



MEDIKAMENTI – KARDIOVASKULĀRO SLIMĪBU ĀRSTĒŠANAS UN PROFILAKSES PAMATS

Atcerēsimies, ka neviens izmeklējums vai analīze slimību neizārstē, pareizi nozīmēti, tie tikai palīdz mums izvēlēties attiecīgu terapiju. Bet tagad jācersies vērsim pie rājiem: noskaidrosim, kā primārajā profilakse sākam medikamentozo terapiju ar statīniem – pamata medikamentu kardiovaskulārā (KVS) riska mazināšanai.

**Andris Skride,**

kardiologs, internists, Reto slimību speciālistu asociācijas vadītājs,
RSU, P.Stradiņa KIJS

«Tikai un vienīgi medikamenti un dzīvesveida maiņa, samazina kardiovaskulāro notikumu biežumu.»

**Sabine Upmale,**

ärste

«Primārajā profilaksē ārstējam nevis holesterīnu, bet saslimšanas riskū!»



N.B.! – Invazīvi izmeklējumi nav nepieciešami, lai lemtu par medikamentozās tetrapējas sākšanu kardiovaskulāram pacientam! Pacienti ar jaun dokumentētu arterisko eroziju, cukura diabētu, iepriekšēju miokarda infarktu, arteriālu revaskularizāciju, hronisku nieri slimību (4.-5. stadija) automātiski pieskaņāti joti augsta riska grupā!

Nupat (2016. gada maijā) izdotās Eiropas Kardiologu biedrības vadlīnijas par Kardiovaskulāro slimību (KVS) profilaksi nepatikami pārsteidza! Analizējot 2000. – 2012. gadu datus, Latvija (ar KVS mirstību vairāk nekā >450/100 000 virsējām un >350/100 000 sievietēm) līdzās Albānijai, Alžīrijai, Armēnijai, Azerbaidžānai, Baltkrievijai, Bulgārijai, Ēģiptei, Gruzijai, Kazahstānai, Kirgizstānai, Makedonijai, Moldovai, Krievijai, Sīrijai, Tadžikistānai, Turkmenistānai, Ukrainai un Uzbekistānai ieķauta pie ļoti augsta KVS mirstības riska zemēm. Kāpēc 25 neatkarībā gados miokarda infarktu, insulītu novēršanā esam turpat, kur Eiropas Kardiologu biedrības nosauktās valstis?! Kāpēc pat Igaunija un Lietuva, Turcija, Maroka, Slovākija, Bosnija un Hercegovina ir aizstiegušās mums tālu priekšā (čīs valstis pieskaņātas augsta KVS riska zemēm), jo KVS mirstība ir krasī samazinājusies? [...] Acīmredzot, esam daudz ko darijuši un turpinām darīt nepareizi... Un droši vien, ka vaina nav tikai finansējumā, bet arī tā izlietotumā.

Reģistrū un populāciju pētījumā analīzēs noskaidrots, ka dzīvesveida maiņa un agrini (lasi – profilaktiski) sākta medikamentozo terapija kardiovaskulāro slimību novēršanai ir ari izmaksu efektiva. Kā?

Samazinot kardiovaskulāro (KVS) risku par ikvienu procentu, mēs, ārsti, ne tikai glābjam daudzas dzīvības, bet arī nodrošinām mazākus tēriņus veselības aprūpes budžetam.

Svarīgi saprast – ka tikai un vienīgi medikamenti un dzīvesveida maiņa, nevis, piemēram, dārgas, invāzīvas procedūras vai citi bieži vien nevajadzīgi izmeklējumi samazina kardiovaskulāro notikumu biežumu.

KARDIOVASKULĀRAIS RISKS – TERAPIJAS SĀKŠA- NAS STŪRAKMENS!

Senajā Ķīnā bija sakāmvārds: «Labākie ārsti slimību novērš, vidiņeļje ārstē pirms to acīmredzamām izpausmēm, bet slīktākie ārstē jau pilnīgi uzplaukušu slimību.»

Mūsdienās var teikt, ka, uzzinot pacienta kardiovaskulāro risku, laikus nozīmējot medikamentus, mēs slimību varēsim novērst.

Jāatceras, ka primārajā profilakse ārstējam nevis holesterīnu (izņemot gadījumus, kad, ievērojot veselīgu dzīvesveidi, ZBLH primāri ir lielāks par 4.9 mmol/l – tad risks nav jānosaka, bet nekavējoties jāsāk terapija), bet saslimšanas risku!

KĀ NOTEIKT KARDIOVASKULĀRO RISKU?

Riska noteikšanai var izmantot vairākas riska skalas – vienkāršākā, protams, ir mums labi zināmā SCORE (N.B.! Latvijā jālieto augsta riska SCORE tabula). Jāatceras, ka šī riska tabula neiekļauj cukura diabētu, reumatoido artritu, ģimenēs anamēzi, triglicerīdu limeni un citrus KVS riska faktorus.

Lietošanai ērta – precīzāka (jetver vairāk riska faktoru) ir Lielbritānijā lietotā un internetā viegli atrodamā QRISK2 riska kalkulācijas tabula.

Esiet uzmanīgi pie holesterīna sadalas QRISK2 tabulā – nav jāievāda holesterīna skaitis, bet kopējā holesterīna un ABL (labā holesterīna) attiecība. Tātad jums jāizdala kopējais holesterīns ar labo holesterīnu, un jūs iegūsiet tabulā

ievadāmo holesterīnu proporcionālu.

Ja kādu raksturlielu nezināt, to droši var atstāt neizpildītu, risks tāpat tiks izrēķināts. Mūsdienās iesaku katram savā mobilajā ierīcē vai datorā lejuplādēt riska kalkulatoru, tas iekdienā atvieglos KVS riska noteikšanu mūsu pacientiem.

Nemam vērā, ka ari QRISK2 netiek jautāta triglicerīdu, homocisteīna vērtība, kuri arī ir KVS riska faktori.

KAD ESAM UZZINĀJUŠI RISKA PROCENTUS?

Tad, kad esam uzzinājuši riska procentus, lemjām par terapiju. Papildus statīniem antihipertensiivā terapija būtu jāsāk ari iem robežhipertensijs pacientiem (sistoliskais spiediens: 130–139 mm/Hg), kuriem ir augsts kardiovaskulārais risks.

Taktika atkarībā no KVS riska ir šāda:

- zema līdz vidēja riska personas (aprēķinātais SCORE <5%): pacientiem jā piedāvā dzīvesveida maiņa, lai vēl vairāk samazinātu KVS risku, statīnu terapiju šājā grupā neiesaka, arteriālās hipertensijs pacientiem jāsāk terapija ar ACE inhibitoriem vai kalcija kanālu blokatoriem;
- augsta riska personas (aprēķinātais SCORE ≥ 5% un <10%): nepieciešamas intensīvas dzīvesveida izmaiņas un, pārrunājot riskus, vēlams sākt medikamentozo terapiju ar statīniem;
- ļoti augsta riska personas (aprēķinātais SCORE ≥ 10%): intensīvas dzīvesveida izmaiņas, un visbiežāk noteikti jāsāk medikamentozo terapija ar statīnu grupas medikamentiem.

ARTERIĀLĀ HIPERTENSIJA UN BLAKUSSLIMĪBAS

Paaugstināts asinsspiediens ir lielākais riska faktors vairākām slimībām – koronāro artēriju slimībām, sirds mazspē-



1. tabula

KAD UN KAM JĀNOSAKA KARDIOVASKULĀRAIS RISKS?

Rekomendācijas	Klase	Limenis
Sistemātiska KV riska noteikšana tiek rekomендēta pacientiem ar paaugstinātu KV risku, tas ir, ar priekšlaicīgu KV ģimenes anamnezē, ģimenes hiperlipidēmiju, nozīmīgiem KV riska faktoriem (smēķēšana, augsts AS, CD vai paaugstināti līpdū līmeni) vai citām slimībām, kas paaugstina KV risku.	I	C
Rekomendēta atkārtot KV riska noteikšanu ik pēc pieciem gadiem un vēl biežāk pacientiem ar risku tuvu ārstēšanas sākšanas sliexnīm.	I	C
Sistemātiska KV riska novērtēšana var tikt apsvērt virsējiem >40.g.v. un sievietēm >50.g.v. vai postmenopauzē bei zināmiem KV riska faktoriem.	IIb	C
Sistemātiska KV riska noteikšana virsējiem <40.g.v. un sievietēm <50.g.v. bei zināmiem KV riska faktoriem netiek rekomendēta.	III	C

Avots: 2016. gadā izdotas ESC vadlīnijas. Tulkots no *Massimo F. Piepoli, Arno W. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal, 2016, 37(29): 2291–2293.*

Saisinājumi

AS = asinspiediens; KV = kardiovaskulārs; KVS = kardiovaskulāra slimība; CD = cukura diabēts;
A = rekomendāciju klase; B = pierādījumu līmenis

2. tabula

MEDIKAMENTU IEDARBĪBA

	Rosuvastatīns	Amlodipīns
Asimptomātiska ateroskleroze	Mazina ZBLH koncentrāciju Pleiotrops efekts (pangas stabilizācija un aterosklerotisko procesu regresija)	Antiaterosklerotisks efekts
Slodzes stenokardija	Mazina ZBLH koncentrāciju Pleiotrops efekts (pretiekaisuma darbība)	Antihipertensīvs efekts uz koronārajām arterijām (vazodilatacija)
Perifero arteriju slimība	Mazina ZBLH koncentrāciju Pleiotrops efekts (ietekmē hemostāzī, asinsvadu sistēmu un iekaisuma markierus)	Antihipertensīvs efekts uz perifērajām arteriālām (vazodilatacija) Samazina trombočitu agregāciju
Metaboliskais sindroms	ietekmē visu līpdū profilu	Antihipertensīvs efekts (vazodilatacija)

Avots: Adaptēts no Emberson J et al. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. Eur Heart J 2004; 25: 484–91.

ZBLH = zema blīvuma līpporoteinu holerēīns

mija ir bieži vienlaikus sastopami blakusstāvokļi (aptuveni 50% hipertensijas pacientu ir sastopama arī hiperlipidēmija), kas būtiski palīelina KV risku. [3] Ar vienas tabletēs palīdzību tiek ne tikai mazināti KV riska faktori, bet rosuvastatīna un amlodipīna kombinācijām preparātam ir arī sinergisks efekts. Samazinot sistolisko asinspiedienu par 15 mm Hg, KV risks mazinās par 10%, kā arī samazinot kopējo holerēīna līmeni par 0,6 mmol/l, KV risks mazinās par 10%. Savukārt abu šo riska faktoru redukcija mazina KV risku par 46%. [4]

Rosuvastatīna un amlodipīna kombinācija sevišķi jāzūsver pacientiem ar augstu kardiovaskulāro risku un arteriālo hipertensiju primārājā profilakse. Rosuvastatīna un amlodipīna kombinācija ir ieteicama pacientiem ar trīs vai vairāk KV riska faktoriem, tādējādi tas būtu izrakstāms lielai populācijas daļai.

Sekundārājā profilaksē šī kombinācija savienojumā ar mazu devu aspirīna ir nozīmīga slodzes stenokardijas, asimptomātiskas aterosklerozes un perifero arteriju slimības skartajiem pacientiem. ●

Publikācija tapusi sadarbībā ar KRKA Latvija.

NOSLĒGUMĀ

Kombinēti medikamenti nodrošina labaku pacientu līdzestību. Hipertensija un hiperlipidē-

the Role of Non-Statin Therapies for LDL-Cholesterol Lowering in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol. 2016;68(1):92-125.

- Massimo F. Piepoli, Arno W. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2016, 37(29): 2291–2293.
- Chapman RH, Benner JS, Petrilia AA, et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. Arch Intern Med 2005; 165: 1147–52.
- Emberson J et al. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. Eur Heart J 2004, 25:484–491.

Vēres

- Massimo F. Piepoli, Arno W. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2016, 37(29): 2291–2293.
- Lloyd-Jones DM, Morris PB, Ballantyne CM, et al. 2016 ACC Expert Consensus Decision Pathway on