

Par ko stāsta koronārās sirds slimības sekundārās profilakses pētījumi Latvijā pēdējo 15 gadu periodā*

Vilnis Dzērve,

Dr.med., kardiologs, Latvijas Universitātes Kardioloģijas zinātniskais institūts, Latvijas Kardiologu biedrība

Anna Labuce,

Latvijas Universitātes Kardioloģijas zinātniskais institūts

Jeļena Pahomova-Strautiņa,

Dr.med., kardioloģe, Latvijas Universitātes Kardioloģijas zinātniskais institūts

Andrejs Ērglis,

LU profesors, Dr.med., kardiologs, Latvijas Universitātes Kardioloģijas zinātniskais institūts, Latvijas Kardiologu biedrība

Īsumā

Uz pierādījumiem balstītas medicīnas stūrakmens ir kvalitatīvu pētījumu datu iegūšana un to izmantošana praktiskās medicīnas jautājumu risināšanā. Raksta uzdevums ir piedāvāt lasītājam ieskatu koronārās sirds slimības sekundārās profilakses problēmās Latvijā, kuras identificētas un kuru risināšana piedāvāta trīs savstarpēji sekojošu Eiropas Kardiologu biedrības starpvalstu pētījumu gaitā.

Lai gan sirds un asinsvadu slimību diagnostikas un terapijas iespējas strauji attīstās, sabiedrības novecošanās un dzīvesveida pārmaiņu dēļ mirstības rādītāji saglabājas nemainīgi augsti gan Latvijā, gan citās Eiropas Savienības valstīs. Kardiovaskulārās slimības ir visbiežākais nāves cēlonis, un katru gadu to dēļ mirst ap 16 000 cilvēku (2014. gadā 57% no visiem nāves gadījumiem bija sirds un asinsvadu slimību izraisīti) [1].

Par spīti augstajiem mirstības rādītājiem, pāragra mirstība (pacientiem, kas jaunāki par 64 gadu vecumu) pēdējo gadu laikā pakāpeniski samazinās, un to var izskaidrot ar aktīvu profilakses pasākumu veikšanu valstī un adekvātu ārstēšanu terciārās medicīniskās aprūpes līmenī. Tomēr šis rādītājs saglabājas ievērojami augstāks nekā vidēji Eiropas Savienībā. Šā raksta mērķis ir pievērst lasītāja uzmanību ne tik daudz primārās profilakses niansēm, kā akcentēt tos faktus, kas nosaka sekundārās profilakses līmeni kardioloģijā, konkrēti, koronārās sirds slimības (KSS) pacientu aprūpe.

Minētie objektīvie statistikas dati izraisa vairākus jautājumus, no kuriem galvenais, protams, ir – kas pie mums tiek darīts nepareizi? Vai mūsu speciālisti neieviešo Eiropas līmenī diezgan detalizēti izstrādātās kardiovaskulāro slimību (KVS) sekundārās profilakses vadlīnijas, proti, vai mēs nepareizi ārstē-

jam savus pacientus? Vai eksistējošā sistēma traucē vadlīnijas izmantot reālajā dzīvē? Kāda ir pacienta izpratne par savu slimību un kāda ir piedalīšanās savas slimības sekundārās profilakses pasākumos?

Jāsaka gan, ka šo jautājumu izvirzām ne tikai mēs Latvijā, bet to dara arī citu valstu kardiologi un veselības sistēmas organizatori un pārraugi. Vispirms nepieciešams uzsvert, ka Eiropas Kardiologu biedrība (EKB) kopā ar citām partnerbiedrībām jau kopš 1992. gada veido KVS profilakses visaptverošas programmas klīniskajai praksei, kuru būtiska sastāvdaļa ir vadlīnijas. Pēdējo 20 gadu laikā ar regulāriem intervāliem ir publicētas piecas KVS profilakses vadlīnijas (pēdējā, 5. versija 2012. gadā) [2], kuru mērķis ir uzlabot preventīvās kardioloģijas praksi, veicināt nacionālo vadlīniju attīstību, īstenošanu un izvērtēšanu, iesaistot katras valsts nacionālo biedrību. Šo dokumentu visu izdevumu vadmotīvs ir, ka pacientu ar koronāro artēriju vai citu aterosklerozes procesa izraisītu slimību, kā arī cilvēku ar paaugstinātu KVS attīstības risku aprūpe definēta kā augstākā prioritāte klīnisko pasākumu kļāstā. Saprrot, ka vadlīniju publicēšana un to ieviešana praksē ir divas atšķirīgas lietas, 1994. gadā tika izveidota apvienotā EKB vadlīniju ieviešanas grupa, kuras darbības mērķis ir izveidot vienotu stratēģiju vadlīniju ieviešanā katrā dalībvalstī un sekojošu klīniskās prakses izvērtēšanu. Šo uzdevumu veikšanā tika izstrādāts ļoti efektīvs instruments – regulārs pētījums ar nosaukumu EUROASPIRE (*European Action on Sec-*

dary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events), kas pirmo reizi tika realizēts 1995.–1996. gadā deviņās Eiropas valstīs (EUROASPIRE I). Tam sekoja EA II 1999.–2000. gadā (15 valstīs), EA III 2006.–2007. gadā (22 valstīs) un EA IV 2011.–2012. gadā (24 valstīs) [3, 4]. Latvija kā asociētais loceklis piedalījās jau EA II pētījumā, bet jau oficiāli kā pilntiesīgs partneris – abos pēdējos pētījumos. Visu minēto pētījumu galvenais mērķis bija noskaidrot, vai koronārās sirds slimības (KSS) sekundārās profilakses prakse valstī atbilst standartiem, kas formulēti KVS vadlīnijās, vai laika gaitā ir notikušas izmaiņas dzīvesveida, riska faktoru izplatības un terapeitiskajos algoritmos.

Metodoloģija

Jāuzsver, ka visi pētījumi tika veikti pēc vienādas metodoloģijas, kas ir ļoti nozīmīgs faktors, lai varētu salīdzināt rezultātus gan starpvalstu kontekstā, gan to dinamiku laika gaitā. Kā metodoloģijas stūrakmens tika izvēlēts princips, ka katru valsti pārstāv viena slimnīca (centrs), kas veic aktīvu darbību inovatīvās kardioloģijas un kardiokirurģijas jomā un apkalpo reģionu ar vismaz 500 000 iedzīvotāju. Mūsu valstī kā vienīgais šādiem kritērijiem atbilstošs tika izvēlēts Latvijas Kardioloģijas centrs (LKC).

No LKC pacientu reģistra, izmantojot slimības vēstures, tika atlasīti pacienti, kuri ne mazāk kā pirms 6 mēnešiem un ne ilgāk kā pirms 3 gadiem no pētījuma sākuma nokļuva LKC ar šādām diagnozēm vai veicamajām procedūrām:

- plānveida vai neatliekama koronāro asinsvadu šuntēšanas (KAŠ) operācija (tostarp neatliekama KAŠ saistībā ar akūtu miokarda infarktu (AMI));
- plānveida vai neatliekama perkutāna transluminālā koronāro angioplastija (PCI), ieskaitot PCI saistībā ar AMI);

* Rakstā publicētie dati iegūti ar daļēju Valsts pētījumu programmas *Biomedicine* atbalstu.

- AMI (ar vai bez ST elevācijas);
- akūta miokarda išēmija (troponīns negatīvs).

Pacientu vecums slimības vai procedūras brīdī bija no 18 gadiem līdz 80 gadiem.

Katrā centrā bija jāidentificē ne mazāk kā 500 pacientu.

Pētījuma 1. fāzē no pacientu slimības vēsturēm tika iegūta iespējamā informācija par esošajiem slimības riska faktoriem un pašu slimību atbilstoši pētījuma protokolā formulētajiem jautājumiem.

Pētījuma 2. fāzē – tiešā kontakta fāzē, kurā pacients tika uzaicināts ierasties centrā uz interviju un objektīvajiem izmeklējumiem, starp kuriem būtiskākie bija:

- a) smēķēšanas konstatācija (paša novērtējums, smēķēšanas pārbaude ar CO analīzatoru);
- b) diēta (jautājumu komplekss);
- c) fiziskās aktivitātes vērtējums (jautājumu komplekss);
- d) liekā svara, aptaukošanās vērtējums;
- e) diabēta diagnostika (paša ziņots un glikozes tolerances vai HbA_{1c} testi);
- f) arteriālā asinsspiediena novērtējums;
- g) seruma holesterīna, tā frakciju, triglicerīdu noteikšana;
- h) esošās medikamentozās terapijas novērtējums (antiagreganti, bēta blokatori, AKE inhibitori, angiotensīna II receptoru antagonisti, lipīdus pazeminošā terapija, hipoglikēmiskā terapija, diurētiski līdzekļi, Ca kanālu blokatori, nitrāti, If inhibitori, metabolie līdzekļi, nikotīnu aizvietojošā terapija, pretaptaukošanās līdzekļi, antidepresanti u.c.).

Protams, tika fiksēti kardiovaskulārie notikumi konkrētajā 2,5 gadu periodā (nefatālie koronārie un citi kardiovaskulārie notikumi, tostarp revascularizācijas pasākumi, hospitalizācijas un kardiovaskulārā/kopējā mirstība).

Pirmās fāzes (slimības vēstures) un otrs fāzes dati (intervijas un izmeklējumi) tika salīdzināti savā starpā, kas deva priekšstatu, piemēram, par dzīvesveida maiņu pirms un pēc notikuma (piemēram, smēķējis pirms notikuma un atmetis vai turpina smēķēt pēc tā).

Nepieciešams uzsvērt, ka visu dalībvalstu laboratoriskie mērījumi, izņemot glikozes tolerances testu, tika veikti vienā sertificētā laboratorijā, kūrā tika nosūtīti asins paraugi no visiem centriem.

EUROASPIRE IV (EA IV) pētījumā tika realizēta vēl viena intervija ar pacientiem 1-1,5 gadu laikā pēc 1. intervijas, ko var nosaukt par šī **pētījuma 3. fāzi**. Tā norisinājās tālruna intervijas formā ar mērķi noskaid-

rot KV notikumu un riska faktoru dinamiku tālākā pacientu aprūpes periodā pēc iepriekšējā KV notikuma.

Pētījums tika izvērtēts un akceptēts LU Kardioloģijas institūta Ētikas komitejā, un pirms pētījuma 2. fāzes sākšanas tika veiktas visas ar pētījuma ētisko aspektu saistītās darbības, arī pacienta informēšana un piekrišanas dokumenta parakstīšana.

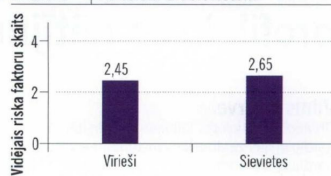
Rezultāti, to interpretācija

Mūsaprāt, lai vispusīgāk izprastu situācijas dinamiku, lietderīgi ir vispirms demonstrēt pēdējā pētījuma (EA IV) datus un pēc tam tos vērtēt kontekstā ar iepriekšējo pētījumu (EA II un EA III) datiem, lai spriestu par profilakses stāvokļa rādītāju dinamiku.

EUROASPIRE IV pētījumā tika iekļauti 270 KSS pacienti, no kuriem 166 bija vīrieši (vidējais vecums $64,2 \pm 0,749$ gadi) un 104 sievietes (vidējais vecums $67,7 \pm 0,803$ gadi). No visiem pacientiem 6 vīriešus (3,6%) un 12 sievietes (11,5%) pētījumā iekļāva sakarā ar plānveida vai neatliekamu KAŠ operāciju, 137 vīriešus (82,5%) un 77 sievietes (74,0%) – sakarā ar plānveida vai neatliekamu perkutānu transluminālu koronāro angioplastiku (PTKA), 17 vīrieši (10,2%) un 12 sievietes (11,5%) – sakarā ar akūtu MI, bet 6 vīrieši (3,6%) un 3 sievietes (2,9%) – sakarā ar akūtu miokarda išēmiju.

No pacientu slimības vēsturēm (**pētījuma 1. fāzē**) par kardiovaskulāru riska faktoru esamību anamnēzē tika iegūti šādi dati (skat. 1. attēlu): arteriālā hipertensija (AH) anamnēzē bija 127 vīriešiem (76,5%) un 91 sievietei (87,5%); dislipidēmija – 110 vīriešiem (66,3%) un 72 sievietēm (69,2%); cukura diabēts (CD) – 21 vīrietim (12,7%) un 18 sievietēm (17,3%); aktīvi smēķētāji bija 33 vīrieši (19,9%) un 8 sievietes (7,7%), bet 55 vīrieši (33,1%) un 15 sievietes (14,4%) bija smēķējušas agrāk dzīvē un to pārtraukušas; hroniska sirds mazspēja (HSM) anamnēzē bija 85 vīriešiem (51,2%) un 64 sievietēm (61,5%); alkoholišms – 4 vīriešiem (2,4%).

2. attēls Vidējais riska faktoru skaits vīriešiem un sievietēm

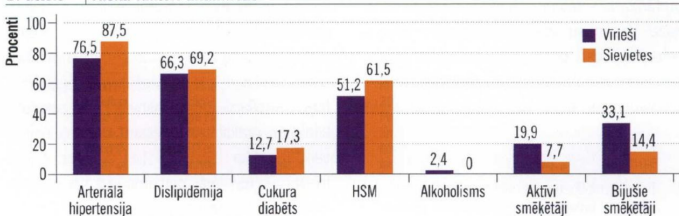


Apstrādājot interviju un izmeklējumus (**pētījuma 2. fāzē**) iegūtos datus, tika novērtēti 6 pamata riska faktori: arteriālā hipertensija (AH), dislipidēmija, cukura diabēts (CD) un glikozes tolerances traucējumi (GTT), ķermeņa masas indekss (KMI), smēķēšana un fiziskās aktivitātes trūkums (katrs riska faktors ir novērtēts ar nosacītu vērtību – 1). Vidējais riska faktoru skaits vīriešiem bija $2,45 \pm 0,080$, bet sievietēm $2,65 \pm 0,107$ (skat. 2. attēlu), turklāt 2 vai 3 riska faktorus novēroja 71,1% vīriešu un 66,3% sieviešu, bet 12,0% vīriešu un 21,1% sieviešu bija pat 4 vai 5 riska faktori.

Intervijā 80,7% vīriešu un 88,5% sieviešu atzina, ka ir informēti par to, ka viņiem ir arteriālā hipertensija. 80,1% vīriešu un 89,4% sieviešu apgalvoja, ka lieto medikamentus, lai samazinātu asinsspiedienu, bet 31,9% vīriešu un 43,3% – speciālu diētu. 70,5% vīriešu un 76,0% sieviešu apgalvoja, ka regulāri mēra asinsspiedienu kontroles nolūkos. Tomēr izmeklēšanā paaugstināts asinsspiediens (hipertensija) (AS $\geq 140/90$ mm Hg) tika konstatēts 30,6% vīriešu un 42,1% sieviešu, lai gan viņi saņēma attiecīgu terapiju (skat. 3. attēlu).

Attiecīgi 31,2% vīriešu un 37,8% sieviešu bija paaugstināts kopējā holesterīna līmenis, 39,9% vīriešu un 39,2% sieviešu bija palielināts zema blīvuma lipoproteīnu holesterīna (ZBLH) līmenis, 48,1% vīriešu un 24,7% sieviešu bija pazemināts augsta blīvuma lipoproteīnu holesterīna (ABLH) līmenis, bet triglicerīdi (TG) bija pārkārt augsta līmenī 27,4% vīriešu un 26,7% sieviešu. Lai koriģētu dislipidēmiju, 53,0% vīriešu un 62,5%

1. attēls Riska faktori anamnēzē



sieviešu apgalvoja, ka viņiem ir speciāla diēta ar zemu lipīdu saturu (skat. 4. attēlu).

Apkopojot pacientu analīžu rezultātus, tika noskaidrots, ka 47,1% vīriešu un 43,2% sieviešu ir GTT, bet 23,6% vīriešu un 28,4% sieviešu – cukura diabēts (CD). Tikai 29,3% vīriešu un 28,4% sieviešu bija normāls glikozes metabolisms. Savukārt iepriekš zināms CD bija tikai 12,7% vīriešu un 17,3% sieviešu (skat. 5. attēlu).

Smēķēšana, līdzīgi kā citi jau iepriekš apskatītie riska faktori, bija sastopama pietiekami bieži – 104 vīrieši (62,7%) un 26 sievietes (25,0%) atzina, ka ir kaut reizi dzīvē smēķējuši, bet 62 vīrieši (37,3%) un 78 sievietes (75,0%) to nebija darījuši nekad.

Smēķēšanas stažs vīriešiem vidēji bija $28,88 \pm 1,481$ gadi, bet sievietēm – vidēji $25,84 \pm 2,695$ gadi. No visiem pacientiem, kas jebkad dzīvē bija smēķējuši, to bija pārtraukuši darīt 74 vīrieši (71,2%) un 20 sievietes (76,9%). Turpina smēķēt 12,2% KSS pacientu.

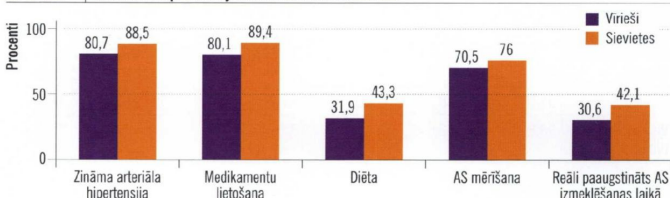
Pacientu fiziskās aktivitātes līmenis tika izvērtēts pēc IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) skalas. Lielākajai daļai pacientu jeb 64,2% vīriešu un 82,2% sieviešu ikdienā ir zema, 27,7% vīriešu un 11,9% sieviešu ir augsta līmeņa fiziskā aktivitāte.

Liekais svars un neracionāli ēšanas paradumi tāpat ir būtiski faktori, kas veicina sirds slimību attīstību. 109 vīrieši (65,7%) un 68 sievietes (65,4%) atzina, ka viņu uzturs ir neveselīgs. 68 vīrieši (41,0%) un 48 sievietes (46,2%) atzina, ka viņiem ir liekais svars. Izmeklēšanā tika konstatēts, ka palielināts ķermeņa svars (KMI: $25\text{--}29,99 \text{ kg/m}^2$) bija 72 vīriešiem (43,6%) un 46 sievietēm (44,7%), bet 65 vīriešiem (39,4%) un 42 sievietēm (40,8%) bija aptaukošanās (KMI – $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) (skat. 6. attēlu).

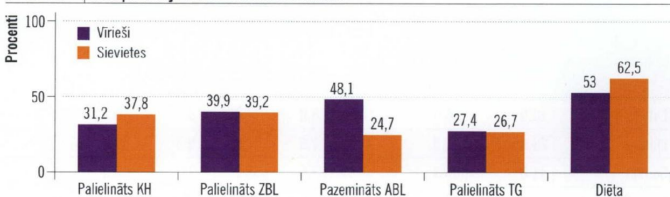
Tomēr 136 vīrieši (81,9%) un 85 sievietes (81,7%) noliedza, ka pēdējā mēneša laikā pirms intervijas būtu aktīvi centušies samazināt svaru. Tāpat 89 vīrieši (53,6%) un 57 sievietes (54,8%) noliedza, ka būtu centušies nepieņemties svarā, un 111 vīrieši (66,9%) un 66 sievietes (63,5%) atzina, ka arī neapsver centienus samazināt svaru nākotnē.

EA IV pētījuma trešajā fāzē tika intervēti 196 cilvēki (72,6%) – telefoniski, ar pasta vai elektroniskā pasta starpniecību. Pacientu vidējais vecums bija $65,4 \pm 0,573$ gadi. Kopš iepriekšējās intervijas 8 pacienti (3%) bija miruši. Mirušo vidējais vecums bija $71,6 \pm 2,07$ gadi. Mirušo vecums bija

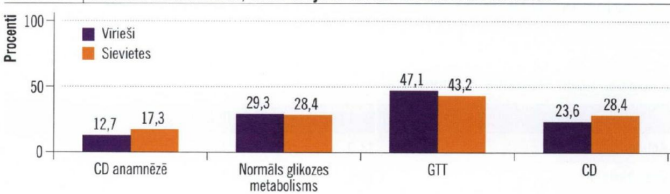
3. attēls | Arteriālā hipertensija vīriešiem un sievietēm



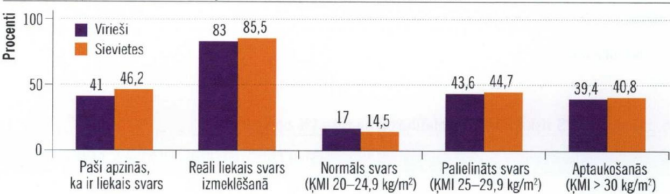
4. attēls | Dislipidēmija vīriešiem un sievietēm



5. attēls | Glikozes metabolisms, tā traucējumi un CD vīriešiem un sievietēm



6. attēls | Liekais svars un aptaukošanās vīriešiem un sievietēm



vidēji par 6,2 gadiem lielāks nekā dzīvo pacientu vidējais vecums, kas ir statistiski ticami ($p < 0,05$).

Laikā kopš pirmās intervijas 17,6% vīriešu un 32,5% sieviešu tika veikta plānveida vai neatliekama PTKA, 1,7% vīriešu un 3,9% sieviešu – KAŠ operācija, 0,8% vīriešu un 2,6% sieviešu bija pārcietuši akūtu MI, bet 3,4% vīriešu un 2,6% sieviešu – ishēmisku insultu. Tāpat 3,4% vīriešu un 7,9% sieviešu atzina, ka šajā laika periodā ir tikusi hospitalizēti hroniskas sirds mazspējas dekompensācijas (HSM) dēļ. Turklāt 6,7% vīriešu un 11,5% sieviešu šajā laika periodā tika diagnosticēts cukura diabēts, bet 19,5% vīriešu un 5,3% sieviešu atzina, ka joprojām ir aktīvi smēķētāji.

Medikamentozā terapija

Medikamentu lietošanas biežuma kopsavilkums EA IV pētījuma 2. fāzē attēlots 1. tabulā.

Atsevišķu preparātu lietošanas biežums (% no visiem pacientiem):

- bēta blokatoru grupā: bisoprolols – 36,5%, metoprolols – 37,9%, nebivolols – 12,3%, betaksolols – 0,7%;
- Ca²⁺ antagonistu grupā: amlodipīns – 38,9%, lerkandipīns – 2,5%;
- AKE inhibitori/angiotensīna II receptoru blokatori: perindopils – 50,35%, ramipils – 12,3%, hinapils – 1,8%, telmisartāns – 7,7%, olmesartāns – 3,6%, losartāns – 2,8%.

1. tabula | Medikamentu lietošana (% no visiem)

	Antiagreganti	Bēta blokatori	Ca antagonisti	AKE inhibitori/ angiot. II rec. blokatori	Omega-3 preparāti	Statīni
Vīrieši	97,8	85,5	42,8	81,4	21,1	89,8
Sievietes	95,5	88,5	44,2	81,7	21,2	94,2
Visās 24 valstīs (visi pac. kopā)	93,8	82,6	—	75,1	—	85,7

2. tabula | Arteriālā asinsspiediena (AS), seruma ZBL holesterīna un plazmas glikozes terapeitiskā kontrole Latvijā salīdzināmā ar dažām citām valstīm [4]

	AS*		ZBL holesterīns**			HbA _{1c} ***	
	< 130/80 mm Hg (%)	< 140/90 mm Hg, (< 140/80 mm Hg diabēta pac.) (%)	< 2,5 mmol/L (%)	< 2,0 mmol/L (%)	< 1,8 mmol/L (%)	< 6,5%	< 7,0%
Latvija	18,0	58,6	68,0	44,4	30,9	40,7	55,9
Lietuva	23,3	41,5	41,9	14,7	5,3	33,3	55,1
Somija	41,8	66,3	83,5	53,2	33,2	62,3	71,9
Visas 24 valstīs	32,7	57,0	62,5	33,7	21,1	35,4	52,5

* Pacienti, kas saņem antihipertensijas terapiju.

** Pacienti, kas saņem lipidus pazeminošu terapiju.

*** Pacienti, kuri paši atzinuši diabēta esamību.

3. tabula | Zāļu lietošanas dinamika (%)

	EA II (2000. g.)	EA III (2007. g.)	EA IV (2012. g.)
Antiagreganti	73,0	83,8	96,9
Bēta blokatori	59,1	84,9	87,9
Ca antagonisti	—	38,5	41,7
AKE inhibitori/ang. II rec. blokatori	47,0*	68,7	81,0
Statīni	24,0	72,3	93,1

* Tikai AKE inhibitori.

4. tabula | KVS riska faktoru izplatības dinamika (% no visiem)

	EA II (2000. g.)	EA III (2007. g.)	EA IV (2012. g.)
Paaugstināts AS	69,0	58,6	40,9
Nediagnosticēta hipertensija*	—	14,9	16,3
Smēķētāji (intervijas laikā)	29,0	21,6	12,2
Smēķētāji (pirms KV notikuma)**	—	28,1	25,5
Liekais svars (KMI > 25,0)	81,0	80,9	84,2
Aptaukošanās (KMI > 30,0)	37,0	40,7	40,2
Regulāra fiziska slodze	—	33,5	21,9
Cukura diabēts*** vai glikoze tukšā dūšā > 7,0 mmol/L	14,0	23,8	30,1
Nediagnosticēts CD	—	10,5	9,1
Glikozes tolerances traucējumi	—	38,3	44,0
Kopējais holesterīns > 5,0 mmol/L	82,0	47,6	21,0
ZBLH > 2,5 mmol/L	—	62,8	34,0

* Pacienti, kas atbild negatīvi uz jautājumu: "Vai ārsti vai citi medicīnas darbinieki jums ir teicis, ka jums ir paaugstināts AS?"

** Tie, kas smēķēja vismaz 1 mēnesi pirms KV notikuma.

*** Pacienta paša paziņots.

**** CD pacienti.

■ omega-3 taukskābju preparātus lieto 15,2% pacientu;

■ statīnu grupā: atorvastatīnu lieto 69,15%, rosuvastatīnu — 22,5% pacientu.

Par ārstēšanas efektivitāti iespējams spriest pēc parametru terapeitiskās kontroles rādītājiem (skat. 2. tabulu).

Apkopojot EA IV pētījuma datus par KSS medikamentozu terapiju un tās efektivitāti Latvijā, var secināt, ka intensīvi tiek lietoti bēta blokatori, pat nedaudz biežāk nekā vidēji Eiropas valstīs, lietojot galvenokārt bisoprololu un metoprololu, vairāk nekā 80% pacientu saņem AKE inhibitorus vai angiotensīna II receptoru blokatorus, visbiežāk lietojot perindoprilu un ramiprilu. Ievērojami vairāk pacientu nekā vidēji Eiropas valstīs saņem statīnu terapiju (atorvastatīnu vai rosuvastatīnu), arī terapijai ar omega-3 taukskābju preparātu ir veltīta noteikta vieta. No teiktā var secināt, ka Latvijas ārsti principā ievēro tos ārstēšanas principus, kas formulēti EKB vadlīnijās [2]. Tas izpaužas arī ārstēto pacientu terapijas efektivitātes rādītājos, salīdzinot ar citām valstīm. Latvijā ir sasniegti atzīstami rādītāji AS kontrolē robežās < 140/90 mm Hg, kuri pārsniedz vidējo % visās dalībvalstīs, tomēr nepietiekams ir to pacientu skaits, kuriem sasniegts ideālais AS ≤ 130/80 mm Hg. Salīdzinoši labi ir lipidus pazeminošās terapijas rādītāji. Gandrīz 31% ārstēto KSS pacientu ZBLH līmenis ir zem 1,8 mmol/L, un 44,4% zem 2,0 mmol/L, kas ievērojami pārsniedz Eiropas vidējo rādītāju, tomēr atpakaļ no Somijas rādītājiem. Šo terapijas efektivitāti droši var attiecināt uz ilggadējo statīnu lietošanas praksi mūsu valstī, kur noteikta loma ir arī tam, ka statīni tika laikus iekļauti valsts zāļu kompensācijas sistēmā.

Teikto apstiprina arī medikamentu lietošanas dinamika pēdējo 15 gadu periodā. No 3. tabulas redzams, ka vadlīnijās ieteikto medikamentu lietošanas apjoms ievērojami pieaudzis: aspirīna un citu antiagregantu lietošanas biežums pieaudzis no 73,0% 2000. gadā līdz 96,9% 2012. gadā. Līdzīga dinamika ir arī citu nozīmīgāko KSS medikamentu lietošanas apjomā. Sēvišķi jāuzsver statīnu lietošanas dinamika: pieaugums gandrīz 4 reizes 2012. gadā, salīdzinot ar 2000. gadu. Kā jau iepriekš minēts, zāļu lietojuma prakse ir nesusi auglus riska faktoru kontroles ziņā (skat. 2. tabulu).

Tāpat mēs varam pieļaut, ka KSS medikamentozās ārstēšanas prakse Latvijā ir saskaņā ar EKB un LKB vadlīnijām [2, 5].

Ja tā, tad kur ir vaina – kāpēc RF izplatība un saslimstība joprojām ir augsta?

Ārsta vai cita medicīnas darbinieka padoms par dzīvesveida maiņu un pacienta apņemšanās un darbības, lai samazinātu RF ietekmi

5. tabula

	EA III (2007. g.) %	EA IV (2012. g.) %
Smēķētājiem – ārsts devis padomu:		
■ verbāli	88,1	94,4
■ rakstiski	22,0	57,1
■ ārstēšanās kurss	1,8	20,0
■ nav devis padomu	10,1	5,9
Smēķētāju darbības (pēc atbildēm):		
■ atturēšanās	24,5	18,9
■ nodoms samazināt smēķēšanu	37,9	33,3
■ ārstēšanās kurss	2,1	23,0
Liekais svars un aptaukošanās:		
■ ārsts norādījis, ka ir liekais svars	55,5	72,2
■ ārsts norādījis, ka ir aptaukošanās	72,9	72,2
■ ārsts devis padomus par diētas ieviešanu	55,4	58,0
■ ārsts devis padomus par fiziskās slodzes ieviešanu	70,0	71,7
Pacientu atbildes darbības:		
■ centies samazināt svaru pēdējā mēneša laikā	24,2	23,2
■ ievērojis diētas rekomendācijas	50,4	51,4
■ regulāra fiziska slodze	35,0	50,7
■ nedara neko	42,0	36,3
Diētas rekomendāciju ieviešana:		
■ mazāk vāramā sāls	63,4	66,1
■ mazāk taukvielu	80,1	81,5
■ mazāk kaloriju	56,1	48,7
■ mazāk cukura	59,0	60,6
■ vairāk dārzeņu un augļu	79,9	85,3
■ mazāk alkohola	62,1	47,0
Fiziskā aktivitāte ārpus darba:		
■ nekāda	11,0	9,7
■ neliela	56,2	40,9
■ vidēja	14,1	22,9
■ intensīva	18,6	26,5
Regulāra fiziskā aktivitāte ar nolūku uzlabot fizisko kondīciju:		
■ nav un neplānoju	62,3	67,2
■ nav, bet plānoju	11,8	9,5
■ ir	25,8	23,3
Ieteikums piedalīties preventīvajās un rehabilitācijas programmās	—	7,9
Piedalīšanās ieteiktajās programmās		
■ nē	22,7	4,5
■ mazāk nekā pusē nodarbību	4,5	40,9
■ vairāk nekā pusē nodarbību	40,9	31,8
■ pilnībā	31,8	

Lai atbildētu uz šo jautājumu, mēģināsim analizēt KVS riska faktoru dinamiku (skat. 4. tabulu.), kā arī ārsta padomus veselīga dzīvesveida ieviešanā un KSS pacienta veselības uzvedības jautājumus. (Skat. 5. tabulu.)

4. tabulā parādītie dati ļauj pavisam konkrēti priekš par dažu KVS riska faktoru gan labvēlīgo dinamiku, gan ļoti negatīvā dinamika tendencēm. Iepriecinošs ir fakts, ka paaugstināta AS izplatība ievērojami samazinājusies 2012. gadā, salīdzinot ar 2000. gadu, tomēr iepriekš nediagnosticēta hipertensija 15–16% apmērā liecina par profilaktiskā darba nepilnību. Arī paaugstināta AS izplatība 40,9% apmērā ir salīdzināma ar hipertensijas izplatību Latvijas populācijā, kura saskaņā ar epidemioloģisko šķērsgrūzuma pētījumu 2010. gadā bija vidēji 44,8% [6]. KSS pacientu vidū ir ievērojami samazinājusies smēķētāju skaits – 2000. gadā izmeklējumā laikā smēķēja 29,0% pacientu, bet 12 gadus vēlāk – 12,2%. Smēķēšanas izplatība pirms notikuma EA III pētījumā bija 28,1%, bet izmeklējumā laikā – 21,6%. Tātad 6,5% smēķētāju smēķēšanu atmetu pēc notikuma, jo nebija norādes, ka kāds no pacientiem būtu sācis smēķēt pēc KV notikuma. EA IV pētījumā ir jau daudz labāki smēķēšanas atmešanas rādītāji – 25,5% pirms un 12,2% pēc notikuma.

Neapšaubāmi aktuāla ir liekā svara un aptaukošanās problēma, par ko liecina šo rādītāju pozitīvā dinamika, ko neapšaubāmi ietekmē arī regulāras fiziskās slodzes samazinājums KSS pacientu vidū. Ievērojami pieaudzis CD pacientu skaits, arī nediagnosticēta CD īpatsvars pēdējos divos pētījumos palicis stabili liels – 9–10%. Paturot prātā, ka CD attīstība ir cieši saistīta ar glikozes tolerances traucējumu izplatību, jāpievērš uzmanība GTT lielajiem skaitļiem, kam ir tendence pieaugt (38,3% 2007. gadā, 44,0% 2012. gadā). Ļoti pozitīvi jāvērtē kopējā holesterīna un ZBLH dinamika, proti, šo dislipidēmiju izplatības raksturojošo lielumu samazināšanās.

Analizējot 5. tabulā apkopotos datus par pamatdarbībām, kas veiktas dzīvesveida maiņas jomā, redzams, ka medicīnas darbinieku darbība visumā atbilst KVS profilakses

vadlīnijās uzsvērtajām tēzēm par smēķēšanas, liekā svara un fiziskās aktivitātes problēmām. Tomēr var uzdot jautājumus, kāpēc, piemēram, ārsts nav devis padomus visiem KSS pacientiem ar lieko svaru vai arī, ja tie ir doti, tad kāpēc ne visiem dotas rekomendācijas par diētas un fiziskās slodzes ieviešanu. No pētījumiem rodas iespaids, ka attiecībā uz smēķēšanu vismaz sekundārās profilakses jomā mediķi ir pietiekami aktīvi.

Analizējot pacientu atbildes tiešās intervijas laikā, redzams, ka bieži vien apņemšanās vēl nenozīmē, ka tas tiks darīts. Sevišķi tas redzams attiecībā uz apņemšanos atstāt smēķēšanu, kura nesakrīt ar reālajiem datiem (skat. 4. un 5. tabulu). Tomēr pozitīvi jāvērtē apņemšanās maiņa ārstēties kursu veidā (20,0% EA IV pētījumā). Praktiski bez būtiskas pozitīvas dinamikas ir diētas un fiziskās slodzes paradumu maiņa, salīdzinot EA III un EA IV pētījumu rezultātus.

Noslēgums

Patlaban, ja vēlamies iegūt informāciju par koronārās sirds slimības sekundārās profilakses stāvokli dinamikā un starpvalsts salīdzinājumu līmeni, EUROASPIRE pētījumu dati ir ieteicamais informācijas avots. Tie dod iespēju analizēt pacientu subjektīvos uzskatus par veselīga dzīvesveida uzlabošanu un to dinamiku, kā arī sniedz objektīvus datus par riska faktoru esamību KSS pacientu populācijā un lietotās medikamentozās ārstēšanas dinamikā. EUROASPIRE Latvijas dati droši norāda uz to, ka KSS profilakses un ārstēšanas algoritms Latvijā norit saskaņā ar ESK un EKB izstrādātajām vadlīnijām. Tomēr pacientu attieksme pret savu KVS riska faktoru korekcijas nepieciešamību un iespējām daudzos gadījumos ir pavisā. Ņemot vērā citu pētījumu datus [7] par iedzīvotāju nepietiekamajām zināšanām par KVS riska faktoru nozīmi un veselības uzvedību, var pieļaut, ka arī KSS pacientu vidū tās nav pietiekamas. Tādā gadījumā viens no iemesliem situācijai, kad KSS pacients neizrāda pienācīgu interesi par savu AS, ķermeņa svaru vai fizisko aktivitāti, iespējams, ir mediķu un pacientu pārāk maza līdzestība, kuras iemesli ir reālā situācijā jāanalizē atsevišķi.

Literatūra

1. Veselības aprūpes statistika 2014. [Iešaisite]. [Skatīts 10.09.2015.]. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/iesaisite>
2. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012 Jul;33(13):1635-701.
3. Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. The Lancet. 2009;Vol.373. ISSN:0140-6736. Pages:929-940.
4. Kotseva K, Wood D, De Backer D et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. Eur J Prev Cardiol. 2015 Feb 15. pii: 2047487315569401. [Epub ahead of print].
5. Kardiovaskulāro slimību (KVS) profilakses vadlīnijas Rīgā, 2007. [Iešaisite] [Skatīts 10.09.2015.]. Pieejams: http://www.kardiologija.lv/files/kvs_vadlinijas.pdf
6. Erglis A, Dzēne V, Pahomova-Strautiņa J, et al. A population-based cross-sectional study of cardiovascular risk factor in Latvia. Medicina (Kaunas). 2012;48(6):310-6.
7. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2014. [Iešaisite] – [atsauce 10.09.2015.]. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/veselibu-ietekmejoso-paradumu-petijumi/>