

Draugi, nav labi – HOLESTERĪNS AUGŠĀ!

♥ Anija Pelūde

Sirds asinsvadu slimības joprojām turas TOPA augšgalā, un pie tā tiek vainots *sliktais* holesterīns.

Proforosor, iedomājieties, lūdzu, piecdesmitgadīgu Latvijas sievieti... Viņa ir kļuvusi mazlietiņ apalāka nekā agrāk, toties – nesmēķē, aktīvi šiverē pa māju un sniegu, dzīvesprieka netrūkst. Lai gan reizēm nākas pastresot, asinsspiediens turas normas robežās, taču holesterīna cipari gan nesen nodotajā asins analizē nedaudz pakāpušies uz augšu. Ko jūs viņai ieteiktu? Dzīvot tik nost?!

– Lai sev uz apaļo jubileju uzdāvina kardiologa konsultāciju un noskaidro kardiovaskulāro jeb sirds un asinsvadu slimību riska novērtējumu. Vīrietis sev šādu dāvanu varētu sagādāt uz 40. dzimšanas dienu.

– Neizklausās diez ko iedvesmojoši...

– Kāpēc ne?! Ir taču tik grūti izdomāt, ko jēdzīgu sev uzdāvināt, un mans ieteikums ir ārkārtīgi praktisks! «O, es varu aiziet pie ārsta un uzzināt visu par savu sirds slimību risku!»

Manuprāt, jubileja varētu būt labs atspēriens kam tādām. Piecdesmit gadu vecumā sievietei derētu paveikt trīs lietas. Pirmā būtu saruna ar kardiologu. Viņš, mērķtiecīgi izjautājot, noskaidros pacientes riska faktorus. Otrs, kas jāpaveic, jānodod asins analīzes. Jo ir dažas pazīmes, kas ļauj uzreiz šādu sievieti iecelt augstāka

veselīgi.» Un trešais – es gribu redzēt, kāds ir viņas artēriju stāvoklis. Tas ir stāsts par faktisko un bioloģisko vecumu. Tagad populārs ir viedoklis, kam piekrītu, ka mēs esam tik veci, cik mūsu ločitavu sistēma – patiesībā tā cieš mums visiem, un varu tikai priecāties par tiem, kam izdodas veselās ločitavas saglabāt ilgāk. Bet –

«Šis piecdesmitgadīgais cilvēks, skatoties uz artērijām, ir septiņdesmitgadīgs.»

iska grupā. Piemēram! Ja es redzētu, ka viņai divās asins analīzēs ZBLH jeb zema blīvuma lipoproteīna holesterīna rādītājs ir augstāks par 4-4,5 milimolliem litrā, es uzreiz, izmantojot mūsdienu klasiku, teiktu: «Draugi, nav labi!» Es viņai sacītu: «Jums ir paaugstināts sirds un asinsvadu slimību risks – neatkarīgi no tā, ka esat dzīvespriecīga, slaida, sportojat un ēdat

ar artērijām notiek līdzīgi! Pēc artēriju stāvokļa mēs varam faktiski pateikt: «Šis piecdesmitgadīgais cilvēks, skatoties uz artērijām, ir septiņdesmitgadīgs. Bet šis astoņdesmitgadīgais cilvēks, skatoties uz viņa artērijām, ir sešdesmitgadīgs vai piecdesmitgadīgs, vai pat četrdesmitgadīgs.»

– Kā apskatīt artērijas?

– Populārākās metodes, ko es ieteiktu, ir divas. Viena

Skaidro:



Dr. med. KĀRLIS TRUŠINSKIS

- P. Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Kardioloģijas centra invazīvais kardiologs.
- Rīgas Stradiņa universitātes asociētais profesors.
- Latvijas Hipertensijas un aterosklerozes biedrības prezidents.

ir dupleksultrasonogrāfija miega artērijām. Tās piegādā asinis galvas smadzenēm un atrodas kaklā, zem ādas. Miega artērijām var viegli pielikt ultraskaņas zondi un aplūkot, vai nav jau sabiezējusi artērijas sieniņa. Otra *teritorija*, kas mani ļoti interesē, ir sirds vainagartērijas, kuras baro sirds muskuli. Protams, es tagad negribu aicināt visus veikt invazīvu koronāro angiogrāfiju! Daļai pacientu tā būtu mērķtiecīga, bet – jāatceras, ka ir arī neinvazīva sirds artēriju izmeklēšanas metode, ko mēs saucam par datortomogrāfijas angiogrāfiju. Respektīvi, veicot invazīvu izmeklējumu, kontrastvielu ievada pa tiešo sirds vainagartērijās, un, lai to izdarītu, invazīvajam kardiologam ar zondi pa arteriālo sistēmu jātieks līdz sirdij. Savukārt, veicot neinvazīvu izmeklējumu, kontrastvielu ielaiž vēnā un cilvēku noskenē ar datortomogrāfu. Jā, es apzinos, ka šim viedoklim būs pretinieki, un tomēr uzskatu, ka cilvēkiem jāzina – šāda iespēja pastāv. Arī pats esmu profilaktiski ar datortomogrāfijas angiogrāfiju pārbaudījis savas sirds asinsvadus un skubinājis to izdarīt dažus zināmus Stradiņa slimnīcas ārstus, jo ar šo izmeklējumu mēs iegūstam informāciju par sirds artērijām, par aterosklerozi, par plaušām, mūsu radiologi pie reizes apskatās arī vairogdziedzeri... Protams, vairumā gadījumu nekas sliktas netiek atrasts, bet – tā ir laba apdrošināšana, ka tuvākajā nākotnē cilvēkam insults un infarkts nedraud.

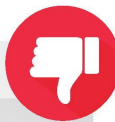
– Ja datortomogrāfijas angiogrāfijas izmeklējumu sev uzdāvina 50 gadu jubilejā un ja viss ir labi, cik ilgi varētu dzīvot mierīgi – vai līdz savai 60 gadu jubilejai?

– Es teikšu – jā.

– Bet, ja holesterīna cipari tomēr neiekļaujas normā, tad jāsāk lietot zāles?



Kad holesterīna līmenis vairs NAV NORMĀLS?



- Ja kopējā holesterīna līmenis ir virs **5 mmol/l**.
- Ja ZBLH ir virs **3 mmol/l**.
- Ja bijis infarkts vai insults, ja ielikti stenti vai šunti, tad ZBLH nedrīkst būt virs **1,4 mmol/l!**
- Ja ABLH vīriešiem ir zem **1,0 mmol/l** un sievietēm **zem 1,2 mmol/l**.
- Ja triglicerīdu līmenis ir virs **1,7 mmol/l**.

– Runājot par holesterīnu un zālēm, uzreiz jāievieš skaidrība vienā jautājumā... Ja cilvēkam ir izteikta artēriju ateroskleroze, ja ir jau bijusi vajadzība ar stentiem paplašināt artērijas vai tās operētas, šīs situācijas ir vienkāršas: holesterīnu pazeminošas zāles jālieto un mērķis, kas jāsasniedz, ir – ZBL holesterīns mazāks par 1,4 milimolliem litrā. Bez ierunām! Jo tā

Pats esmu profilaktiski ar datortomogrāfijas angiogrāfiju pārbaudījis savas sirds asinsvadus.

ir vienīgā iespēja pasargāt šo cilvēku no insulta un infarkta nākotnē.

Otra pacientu grupa ir tie, kam, kā jūs sakāt, holesterīns ir nedaudz paaugstināts, piemēram, ZBLH ir 3,7 vai 4,3 milimoli litrā, un ir daži riska faktori. Šajā gadījumā jautājums «Kad uzsākt statīnu lietošanu?» nav viennozīmīgi atbildams.

– Jā, to mēs, pacienti, jūtam! Viens ārsts saka: «Zāles vajag jau tagad!», otrs: «Pagaidiet, gan vēl paspēsiet...»

– Viennozīmīgi interpretējumi sagaidāmi vienīgi tad, kad ir slimība. Bet par profilaksi viedokļi tiešām atšķiras. Neviens ciematā nešaubīsies, ka jāizsauc ugunsdzēsēji, kad māja deg. Arī prasību, ka mājā jāliek dūmu detektori,

vairums sapratīs. Bet vai vajag, piemēram, katrā mājā ugunsdzēsamo aparātu? Tur jau sākas variācijas. Medicīna nav pavārgrāmata, kur viena recepte der visiem. Medicīna tik un tā ir un paliek individuāla.

Lai pieņemtu lēmumu par pretholesterīna zāļu lietošanas uzsākšanu, vienmēr notiek saruna ar pacientu. Pirmais, kas jānoskaidro, vai

starp šiem riska faktoriem, kas var veicināt aterosklerozi un tās komplikācijas, ir kāds, par kuru pacients saka: «Jā, zinu, bet man patīk cūkgaļu ēst katru dienu... Jā, jā, es pietiekami nekustos un diezīn vai kādreiz iešu sportot... Jā, atzīstos, es par daudz stresuju un smēķēju...» Te ne tikai ārstam, bet arī pacientam jāsaprot, kāds ir viņa potenciāls kaut ko savā dzīves stilā mainīt. Es ieteiktu katram atcerēties: «Hm, kurš ir bijis mans pēdējais sliktais ieradums, ko atmetu?...» Un, zinot, cik tas bija grūti, nevajadzētu lolot ilūzijas. Ja pacients ir gatavs mainīt dzīves stilu – «Jā, dokter, man šī saruna ar jums bija vajadzīga kā atspēriens...» –, tā ir laba ziņa. Bet atkal – jāatceras, ka paradumu maiņa nav divu mēnešu kampaņa. Tāpēc man

pret superpozitīvajiem jau ir izstrādājies piesardzība. Jo man ir svarīgi, lai dzīves stils izmainītais ir kaut kas, ar ko pacients spēj sadzīvot, turklāt sadzīvot gadu desmitiem. Kaut ko radikāli izmainīt uz pusgadu nav jēgas. Tad labāk izmainīt mazākā pakāpē un varbūt vairākos ieradumos, bet uz ilgāku laiku. Primārajā profilaksē, ja runājam ar cilvēkiem, kuriem nav dokumentēta ateroskleroze, bet ir riska faktori un paaugstināts holesterīns, ārstam jācenšas lietot empātiju.

– Kā tieši?

– Iejūtoties viņa ādā. Ja pacients noskaņojies situāciju mainīt ar dzīves stilu, lai notiek – lai pamēģina trīs vai sešus mēnešus to darīt, un tad nosakām holesterīna rādītājus vēlreiz. Ir arī otrs ekstrēmais gals, kad ne tikai ārsts jūt, bet arī pacients pats godīgi saka: «Dakter, es savus ieradumus nemainīšu!» Tad var gari diskutēt par pacienta atbildību pret savu veselību, un tā visa būs tainība, taču – arī šiem cilvēkiem ir jāpalīdz. Līdz ar to viņiem, kam dzīves stila maiņas potenciāls ir zems, iespējams, holesterīnu pazeminošo medikamentu lietošana jāuzsāk ātrāk. Jo ir vismaz trīs lietas, ko mēs 2021. gadā zinām par ZBL holesterīnu. Pirmā – tas ir aterosklerozes izraisītājs. Otrā – ZBL holesterīnam piemīt kumulējošs, uzkrājošs, efekts: jo ilgāku laiku cilvēks dzīvo ar augstāku holesterīnu, jo sliktāk. Te es gribu aicināt vecākus ģimenes, kur ir pārmantots augsts holesterīna līmenis jeb ģimenes hiperholesterinēmija, saviem bērniem jau agrīni – četrus, piecus, astoņus, desmit gadu vecumā – pārbaudīt holesterīna līmeni. Jo mēs pat no astoņus, desmit gadu vecuma varam sākt dot holesterīnu pazeminošas zāles mazās devās, lai samazinātu artēriju ekspozīcijas jeb saskarsmes laiku ar augsto

holesterīnu. Savukārt trešā lieta, ko mēs pilnīgi droši zinām, – analizējot modernos zāļu pētījumus, kuros iesaistīti desmitiem tūkstoši pacientu, kuri novēroti gadiem, var uzskatāmi redzēt, ka pacientiem, kuri lietoja zāles ilgāku laiku, ir labāks sirds un asinsvadu slimību riska samazinājums nekā tiem, kas šīs pašas zāles lietoja īsāku laiku.

– Ja, lietojot preholesterīna zāles, nerasniedz mērķa rādījumus, vai tāda medikamentu lietošana arī dod kādu labumu?

– Īsā atbilde ir – jā.

– **Profesor, man tomēr gribas dzirdēt konkrētu holesterīna ciparu, pie kura būtu jāpārdomā stratēģija gan par dzīves stila maiņu, gan par zāļu lietošanu.**

– Ja līdz šim veselam cilvēkam ZBLH ir vairāk par 3,5–4 milimoliem litrā. Lai vai kā, es pilnīgi visiem ieteikšu dzīves stila izmaiņas. Tālāk jau var diskutēt par lieko svaru, paaugstinātu asinsspiedienu, cukura līmeni asinīs, smēķēšanu... Ja šo riska faktoru ir maz – viens vai divi un maz izteikti –, varbūt tiešām mēģinām tikt galā ar dzīves stilu. Ja savācas vairāk riska faktoru, tad, iespējams, ieteikšu sākt lietot holesterīna zāles. Kā jau sacīju, šis lēmums nav vienkāršs. Un gala lēmums jāpieņem pacientam. Jo – ja cilvēks sāk lietot holesterīnu samazinošās zāles, visticamāk, tās būs jālieto visu mūžu. Protams, var gadīties, ka cilvēks startēja ar pieciem riska faktoriem un viņš ar daudz ko, mainot dzīves stilu, tiek galā, tad mēs varam pārskatīt zāļu lietošanu. Bet, būsīm reālisti, dzīvē tā notiek reti. Vismaz manā kabinetā, ja tēma ir primārā profilakse, saruna visdrīzāk notiek par to, ka lietot holesterīnu samazinošās zāles būtu pareizāk un ka tā ir investīcija nākotnē. Bet te ļoti svarīgi ir radīt uzticības gaisotni starp ārstu un

KAS ir KAS?

→ **HOLESTERĪNS un TRIGLICERĪDI.** Divi organisma tauki, kurus mēs uzņemam ar uzturu, un tos ražo arī aknas, neatkarīgi no tā, vai un ko ēdam. Triglicerīdi dod mums enerģiju, savukārt holesterīns paredzēts šūnu uzbūvei, jo katras organisma šūnas apvalciņš sastāv no holesterīna. Tas vajadzīgs arī tādēļ, lai sintezētu D vitamīnu, vairākus hormonus un taukskābes organisma dzīvības uzturēšanai.

→ **LIPOPROTEĪNS.** Holesterīns ūdenī nešķīst un viens pats ar asins plūsmu līdz orgāniem pārvietoties nespēj – tam vajadzīgs kāds transporta līdzeklis, nesējs, laiviņa. To veido specifiski olbaltumi jeb proteīni. Un, ja tauki ir lipīdi un olbaltums ir proteīns, tad veidojas tauku un olbaltuma komplekts, ko sauc par lipoproteīnu.

→ **ZEMA BLĪVUMA LIPOPROTEĪNA HOLESTERĪNS.** Atkarībā no tā, no kurienes uz kurieni nesējs jeb laiviņas dodas un ved holesterīnu, tās var iedalīt divos veidos. Pirmā lielā laiviņu grupa virzās no aknām uz perifēriju un ved holesterīnu uz visiem orgāniem, uz visām šūnām. Šajās laiviņās sēdošajam holesterīnam piemīt milzīga tendence pakļūt zem asinsvada sienīgas, izgulsnēties un izmainīt to – radīt aterosklerozi, ja ir labvēlīgi apstākļi. Ārsti šo holesterīnu sauc par

aterogēno holesterīnu. Nosaukums cēlies no vārda ateroskleroze. Lielākā daļa aterogēnā holesterīna ir zema blīvuma lipoproteīna holesterīns, ko analizēs apzīmē ar ZBLH, bet ir vēl arī citi – vidēji zema blīvuma, ļoti zema blīvuma holesterīns, hilomikroni. Kad ZBL holesterīns nokļūst zem asinsvada sienīgas, kur tam nebūtu jābūt, organisms uz šo faktu reaģē līdzīgi kā uz jebkuru baktēriju vai vīrusu – atnāk imūnsistēmas šūnas un šo holesterīnu *apēd*. Pēc holesterīna apēšanas pati imūnsistēmas šūna sabrūk, un kā atbildes reakcija uz to izdalās citas iekaisuma veicinātājielas. Asinsvadu sienīgā notiek iekaisums, tā vieta apsārst un piepampst. Tur nonāk arvien jaunas un jaunas holesterīna porcijas, iekaisums turpinās, un pamazām veidojas aterosklerotiskā plātnīte jeb panga. Cilvēks savas aterosklerotiskās plātnītes asinsvados nejūt, viņam tās nesāp un līdz ar to pat prātā nevar ienākt, ka asinsvados notiek kas nelāgs.

→ **AUGSTA BLĪVUMA LIPOPROTEĪNA HOLESTERĪNS.** Tas sēž otrā laivā un ceļo virzienā no perifērijas uz aknām. Tāpat visu lieko holesterīnu, ko tajā brīdī organismam nevajadzēja, šīs laivas savāc un ved atpakaļ uz aknām, lai tās to sašķeltu un pārstrādātu vēlreiz.

pacientu. Kāpēc? Cilvēks sāk lietot zāles, jo ārsta kabinetā viņam viss bija skaidrs. Taču aptiekā kāds iečukst ausī: «Klau, vai tev tiešām vajag šo *ķīmiju* grūst sevī iekšā? Aknas būs pagalam...» Vēl viņš sociālajos tīkos izlasa «eksper-

lai ateroskleroze neattīstītos tik tālu, ka *kaut kad nākotnē* varētu notikt infarkts vai insults. Jā, viņus pārliecināt ir daudz grūtāk, atšķirībā no slima cilvēka, kurš jau pats izbaudījis, ko nozīmē infarkts, viņam ir pareizās atbildes pie rokas, kā

– Manuprāt, cilvēkiem patīk analīzes, visiem ir diezgan liela interese saņemt savu analīžu atbildes no *Gulbja laboratorijas* vai *Centrālās laboratorijas* e-pastā, jo cilvēks uzreiz redz, vai viss ir kārtībā vai nav. Pašreiz ļoti kvalitatīvus izrakstus izsniedz arī slimnīcas, kuros norādīts pat tas, kādas zāles kādās devās jālieto, kā arī sasniedzamie mērķi. Pēc tam katrs patients pats var sekot līdz tam, cik tālu viņš ir no mērķa. Un ar esošajām zālēm šos mērķus var arī sasniegt. Vienkāršākais algoritms, kā mēs to darām... Pirmkārt, nozīmējam medikamentu, kas samazina holesterīna ražošanu aknās, tos sauc par statīniem. Ja ar statīniem ir par maz, mēs terapiju papildinām ar medikamentu, kurš mazina holesterīna uzsūkšanos zarnās. Un, ja ar to vēl ir par maz, ir pacientu

Ķīmija ta ķīmija, bet man sirdī ielikti stenti. Man zāles jādzer, citādi beigas.

tu» komentārus, televīzija parāda filmu par sazvērēstībām farmācijas biznesā... Un tas viss ietekmē cilvēka apziņu, viņš sāk šaubīties par zāļu lietošanu. Turklāt lielākā riska grupa ir tieši tie pacienti, kuri ikdienā jūtas brīnišķīgi, kuriem vēl nav slimības – tiem, kuriem zāles būtu vajadzīgas vienīgi primārai profilaksei,

reaģēt uz musināšanu: «Klau, *ķīmija ta ķīmija*, bet man sirdī ielikti stenti, jo visi asinsvadi bija aizauguši ciet. Man zāles jādzer, citādi beigas.»

– **Tagad par tiem, kam ir augsts holesterīna līmenis asinīs un kuri jau lieto zāles. Te laikam lielākā problēma ir nesasniegts mērķa rezultāts. Kā rīkoties?**

Cik bieži jāveic analīzes?

Lai ārstēšana ar statīniem būtu gan efektīva, gan droša...

- Lipīdu līmenis jākontrolē pirms ārstēšanas sākšanas un pēc tam ik pēc **8 (+/- 4) nedēļām, līdz sasniegts mērķis.**
- Pēc mērķa sasniegšanas lipīdu līmenis jākontrolē **vismaz reizi gadā.**
- Aknu un muskuļu enzīmus nepieciešams kontrolēt pirms statīnu lietošanas, **8–12 nedēļas pēc terapijas sākšanas vai pēc devas palielināšanas.** Ja nav sūdzību, regulāra enzīmu kontrole nav vajadzīga.
- Ja ārstēšanās gaitā ALAT līmenis ir paaugstinājies mazāk nekā 3 reizes no normas, devas korekcija nav nepieciešama, bet analīzes jāuztaisa pēc **4–6 nedēļām.**
- Ja ALAT līmenis ir paaugstinājies vairāk nekā 3 reizes, statīnu lietošana jāatceļ vai jāsamazina deva un **pēc 4–6 nedēļām** jāveic analīzes.

grupa, kuriem pēc noteiktiem medikamentu kompensācijas kritērijiem varam piedāvāt injicējamās zāles, kuras jāievada vienu vai divas reizes mēnesī vēdera zemādā. Šīs zāles darbojas smalkāk, palīdz saglabāt funkcionālus holesterīna receptorus uz aknu šūnām, kas holesterīnu ievieļ aknu šūnā un izvada no organisma ar žulti. Injicējamo pretholesterīna medikamentu pašlaik Latvijā saņem kādi divdesmit pacienti.

– Ko darīt pārējiem, ja mērķis netiek sasniegts?

– Vairums ģimenes ārstu tiek galā ar šo situāciju, jo tieši šiem nav nekāda Ķīnas ābece. Bet, ja ģimenes ārsts netiek galā ar holesterīnu, viņš pacientu var nosūtīt uz konsultāciju pie kardiologa, arī uz Latvijas Kardioloģijas centru.

– Mūžīgais jautājums par statīniem un aknām...

– Kontrolēt holesterīna līmeni ar zālēm ir ļoti nopietns pasākums pacienta nākotnes vārdā. Līdz ar to ir jābūt ļoti nopietnam sarežģījumam, lai no šīm zālēm un mērķiem atteiktos.

Patiešām, diviem vai trim pacientiem no simta, uzsākot lietot statīnus lielās devās, var nedaudz paaugstināties aknu fermentu daudzums – ALAT un ASAT. To līmenis asinīs izteikti paaugstinās, ja

ir hepatīts jeb aknu iekaisums, kad aknu šūnas iet bojā, un tāpēc gan pacientu, gan ģimenes ārstu uztraukums ir gana saprotams. Tomēr statīnu gadījumā ALAT un ASAT paaugstināšanās iemesls ir paaugstināta aknu šūnu apvalku caurlaidība, un līdz trīskārtīgam ALAT paaugstinājumam virs normas nav īpaši jāsatraucas. Jākonsultējas ar ārstu, bet, visticamāk, droši varēsiet turpināt lietot zāles un jāpārbauda ALAT pēc 4–6 nedēļām. Interesanti, ka manis aptaujātie hepatologi īsti nav redzējuši statīnu izraisītu aknu bojājumu, lai gan statīnus Latvijā lieto desmitiem tūkstoši pacientu. Tā ka statīnu sliktā ietekme uz aknām ir stipri pārspīlēta.

Toties cita blakne – muskuļu sāpes – ir patiešām reāla. Te gan uzreiz jāteic, ka statīnus ļoti iegāž nocebo efekts. Proti, pacienta sliktās aizdomas par ārstēšanu piepildās – viņš izlasa anotācijā par blakni un to arī piedzīvo. Kāda morāle attiecībā uz nocebo? Pacientam ir jādomā pozitīvi gan par zālēm, gan par ārstēšanu, nevis jābaidīties no blaknēm, kas minētas zāļu anotācijā, tad ieguvumi krietni atsvērs riskus. Ja pacients spēj to izdarīt, palielinās viņa izredzes uz labu ārstēšanās iznākumu.

Bet par pašām muskuļu

sāpēm... Piemēram, man tādas ir katru trešo dienu pēc treniņiem, un arī pacientiem jāizvērtē, kāpēc muskuļu sāpes radušās. Lai pierādītu, ka tās ir statīnu terapijas dēļ, būtu jāpārtrauc to lietošana, tad jākonstatē, ka muskuļu sāpes pazūd, pēc tam jāatsāk statīnu terapija un jākonstatē, ka muskuļu sāpes atkal parādās.

Otrs, kas jāatceras, – ja cilvēkam, kurš lieto statīnus, parādās muskuļu sāpes, par to noteikti vajag ārstam pateikt, jo mums ir risinājumi, mēs varam piedāvāt arī citas holesterīnu samazinošas zāles. Var padomāt arī par koenzīma Q10 lietošanu. Statīnu izraisītas miopātijas rašanās mehānismi līdz galam nav skaidri, bet pagaidām domā, ka viens no iemesliem varētu būt izjaukts disbalanss starp muskuļu šūnu olbaltumvielu noārdīšanos un atjaunošanos, un te savu lomu spēlē koenzīms Q10. Taču ļoti pārliecinošu pierādījumu, ka koenzīms

– Lasīju vēl par kādu statīnu nevēlamo blakni – tie veicina insulīna rezistences pieaugumu, tā sekmējot cukura diabēta attīstību.

– Te prasās pēc padziļinātas zinātniskas diskusijas, bet, ja kodolīgi, – statīnu terapijas ieguvumi pavisam droši atsver dažās pētījumu analīzēs parādīto niecīgo cukura diabēta risku. Turklāt! Šāds risks bija metabolā sindroma pacientiem, kam, visticamāk, jau bija prediabēts, respektīvi, stāvoklis, no kura bez dzīves stila pārmaiņām nebūs iespējams izkustēties veselības virzienā. Līdz ar to atbilde slēpjas statīnu terapijas kombinācijā ar pozitīvām dzīves stila pārmaiņām.

– Kā jālieto statīni? No rīta, vakarā? Kā tie sadarbojas vai kaujas ar citiem medikamentiem?

– Modernajiem statīniem ienēmšanas laiks nav tik ļoti būtisks kā asinsspiediena zālēm. Tomēr viens no labākajiem

Statīnu sliktā ietekme uz aknām ir stipri pārspīlēta.

Q10 uzlabos situāciju, nav. Ir diezgan daudz pētījumu, kad pacientiem tika dots koenzīms Q10 pa 100 un 200 miligramiem dienā, bet muskuļu sāpes nesamazinājās. Ir daži pētījumi, kuri parāda, ka sāpes mazinās. Daži zinātnieki saka: ir jēga lietot koenzīmu Q10, jo šiem pacientiem tas parasti ir samazinātā koncentrācijā. Citi zinātnieki savukārt uzskata, ka nav jēgas lietot, jo koenzīmu Q10 asinīs pārnēsā ZBL holesterīna molekulas, un, ja to kļūst mazāk, jo cilvēks lieto pretholesterīna zāles, loģiski, ka mazāk ir arī koenzīma Q10. Vārdu sakot, īstas skaidrības nav. Taču cilvēkam vajadzētu atcerēties, ka var un drīkst lietot koenzīmu Q10. Tikai, lūdzu, neabsolutizē to!

statīnu lietošanas veidiem ir vakarā, jo uzskata, ka holesterīna veidošanās izteiktāk notiek tukšā dūšā. Svarīgāks temats, manuprāt, ir cits – polifarmācija un medikamentu mijiedarbība. Konsultācijās daudzārt esmu piedzīvojis situācijas, kad pacientu skaidri zināmo, efektīvo, uz pierādījumiem balstīto medikamentu saraksts ir īss, toties radnieku sarūpēto pārtikas piedevu saraksts piecas reizes garāks... Mājaslapa, kuru var lietot, lai noskaidrotu medikamentu savstarpējo mijiedarbību, ir www.drugs.com, kur ievada lietoto zāļu nosaukumus, nospiež taustiņu, un preti katram medikamentam parādās krāsa: zaļā nozīmē – lieto droši, oranžā – ievēro piesardzību,

bet sarkanā – konsultējies ar ārstu par medikamentu savietojamību un devām. Noskaidrot un zināt medikamentu mijiedarbību ir svarīgi, jo var būt tādas zāles, kas konkrētā statīna iedarbību pastiprina. Respektīvi, var gadīties, ka mēs nozīmējam statīnu 10 miligramus dienā, bet mijiedarbības dēļ efekts var būt tāds, kā ieņemot 20 miligramus aktīvās vielas. Vairums statīnu ir neitrāli attiecībā uz mijiedarbību, piemēram, ar zālēm pret paaugstinātu asinsspiedienu. Pašlaik pacientu ērtības labad pieejama arī statīna un spiedienu pazeminošā medikamenta kombinācija vienā tabletē. Savukārt dažus statīnus nevajadzētu lietot kopā ar greipfrūtu sulu, jo tajā esošās vielas var paaugstināt statīnu aktīvās vielas koncentrāciju asinīs.

– **Ja holesterīnu pazeminošās zāles pēkšņi beidzas, vai tas ir tikpat traki kā tad, ja pēkšņi beidzas asinsspiedienu pazeminošās?**

– Asinsspiediena zāļu devas izlaišana draud ar asinsspiediena celšanos. Pretholesterīna zāļu efekts ir noturīgāks – divas trīs dienas, holesterīna paaugstināšanās notiks lēnāk. Bet tas, ko mēs nezīnām – vai šajos gadījumos nedraud rikošeta jeb atsītiena fenomēns. Respektīvi, pārtraucot lietot statīnus, var aktivizēties ateroskleroze.

– **Statīni ir dažādi. Vai ir labāki, ne tik labi, populāri un ne tik populāri? Vai tos drīkst mainīt un vai maina?**

– Esmu gandarīts, ka pašlaik mūsu pacienti pārsvarā lieto divus pasaulē drošākos, efektīvākos statīnus: atorvastatīnu un rozuvastatīnu. Jā, statīnus ārsts drīkst mainīt, ja ir tāda vajadzība. Ja, piemēram,

rodas muskuļu sāpes, kādreiz ir jēga konkrēto statīnu nomainīt pret citu, jo, kā jau sacīju, par statīnu izcelsmes muskuļu sāpju iemeslu vēl nav pilnībā skaidrs, taču, iespējams, ka lielu lomu spēlē ģenētika, un tādā gadījumā statīnu nomaina var palīdzēt likvidēt šo blakni. Taču – kas mani reizēm mulsina? Piemēram, ir atorvastatīns, labas pretholesterīna zāles, un ir uztura bagātinātāji Aterin, Aterolip – preparāti ar Ķīnas sarkanā rauga rīsu ekstraktu, kas arī palīdz mazināt ZBLH. Ir Cardace – efektīvs medikaments asinsspiediena pazemināšanai un sirds mazspējas ārstēšanai, un ir Cardioace – uztura bagātinātājs, kā rakstīts anotācijā, sirds veselībai un asinsvadiem. Nosaukumi skan līdzīgi, bet pierādījumu līmenis tradicionālās medicīnas izpratnē ļoti atšķirīgs. Es neesmu pret uztura bagātinātājiem, bet redzu to vietu ne tik daudz slimības ārstēšanā, kā veselības uzturēšanā. Lūdzu, domājam līdzīgi un nejaucam šīs lietas!

– **Ja jau pieminējāt uztura bagātinātājus pret holesterīnu, tad, lūdzu, dažus vārdus arī par sarkano rīsu ekstraktu...**

– Sarkanā rauga rīsu ekstraktu saturoši uztura bagātinātāji palīdz samazināt holesterīna līmeni, un, kā jau teicu, redzu vairāk to vietu veselības uzturēšanā, nevis slimības ārstēšanā. Būtiska atšķirība no statīniem ir tā, ka statīnu gadījumā mēs varam būt pārliecināti – samazinot ZBL holesterīnu, arī novēršam miokarda infarkta, galvas smadzeņu insulta risku un aterosklozes progresiju. Turklāt sarkanā rauga rīsu ekstrakta un uztura bagātinātāju gadījumā vispār svarīga ir to kvalitāte,

tīrības pakāpe un devas.

– **ZBL holesterīns ir būtiskākais rādītājs, bet, cik saprotu, ne vienīgais. Kā ir ar augsta blīvuma lipoproteīnu holesterīnu – ABLH?**

– Ar augsta blīvuma lipoproteīna holesterīnu ir divas problēmas. Pirmā: cilvēkiem, kuriem ģenētiski ir zemāks ZBL holesterīna līmenis, patiešām retāk sastop sirds un asinsvadu slimības. Savukārt, ja mēs atlasām cilvēkus, kam ABL holesterīns ģenētiski ir ideālā līmenī, tad visiem šos kardiovaskulāros ieguvumus nevar konstatēt. Otra lieta... Visas zāles, kas samazina ZBL holesterīnu, ne tikai samazina infarkta un insulta risku, bet arī labdabīgi iedarbojas uz pašiem asinsvadiem, uzlabo to iekšējā slāņa jeb endotēlija funkcijas, samazina pangas apmērus. Toties tās zāles, kuras bija izgudrotas, lai paaugstinātu ABL holesterīnu, šādus efektus nenodemonstrēja, un tāpēc to izpētes programma tika pārtraukta. Statīni maziņa ne tikai ZBLH, bet arī iekaisumu. Piemēram, rozuvastatīna lietošanas rezultātā pacientiem asinīs samazinās akūta iekaisuma rādītājs C reaktīvais olbaltums (CRO). Līdz ar to svarīgākais rādītājs holesterīna analīzē ir un paliek ZBL holesterīna skaitlis. Ja analīzēs redzēsim, ka ir zems ABL holesterīna rādītājs vai augsts triglicerīdu līmenis, mēs tam pievērsīsim uzmanību un ieteiksim regulāras fiziskās aktivitātes un veselīgu uzturu. Tātad jāsamazina saldumu un citu ātro oghidrātu patēriņš. Vairāk jāēd dārzeņi, pilngraudu produkti, mazāk trekna gaļa un treknu piena produktu, turpretī trekna zivis ir pat ļoti vēlamas. ♥

Hemoroīdi!? Nebaidies, nāc!



ERGO **if...** bta

Februārī

-20%

Proktologa konsultācija
un izmeklējums

40,00 EUR, parasti 50,00 EUR



Atlaide darbojas pie
Dr. med. Inta Bruņenika

Rīgas klīnikā un

17.02. Jēkabpili

22.02. Saldū

Rīga, Kokneses prospekts 18A

tāl. **67 37 47 47**

info@lazermedicinasklinika.lv



DR. MAURIŅA VĒNU UN
LĀZERMEDICĪNAS KLĪNIKA

www.lazermedicinasklinika.lv