoties.

– Ne visiem izdodas sasniegt glikozes līmeņa, asinsspiediena un lipīdu (holesterīna, triglicerīdu) mērķa rādītājus. Kādi ir biežākie šķēršļi ārstēšanas mērķu sasniegšanai?

– Pirmais un galvenais šķērslis mērķu sasniegšanai ir cilvēks pats. Cilvēkam pašam jātic, ka šos mērķus ir svarīgi sasniegt, jo ievērojami palielinās infarkta, insulta un citu būtisku un smagu veselības problēmu risks. Bet cilvēks klausās un negrib ticēt, ka tas reāli var notikt ar viņu.

Viens no šķēršļiem ir arī tas, ka diabēta pacients dažkārt ilgstoši receptes «pagarina» attālināti un ģimenes ārstu neapmeklē. Cilvēkam šķiet ērti, ka var pie ārsta neiet un pasūtīt receptes pa telefonu. Tas atkarīgs ne tikai no ārsta, bet arī no cilvēka paša.

Saistībā ar asinsspiedienu cilvēki bieži mēģina zāļu lietošanu «regulēt», piemēram, pēc pašsajūtas un asinsspiediena rādītājiem. Ja jūtas labāk, asinsspiediens ir zemāks, tad zāles nelieto, ja sliktāk, asinsspiediens augstāks, – zāles lieto. Sekas ir lielas asinsspiediena svārstības, piemēram, sistoliskais asinsspiediens ir 105–150 mmHg stabā, bet organismam šādas svārstības ļoti nepatīk. Ja asinsspiediens mēdz būt pārāk zems, ārstēšanu vajadzētu mainīt, tomēr tas iespējams tikai tad, ja pacients iet pie ārsta un par to pastāsta, nevis pagarina receptes pa telefonu.

– Kas ir mainījies endokrinologa darbā pēdējos gados?

– Ļoti pozitīvi vērtēju to, ka varam receptes izrakstīt elektroniski, jo tehniskie uzlabojumi dod iespēju vairāk laika veltīt pacientam. Taču ar nosacījumu, ka mēs pacientus arī redzam, nevis vienkārtīgi pagarinām receptes pa telefonu. Arī jaunās tehnoloģijas diabēta kontrolē, piemēram, nepārtrauktās glikozes līmeņa noteikšanas sistēmas, ir ļoti efektīvas un palīdz diabēta ārstēšanā.

Vēl pozitīvs fakts ir vairāku jaunu medikamentu grupu ienākšana cukura diabēta pacientu ārstēšanā, piemēram, SGLT-2i ne tikai efektīvi pazemina glikozes līmeni asinīs, bet arī sniedz iespēju aizkavēt hroniskas nieru slimības un sirds mazspējas progresēšanu.

Savukārt cilvēku attieksme pret savu veselību un motivācijas trūkums ir tas negatīvais, kas nav mainījies. Iespējams, pacienti mūsdienās vairāk paļaujas uz modernajām zālēm. Piemēram, cilvēks sāk lietot SGLT-2i un rezultāti ir fantastiski – glikētais hemoglobīns HbA_{1c} pazeminās no 11 procentiem līdz nedaudz virs 6 un svars samazinās par 7–8 kilogramiem. Samazinās arī sirds mazspējas izraisītais elpas trūkums un nespēks. Tad cilvēks sāk paļauties, ka zāles viņa vietā visu izdarīs, nav vairs nepieciešams ne uztura režīms, ne glikozes līmeņa kontrole. Sākumā paliek tikai nedaudz sliktāk, bet vēlāk kļūst patiešām slikti. Diemžēl cilvēki nav kļuvuši apzinīgāki.

Pašlaik arī ievērojami mazinājusies pacientu interese par diabēta apmācību. Piedāvāju par brīvu mācīties, bet nav gribētāju. Pacienti apmeklē apmācību pēc diagnozes noteikšanas, kad ir nobijušies, bet pēc tam nereti uzskata, ka visu zina, un atsakās mācīties. Agrāk, kad apmācības kabinets bija Siguldā, diabēta pacienti to labprāt apmeklēja, bet braukt mācīties kaut kur citur nevēlas. Iespējams, daudz ko var izlasīt arī internetā, bet redzu, ka daudziem nav zināšanu un izpratnes par savu slimību, tāpēc jāsecina, ka laikam nelasa...

Diemžēl endokrinologu pieejamība ir samazinājusies, jo pacientu ir vairāk, nekā spējam ārstēt. Pat tad, ja valsts apmaksātu visas sniegtās konsultācijas, fiziski nav iespējams pieņemt visus pacientus, kuriem tas būtu nepieciešams. Rindas kļūst arvien garākas. Kad diabēta pacients atnāk pirmo reizi, es viņu nosūtu uz izmeklējumiem, tomēr nevaru teikt, lai pierakstās rindas galā, tāpēc pierakstu papildu laikā. Šādu papildus pierakstītu pacientu kļūst arvien vairāk un vairāk. Pēc diagnozes noteikšanas ar pacientu būtu nepieciešams intensīvāk pastrādāt 3–6 mēnešus, lai ievirzītu viņu ārstēšanā, tomēr tas nav iespējams. Šāda situācija rada diskomfortu un samazina gandarījumu par darbu. Jaunie ārsti papildina endokrinologu rindas, tomēr tas notiek lēnāk, salīdzinot ar diabēta pacientu skaita pieaugumu.

SIRDS MAZSPĒJA

Sirds mazspēja attīstās, kad sirds nespēj pārsūknēt pietiekami daudz asiņu, lai nodrošinātu nepieciešamo skābekļa apjomu organismā.¹

Sirds mazspēja atšķiras no citiem kardiovaskulāriem traucējumiem.^{1,2,3}



KARDIOVASKULĀRA SLIMĪBA

Uz visām sirds un asinsvadu slimībām attiecināms jēdziens.

Ietver miokarda infarktu, sirds mazspēju, insultu un perifēro artēriju slimības.



MIOKARDA INFARKTS

Neatliekams stāvoklis, ko izraisa akūta miokardu artēriju nosprostošanās. Var izraisīt hroniskas sirds slimības, tostarp sirds mazspēju.



SIRDS MAZSPĒJA

Progresējošs un potenciāli dzīvībai bīstams stāvoklis, ko izraisa miokarda novājināšanās.

3 galvenie sirds mazspējas simptomi:⁴



ELPAS TRŪKUMS



ŠĶIDRUMA UZKRAŠANĀS, PIEMĒRAM, TŪSKA AP POTĪTĒM

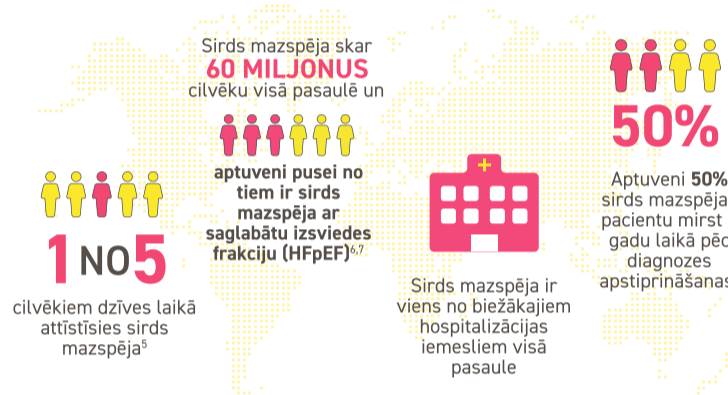


NESPĒKS

Citi simptomi:⁴

Pastāvīgs klepus un sācoša elpa, ēsgrības trūkums, slikta dūša, apjukums, paaugstināta sirdsdarbība

Sirds mazspēja ir nozīmīga problēma pasaulē:

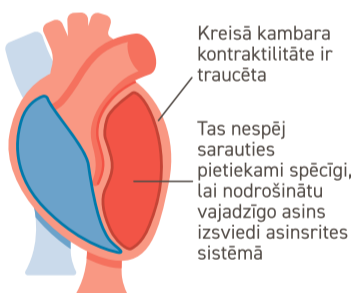


Izšķir 2 galvenos sirds mazspējas veidus,

pamatojoties uz kreisā kambara izviedes asins tilpumu – kreisā kambara izviedes frakciju (KKIF)¹⁰

1 SIRDS MAZSPĒJA AR SAMAZINĀTU IZVIEDES FRAKCIJU (HF_{rEF})¹¹

jeb sistoliska disfunkcija



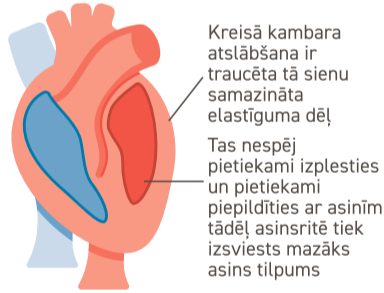
KKIF = <40%¹²

PIEEJAMĀ ĀRSTĒŠANA^{13,14,15}

- Beta blokatorus
- Angiotensīnu konvertējošā enzīma (AKE) inhibitorus
- Angiotensīna receptoru neprilazīna inhibitorus (ARNI)
- Minerālkortikoidu receptoru antagonistus (MRA)³
- Angiotensīna II receptoru blokatorus (ARB)
- SGLT-2 inhibitorus

2 SIRDS MAZSPĒJA AR SAGLABĀTU IZVIEDES FRAKCIJU (HF_{pEF})¹¹

jeb diastoliska disfunkcija



KKIF = >50%¹²

PIEEJAMĀ ĀRSTĒŠANA¹⁶

SGLT-2 inhibitori

*SGLT2 inhibitorus iesaka neatkarīgi no sirds mazspējas izviedes frakcijas

Sirds-asinsvadu un citu orgānu sistēmu savstarpējās saistības dēļ, cilvēkiem ar sirds mazspēju ir lielāks citu slimību attīstības risks, piemēram:¹⁷



NIERU SLIMĪBA



2. TIPA CUKURA DIABĒTS

Savlaicīga citu orgānu darbības izvērtēšana un traucējumu novēršana var aizkavēt slimību attīstību.^{18,19,20}

References: 1. American Heart Association. What is Heart Failure? Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure>. Accessed: August 2021. 2. American Heart Association. What is a Heart Attack? Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks>. Accessed: August 2021. 3. American Heart Association. What is Cardiovascular Disease? Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/consumer-healthcare/what-is-cardiovascular-disease>. Accessed: August 2021. 4. American Heart Association. Warning Signs of Heart Failure. Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/warning-signs-of-heart-failure>. Accessed: August 2021. 5. Ponikowski P, et al. ESC Heart Fail. 2014;1(1):4-25. 6. GBD 2017. Lancet. 2018;392(10159):1789-1858. 7. Andersen, M.J., Borlaug, B.A. Curr Cardiol Rep. 2014;16,501. doi: 10.1007/s11886-014-0501-8. 8. Ambrosy AP, et al. J Am Coll Cardiol. 2014;63(12):1123-33. 9. Benjamin EJ, et al. Circulation. 2019;139:e56-e528. 10. Kosaraju A, et al. Left Ventricular Ejection Fraction. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; May 3, 2021. 11. American Heart Association. Types of Heart Failure. Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/types-of-heart-failure>. Accessed: August 2021. 12. Bozkurt B, et al. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2021;14(4):e000102. 13. Straw S, et al. Open Heart. 2021;8:e001585. doi: 10.1136/openhrt-2021-001585. 14. Maddox TM, et al. J Am Coll Cardiol. 2021;[Epub ahead of print]. 15. Zannad et al. European Heart Journal. 2012;33(22):2782-95. 16. ClinicalTrials.gov. NCT03057951. Accessed: August 2021. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. J Am Coll Cardiol. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>. 17. Metra, M, et al. Journal of Cardiovascular Medicine. 2011;12(2):76-84. doi: 10.2459/JCM.0b013e32834058d1 18. Rippe JM. AM J Lifestyle Med. 2019;13(2):204-12. 19. Luyckx VA. Kidney Int Suppl. 2017;7(2):71-87. 20. American Diabetes Association. Diabetes Care. 2021;44(Suppl.1):S1-S2

Informācija veselības aprūpes speciālistiem



Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG Latvijas filiāle, Matrožu iela 15A, Rīga, LV-1048, Latvija.
Tālr.: +371 67 240 011, e-pasts: lv.rig@boehringer-ingelheim.com
Saskaņošanas datums 19.07.2023. PC-LV-100961

Hroniska nieru slimība? Dzīvo kvalitatīvi!

GUNTA FREIMANE

Strauji pieaugot cilvēku skaitam ar arteriālo hipertensiju, cukura diabētu un aptaukošanos, pieaug arī hroniskas nieru slimības pacientu skaits un tās izraisītā mirstība. Mūsdienu medikamenti ļauj šo tendenci piebremzēt.

Sarunā par hronisko nieru slimību ar P. Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Nefroloģijas centra virsārsti, Rīgas Stradiņa universitātes asociēto profesori, Latvijas Nefrologu asociācijas prezidenti **Ieva Ziediņu** pārrunājam gan jaunumus no neseniem kongresiem un publikācijām, gan to, kādas iespējas pacientam sniedz jaunākie medikamenti, gan arī to, kā viņa varētu atbildēt uz Latvijā tik izplatītajiem mītiem, ka «visas zāles ir ķīmija». Lasiet, kā mums visiem iet līdzī laikā un gūt papildu desmit gadus kvalitatīvas dzīves.

– Lūdzu, raksturojiet hroniskas nieru slimības būtību.

– Hroniska nieru slimība, ko agrāk sauca par hronisku nieru mazspēju, ir vai nu strukturālas, vai funkcionālas izmaiņas nierēs, kas ilgst vairāk nekā trīs mēnešus. Ar funkcionālām izmaiņām visbiežāk saprot glomerulu filtrācijas ātrumu (GFĀ) zem 60 ml/min, bet var būt arī, piemēram, olbaltums urīnā. Ar strukturālām izmaiņām saprot, piemēram, daudzas cistas nierēs vai nieru biopsijā konstatētas izmaiņas. GFĀ liecina par nieru spēju filtrēt asinis.

– Kādi ir galvenie hroniskas nieru slimības cēloņi?

– Hronisku nieru slimību konstatē katram trešajam pacientam ar cukura diabētu un katram piektajam pacientam ar arteriālo hipertensiju. Citi cēloņi ir hroniski glomerulonefrīti, hroniski intersticiāli nefrīti, nieru policistozē.

Sagrupējot pēc pamatdiagnozēm pacientus, kuriem Latvijā veic nieru aizstājterapiju (hemodialīzi, peritoneālo dialīzi, nieres transplantāciju), 32,6 procentiem ir cukura diabēts un 10,8 procentiem – arteriālā hipertensija. Arī šī statistika liecina par hroniskas nieru slimības izplatītākajiem cēloņiem.

– Jūs nesat atgriezīties no kongresa, kas pulcēja Eiropas valstu nefrologus. Kādi jaunumi par hronisku nieru slimību tika izziņoti kongresā?

– Gan nefrologus, gan arī citus veselības aprūpes speciālistus dara bažīgus fakts, ka, salīdzinot ar deviņdesmitajiem gadiem, mirstība no hroniskas nieru slimības ir pieaugusi par 41 procentu. Hronisku nieru slimību sastop 10–15 procentiem iedzīvotāju. Tomēr risks saslimt ar to ievērojami pieaug, ja cilvēkam ir arteriālā hipertensija, cukura diabēts un aptaukošanās. Un šo slimību izplatība strauji aug, tāpat arī aug iedzīvotāju dzīves ilgums, gados vecāku cilvēku skaits.

Pagājušajā gadā 130 000 pacientu Eiropā nāves iemesls bija hroniska nieru slimība. Un, ja pirms 10 gadiem hroniska nieru slimība kā nāves iemesls bija 19. vietā, tad tiek prognozēts, ka 2040. gadā tā būs 5. vietā. Cēlonis lielākai mirstībai ir tas, ka ievērojami pieaudzis pacientu skaits.

– Tātad hroniska nieru slimība ir drauds sabiedrības veselībai?

– Jā, šī slimība ir ne tikai drauds pašam pacientam un viņa ģimenes labklājībai, bet arī slogs sabiedrības labklājībai, jo, kā jau minēju, rada priekšlaicīgu mirstību, invaliditāti, papildu izdevumus valsts budžetam un veselības aprūpes sistēmai. Mūsdienās daudz runā par kvalitatīvi nodzīvoto gadu skaitu. Hroniskas nieru slimības pacients



Ieva Ziediņa: «Mūsdienu medikamenti – SGLT-2i, minerālkortikoidu receptoru antagonisti un, pēc jaunākās informācijas, arī GLP-1 grupas medikamenti – var attālināt nieres aizstājterapijas uzsākšanu. Ar SGLT-2i grupas medikamentiem to varam aizkavēt par desmit gadiem.»

hemodialīzes vai peritoneālās dialīzes laikā nevar dzīvot kvalitatīvi. Šajā posmā visa dzīve ir pakārtota dialīzei – cilvēks nevar strādāt, nevar pavadīt laiku ar ģimeni, jo jāveic dialīze un pēc dialīzes nav spēka neko darīt, pašsajūta bieži ir slikta. Tātad, pacients saglabā dzīvību, bet ir ievērojams kvalitatīvi nodzīvoto mūža gadu zudums. Īpaši svarīgas ir tāpēc, ka dialīzi Eiropā uzsāk vidēji 45–47 gadu vecumā, tātad, tieši tajā mūža posmā, kad cilvēks ir visefektīvākais darba tirgū.

Savukārt labā ziņa ir tā, ka mūsdienu medikamenti – SGLT-2i, minerālkortikoidu receptoru antagonisti un, pēc jaunākās informācijas, arī GLP-1 grupas medikamenti – var attālināt nieres aizstājterapijas uzsākšanu. Ar SGLT-2i grupas medikamentiem to varam aizkavēt par desmit gadiem.

– Kādi izmeklējumi būtu jāveic, lai savlaicīgi diagnosticētu hronisku nieru slimību?

– Galvenie rādītāji, kas būtu jānosaka, veicot nieru funkcijas pārbaudi, ir:

- Kreatinīna daudzums asinīs, ko izmanto arī GFĀ aprēķināšanai.
- Mikroalbuminūrijas analīze (jāņem vērā, ka tas ir atsevišķs laboratorisks urīna izmeklējums, kas neietilpst vispārīgajā urīna analīzē).
- Urīna analīze.
- Nieru ultrasonoskopija.

– Kādas pazīmes var liecināt par hronisku nieru slimību? Vai varam pajauties, ka sajūtīsim nieru funkcijas pasliktināšanos?

– Slimības sākumā cilvēkam nav nekādu sūdzību un slimības simptomu. Kad nieru filtrācijas spēja

samazinās zem 50 procentiem, rodas nespēcīgi simptomi, jo organismā uzkrājas toksiskie gala produkti, kas būtu jāizvada nierēm, bet kas netiek izvadīti. Viens no pirmajiem simptomiem ir vajadzība iet urinēt naktī, vēlāk rodas tūska, ādas nieze, muskuļu krampji, nogurums.

– Atgriezīties pie jaunumiem no nesena kongresa, – vai ir kādi jauni dati par jūsu minētajiem medikamentiem, kas var aizkavēt hroniskas nieru slimības progresēšanu?

– Viens no plašākajiem pētījumiem par hronisku nieru slimību *EMPA-Kidney* tika pabeigts 2022. gadā. 2023. gadā publicēta metaanalīze (vairāku pētījumu rezultātu apkopojums) par 13 pētījumiem, kas kopā ietvēra vairāk nekā 90 000 pacientu. Šajā nozīmīgajā publikācijā pierādīts, ka SGLT-2i vienlīdz labi, kopumā par 37 procentiem (pacientiem ar diabētu – par 38 procentu), samazina hroniskas nieru slimības progresēšanu pacientiem ar diabētu un bez diabēta. Tas ir īpaši svarīgi tāpēc, ka pacienti dažkārt šaubās, vai būtu jālieto SGLT-2i grupas medikamenti, kas sākotnēji bija izstrādāti 2. tipa cukura diabēta ārstēšanai. Pētījumu datu analīzē arī konstatēts, ka SGLT-2i grupas medikamenti ir efektīvi pacientiem, kuriem hronisku nieru mazspēju izraisījuši glomerulonefrīti, kā arī pacientiem ar arteriālās hipertensijas un aterosklerozes izraisītu hronisku nieru slimību. Metaanalīzes dati liecina, ka SGLT-2i lietošana dialīzes uzsākšanu var attālināt par 10–11 gadiem. Un, jo ātrāk pacientu sāk ārstēt

ar SGLT-2i, jo lielāks ir ieguvums. Vienlaikus nav tā, ka pacientiem ar smagāku hronisku nieru slimību vairs nebūtu vērts uzsākt lietot šīs grupas medikamentus. Ieguvums ir pacientiem jebkurā hroniskas nieru slimības stadijā.

– Kādi pētījumi pašlaik tiek veikti ar SGLT-2i grupas medikamentiem?

– Pašlaik notiek SGLT-2i pētījumi pacientiem, kurus ārstē ar dialīzi, lai noskaidrotu, vai SGLT-2i sniedz iespēju samazināt dialīzes pacientu mirstību. Notiek arī pētījumi ar pacientiem pēc nieres transplantācijas, lai izpētītu, vai SGLT-2i palielina transplantātu dzīvildzi.

– Ir zināmas vairākas medikamentu grupas, kas palīdz aizsargāt nieres, samazināt hroniskas nieru slimības progresēšanu, piemēram, šādas īpašības ir t.s. -priļiem un -sartāniem. Vai pacientiem pēc SGLT-2i lietošanas uzsākšanas ir jāturpina iepriekš uzsāktā ārstēšana ar minēto grupu medikamentiem?

– Jā, jo pētījumi ar SGLT-2i ir veikti pacientiem, kuri lieto arī bāzes terapiju (-priļus vai -sartānus). Vēl viena jauna medikamentu grupa hroniskas nieru slimības aizkavēšanai ir minerālkortikoidu receptoru antagonisti. Pašlaik gan vēl nav plašāku pētījumu, kur pacienti saņemtu vairāku jauno grupu medikamentus.

– Kā jūs motivētu uzsākt SGLT-2i terapiju, ja pacients jautā, kāpēc būtu kļāt pie citiem jālieto vēl viens medikaments?

– Es pacientam teiktu, ka ar paša nieri dzīvot vienmēr ir labāk nekā ar mākslīgu vai transplantētu. Un viena tablete reizi dienā daudz pūļu neprasa. Pat zobi ir jāmazgā biežāk.

– Ko varat atbildēt pacientam, kurš uzskata, ka «zāles ir ķīmija un bojā nieres»?

– Nesen kāds no maniem pacientiem pēc nieres transplantācijas pirms došanās uz mājām iegādājās visus medikamentus, kas būs jālieto, un ar tiem bija pilns lielais sarkanais RIMI maisiņš. Mājās viņš nosvēra medikamentus uz virtuves svariem, un šie medikamenti svēra kilogramu!

Sabiedrībā ir mīts par nieres transplantāciju – ir priekšstats, ka tas ir kā iebraukt autoservisā un nomainīt detaļu, lai pēc tam varētu dzīvot bez rūpēm. Bet cilvēki nestādās priekšā, cik daudz zāļu jālieto pēc nieres transplantācijas, piemēram, pārstādītā orgāna pretatgrūšanas medikamenti jālieto četras reizes dienā. Un šiem medikamentiem ir daudz nevēlamu blakusparādību.

Arī dialīze nepasargā no medikamentu lietošanas. «Mākslīgā niere» dara 10–15 procentus no nieres funkcijām, lai cilvēks nenomirtu. Dialīze nenodrošina hormonālo regulāciju, ko veic nieres, piemēram, neregulē asinsspiedienu, neražo eritropoētīnu eritrocītu veidošanai, aktīvo D vitamīnu, bet tikai izvada šlakvielas un lieko ūdeni. Tāpēc šīs funkcijas atkal jāmēģina aizstāt ar medikamentiem.

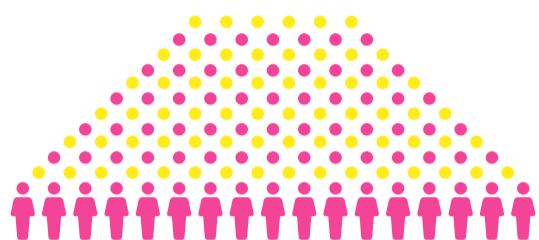
– Kā Latvijā pietrūkst hroniskas nieru slimības pacientu efektīvai aprūpei?

– Veselības ministrija plānojuši ieviest hroniskas nieru slimības skrīninga plānu, kas pašlaik tiek izstrādāts. Tas nozīmē, ka būs noteiktas pacientu grupas, kurām izmeklējumi savlaicīgi hroniskas nieru slimības diagnostikai būs jāveic reizi gadā vai reizi piecos gados. Tas būs iekļauts ģimenes ārsta kvalitātes vērtēšanas kritērijos, tāpēc ir lielāka iespēja, ka pacientu nosūtīs uz izmeklējumiem. Tomēr diagnostika ir tikai pirmais solis. Svarīgi, lai kompensējamo zāļu sarakstā tiktu iekļauti visi medikamenti, kas sniedz iespēju aizkavēt hroniskas nieru slimības progresēšanu, – SGLT-2i, minerālkortikoidu receptoru antagonisti un arī GLP-1, jo šogad publicēti pētījuma rezultāti par šīs zāļu grupas medikamentu pozitīvo ietekmi. Mums jāiet līdzī laikā!

Foto: No Ievas Ziediņas personīgā arhīva

Kardiovaskulārās, nieru un vielmaiņas slimības ir savstarpēji saistītas

KARDIOVASKULĀRAS, NIERU UN VIELMAIŅAS SLIMĪBAS, PIEMĒRAM, SIRDS MAZSPĒJA (SM), HRONISKA NIERU SLIMĪBA (HNS) UN 2. TIPA CUKURA DIABĒTS (2. TIPA CD), IR GLOBĀLA VESELĪBAS PROBLĒMA



Pasaulē ar SM, HNS un 2. tipa CD slimo vairāk nekā **1 miljards** cilvēku¹

Šīs slimības ir pasaulē biežākais nāves cēlonis²

20 miljoni nāves gadījumu katru gadu^{2,3}



Hospitalizētie pacienti veido vienu trešdaļu no kopējām stacionāra izmaksām, kas ir augsts klīniskais un ekonomiskais slogs.⁴

SM, HNS VAI 2. TIPA CD IR SAVSTARPĒJI SAISTĪTI, KAS PAAUGSTINA CITU KARDIOVASKULĀRU, NIERU UN VIELMAIŅAS SLIMĪBU RISKU^{1,5,6}

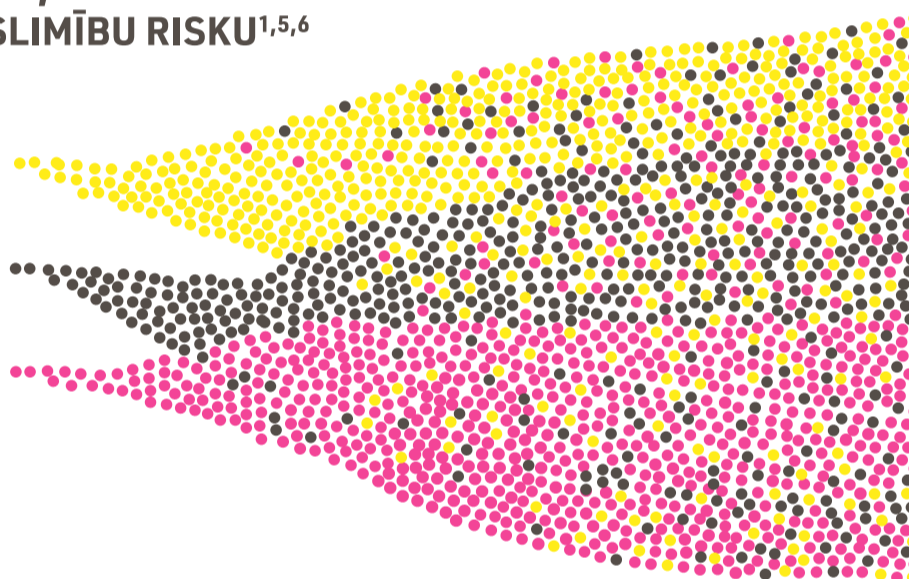
Līdz pat **60%** pacientu ar hronisku nieru slimību ir KV slimība⁷



Līdz pat **40%** pacientu ar 2. tipa CD ir HNS^{8,9}



Līdz pat **45%** pacientu ar SM ir 2. tipa CD¹⁰

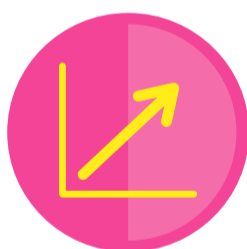


LAIKS

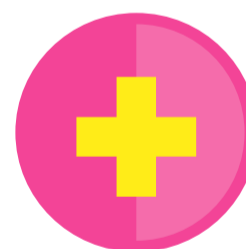
LAI NOVĒRSTU ŠO SLIMĪBU ATTĪSTĪBU NEPIECIEŠAMA HOLISTISKA PIEEJA



Kardiovaskulārām, nieru un vielmaiņas slimībām agrīnajās stadijās bieži nav simptomu, **tādēļ daudzos gadījumos tās netiek diagnosticētas**



Vienlaicīga divu vai vairāk kardiovaskulāru, nieru un vielmaiņas slimību esamība ir saistīta ar **palielinātu mirstību**^{7,11,12}



Agrīna izmeklēšana, diagnostika un terapija var **aizkavēt** SM, HNS un 2. tipa CD komplikācijas, tai skaitā **kardiovaskulāro nāvi**¹³⁻¹⁵

Atsauces

1. Schechter M, et al. *Cardiovasc Diabetol*. 2022;21:104. 2. Factsheet detailing the top 10 causes of death. World Health Organization. Available at: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death. Accessed: July 2023. 3. GBD 2015. *The Lancet*. 2016;388(10053):1459–544. 4. UK NIS report. Non-elective in-patient burden of Cardio-Renal-Metabolic (CRM) conditions in England: February 22, 2021, submitted to EASD 2021. 5. Bragazzi N, et al. *Eur J Prev Cardiol*. 2021;28(15): 1682–1690. 6. Braunwald E. *Prog Cardiovasc Dis*. 2019;62(4):298–302. 7. Lovre D, et al. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2018;47:237. 8. Afkarian M, et al. *JAMA*. 2016;316:602. 9. International Diabetes Foundation. Diabetes Atlas 9th Edition. Available at: <http://www.diabetesatlas.org>. Accessed: July 2023. 10. Packer M. *Diabetes Care*. 2018;41:11-13. 11. Birkeland K, et al. *Diabetes Obes Metab*. 2020;22:1607. 12. Afkarian M, et al. *J Am Soc Nephrol*. 2013;24:302. 13. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2023;46:S. 14. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. *Kidney Int*. 2022;102:S1. 15. Heidenreich P, et al. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79:e263.

Neļaut atvilnim sevi uzveikt

EVITA HOFMANE

Gastroezofageālā atviļņa slimība (GEAS) ir diagnoze, ar kuru gastroenterologi savā praksē sastopas ļoti bieži. Tai mēdz būt dažādi cēloņi, bet vieni no izplatītākajiem ir kaitīgie ieradumi: smēķēšana, alkohola lietošana, stress, neveselīgs uzturs – viss, kas saistīts ar dzīvesveidu. Šī slimība iet roku rokā ar lieko svaru. Tāpēc nav brīnums, ka, ņemot vērā aptaukošanās izplatību, ievērojami pieaug arī GEAS pacientu skaits.

Ar gastroenteroloģi **Diānu Lisovu** runājam par GEAS, tās diagnostiku un ārstēšanu, kā arī gastroprotekciju (kuņģa un zarna trakta aizsardzību) dažādu slimību gadījumā.

– Kas ir gastroezofageālā atviļņa slimība (GEAS)? Kā tā izpaužas?

– Gastroezofageālais atvilnis ir viena no biežākajām sūdzībām, ar ko pacienti pie mums vērsas. GEAS attīstās, kad kuņģa skābes atvilnis barības vadā izraisa simptomus. Slimība var noritēt bez vai ar atvilni saistītiem barības vada gļotādas bojājumiem, ko sauc par atviļņa ezofagītu. Atviļņa ezofagīts ar četrām smaguma pakāpēm attīstās aptuveni 40–50 procentiem pacientu.

Izšķir tipiskus jeb barības vada atviļņa simptomus (ap 70 procentiem pacientu) un atipiskus jeb ārpus barības vada simptomus (ap 30 procentiem).

Atviļņa simptomi bieži pastiprinās grūtniecības laikā.

Tipiskie barības vada simptomi ir:

- dedzināšana (pakrūtē, pa barības vada gaitu) – visbiežāk attīstās pēc ēšanas, liecoties, gulus stāvoklī;
- regurgitācija – kuņģa satura, skābes atvilnis;
- atraugas, nelabums – var būt saistīti ar kuņģa iztukšošanās traucējumiem.

Atipiskie jeb ārpus barības vada simptomi ir:

- klepus, krekšķis – var būt saistīti ar skābes nokļūšanu rīklē, elpceļos; skābes atvilnis var būt cēlonis bronhiālās astmas attīstībai;
- balss aizsmakums – saistīts ar skābes izraisītu balss saišu kairinājumu, visbiežāk to izjūt no rītiem;
- vidusauss iekaisums;
- sāpes krūtīs – visbiežākais ar sirds slimībām nesaistītais krūškurvja sāpju iemesls;
- zobu emaljas bojājumi.

Pacientiem, kuriem ir ārpus barības vada simptomi, reizēm klasisko atviļņa simptomu nemaz nav.

– Lidzīgas sūdzības var izraisīt dažādas veselības likstas. Kā tiek noteikta diagnoze?

– Diagnostikas pamatā ir endoskopiskā izmeklēšana. Primārā diagnostikas metode ir augšējā endoskopija jeb gastrokopija, kuras laikā izvērtē, vai pacientam ir endoskopiskais ezofagīts (ar aci redzams iekaisums barības vadā), vai vārstulis, kas atrodas starp barības vadu un kuņģi, ir vaļīgs, vai ir citas endoskopiski redzamas izmaiņas. Apmēram pusei pacientu endoskopiski redzamu izmaiņu barības vadā nav. Tādā gadījumā, ja diagnoze nav skaidra, varam veikt barības vada rentģenu vai pH-metriju.

– Kādos gadījumos ir jāvērsas pie ārsta un pie kāda – ģimenes ārsta vai uzreiz pie gastroenterologa? Kā ārsts var palīdzēt?

– Atvilnis ir sastopams ļoti bieži. Daudzi pacienti paši ilgstoši cīnās ar atviļņa simptomiem, lieto bezrecepšu medikamentus to mazināšanai.



Diāna Lisova:
«Gastroezofageālā atviļņa slimībai ir raksturīgi, ka sūdzību smagums ne vienmēr atbilst iekaisuma smagumam. Pacientam var nebūt sūdzību par atvilni vai tās var būt minimālas, bet ar aci redzamais iekaisums barības vadā var būt smags.»

Foto: No Gastro centra arhīva

Ja sūdzības traucē epizodiski un ir skaidri saskatāms izraisošais faktors – visbiežāk kofeīns (kafija), trekns vai ass uzturs, vīns –, pacients pie ārsta negriežas, lieto bezrecepšu medikamentus simptomu samazināšanai.

Simptomu mazināšanai rekomendētais uzturs un dzīvesstila izmaiņas:

1. ierobežot pārmērīgu kafijas lietošanu, treknu uzturu, gāzētus dzērienus;
2. ierobežot alkoholu, atmet smēķēšanu;
3. ieturēt neliela apjoma maltītes, nepārēsties;
4. uzturēt mērenu fizisko slodzi, sevišķi svara pieauguma gadījumā;
5. pacelt gultas galvgali, naktīs gulēt uz kreisajiem sāniem;
6. nelocīties pēc ēšanas, neēst trīs stundas pirms gulētiešanas;
7. izmantot stresa menedžmentu; ārstēt miega traucējumus;
8. periodiskiem simptomiem var palīdzēt antacīdu grupas preparāti.

Pacienti, kuriem nav tā saucamo bīstamo simptomu, kas prasītu neatliekamu izmeklēšanu, var uzsākt atviļņa medikamentozu ārstēšanu un endoskopiju uz dažiem mēnešiem var atlikt. Par bīstamiem simptomiem jeb *sarkano karodziņu simptomiem*, kas prasa neatliekamu izmeklēšanu (endoskopiju), tiek uzskatīta anēmija, asiņošana no gremošanas trakta, svara zudums, rīšanas traucējumi. Tādos gadījumos endoskopiju atlikt nedrīkst.

Pie kā pacientam vajadzētu vērsties ar savu problēmu? Daļa pacientu dodas pie ģimenes ārsta. Ģimenes ārsts ļoti labi prot nozīmēt medikamentus atviļņa ārstēšanai. Pacienti, kuriem ir vai nu izteikti simptomi, vai arī bīstamie simptomi, tiek nosūtīti uz endoskopiju, pēc tam viņi vērsas pie gastroenterologa. Reizēm pacients ar atviļņa simptomiem nonāk pie gastroenterologa uzreiz, apejot ģimenes ārstu.

Gastroezofageālā atviļņa slimībai ir raksturīgi, ka sūdzību smagums ne vienmēr atbilst iekaisuma smagumam. Pacientam var nebūt sūdzību par atvilni vai tās var būt minimālas, bet ar aci redzamais iekaisums barības vadā var būt smags. Savukārt tiem pacientiem, kuriem ir izteiktas atviļņa sūdzības, dedzināšanas sajūtas, endoskopiska ezofagīta var nebūt. Lidz ar to nevar novilkt striktu robežliniju, ka veikt endoskopiju būtu nepieciešams tikai tiem, kuriem ir smagi simptomi.

Pacientam nozīmētā terapijas kursa intensitāte un ilgums būs atkarīgs no iegūtajiem izmeklēšanas rezultātiem.

– Kā pašam pacientam saprast, ko nozīmē sāpes krūtīs? Kā atšķirt GEAS no funkcionāliem kuņģa un zarna trakta traucējumiem un kad būtu jāvērsas pie ārsta?

– Saistībā ar sāpēm krūtīs pacientam noteikti būtu jāveic kardioloģiska izmeklēšana. Jāizslēdz koronāra patoloģija – ar sirds asinsvadiem saistīta problēma. Ja šāda patoloģija netiek konstatēta, tad atvilnis ir biežākais ar sirds slimību nesaistītais iemesls sāpēm krūtīs.

– Vai kuņģa aizsardzības nolūkā būtu jāizvēlas protonu sūkņa inhibitoru (PSI) terapija?

– Protonu sūkņa inhibitori ir galvenā medikamentu grupa, ko lieto ar kuņģa skābi saistītu slimību ārstēšanai. Tā ir pamatpreparātu grupa, ko izmanto gastroezofageālā atviļņa gadījumā. Ārstēšanas kursa ilgums un intensitāte ir atkarīga no izmaiņām barības vadā un simptomu smaguma. Pamatterapijā parasti tiek nozīmēta protonu sūkņa inhibitoru lietošana vienu reizi dienā. Ja uzlabošanās nav, medikamenta devu var palielināt vai arī lietot zāles divas reizes dienā. Var pievienot antacīdus vai medikamentus gremošanas trakta peristaltikas uzlabošanai. Ja organisms uz šādu terapiju joprojām nereaģē, tiek veikti izmeklējumi, lai precizētu, vai simptomus izraisa atvilnis vai tomēr cita slimība.

Ilgtermiņa PSI lietošana var būt nepieciešama sekojošos gadījumos: pacientiem ar smagas pakāpes (C, D) ezofagītu; skābes atviļņa izraisītām striktūrām (saaugumiem) barības vadā; pacientiem ar čūlu anamnēzē un nepieciešamību lietot nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus (NPL); hroniskas NPL

lietošanas gadījumos, sevišķi lielās devās; gados vecākiem cilvēkiem > 65 g.v.; NPL kombinācijā ar steroidiem vai trombocītu funkciju ietekmējošiem medikamentiem; pacientiem ar kuņģa skābes hipersekreciju (Zolindžera-Elisona sindromu). Ilgtermiņa PSI lietošana var būt nepieciešama arī pacientiem ar iepriekšējiem nesekmīgiem mēģinājumiem pārtraukt PSI lietošanu, ja recidivējoši GEAS simptomi mazina dzīves kvalitāti.

PSI mazināšanu un atcelšanu pēc terapijas kursa rekomendē pacientiem ar vieglas pakāpes ezofagītu; peptiskas čūlas slimības, funkcionālu sūdzību gadījumā, kā arī pēc *H.pylori* izārstēšanas.

Refluksa simptomi ārsta praksē sastopami ļoti bieži. Daļa pacientu PSI lieto bez konkrētas nepieciešamības. PSI ir droši ilgstošai lietošanai, tomēr tiem var būt noteikti blakusefekti. Ja iespējams, PSI deva jāmazina vai tie jālieto pēc vajadzības.

– Kādu medikamentu regulāra lietošana obligāti prasa kuņģa aizsardzībai izmantot PSI?

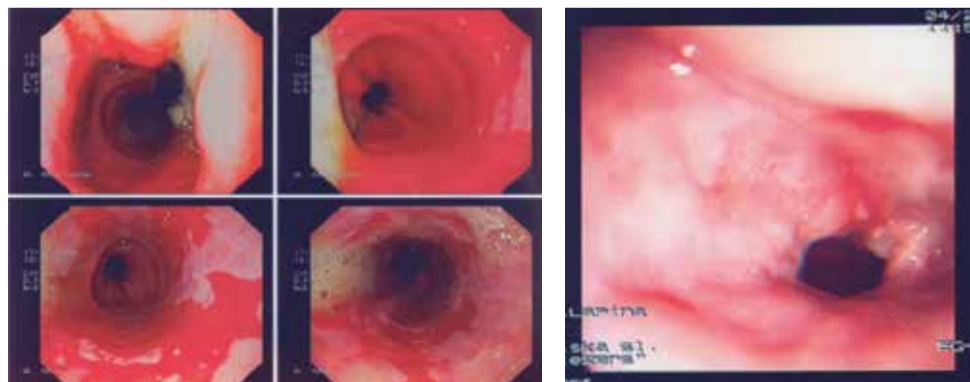
– Ir atsevišķi pacienti, kuriem ir nepieciešama protonu sūkņa inhibitoru terapija, lai viņus aizsargātu no komplikācijām, kas var rasties citu medikamentu lietošanas rezultātā. Piemēram, pacientiem, kuriem ir nepieciešama nesteroido pretiekaisuma līdzekļu terapija vai to kombinācija ar steroidu preparātiem, kā papildu medikaments tiek nozīmēts PSI kuņģa aizsardzībai.

– Kad tiek izrakstītas zāles, pacientiem bieži rodas jautājums: cik ilgi medikamenti būs jālieto?

– Parasti protonu sūkņa inhibitoru standartkurss ir mēnesis vai divi. Terapijas ilgums var būt garāks, ja ārstējam smagu endoskopisko ezofagītu – tas var ilgt vairākus mēnešus, pat pusgadu un vairāk. Ārstēšanas ilgums atkarīgs arī no citām pacienta slimībām.

Cilvēkiem, kuru ikdienu ietekmē atvilnis, rekomendējamas dzīvesstila, diētas izmaiņas. Īpaši par to jāpiedomā cilvēkiem ar aptaukošanos, kas mūsdienās ir bieži sastopama problēma. Nereti tiek ēstas vēlas vakariņas, tās mēdz būt sārtīgāka ēdienreize, kas arī var veicināt gastroezofageālā atviļņa slimību.

Jāatzīmē, ka atvilnim līdzīgas sūdzības var būt citu nopietnu slimību pazīme. Tāpat atvilnis, kas it kā ir vienkārša lieta, var radīt nopietnas komplikācijas, kas ir nepatīkamas, pacienta dzīves kvalitāti ietekmējošas, tostarp bīstamas dzīvībai. Par tādām komplikācijām mēs uzskatām, piemēram, atviļņa izraisītas striktūras jeb rētaudu veidošanos barības vada lejas daļā, kas rada rīšanas grūtības, barības pārvietošanās traucējumus virzienā no barības vada uz kuņģi. Tādā gadījumā pacientam var būt nepieciešama atkārtota bužēšana, endoskopijas laikā paplašinot barības vadu. Hronisks iekaisums barības vadā var izraisīt Baretta ezofagītu, kas ievērojami paaugstina barības vada vēža (adenokarcinomas) risku. Es aicinātu pacientus neignorēt atviļņa sūdzības un vērsties pie ģimenes ārsta vai gastroenterologa.



1. att. – Endoskopisks ezofagīts

2. att. – Baretta ezofagīts

OMRON

Visās
Latvijas
aptiekās



***Asinsspiediena mērītāji
no Japānas firmas OMRON***

www.HealthProducts.LV

Oficiālais OMRON pārstāvis Latvija: SIA "ELVIM", Rīgā, Kārļa Ulmaņa gatvē 2.