

♥ Anija Pelūde

Sirds.

Gāja, gāja un – piekusa.



Gluži tāpat kā tu,
kāpjot uz sesto
stāvu. Līdz trešajam
tiec un – jāatvelk
elpa. Tā ir sirds
mazspēja.

SKAIDRO:



Dr. GINTA KAMZOLA

- Kardioloģe 13 gadus, strādā P. Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Kardioloģijas centrā. Specializējusies ehokardiogrāfijā un sirds mazspējas jautājumos.
- Latvijas Kardiologu biedrības Sirds mazspējas darba grupas vadītāja.
- Savas sirds veselības labā nodarbojas ar ūdens aerobiku, ziemā – ar distanču slēpošanu.

Ballēšanās tev tagad būs jāierobežo... Taču dzīvē ir tik daudz kā aizraujoša arī bez *tusiņiem* un pārmērīgām dejām! Tev ir dota lieliska iespēja iepazīt dzīvi citādāk, portālā viena mierina otru, un trešā piedrojas: «Man ir 21. Sirds mazspēja – kas TO panāca? Stress (atļāvos strādāt paralēli mācībām). Ballītes (negulēta nakts + alkohols + apzinīgam cilvēciņam no rīta kafija, lai aizietu uz skolu vai darbu). Slodze (izdomāju vēl braukāties ar velo, daudz). Ir pagrūti, ja nākas aiziet no deju kolektīva vai mīļāko kafiju aizstāt ar tēju. Un ir grūti, kad skaties uz tiem, kam kas tāds ir priekšā...» Dokter, vai tiešām šīs trīs jaunās sievietes runā par īstu sirds mazspēju? Varbūt tikai koķetē!

– Protams, biežāk sirds mazspēja ir senioriem pēc sešdesmit, septiņdesmit, kad dzīves

laikā jau sakrājusies sirds problēmu bagāža. Taču sirds mazspēja var būt arī gados jauniem, un – ko svarīgi saprast – sirds mazspēja nekad nav sirds slimība pati par sevi, tās ir sekas kādai citai sirds slimībai. Arste atkarībā no iemesla.

– **Tātad sirds mazspēja visiem nav vienāda?**

– Tieši tā. Iemesli ir dažādi, un arī mehānismi ir atšķirīgi. Populārākie – koronārā jeb vainagartēriju sirds slimība (it īpaši pēc pārciesta infarkta), arteriālā hipertensija jeb augsts asinsspiediens, kardiomiopātijas jeb sirds muskuļa un sirds vārstuļu slimības.

Visbiežāk pie sirds mazspējas tomēr noved pirmie divi iemesli. Infarkta gadījumā vainagartērija pēkšņi nosprostojas, sirds muskulis nesaņem apasiņošanu, un, ja šis asinsvads uzreiz netiek atvērts vaļā, sirds muskuļa šūnas jeb miocīti iet bojā un tajā zonā izveidojas rēta. Proti,

bojāgājušo miocītu vietā ieaug saistaudi. Tas nozīmē, ka šinī daļā sirds muskulis vairs nespēj sarauties tikpat labi kā pārējās, un tas ietekmē sirds funkciju pumpēt asinis. Savukārt augsta arteriālā asinsspiediena (tātad palielinātas slodzes) dēļ sirds muskuļa sienīņas, lai varētu sekmīgi pumpēt asinis, sabiezinās. Taču problēma tāda, ka muskulis biezo sienīņu dēļ vairs nespēj pietiekami atslābt, lai sirds dobumi uzpildītos ar asinīm. Tātad tik un tā asins apjoms, kas vienas sirds muskuļa saraušanās laikā nonāk lielajā asinsrites lokā, ir mazāks, nekā prasa pārējie audi un orgāni.

Pirmās pazīmes abos sirds mazspējas gadījumos ir līdzīgas – palielināts nogurums, elpas trūkums, aizdusa, grūti pāiet garākus gabalus, taču, kas skatāmies ehokardiogrāfijā, kas ir izmeklējums sirds mazspējas diagnosticešanai, mēs redzam pilnīgi atšķirīgu ainu. Vienā

gadījumā sirds dobumi ir normāli, ar biežām sieniņām, bet otrā mēs redzam sirds muskuļa zonas, kas slīstāk saraujas, pats sirds muskulis nereti ir paplašinājies un dobums kļuvis lielāks. Taču visbēdīgākais, ka cilvēki, jūtot nogurumu un aizdusu, bieži vien nevēlas apgrūtināt ārstu – viņiem šķiet, ka šie simptomi ir maznozīmīgi. No otras puses, tie visi tik tiešām ir nespecifiski un var būt arī pie citām kaitēm – mazasinības, plaušu slimībām, sistēmiskām slimībām. Pēc tā vien, ka trūkst elpas, pateikt, ka tev ir sirds mazspēja, arī nav pamata.

– Elpas trūkst pie slodzes?

– Sākumā pie slodzes, bet tiem, kam ir ļoti izteikta sirds mazspēja, elpas trūkums parādās jau miera stāvoklī. Visvairāk tieši gulus, bet, kad pieceļas sēdus, kļūst vieglāk. To sauc par sirds astmu. Ja pacients mums ko tādu stāsta, mēs jau sliecamies domāt, ka elpas trūkums būs saistīts tieši ar sirdi. Tāpat, ja viņš saka: «Jā, dokter, man pirms dažiem gadiem bija infarkts...» vai «Man ir augsts spiediens...», arī «Man kādreiz ir bijis miokardīts...»

– Miokardīts ir sirds muskuļa iekaisums... No kurienes?!

– Visbiežāk miokardītu izraisa vīrusinfekcijas, dažādas baktērijas, bet tā var būt arī tieša toksiskā iedarbība (dažādi fizikāli faktori, smagie metāli, hormoni utt.) uz sirds muskuļa

audu šūnām, izraisot to apoptozi – proti, ieprogramētu šūnas nāvi. Piemēram, arī ķīmijterapijas preparāti mēdz izraisīt sirds muskuļa bojājumu un veicināt sirds mazspējas attīstību.

Ir atsevišķi pacienti, kurus miokardīts var novest pie iekaisīgas kardiomiopātijas un nopietnas sirds mazspējas.

– Bet cilvēks to taču pamanā!

– Miokardīts ir viltīgs – vieglas formas var arī nepamanīt. Tā kā cilvēkam ir vīrusinfekcija, viņš sāpes krūtīs, grūtāku elpošanu, klepu noraksta uz to un nospriež, ka izveselosies, pāris dienas paguļot mājās. Viņš pat nenojauš, ka sirds muskulis ir bijis iekaisis, jo dažu nedēļu laikā sirds funkcija pilnībā normalizējas. Un tikai tad, ja ir smagas miokardīta formas vai rodas komplikācijas, cilvēks nonāk slimnīcā, kur, veicot izmeklējumus, tiek apstiprināta miokardīta diagnoze. Uz to norāda paaugstināti sirds muskuļa bojājumu marķieri un dažkārt arī samazināta sirds funkcija.

– Kas par marķieriem? Vai tos nosaka visās slimnīcās?

– Galvenokārt – paaugstināts troponīna līmenis asinīs, kas liecina par sirds muskuļšūnu bojājumu. Var būt paaugstināti arī citi marķieri, tādi kā kreatīnīnāzes CK-MB frakcija, mioglobīns, taču troponīns ir vis-specifiskākais, lai gan nenorāda uz bojājuma rašanās mehānismu. Akūta infarkta gadījumā

troponīna līmenis visbiežāk ir ievērojami paaugstināts, bet iekaisuma gadījumā šis paaugstinājums var būt ne tik izteikts.

Ja cilvēkam ir sāpes krūtīs un ārstam aizdomas par akūtu sirds problēmu, es domāju, sirds muskuļšūnu bojājumu marķierus nosaka jebkurā slimnīcā. Cita lieta, ka kādreiz sāpes krūtīs tiek saistītas ar ko citu – var gadīties, dokteris vai-

fiju, lai paskatās, vai nav samazināta sirds funkcija.

– Pielauju, ka ir visai krietns pulcētis to, kas līdz saviem piedesmit vēl nekad dzīvē nav pārbaudījuši sirdi. Kāds ir pats, pats minimums, ko to mēr vajadzētu izdarīt? Ar elektrokardiogrammu pietiek?

– Elektrokardiogrammu pēc četrdesmit gadu vecuma tiešām vajadzētu uztaisīt jebku-

Pēc tā vien, ka trūkst elpas, pateikt, ka tev ir sirds mazspēja, nav pamata.

rāk sliecas domāt, ka vainīgs ir starpribu nervu iekaisums, un jā, iespējams, ka tad šīs analīzes neuztaisa.

– Kam būtu jāpievērš uzmanība, lai laikus pamanītu, ka sirdij sāk pietrūkt dukas?

– Mēs katrs aptuveni zinām, kādu slodzi varam izturēt, un, ja jūtam, ka kaut kas šajos parametros mainās, tas jau ir signāls, ka varbūt ir vērts veikt izmeklējumus un pārbaudīt sirdi. Ļoti raksturīgi: es visu laiku kāpu līdz piektajam stāvam neapstājoties, bet tagad jau pie trešā vajag atvilkt elpu, sirds neganti daudzās. Arī, ja vakaros parādās tūska uz potītēm. Tad, protams, var iet iekmēt vēnas, bet var doties uz ehokardiogrā-

ram, un, ja tā ir pilnīgi normāla, nekādām nopietnām sirds problēmām nevajadzētu būt. Skrīningam elektrokardiogramma ir pietiekama, atspoguļo elektriskos potenciālus sirdī. Bet! Tā tiešā veidā nepārāda sirds saraušanās spēju. Tāpēc, ja mēs runājam par sirds mazspējas diagnostiku, te pamatizmeklējums ir ehokardiogrāfija – sirds izmeklējums ar ultraskaņu. Mēs iegūstam sirds attēlu, redzam, kādi ir sirds dobumi, cik biezas sieniņas, kā tās saraujas, ja li sirds normāli pumpētu asinis atbilstoši visu audu un orgānu vajadzībām, tai jāsaraujas pietiekami spēcīgi. Ja sirds muskulis ir slims – pārciests infarkts vai kardiomiopātijas –, mēs uzreiz redzam, ka šī funkcija ir samazināta.

Otra iespēja ir noteikt specifiskos biomarķierus nātrijurētiskos peptīdus BNP un NT-proBNP – tie ir hormoni, kurus izdala sirds muskulis iestiepuma rezultātā. Iestiepums parasti veidojas no tā, ka sirds muskulis ir pārpildīts, tātd palielināts tilpums, vai arī, ja ir liels spiediens sirds kreisajā kambarī, un tad asinīs paaugstinās šī hormona daudzums. Tā paaugstināšanās mērķis ir veicināt šķidruma izvadišanu un šādā veidā atslōgot sirdi. ▶▶

Mazā VĀRDNĪCIŅA

Kardiomiopātija – sirds muskuļa slimība. Pamatā ir četru veidu.

Dilatācijas kardiomiopātija – pieaudzis sirds kambaru, it īpaši kreisā, tilpums, sirds spēja sūknēt asinis samazinās. Iemesls – 30 procentiem pārmaiņas gēnos, pārējiem – pēc pārciestām vīrusinfekcijām un ja ir pastiprināta vairogdziedzera darbība.

Hipertrofiskā kardiomiopātija – muskuļa sieniņas sabiezinās bez cita redzama iemesla, attīstās arī dzīvībai bīstami sirds ritma traucējumi.

Restriktīva kardiomiopātija – sirds muskulis nav tik elastīgs, kā vajadzētu, kreisajam kambarim grūti uzpildīties, pārslozdes dēļ paplašinās priekškambari.

Aritmogēna labā kambara kardiomiopātija – daļa labā kambara muskuļa šūnu tiek aizstāta ar taukaudiem un saistaudiem, var izraisīt dzīvībai bīstamus ritma traucējumus.

Miokardīts – sirds muskuļa iekaisums.

Stenokardija – lēkmjveida sāpes aiz krūšu kaula, ja pats sirds muskulis nesaņem pietiekami daudz skābekļa.

– Ja, ar ultraskaņu izpētot sirds dobumus un sienas, viss ir labi, cik ilgi drikstu dzīvot bez bažām?

– Ja ehokardiogrāfijas atbilde ir pilnīgi normāla un nekādas jaunas sūdzības par sirdi neparādās, tad nākamais izmeklējums varētu būt pēc trim vai pieciem gadiem. Bet, ja mēs atrodam izmaiņas, tad parasti pēc gada būtu jāveic kontroles izmeklējums. Viss atkarīgs, cik nozīmīgas ir šīs izmaiņas.

Piemēram, ja ir augsts asinsspiediens un sabiezēta kreisā kambara sieniņa, pacientam paraksta zāles, un, ja spiediens tiek labi kontrolēts, šī kambara hipertrofija jeb sabiezināšanās pakāpe var mazināties. Tiesa, tas prasīs vairākus mēnešus.

– Kāds asinsspiediens jau ir bīstams?

– Spiedienam nevajadzētu būt virs 140/90 mmHg. Ideāli, ja tas jebkurā vecumā ir 120/80 vai 130/80 mmHg.

– Un, ja spiediens regulāri turas ap 145/80 mmHg, ko tad?

– Jāskatās, kādi ir citi riska faktori. Šādās robežstāvokļa situācijās asinsspiediena mazināšana noteikti jāskatās ar dzīvesveida maiņu. Vairāk kustēties, atmet smēķēšanu, samazināt sāls saturu uzturā, neēst pusfabrikātos, kuri pilni ar slēpto sāli un piesātinātajiem taukiem, nomest lieko svaru. Ja šie pasākumi spiedienu nesamazina, tad, iespējams, jāskatāmies par zālēm, lai novērstu izmaiņas sirds muskulī, kas vēlāk varētu kļūt par iemeslu sirds mazspējai.

– Cik ilgā laikā spiedienam no zālēm jānormalizējas?

– Ir, kam hipertensija konstatēta agrīnā stadijā, un, uzsākot ārstēšanu, plus mainot dzīvesveidu, viss sakārtojās visai ātri, tad, iespējams, zāles visu mūžu nav jālieto. Bet dzīvē notiek citādi: tiklīdz asinsspiediens ir normāls, cilvēks pats nolemj: «O, tāpat šodien zāles varu nedzert! Iedzeršu, kad spiediens būs augsts.» Bet mērķis zāļu lietošanai ir – nepieļaut spiediena paaugstināšanos! Tāpēc

tās zāles jādzē KATRU dienu, lai darbīgās vielas koncentrācija asinīs būtu PASTĀVĪGA un lai spiediens turētos vienās robežās, lai nesvārstītos. Jo tieši svārstības ārkārtīgi nelabvēlīgi ietekmē gan sirdi, gan asinsvadus, gan pašsajūtu. Nemaz nerunājot par krīzēm, kuras var izraisīt medikamentu nelietošana, jo, nelietojot ārsta parakstītās zāles, agri vai vēl asinsspiediens atkal būs augšā. Un par to mums, kardiologiem, daļu pacientu ir ļoti grūti pārliecināt.

biežākajām blakus parādībām ir klepus, un te gan ir jāuzmanās. Tagad, ziemā, ikvienam var šķist, ka ir saaukstējies, bet –, ja pirms mēneša sākti lietot prili, tad ārstam noteikti būtu jāapsver iespēja, ka cilvēks šo medikamentu grupu nepanes.

– Vai ir arī kādas jaunas zāles sirds mazspējas ārstēšanā?

– Jā, ir. Sirds mazspējas ārstēšanai izmanto daudzas medikamentu grupas. Pamatu veido trīs: tie vērtē prili – angiotensīna konvertāzes enzīma inhibitori (kaptoprils, ena-

(kombinēts preparāts, kurš satur angiotensīna receptoru blokatoru valsartānu un neprilazīna inhibitoru sakubitrilu) ir pārāks par populāro enalaprilu. Šīs jaunās zāles pagājušajā gadā tika reģistrētas Eiropā un ir iekļautas arī pagājušajā gadā iekšējās Eiropas Kardiologu biedrības sirds mazspējas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijās kā medikaments, kurš apsverams, ja līdzšinējā standarta terapija nav pietiekami efektīva. Preparāts ir pieejams arī Latvijā, taču cena... Mēneša terapija izmaksā līdz 200 eiro.

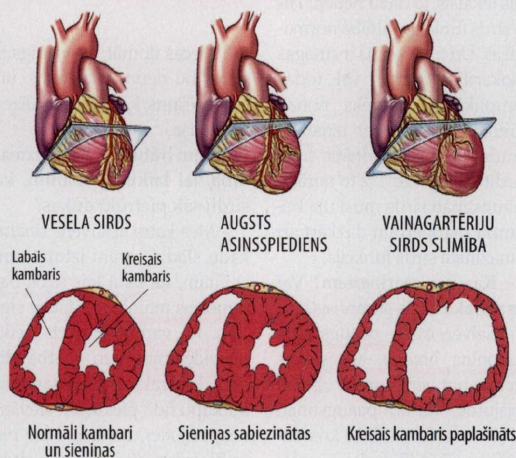
Otrs jaunums šajās vadlīnijās ir empagliflozīns – medikaments cukura diabēta ārstēšanai, kurš pētījumos atzīts par drošu arī sirds mazspējas pacientiem. Tas ir ļoti būtiski, jo daudzas zāles diabēta ārstēšanai cilvēkam ar sirds mazspēju var pasliktināt tās gaitu, sevišķi glikazoni, no kuru lietošanas sirds mazspējas gadījumā vajadzētu izvairīties.

Ja pacients lieto bēta blokatoru maksimālā devā, taču pulss tik un tā pieturas virs 70 sitieniem minūtē, tad domā par ivabradīna pievienošanu jau esošo zāļu klāstam. Ja pacientam ir mirdzaritmija un neizdodas panākt normālu sirds darbības frekvenci, tad, iespējams, ka jālieto arī digoksīns.

Ja elektrokardiogrammā atklājas sirds vadīšanas traucējumi un ir samazināta izviesdes frakcija, varam apsvērt jaūtājumu arī par speciālu elektrokardiostimulatora – sirds resinhronizācijas iekārtas – implantāciju, kas uzlabo sirds funkciju. Vārstuļu slimības likvidē ķirurģiski.

Savukārt, ja nekas no visa šī nelielā, mēs domājam par to, ka pacientam varētu implantēt palīgācirkulācijas ierīci un virzīt viņu uz sirds transplantāciju. Bet es vienmēr saku: mūsu mērķis ir jau sākotnēji izdarīt visu, lai nebūtu jāapsver šāda iespēja kā sirds transplantācija. Jo arī tā nevar dot garantijas. Vispirms jau nav zināms, kad tiks sagaidīts atbilstošs donors.

Sirds vairs nepumpē, kā nākas



– Bet cilvēks jūtas slikti no zālēm!

– Jā, it īpaši sākumā. Jo viņš pie ilgstoši paaugstināta spiediena ir pieradis pamazām, lai kā gaitā, un pat nejūtas slikti... Tieši tāpat notiek ar spiediena pazemināšanos. Ja ar zāļu palīdzību to samazina pārāk strauji, viņš jūtas sliktāk. Tātad būtu svarīgi spiedienu samazināt pakāpeniski.

– Kas liecina par to, ka šis konkrētais medikaments cilvēkam neder?

– Blaknes. Bēta blokatoriem raksturīgs izteiktāks nespēks, nogurdināmība. No kalcija kanāla blokatoriem var parādīties tūskas. Vai, piemēram, AKE inhibitoriem jeb priliem viena no

laprils, perindoprils, lizinoprils, ramiprils, trandolaprils u. c.); bēta blokatori (metoprolols, bisoprolols, nebivolols, karvedilols) un mineralokortikoidu receptoru antagonisti (spironolaktons, epleronons). Sākam parasti ar pirmajiem diviem, un tad, ja pacientam vēl saglabājas simptomi – ir samazināta kreisā kambara izviesdes frakcija zem 35 procentiem – liekam klāt trešo. Pēc tam, atkarībā no tā, vai pacientam sūdzības mazinās un pašsajūta uzlabojas vai nē, varam skatīties tālāk, jo ir vēl citas zāļu grupas.

Pirms diviem gadiem pirmoreiz tika ziņoti pētījuma rezultāti, kuri liecināja, ka jauna medikamentu grupa ARNI



Biežākās SIRDS MAZSPĒJAS PAZĪMES

- ➔ Nogurums un nespēks.
- ➔ Elpas trūkums.
- ➔ Paātrināta sirdsdarbība miera stāvoklī.
- ➔ Pieaugoša tūska kājās, sākot no potītēm uz augšu.

Un, ja cilvēks gaidot ir galīgi izsīcis... Otrkārt, nav jau tā, ka pārstāda orgānu, un viss. Diemžēl pēc tam pacientam visu mūžu jālieto medikamenti, kas nomāc imunitāti, un līdz ar to samazinās organisma spēja pretoties dažādām infekcijām.

– Cik cilvēkiem Latvijā šādas operācijas ir veiktas – kopš 2002. gada, kad Romans Lācis bijušajai Jelgavas fotogrāfei Tatjanai Ostelei pirmajai pārstādīja sirdi?

– Divdesmit četriem. Tatjana ar jauno sirdi nodzīvoja septiņus gadus.

Vēl ir tāda samērā reta diagnoze kā peripartālā kardiomiopātija. Peripartāla – tas nozīmē, ka slimība attīstās ap dzemdību laiku: vai nu trīs mēnešus pirms, vai 3–5 mēnešus pēc tām. Arī šai kardiomiopātijai raksturīga sirds dobumu paplašināšanās un samazināta sirds funkcija, taču parasti prognoze ir laba: vairāk nekā pusei sieviešu pusgada laikā sirds funkcija normalizējas. Bet ir arī tādas, kurām sirds mazspēja saglabājas.

– Un no kā?!

– Patogēnēze ir diezgan neskaidra. Ir arī tāda stresa jeb «lauztās sirds» kardiomiopātija, kas mēdz attīstīties sievietēm menopauzes vecumā stresa situācijās.

Ehokardiogrāfijā parasti redzam, ka sirds apgabals ir ir izvēlējies, izveidojusies tāda kā aneirisma, ir samazināta sirds funkcija ar visiem no tās izrietošajiem simptomiem, bet pēc 1–2 nedēļām viss lielākoties normalizējas. Arī te patogēnēze nav pilnīgi skaidra – uzskata, ka vainīga kateholamīnu pārprodukcija. Kateholamīni – adrenalīns un noradrenalīns – veidojas virsnierēs un tiek pastiprināti izdalīti stresa situācijās... Tātad pieaug adrenalīna daudzums, asinsvadi sašaurinās, rezultātā sirds muskulis netiek pietiekami apasiņots un attīstās stresa kardiomiopātija. Iespējams, arī ar grūtniecību saistītās kardiomiopātijas pamats ir hormonālās izmaiņas sievietes organismā, kas var ietekmēt sirds muskuli.

– Kā parasti atklāj, ka topošajai māmiņai nav labi?

– Viņai ir tie paši sirds mazspējai raksturīgie simp-

sastrēgums, kas var ietekmēt spirogrāfijas rezultātus. Tad pacientei tiek nozīmēti medikamenti, kuri uzlabo elpošanas funkciju, taču viņai tik un tā trūkst elpas un agrāk vai vēlāk sieviete nonāk līdz ehokardiogrāfijai. Tad arī mēs konstatējam, ka viņai ir pārliecinošas sirds mazspējas pazīmes, bet līdz šim cilvēks nav atbilstoši izmeklēts un ārstēts.

Savukārt, ja tas ir gados vecāks patients, kurš sūdzas par elpas trūkumu, ar lielāko varbūtību pats pirmais, par ko ģimenes ārsts domā, ir – sirds mazspēja. Pat, ja cilvēkam ir hroniska obstruktīva plaušu slimība jeb HOPS un īstenībā vajadzētu ārstēt arī plaušas.

– Tātad sirds un plaušu slimību simptomi var kombinēties?

– Jā, to apliecina arī dažādi pētījumi. Un otra lieta... Smags HOPS, pārslogojot sirds labo kambari, var izraisīt arī sirds labo daļu

Ar elektrokardiogrammu ir par maz, sirdi vajag izmeklēt ar ultraskaņu.

tomi: elpas trūkums, tūska...

Bet ir viena lieta, ko der paturēt prātā... Tā ir mana personīgā pieredze, ar ko saskaros slimnīcā, – ja pie ārsta atnāk gados jauns cilvēks un sūdzas, ka trūkst elpas, tad ģimenes ārsts (it īpaši, ja pacientam iepriekš nekādas sirds problēmas nav bijušas) uzreiz pie sirds izmeklēšanas neķeras klāt. Nē, īstenībā vīrietim pat to darītu, taču, ja atnāk jauna sieviete, tad ne vienmēr. Ārsts sāk domāt, ka pacientei ir kaut kas slikts ar plaušām, sūta viņu uz spirogrāfiju, kur nereti arī atrod izmaiņas, jo sirds mazspējas gadījumā plaušu asinsvados veidojas

mazspēju, kas klīniski mazliet atšķiras no kreiso daļu mazspējas, bet tik un tā ir sirds mazspēja. Tāpēc vēl jo vairāk šādam pacientam jāārstē ne tikai HOPS, bet arī sirds.

– Kā atšķiras sajūtas, ja ir labās un ja ir kreisās sirds daļas mazspēja?

– Kreisajam kambarim vairāk raksturīgs elpas trūkums tieši naktīs. Labajam – pastiprināta šķidruma krāšanās vēderā, aknu palielināšanās. Tāpēc, ka ir traucēta venozā pieplūde atpakaļ sirdī. Labais kambaris vājāk pumpē, līdz ar to asinis netiek labajā priekškambarī un apakšējā dobajā vēnā veidojas sastrēgums. ▶▶

Rezultātā aknas palielinās, un tas ir iemesls, kāpēc sāp pakrūtē.

Proti, jāskatās plašāk! Manuprāt, no ārsta viedokļa tas ir pat interesanti – salikt visu pa plauktiņiem, kas tad vairāk nosaka simptomus, kas ir pirmās – vista vai ola.

– Taču ārstu izpratnes apvārsni par lietām Latvijā ir ļoti atšķirīgi... Istenībā cilvēkam var ļoti palaimēties, ka viņš nokļūst tieši pie tā kardiologa, un var arī nepalaimēties.

– Tā nav tikai Latvijā, ka ārsti, viņu kompetence mazliet atšķiras. Svarīgi arī, kur ārsts strādā, kur pāiet viņa ikdiena. Cik daudz līdzīgus pacientus viņš redz, tas ļoti ietekmē viņa pieredzi un spriestspēju. Negribu teikt, ka universitāšu slimnīcās strādājošie dakteri ir kaut kādā ziņā labāki par reģionos strādājošajiem – tā sacīt nebūtu pamata, un tajā pašā laikā jāatzīst, ka lielajās slimnīcās vismaz sarežģītākie gadījumi koncentrējas vairāk un varbūt tāpēc ārsti var atpazīt to, kas citam kolēģim ir bijis pirmais gadījums viņa mūžā. Nepaslied garām. It īpaši, ja runājam par retākām

diagnozēm. Piemēram, amiloidoze. Tā ir vielmaiņas slimība, kad dažādos orgānos – liesā, aknās, sirdī, nierēs – izgulsnējas patoloģiska olbaltumviela amiloīds un rada šo orgānu darbības traucējumus. Bet ko ārsts sākotnēji redz? Sabiezētas sirds sienas, kuras ir arī tad, ja cilvēkam ir augsts asinsspiediens, un ir diezgan grūti iedomāties, ka patiesībā vaina šajā reizē ir cita, jo tā ir reta. Savukārt, ja šis pacients nonāk pie ārsta, kuram praksē jau ir bijuši līdzīgi gadījumi, viņš pamana nianšes.

Tāpēc pacientam, ja vien viņa ārstēšana nenorīt pietiekami sekmīgi, es ieteiktu nelikties mierā un ārstam uzdot jautājumus, kāds ir turpmākais rīcības plāns. Latvijā nav tik maz speciālistu, lai nebūtu iespējams konsultēties vēl pie kāda cita.

– Ja sirds mazspēju atklāj lielā vecumā... Par šo faktu ir jāiesprings? Esmu dzirdējusī, ka senioriem sirds mazspēja ir nenovēršama, norma.

– Neatkarīgi no vecuma sirds mazspēja ir jāārstē.

Pieņem, ka astoņdesmit gados sirds mazspēju pilnībā likvidēt nebūs iespējams, jo sirds muskulī notiek ar vecumu saistīts izmaiņš, un tomēr, ja cilvēks saņem atbilstošu ārstēšanu, tas viņa dzīves kvalitāti uzlabo. Viņš vienkārši feināk jūtas, var vairāk padarīt, sevi apkopt, un tas ir ļoti būtiski. Jo, ja elpas trūkuma dēļ vairs neko nespēj, rodas nomāktība.

– Vai jums kādreiz nešķiet, ka diagnoze «sirds mazspēja» cilvēkam ir kā indulgence, kura iedod tiesības, attaisnojumu justies kaprīzāk, pačīstēt, kaut ko nevarēt, nedarīt?

– Es uz šo jautājumu nevaru atbildēt. Man nākas sastapties ar cilvēkiem, kas sūdzas par nogurdināmību un sliktu pašsajūtu, bet viņu analīzēs un izmeklējumos objektīvie rādītāji nemaz nav tik slikti. Un ir tādi, kam rādītāji ir diezgan bēdīgi, mēs domājam, kādas zāles varētu pamainīt, lai vēl uzlabotu situāciju, bet viņi vienkārši priecājas par to, kas dots. Tas

Kas palīdzēs JUSTIES LABĀK ar sirds mazspēju?

- Regulāri lieto atbilstošās zāļu devas.
 - Uzmani savu pulsu, lai tas nav biežāks par 70 reizēm minūtē. Tiklīdz pieaug pulsa frekvence, tātad ir vai nu veselības pasliktināšanās, vai medikamenta deva nav pietiekama. Tas ir iemesls doties pie ārsta. Noteikti!
 - Katru dienu mērenas fiziskas slodzes.
 - Lai izvairītos no komplikācijām, vakcinējies pret gripu.
- Pasākumi kopā ar ģimenes ārstu**
- Regulāri pārbaudi savu nieru funkciju un kālija līmeni asinīs.
 - Pārbaudi digoksīna līmeni asinīs (ja tu lieto šo medikamentu).
 - Ja atkārtoti ārstēties slimnīcā, reizi gadā vajadzētu veikt ehokardiogrāfiju.

Tā ir hroniska slimība, kas prasa atbildību no tevis pašas!

atkarīgs no cilvēka dabas, kā viņš vispār raugās uz dzīvi.

Cits stāsts, ka diagnoze «sirds mazspēja» var kļūt par iemeslu, kāpēc attīstās depresija, un mums kā ārstiem to vajadzētu atpazīt. Pacients ienāk kabinetā, un sarunājoties jau jūti, ka viņš ir ļoti nomākts vai tieši otrādi, viņa ir milzīga trauksme, vai tik nekļūš vēl sliktāk. Cilvēkam ir slikti miegs, neizgulās, nākamajā dienā sirds skrīen aulekšiem, un, ja ir sirds mazspēja un ātrs pulss, viņš jūtas vēl sliktāk... Šiem pacientiem, ārstējot sirds mazspēju pat ar vislabākajiem medikamentiem, mēs nevaram panākt dzīves kvalitātes uzlabošanu, ja neārstējam viņu depresiju. Tāpēc dažiem es tiešām iesaku apmeklēt Psihosomatikas klīniku Kapsēlu ielā, lai viņi aprunājas ar speciālistiem. Taču cilvēkam dažkārt grūti pieņemt domu, ka sirds mazspēja var ietekmēt arī emocionālo stāvokli. Viņam šķiet: ja man ir sirds mazspēja, tad tāpēc arī jūtos slikti!

– Kā ir ar fiziskām aktivitātēm, ja sirdij ir mazāk dukas?

– Absolūti nepieciešamas! Jo sirds muskulim, pat ja tas nav vesels, vajadzīgs treniņš, proti, laba asins un skābekļa apgāde. Der vienkāršas lietas – aktīva staigāšana, nūjošana, arī peldēšana pie vieglām sirds mazspējas formām. Viss, kur ir vienmērīga slodze, sirdij nāk par labu. Ar sirds mazspēju

galvenais sauklis varētu būt tāds: «Maigi un saudzīgi, bet konsekvēti un neatlaidīgi». Ļoti pamazām slodzi var palielināt. Bet dažkārt sirds mazspējas pacienti nodara sev pāri, pārspīlējot ar neadekvātām slodzēm.

– Mildronāts?

– Ir bijuši pētījumi – tiesa, pacientu skaita ziņā ne sevišķi lieli, – ka, lietojot mildronātu jeb meldoniju, pieaug slodzes tolerance, jo šis medikaments ļauj efektīvāk izmatot skābekli mio-citos jeb muskuļaudu šūnās. Kā papildu līdzekli mildronātu drīkst lietot. Bet primāri vienmēr būs zāles, kuru efektivitāte pierādīta plašos dubultklos pētījumos.

– Vēl sievietes plaši apspriež preduktālu...

– Tās arī ir sirds muskuļa vielmaiņu ietekmējošas zāles. Istenībā darbības mehānisms ir ļoti līdzīgs kā meldonijam, tikai mazliet atšķiras aktīvās vielas darbības vieta. Un – preduktālam jeb trimetazīdinam, salīdzinājumā ar meldoniju, ir tiešām vairāk pētījumu, turklāt tas ir minēts stabilas koronāras sirds slimības ārstēšanas vadlīnijās.

– Vai tam, kam ir sirds mazspēja, jāievēro īpaša diēta?

– Nav tādas speciālas diētas. Būfībā jāievēro viss, kas attiecas uz sirds slimību profilaksi, – vajadzētu izvairīties no piesātinātajiem taukiem, lietot mazāk sāls, jo, kā zināms, tas aiztur organismā šķidrumu,

KARDIOLOGI, kas vairāk specializējušies sirds mazspējas ārstēšanā

● **P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā:**

Dr. Dace Freidenberga;

Dr. Alda Jaunromāne;

Dr. Janīna Romanova;

Dr. Ginta Kamzola.

● **Liepājas reģionālajā slimnīcā –**

Dr. Iveta Šime.

● **Jelgavas poliklīnikā un pilsētas slimnīcā –**

Dr. Natālija Voronina.

● **Ziemeļkurzemes reģionālajā slimnīcā –** Dr. Gita Rāncāne.

● **Daugavpils reģionālajā slimnīcā –** Dr. Gaļina

Dormidontova.

un, ja ir sirds mazspēja, tas jau tāpat uzkrājas organismā. Cik daudz drīkst izdzert, tas visus interesē... Nekāda speciāla šķidruma patēriņa ierobežošana nav vajadzīga – tikai tad, kad ir jau 3. un 4. sirds mazspējas stadija, šķidruma daudzums jāierobežo līdz 1,5 litriem dienā.

Mans ieteikums: cilvēkam ar sirds mazspēju regulāri svērties. Katru dienu. Citreiz, kad mēs sevi saudzējam, mazāk kustamies, svars nāk klāt no uzēšanās, tas ir viens stāsts. Bet pavisam cits, ja cilvēks ēd aptuveni tikpat daudz kā iepriekš un arī fiziskās aktivitātes ir līdzīgas, taču svars pēkšņi pieaudzis par 2–3 kilogramiem – tas, visticamāk,

Savukārt, ja pacients ierodas uz konsultāciju ar iepriekš izdarītiem izmeklējumiem, jau uzreiz var uzsākt ārstēšanos.

– **Tātad jābūt līdzī elektro-kardiogrammai un ehokardiogrāfijas rezultātiem. Vai jums vienalga, kur tās veiktas?**

– Ne gluži. Ja runājam par ehokardiogrāfiju, vislabprātāk pacientu skatos pati. Bet tas nenozīmē, ka absolūti visas citur veiktās ehokardiogrammas neder – lielākoties der. Šaubas par izmeklējuma kvalitāti var rasties arī tad, ja pacienta stāsts īsti neatbilst tam, ko uzrakstījis ehokardiogrāfijas speciālists. Tad, protams, rodas vēlme šo izmeklējumu atkārtot. It sevišķi, ja objektīvi tiek saklau-

Tavs pulss miera stāvoklī nedrīkst būt biežāks par 70 reizēm minūtē!

liecina par šķidruma aizturi organismā, un, ja nav tūsku, iespējams, ka šķidrums krājas vēdera dobumā vai plaušu somiņās. Tad būtu jāpalielina urīndzenošo medikamentu deva, ja tādi jau tiek lietoti.

– **Atgriežoties pie sirds mazspējas atklāšanas... Bieži vien jāizmet lieki likloči, kamēr tu nokļūsti pie īstā mērķa speciālista, pie kura vajadzēja nonākt jau sākumā...**

– Piekritu. Bet otra lieta – tikpat bieži pacienti ierodas pie kardiologa kā uz baznīcu, viņiem nav līdzī neviena izmeklējuma, nekā! Un, kamēr nav izmeklējumu, objektīvo rādītāju, speciālists nevar pateikt, vai sirds mazspēja ir smaga vai viegla, turklāt ārstēšanas taktika te mazlietiņ atšķiras. Tad sakām, lai cilvēks nāk uz konsultāciju vēlreiz. Tā paiet vēl pusgads, un izrādās, ka jau pašā sākumā sirdī ir bijušas nopietnas izmaiņas. Jautājums – ko mēs šo pusgadu darījām? Neko!

sīts troksnis sirdī vai ir kādas citas norādes par iespējamu sirds slimību.

Ja man pavisam godīgi jāsaka, ir medicīnas iestādes, kuru izmeklējumu kvalitāti gribētos augstāku. Ļoti labi ehokardiogrāfiju veic Liepājā, arī Veselības centrā 4 un Austrumu slimnīcā. Izcili ehokardiogrāfiju veic kardiologs Nikolajs Prusakovs, kas strādā gan Jēkabpilī, gan Rēzeknē un Daugavpilī, kardioloģe Natalja Novikova Ventspilī. Šobrīd ehokardiogrāfija tiek iedalīta skrīninga, standarta un izvērstajā ehokardiogrāfijā, kas paredz mazlietiņ atšķirīgu pieeju un sapratni, vai ar sirdi viss ir labi. Bet principā es arī nevaru nepiekrīst kādai kolēģei, kura pirms vairākiem gadiem teica, ka slikts jeb neatbilstošs ehokardiogrāfijas slēdziens ir sliktāks nekā nekāds. Jo dažreiz, ja slēdziens nav korekts, tas var novirzīt ārsta domas nepareizā virzienā. ♥