

PRAKTISKI IETEIKUMI

kardiovaskulāro riska faktoru izvērtēšanā un koriģēšanā

Modificējamie KVS riska faktori veido nozīmīgu kopējo KV notikumu un mirstības risku, tādēļ tie laikus jāatklāj un jākoriģē.



Aija Mača,
kardioloģe, anestezioloģe
reanimatoģe,
Latvijas Kardioloģijas centrs,
P. Stradiņa KUS, RSU

«Ne vienmēr ārsta izvēlētā terapija panāk vēlamo efektu, taču jāatceras, ka to nemaz nevar izvērtēt, ja pacients nav līdzestīgs.»



Laima Caunīte,
RSU MF studente

«Neatkarīgi no TA pazemināšanas veida – gan ar dažādu medikamentu grupu, gan nefarmakoloģiskas terapijas lietošanu – tiek samazināts risks visām KV komplikācijām.»

Ateroskleroze ir pastāvīga, hroniska, multifokāla, imūniekaisīga un fibroproliferatīva artēriju slimība, kas rodas endotēlija disfunkcijas, asinsvadu iekaisuma, lipīdu izgulsnēšanās rezultātā. To provocē un veicina gan nemodificējami (vecums vīriešiem >45 g., sievietēm >55 g., nelabvēlīga iedzimtība (ģimēnē agrīna kardiovaskulāra slimība (KVS): vīriešiem <55 g., sievietēm <65 g.), gan modificējami riska faktori: arteriālā hipertensija (AH), cukura diabēts (CD), smēķēšana, aptaukošanās (īpaši abdominālā: vēdera apkārtmērs vīriešiem >102 cm, sievietēm >88 cm). Risku palielina arī paaugstināts kopējais holesterīns (KH), zema blīvuma holesterīns, triglicerīdi, kā arī samazināts augsta blīvuma holesterīna līmenis asinīs un citi faktori, piemēram, mazkustīgs dzīvesveids, neracionāls uzturs, paaugstināts fibrinogēns un/vai trombogēnitate, paaugstināts C reaktīvā olbaltuma līmenis, traucēta glikozes tolerance. Labā ziņa – ir arī risku mazinoši faktori, piemēram, augsts augsta blīvuma holesterīns, labvēlīga iedzimtība, racionāls uzturs, fiziskā aktivitāte.

KOPĒJĀ KARDIOVASKULĀRĀ RISKĀ IZVĒRTĒŠANA

Eiropas Kardiologu biedrības 2016. g. vadlīnijās ieteikti katram pacientam ar zināmu kādu kardiovaskulāro (KV) riska faktoru izvērtēt kopējo KV risku, jo kliniski nozīmīga ateroskleroze veidojas vairāku faktoru mijiedarbībā. Tālākā ārsta un pacienta rīcība atkarīga no iegūtā rezultāta – jo augstāks risks, jo radikālākām jābūt darbībām. 1. tabula atspoguļo, kādēļ nepieciešams izvērtēt risku arī pacientiem, kuri šķiet veseli: 60 gadu vecam vīrietim smēķētājam ar

nekontrolētu AH pat normāla kopējā holesterīna līmeņa asinīs gadījumā 10 gadu risks fatālam KV notikumam ir 21%. Šajos aprēķinos nav ņemti vērā citi riska faktori, tātad patiesais risks ir krietni augstāks.

Aptuveno pacientu risku 10 gadu laikā fatālam KV notikumam var noteikt pēc SCORE tabulas. Latvija ietilpst valstu grupā ar ļoti augstu risku, tāpēc jāizmanto augsta riska valstīm paredzētā tabula, ņemot vērā, ka risks ir vēl augstāks par aprēķināto.

Pacientu kategorijas riska faktoru ziņā

Izvērtējot riska faktorus, pacientus var iedalīt vairākās kategorijās.

Ļoti augsts risks:

- zināma KVS (miokarda infarkts, akūts koronārs sindroms, koronāro vai citu artēriju revaskularizācija, insults, tranzitora išēmiska lēkme, perifēro artēriju slimība vai aortas aneirisma anamnēzē, vai vizualizēta panga koronārajās vai miega artērijās);
- CD ar mērkorgānu bojājumu, piemēram, proteinūriju, vai ar «lielo» riska faktoru – smēķēšanu, izteiktu hiperholesterinēmiju/hipertensiju;
- IV–V stadijas hroniska nieru slimība (HNS) (GFā <30 ml/min/1,72 m²);
- aprēķināts SCORE risks ≥10%.

Augsts risks:

- izteikti paaugstināts viens no riska faktoru rādītājiem, piemēram, KH >8 mmol/l vai AH ≥180/110 mm Hg;
- lielākā daļa CD pacientu, kuri neatbilst ļoti augsta riska kategorijai (izņemot jaunus cilvēkus ar 1. tipa CD bez citiem lielajiem riska faktoriem, kas varētu būt pieskaitāmi

- zema vai vidēja riska grupai);
- II–III stadijas HNS (GFā 30–59 ml/min/1,72 m²);
- aprēķināts SCORE risks ≥5%, bet <10%.

Vidējs risks:

- aprēķināts SCORE risks ≥1%, bet <5%. Liela daļa vidēja vecuma pacientu pieder šai riska grupai.
- Zems risks:**
- SCORE <1%.

BIEZĀK SASTOPAMO MODIFICĒJAMO RISKĀ FAKTORU KONTROLE

Cukura diabēts

Vairāk nekā puse no visiem CD pacientiem mirst KVS dēļ. Lielu daļu šīs statistikas veido koronārās slimības (KSS), kas konkrētai pacientu grupai attīstās agrākā vecumā, progresē straujāk un bieži vien norit «klusās išēmijas» veidā, tāpēc saslimšana bieži vien tiek atklāta novēloti. Ateroskleroze CD gadījumā progresē straujāk ne tikai hiperglikēmijas, bet arī insulīna rezistences, hiperinsulinēmijas, diabētiskas dislipidēmijas, hiperkoagulācijas un AH dēļ, kas, darbojoties kopā, veicina endotēlija disfunkciju un difūzas aterosklerozes attīstību.

20. gs. 70.–90. gados veiktajā UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*) pētījumā tika secināts, ka **glikēmijas kontrole 2. tipa CD pacientiem ir ļoti nozīmīga, turklāt, jo agrāk uzsākta, jo izteiktāks seku efekts, proti, pacientiem, kuri bija laikus sākti ārstēt, vēlāk attīstījās komplikācijas, pat tad, ja vēlākos gados glikēmijas kontrole bijusi sliktāka.**

Mūsdienās glikēmijas mērķi ir skaidrāki, *American Diabetes Association* 2016. g. vadlīnijās ieteikts: ►



- glikozētais hemoglobīns (HbA1c) <7% mazina mikrovaskulāro komplikāciju biežumu, un, ja kontrole uzsāka agri pēc diagnozes noteikšanas, tā ilgtermiņā samazina makrovaskulāro komplikāciju biežumu;
- stingrāki mērķi (HbA1c <6,5%) apsverami pacientiem, kuri to var panākt bez nozīmīgām hipoglikēmijām vai citām blaknēm;
- apsvērt mazāk stingrus mērķus pacientiem ar augstu risku smagām hipoglikēmijām, neilgu prognozētu

dzīvildzi vai citiem faktoriem, kas padara glikēmijas <7% sasniegšanu ļoti grūtu.

Medikamentozā un revaskularizācijas terapija ir ļoti līdzīga pacientiem ar vai bez CD, toties īstermiņa un ilgtermiņa rezultāti gan pēc perkutānas koronāras intervences (PCI), gan aortokoronārās šuntēšanas ir sliktāki diabēta pacientu grupā.

Dislipidēmija

No mainītiem lipīdu rādītājiem vislielākā nozīme ir zema blīvuma holes-

terīnam (ZBL), kas samazina slāpekļa oksīda (*nitrogen oxide* – NO) limeni asinīs (NO ir centrālā loma ateroprotekcijas nodrošināšanā). ZBL vieglāk nekā citi holesterīni iekļūst artērijās *intimas* slānī (gan pateicoties NO līmeņa pazemināšanai, gan labākai saistīšanās spējai pie receptoriem asinsvada sienīņā). Kad ZBL nokļuvis sienīņā, tas veicina monocītu migrāciju turp, un, tiem pārveidojoties par makrofāgiem, tiek ievilkts šūnā – izveidojas putu šūnas. Turpinās lipīdu izgulsnēšanās, veidojas kapsula un ▶



Kateryna Bulavkina,

RSU MF studente

«Svarīgi atrast un novērst tos iemeslus, kas pacientam traucē ievērot noteikto ārstēšanu.»

1. tabula

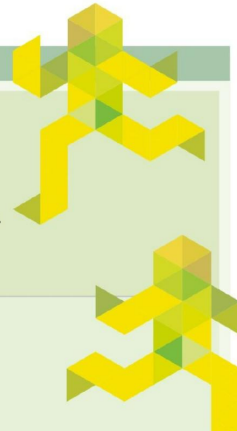
KV RISKĀ PIEMĒRI

Dzimums	Vecums (gadi)	Kopējais holesterīns (mmol/l)	Sistoliskais asinsspiediens	Smēķē?	Risks 10 gadu laikā fatālam KVS notikumam
S	60	7	120	Nē	2%
S	60	7	140	Jā	5%
V	60	6	160	Nē	9%
V	60	5	180	Jā	21%

Avots: ESC 2016 Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical pract.

2. tabula
IETEICAMĀ FIZISKĀ AKTĪVĪTĀTE

18–64 g. v.	<ul style="list-style-type: none"> • Jebkāda fiziska aktivitāte ir labāka par nekādu. • 150 min (2 h 30 min) nedēļā mērenas intensitātes fiziskas aktivitātes (pildot katru dienu, tās būs vien ~20 minūtes). • 75 min (1 h 15 min) nedēļā augstas intensitātes aerobas vingrošanas (katru dienu ~10 minūtes). • Aerobas aktivitātes vajadzētu veikt intervālos vismaz 10 min garumā, vēlams, vienmērigi sadalot visu slodzi uz nedēļu. • Lielākam efektam – 300 min (5h) mērenas vai 150 min augstas intensitātes slodzes nedēļā. • Vismaz divas dienas nedēļā būtu jāveic lielāko muskuļu grupu stiprinošie vingrojumi.
65 gadi un vecāki	<ul style="list-style-type: none"> • Jācenšas sekot iepriekšminētajiem norādījumiem. • Ja nepanes tik lielu slodzi, jāpilda, cik var. • Pacientiem ar krīšanas risku nepieciešami vingrojumi līdzsvara un kustību koordinācijas uzlabošanai. • Vecākiem pacientiem būtu jānosaka aktivitātes līmenis atkarībā no viņu ķermeņa uzbūves. • Vecākiem pacientiem ar hroniskām saslimšanām jāizvērtē, vai viņu veselības stāvoklis atļauj droši veikt vingrojumus.



lipīdu serde. **Sākotnējās pangas veidošanās stadijās gludās muskulatūras šūnas veido 90–95% no visām šūnām, bet, lipīdiem uzkrājoties, šī proporcija samazinās līdz 50%, kas padara pangu arvien nestabilāku.**

Atbilstoši galvenais terapijas mērķis ir ZBL samazināšana. Pacientiem ar ļoti augstu KV risku mērķa ZBL ir <1,8 mmol/l, turklāt, ja sākotnēji līmenis bijis virs mērķa, vēlams vismaz 50% samazinājums no tā. Ja ir augsts KV risks, ZLB jāpānāk <2,6 mmol/l, un vērā jāņem tads pats papildu mērķis kā ļoti augsta riska grupai. Pacientiem ar vidēju KV risku ZBL mērķis ir <3mmol/l.

Abdomināla aptaukošanās

Sobrīd, kad Latvija Eurostat statistikā (kopā ar Igauniju, Ungāriju un Apvienoto Karalisti, atpalielot vienīgi no Maltas) ieguvusi apšaubāmo godu būt otrajā vietā aptaukošanās ziņā (katrs piektais iedzīvotājs ir aptaukojies), īpaši svarīgi aktualizēt faktu, ka liekais svars ir ļoti nozīmīgs riska faktors KVS attīstībā; izraisīto nāvju ziņā, salīdzinot ar citām Eiropas valstīm, Latvijā ir starp līderēm.

Daudzās valstīs ir vērojama pozitīva tendence tādu riska faktoru samazināšanā kā smēķēšana, arteriālais asinsspiediens (TA) un holesterīna rādītāji, tomēr pēdējās gadu dekādēs visās valstīs ir izteikti pieaudzis ķermeņa masas indekss (KMI). Piemēram, tiek lēsts, ka, ja ASV aptaukošanās tendence saglabāsies tāda, kāda tā ir kopš 2005. gada, tad ap 2020. gadu tās dēļ tiks zaudēts pozitīvais efekts, ko devusi arvien izplatītākā atteikšanās no smēķēšanas.

Galvenās aptaukošanās kliniskās kompli-

kācijas ir TA paaugstināšanās, dislipidēmija, insulīna rezistence un līdz ar to diabēts, sistēmiskais iekaisums un protrombotisks stāvoklis, kā arī miokarda infarkta, sirds mazspējas un insulta attīstība.

Statistika rāda, ka 58% diabēta un 21% koronārās sirds slimības gadījumu ir saistīti ar KMI, kas augstāks par 21 kg/m². Zemāka mirstība novērota, ja KMI ir 20–25 kg/m², tomēr mirstība pieaug arī tad, ja KMI ir <20 kg/m².

Pēdējā laikā dzirdēts viedoklis, ka aptaukojies cilvēki ir ne tikai skaists, bet arī vesels. Radies termins metabolically healthy obese (MHO) – aptaukojies, bet bez metaboliem traucējumiem vai hipertensijas. Tomēr pētījumu secināts, ka kopējā mirstība šajā grupā ir augstāka nekā grupā bez aptaukošanās. Zinātnieki norāda, ka MHO ir pārejas fāze pirms glikozes metabolisma traucējumiem.

Jāatceras, ka paaugstināts KMI var būt arī personām ar lielāku muskuļu masu, piemēram, svarcēlājiem. Sportiskiem, treniņiem pacientiem ar augstāku KMI mirstība ir mazāka nekā netreniņiem ar zemu KMI.

Arī palielināts vidukļa apkārtmēris ir paaugstināta KV riska marķieris. Šis mērījums jāveic, pacientam stāvot kājās, izmērot apkārtmēri līmeni starp ribu loku un iegurņa kaula šķautni. KVS risks palielinās, ja vidukļa apkārtmēris vīrietim >94 cm, bet sievietei >80 cm. Savukārt, ja vīrietim vidukļa apkārtmēris ir >102 cm, bet sievietei >88 cm, tad risks jau ir nozīmīgi augsts, un svars noteikti jāmazina.

Diēta

Daudz KVS riska faktoru var novērst ar fizis-

ko aktivitāšu un diētas pārmaiņām. Turpinājumā daži praktiski ieteikumi diētas uzlabošanai no Eiropas Kardiologu asociācijas 2016. gada vadlīnijām.

Uzturā lietoto tauku veids ir svarīgāks nekā daudzums. Aizvietojojot ar polinepiesātinātajām (omega-6, omega-3) taukskābēm 1% dienas kopējo kaloriju daudzumu, kas iegūtas no piesātinātajām taukskābēm, KV risks samazinās par 2–3%, kā arī pazeminās ZBL (nedaudz arī ABL). Polinepiesātinātās taukskābes tieši neietekmē holesterīna līmeni, un to uzņemšana ar uzturu bagātinātajiem nav zinātniski pamatota. Transtaukskābes paaugstina kopējo holesterīnu un samazina ABL. To lietojuma palielinājums par 2% no dienas enerģijas paaugstina KV risku par 23%, bet ar uzturu uzņemtais holesterīns ļoti maz ietekmē holesterīna līmeni asinīs.

- Optimālais sāls patēriņš dienā ir 3 g, tomēr jāatceras, ka 80% sāls uzņemam jau iestrādātā gatavajos pārtikas produktos un tikai 20% drīkstam pievienot paši.
- A, E, B un C vitamīniem nav pierādīta labvēlīga efekta uz KV risku, toties pacientiem, kuriem D vitamīna līmenis ir zemāks, pētījumos ir novērota augstāka mirstība.
- Šķiedrvielu uzņemšana samazina postprandiālo glikozes līmeni pēc ogļhidrātiem bagātas maltītes, kā arī pazemina kopējo holesterīnu un ZBL.
- 30 g riekstu (nesāļūti) dienā samazina KV risku par 30%. Jāņem vērā augstā enerģētiskā vērtība.
- Dienā būtu jāuzņem ap 200 g dārzeņu un tikpat augļu, tomēr jāatceras, ka kartupeļi šajā gadījumā netiek uzskatīti par dārze-



PAR PĒTĪJUMU

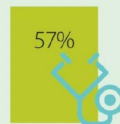
Lai noskaidrotu, kādi ir biežāk sastopamie KVS riska faktori un veiksmīgas terapijas «klupšanas akmeņi» Latvijas iedzīvotāju vidū, mēs veicām pētījumu pacientiem ar KSS, kuri tika stacionēti Latvijas Kardioloģijas centrā plānveida PCI veikšanai.

Aptaujājām 188 pacientus vecumā no 39 līdz 87 gadiem (vidējais vecums 67 gadi), no tiem 63% vīriešu. 50% iepriekš jau bija pārcietuši miokarda infarktu, 58% iepriekš veikta PCI un 6 (3%) – koronāro artēriju šuntēšana. Novērojām, ka Latvijā plānveida PCI pacientiem biežāk sastopamie kardiovaskulārie riska faktori ir pacientu vecums (96%), paaugstināts ĶMI (80%), arteriāla hipertensija anamnēzē (71%), abdomināla aptaukošanās (65%), dzimums (63% vīrieši), nepietiekama fiziskā aktivitāte (56%) un augsts stress līmenis (51%).

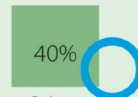
Salīdzināšanai – pēc *EUROASPIRE IV* datiem:
trīs izplatītākie riska faktori.



Abdomināla
aptaukošanās



Nepietiekami
kontrolēts arteriālais
asinsspiediens



Cukura
diabēts

niem. Kādā pētījumā pierādīts, ka, ēdot vāriņus vai ceptus kartupeļus četras reizes nedēļā, paaugstinās AH risks.

- Ēdot zivis vienu reizi nedēļā, KV risks samazinās par 16%. Zivju eļļas labvēlīgais efekts pētījumos gan nav pierādīts.

Kaut epidemioloģiskie pētījumi liecina, ka alkohola lietošana mērenā daudzumā (divas

glāzes vīna dienā) labvēlīgi ietekmē sirds un asinsvadu veselību, nesenā pētījumā, kas ietvēra 59 epidemioloģisko pētījumu analīzi, tika pierādīts, ka zemāks KV risks ir tiem cilvēkiem, kuri no alkohola atturas pavisam.

Pēdējo 11 gadu laikā arvien biežāk tiek apšaubīta efektivitāte diētām ar mazu tauku daudzumu. Pašlaik daudzi speciālisti uzskata,

ka diēta ar mazu oghidrātu (bet augstāku proteīnu un tauku) daudzumu ir daudz labāka izvēle aptaukošanās ārstēšanā. Kādā 2003. gadā veiktajā pētījumā tika secināts, ka, salīdzinot ar maza tauku daudzuma diētas grupu, maza oghidrātu daudzuma diētas grupā pacienti zaudē svaru vidēji trīs reizes vairāk (5,8 kg, salīdzinot ar 1,9 kg diētas ar mazu

tauku daudzumu grupā), izteiktāk samazinās triglicerīdu līmenis, uzlabojas insulīna jutība, kā arī glikozes līmenis tukšā dūšā samazinās vairāk nekā otrā grupā.

Periodiski ārstam vajadzētu izvērtēt pacienta uzturu, ieviešot tajā korekcijas. Jāmaina gan uztura kvalitāte, gan kvantitāte.

Mazkustīgums

Sēdošs darbs un mazkustīgs dzīvesveids nozīmīgi paaugstina KVS risku. Fiziska aktivitāte labvēlīgi ietekmē ķermeņa masu, samazina aptaukošanos, pazemina CD risku un TA, uzlabo lipīdu profilu.

Jāizvērtē katra pacienta fiziskā aktivitāte (cik minūšu dienā, cik dienu, kāda veida aktivitāte), jāpalīdz ieviest fiziskas aktivitātes ikdienā, noteikt personīgus mērķus, pielāgot slodzi atkarībā no pacienta veselības stāvokļa. Vēlams, lai aktivitātes ir patīkamas un saistošas, piemēram, vingrot līdzī videoierakstam vai apmeklēt kolektīvas sporta nodarbības – tas uzlabo līdzestību.

Jāidentificē un jānovērsē iespējamie šķēršļi fizisko aktivitāšu veikšanai. Sēdoša darba veicējiem ieteicams ievērot pārtraukumus un periodiski izkustēties. Pacienti, kuri nespēj izpildīt ieteicamo aktivitāšu daudzumu, tik un tā ieteicama kaut minimāla slodze, kas pakāpeniski palielināma.

2015./2016. gada ziemā veicām pētījumu Latvijas Kardioloģijas centrā, aptaujājot pacientus. Kā fiziska aktivitāte visbiežāk tika nosaukti dārza darbi, pastaigas. KVS riska mazināšanai ieteikta tieši aeroba slodze (jeb plašas, ritmiskas kustības ilgstošā laika periodā).

Mērenas intensitātes aktivitātes piemēri: ātra ieešana (5–6,8 km/h), riteņbraukšana ar ātrumu 15 km/h, krāsošanas darbi, tīrīšana ar putekļsūcēju, zāles pļaušana, balles dejas, ūdens aerobika. Ieteicamais slodzes apjoms un intensitāte atbilstoši 2. tabulā.

Augstas intensitātes vingrojumi: aeroba slodze, kas nozīmīgi paātrina sirdsdarbību un elpošanu. Sporta soļošana, skrīšana, riteņbraukšana ar ātrumu >15 km/h, zemes aršana vai kaplēšana, peldēšana, teniss.

Muskuļus spēcinoši vingrinājumi – palielina muskuļu spēku, stiprību, izturību un masu, saglabā un veicina to funkcijas. Stiprina kaulus un aizkavē kaulu masas zudumu.

Pacientam atbilstošus vingrojumus var palīdzēt izvēlēties un apgūt arī fizioterapeits.

PIRMS RECEPTES IZRAKSTĪŠANAS

IZRAKSTOT MEDIKAMENTUS,
ĀRSTI BIEŽI VIEN SNIEDZ NEPILNU
INFORMĀCIJU PAR ZĀĻU LIETOŠANU.

Pirms receptes izrakstīšanas ārstam ieteicams pārliecināties, ka

pirms terapijas pacients:

- izprot savu slimību un ārstēšanas iespējas;
- zina terapijas labumu/risku;
- piekrit un spēj sekot ārstēšanas plānam;
- piedalās terapijas izvēlē;

terapijas laikā pacients:

- zina medikamenta/-u nosaukumu, norādījumus;
- zina devu un lietošanas biežumu;
- blakusefektus un to, kas jā dara, ja tie parādās;
- vaič ar ārstēšanas protokola izpildi saistītus jautājumus.

ARTERIĀLĀ HIPERTENSIJA. PAR PACIENTU LĪDZESTĪBU

Ievēribas cēniens ir fakts, ka pat pēc vairāk nekā gadsimta arvien izsamcīnātāku pētījumu, velītu AH un aterosklerozes attiecību izzināšanai, vēl joprojām nav pilnīgas, detalizētas izpratnes par to, kā hipertensija izraisa vaskulāru saslimšanu.

Patogēnēzē nozīme ir oksidatīvajam stresam, kas vismaz daļēji ietekmē asinšvadu funkciju, samazinot slāpekļa oksīda līmeni, kas ir spēcīgs endogēns vazodilatators. Viens no oksidatīvā stresa pazudinātājiem ir angiotenzīns II, kas tiek uzskatīts par svarīgu spēlētāju arī AH patogēnēzē.

Vēl jo interesantāk, ka neatkarīgi no TA pazemināšanas veida – gan ar dažādu medikamentu grupu lietošanu, gan piemērojot nefarmakoloģisku terapiju – tiek samazināts risks visām KV komplikācijām.

Dzīvesveida pārmaiņas, svara kontrole un regulāra fiziska aktivitāte var būt pietiekama ārstēšana pacientiem ar augsti normālu TA un 1. pakāpi AH. Tas noteikti ir ieteicams arī pacientiem, kas saņem medikamentozu antihipertensīvu terapiju (AHT), jo tādējādi var samazināt nepieciešamo zāļu devu.

Tā kā par dzīvesveida pārmaiņām jau daudz

runāts, apskatot citus riska faktorus, bet medikamentozā terapija TA kontrolei ir atsevišķa raksta tēma, turpmāk runāsim par medikamentozu terapiju vispārīgi.

Terapija jāturpina visu mūžu, un tās pārtraukšana parasti izraisa TA pacelšanos līdz pirmsterapijas līmenim. Dažiem pacientiem, kuri ilgstoši lietojuši izrakstītos medikamentus, iespējams samazināt zāļu skaitu/devu, it īpaši, ja tiek ievērots pareizs dzīvesveids. Medikamentu daudzuma samazināšanai jānotiek pakāpeniski un kontrolēti, jo pastāv risks, ka TA atkal paaugstināsies.

Kad sasniedz mērķa TA līmeni, nepieciešama periodiska atkārtota vizīte pie ārsta. Vadlīnijās minēts, ka nav būtiskas atšķirības, vai starp vizītēm ir trīs vai sešu mēnešu intervāls, tomēr optimāli tie ir 3–4 mēneši, jo pierādīts, ka tieši tik ilgi saglabājas iemācītās zināšanas un piekrišana precīzi realizēt ārstniecisko protokolu.

Mūsu pētījuma laikā, runājot ar pacientiem par viņu blakuslīmbām un lietotajiem medikamentiem (īpaši antihipertensīvo terapiju), atkārtojām kādu sen zināmu patiesību – **liela daļa pacientu nelieto zāles tā, kā to noteicis ārsts.** Bieži dzirdējam, ka pacients it kā lieto zāles, bet dažreiz aizmirst tās iedzert vai laikus nopirkt jaunu iepakojumu. Pacienti – autobusa vadītāji un tālbraucēji – atzina, ka nelieto diuretiķus, jo darbs neļauj nepieciešamības gadījumā aiziet uz tualeti. Citi lieto zāles samazinātā devā un retāk (pat tāds variants kā puse tabletes pārdienās, nevis vesela divreiz dienā), jo citādi nepietiek līdzekļu. Neiespējami paredzēt, cik apzinīgi pacienti lieto zāles un godīgi atbild uz ārsta jautājumiem, tomēr vajadzētu kļūt uzmanīgākam, ja pacients, kurš ilgstoši slimo ar AH un lieto zāles, sūdzas par to, ka TA «visu laiku lēk». Protams, ne vienmēr ārsta izvēlēta terapija panāk vēlamo efektu, taču jāatceras, ka to nemaz nevar izvērtēt, ja pacients nav līdzestīgs.

Svarīgi atrast un novērst tos iemeslus, kas pacientam traucē ievērot noteikto ārstēšanu, un veicināt tos, kas varētu uzlabot līdzestību. Terapijas realizāciju negatīvi ietekmē sarežģīta ārstēšanas shēma, iespējamās medikamentu blaknes, strauja TA samazināšana, gados jauni pacienti, ilgstoša terapija, finansiālie izdevumi, smēķēšana, alkohola lietošana. ●

Vēres redakcijā vai pie raksta autorēm