

Sirds hibrīdkirurgs

NESEN PAULA STRADIŅA KLĪNISKĀS UNIVERSITĀTES SLIMNĪCAS ĀRSTU KOMANDA VEICA ĪPAŠI SAREŽĢĪTU OPERĀCIJU PACIENTAM AR NETIPISKU NIERU AUDZĒJU, KURŠ BIJA IEAUDZIS SIRDĒS LABAJĀ PRIEKŠKAMBARĪ. VIENPADSMIT STUNDU OPERĀCIJU ZĀLĒ STRĀDĀJA DAŽĀDU NOZARU SPECIĀLISTI, ARĪ SIRDĒS ĶIRURĢIJAS CENTRA VADĪTĀJS PĒTERIS STRADIŅŠ.

Jau divus gadus esat Sirds ķirurģijas centra vadītāja ampluā. Būs novēloti jautāt, vai esat jau pieradis pie šī amata?

Ir sarežģīti, bet vienlaikus interesanti. Brīvā laika palicis ļoti maz, tāpēc būtiski saplānot darbus, izvēlēties prioritātes. Tā kā pamatā esmu sirds ķirurgs, negaidītas klīniskās situācijas bieži izmaina plānoto un piešķir darbam īpašu asumu.

Nesen kopā ar komandu veicāt unikālu operāciju pacientam ar nieru audzēju, kas bija ieaudzis jau sirds labajā priekškambarī. Vai arī sirdī mēdz veidoties vēzis?

Šajā gadījumā tas īsti nebija sirds audzējs, bet reta patoloģija, kad nieru audzēja trombotiskās masas piepildīja visu apakšējo dobo vēnu – vienu no maģistrālajiem asinsvadiem – un tā tika pilnībā nosprostota. Turklāt trombotiskās masas bija jau sasniegušas sirdi, daļēji noslēdzot ieeju sirds labajā kambarī. Lai izārstētu pacientu, bija gan sirds, gan dobā vēna jāatbrīvo no trombotiskajām masām un arī jāizņem niere, kurā audzējs bija izveidojies. Arī sirdī mēdz būt audzēji, bet ne pārāk bieži. Lielākoties tie ir labdabīgie audzēji jeb miksomas, kuras var veiksmīgi izoperēt. Latvijā gadā ir aptuveni divdesmit šādu operāciju. Par laimi, vēl retāk sastopam ļaundabīgus sirds audzējus – sarkomas, angiosarkomas. To parasti konstatē no operācijas laikā iegūtajiem histoloģiskajiem šūnu paraugiem. Ja diagnoze apstiprinās, diemžēl pacientu nevar izārstēt. Cilvēkam sirds ir viena, tas nav pāra orgāns, to nevar izņemt un turpināt dzīvot. Otrkārt, sirds struktūra ir sarežģīta, ar dažādām funkcijām – pat ja audzējs ieaudzis tikai vienā sirds daļā, to nevar izoperēt pilnībā, lai sirdi no ļaundabīgajām šūnām atbrīvotu. Arī staru ķīmijterapija ir mazefektīva.

Runājot par sarunas sākumā pieminēto unikālo operāciju, jāteic, ka arī ikdienā veicam ne mazāk sarežģītas operācijas. Nupat tika atvests pacients ar atslāņotu aortu, un domāju, ka patlaban viņš jau tiek operēts. Ķirurgiem būs jānomaina maģistrālie asinsvadi visā krūšu kurvī, vienlaikus samazinot pacienta ķermeņa temperatūru un pieslēdzot mākslīgo asinsriti.

Dosjē

Asociētais profesors, sirds ķirurgs
PĒTERIS STRADIŅŠ

- Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Sirds ķirurģijas centra vadītājs kopš 2017. gada
- Latvijas Zinātņu akadēmijas korespondētājoceklis
- RSU asociētais profesors
- Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas 21. sirds ķirurģijas nodaļas vadītājs no 2003. līdz 2017. gadam
- Sirds ķirurģijas centrā strādā kopš 1995. gada
- Medicīnas doktora grādu ieguvis Rīgas Stradiņa universitātē, aizstāvot promocijas darbu „Cilvēka sirds plaušu vārstuļa izmantojamība aortas vārstuļa rekonstrukcijai”
- Studējis Rīgas Medicīnas institūtā (ārsta grāds)
- Vidējo izglītību ieguvis Rīgas 1. vidusskolā
- Profesionālā jomā papildus izglītojies ASV, Itālijā, Nīderlandē, Francijā, Vācijā
- Kopā ar kolēģiem veicis divus nozīmīgus atklājumus – iegūts patents koronāro artēriju šuntu stāvokļa diagnostikas metodei un paņēmienu, kā prognozēt pēcoperācijas asiņošanas risku pēc sirds operācijām
- Precējies, bērni – Kārlis un Anna
- Brīvā laika intereses: orientēšanās sports, pārgājieni, ceļojumi, mūzika
- Mazdēls ķirurgam, Medicīnas muzeja dibinātājam, medicīnas doktoram, profesoram Paulam Stradiņam (1896–1958)
- Dēls akadēmiķim, ķīmiķim, zinātņu vēsturniekam Jānim Stradiņam



Kā jūtas ķirurgs pēc tādas darbadienas, apzinoties, ka esat paveicis kaut ko unikālu?

Tā jau ir mūsu ikdiena... Ar ķirurģisko operāciju nekas nebeidzas. Kamēr pacients vēl ir intensīvās terapijas palātā un slimnīcā, turpinās nopietna ārstēšana. Lielāks gandarījums ir vēlāk, kad pacients atnāk uz kontroles vizīti un redzams, ka viņa veselība ievērojami uzlabojusies, ka viņš var dzīvot aktīvi, atgriezties darbā, būt kopā ar ģimeni, nodarboties ar saviem hobijiem, un, ja tas turpinās gadiem ilgi, tad ir liels prieks. Turklāt Latvija ir maza. Gan ieejot veikalā, gan citur sabiedriskās vietās, teju katru otro dienu kāds uzrunā, izrādās – mūsu pacients! Pacienti pazīst ārstus, un mēs pazīstam savus pacientus. Tā ir gan priekšrocība, gan reizēm arī trūkums, jo, aizejot uz viesībām, vienmēr kāds vēlēties konsultēties par sirds veselību. (Smejas.)

Tā ir priekšrocība – visi pacienti sapņo par individuālu attieksmi.

Pasaulē spriež, ka attiecības starp ārstiem un pacientiem šobrīd sarežģījušās, bet mēs kā maza valsts vismaz šajā ziņā esam privilēģēti. Pasaules lielajās klīnikās mani kolēģi visbiežāk savus pacientus pēc izrakstīšanās no stacionāra vairs nekad nesatiek un neredz sava darba rezultātus ilgtermiņā. Domāju, tas traucē gūt gandarījumu par darbu, kas paveikts. Protams, pacienti vēlas saņemt uzmanību. Cits jautājums – vai tam vienmēr jābūt ķirurgam, kas šo uzmanību velta, varbūt to varētu nodrošināt cits medicīnas personāls, jo vienlaikus pacients gaida,

„Abi ar dēlu Kārlī piedalāties taku skrējienā.”



„Vadu sesiju starptautiskajā konferencē „Baltic Summer”.”



„Nupat kopā ar viesķirurgu Marku Lameiru no Holandes esam veikuši jauna tipa operāciju pacientam ar mirdzaritmiju.”



lai operācijas kvalitāte būtu visaugstākajā līmenī. Kas ķirurgam jādara, lai šādu līmeni spētu sasniegt? Ļoti daudz jāoperē, bet līdz ar to paliek mazāk laika, ko veltīt pacientiem. Tāpēc svarīgi izveidot ārstēšanas komandu, kurā vienlīdz svarīga loma sa-
skarē ar pacientiem ir ne tikai ķirurgam, bet arī māsām, aneste-
ziologiem, reanimatologiem, kardiologiem un citiem.

Nesen lasīju, ka pirms pāris gadiem Latvija paaugstināta uz augsta riska valsti kardiovaskulāro saslimšanu ziņā. Tagad mēs esot aptuveni vienā līmenī ar Ukrainu, Krieviju, Uzbekistānu...

Zinot, cik daudz neprecizitāšu pieredzēts, apkopojot medicīnas statistikas datus, es būtu piesardzīgs par šādu apgalvojumu. Protams, joprojām dzīvojam valstī, kur ir augsts kardiovaskulāro slimību gadījumu skaits, un tam ir gan ģeogrāfiski iemesli, gan mūsu kaitīgie dzīvesveida paradumi, arī nepietiekams finansē-
jums medicīnai, tajā skaitā kardiovaskulāro slimību ārstēšanai, tāpat ierobežota medikamentu un speciālistu pieejamība. Arī sirds ķirurģijā ir ārkārtīgs finanšu līdzekļu trūkums. Gadiem nav pārskatīti operāciju izmaksu tarifi, vadlīnijas vai standarti, un tie nebūtu jāizdomā pašiem – vienkārši jāpārņem no kolēģiem tepat Eiropā. Diemžēl mūsu medicīnas administratoru kompetence, šķiet, veidojusies pašmācības ceļā, balstoties uz vietējo, nevis starptautisko pieredzi. Runājot par izglītotu speciālistu trūkumu, vērts atcerēties, kā Latvija atjaunoja medicīnas nozari gan pēc Pirmā, gan Otrā pasaules kara. Arī toreiz daudzās jo-
mās tāpat kā tagad trūka speciālistu, tāpēc tos uz laiku aicināja no ārzemēm, jo galvenais bija, lai pacienti saņemtu augstākā lī-
meņa ārstēšanu. Tas pats attiecas uz veselības aprūpes vadību.

Jūs pats arī tagad šad un tad braucat uz ārzemēm operēt?

Operācijas ārzemēs parasti saistītas ar eksperimentāliem projektiem, kuros tiek pētītas jaunas tehnoloģijas vai ierīces. Pēdējos gados, kad darbs slim-
nīcā ir ārkārtīgi intensīvs, braukt operēt uz ārzemēm sanāk reti. Esam piebremzējuši arī jaunu projektu izstrādi, jo norit aktīvs darbs slimnīcā. Jau gandrīz divus gadus nodrošinām akūtu diennakts sirds ķirurģiju, kas iepriekš Latvijā nebija pieejama. Tas nozīmē strādāt divdesmit četras stundas diennaktī, septi-
ņas dienas nedēļā.

Pirms diviem gadiem tādas akūtās sirds ķirurģijas vispār nebija?

Nē, nebija. Vienīgi atsevišķas, speciāli organizētas operācijas, piemēram, sirds transplantācijas.

Kā toreiz sniedza palīdzību, ja pēkšņi naktī kādam gadī- jās akūta situācija un sirds bija steidzami jāoperē?

Iespēju robežās ārpus darba laika uz brīvprātības principa tika saaicināta operācijas komanda. Toties tagad ir – kaut valsts finansējums šim mērķim joprojām nav atrasts – tie paši ārsti un māsas, tas pats finansējums, kāds agrāk, nu jau no-
drošinām akūtu sirds ķirurģiju divdesmit četras stundas sep-
tiņas dienas nedēļā. Sirds ķirurģijā ir virkne patoloģiju, kuru ārstēšanai akūta operācija ir pacienta izdzīvošanas jautājums. Visbiežāk tie ir maģistrālā asinsvada jeb aortas plīsumi un at-
slāņošanās, sirds vainagartēriju nosprostojumi, sirds infekci-
jas jeb endokardīti. Lai glābtu šādu pacientu dzīvību, lielākajai daļai ir vajadzīga steidzama operācija. Pērn bija vairāk nekā

divsimt šādu operāciju. Diemžēl neesmu ievērojis, ka vēl kāds bez mums un mūsu izglābtajiem pacientiem priecātos, ka Lat-
vijā tāda iespēja tagad ir...

Pietrūkst novērtējuma?

Pie medicīnas darbinieku novērtējuma trūkuma ir pierasts. Lai kāds spētu novērtēt, jābūt izpratnei par veiktā darba nozīmību. Visvairāk trūkst globāli domājošu, izglītotu visu līmeņu veselības aprūpes administratoru. Esmu viesojies un strādājis klīnikās arī ārpus Latvijas, ticies ar augstas raudzes administratoriem – slimnīcu un klīniku vadītājiem, ministriju ierēdņiem. Latvijā tik izglītotus un zinošus veselības aprūpes administrācijas pārstāv-
jus joprojām sastopu reti. Lai gan pozitīvs piemērs nav jāmeklē tālu – lūk, tepat Igaunijā –, kaimiņi nekad nav baidījušies pārņemt labu pieredzi no Ziemeļvalstīm un adaptēt savām vajadzībām. Taču mums, latviešiem, nez kādēļ ir vēlme nemitīgi iet savu ceļu, piemēram, izgudrot savu e-veselību, lai ko tas maksātu.

Varbūt jums jāiet ar savām idejām politikā, pie medicīnas administrēšanas?

Nē, esmu sirds ķirurgs, un man ir jāoperē. Pasaulē savā profesijā atzīti ķirurgi politikā neiet un parlamentos nesēž! Vismaz es neesmu nevienu sastapis. Katram cilvēkam ir savs aicinā-
jums un dzīves mērķi, un es vēlētos vadīt un pilnveidot sirds ķirurģiju Latvijā.

Intervijās sevi esat saucis arī par sirds hibrīdķirurgu.

(Pauze.) Tā esmu teicis? (Pasmaida.) Jā, hibrīdmedicīna ir nākotnes nozare – spēja domāt pāri profesijas robežām. Arī

„TĀPĒC HIBRĪDĶIRURĢIJA ATTĪSTĀS, JO IR MAZĀKA
ĶIRURĢISKĀ TRAUMA, GRIEZIENS, APMĒRS,
NARKOZES UN OPERĀCIJAS ILGUMS, KAS IR BŪTISKI
PACIENTIEM JEBKURĀ VECUMĀ.”

operācija, par kuru sākumā runājām, bija hibrīdoperācija – ja operāciju zālē vienā komandā strādā vairāku medicīnas noza-
ru pārstāvji, lai ārstētu vienu pacientu, lūk, tā ir hibrīdmedicīna! Tāda mēroga operācijas var notikt tikai lielajās universitātes slimnīcās. Taču arī kardioķirurģijā var kombinēt dažādas teh-
nikas, pievienojot, piemēram, kādu no invazīvās kardioloģijas metodēm. Ja pacientam ir vairākas sirds saslimšanas, varam tās izārstēt vairākos etapos ar mazāku operācijas traumu un pēcoperācijas riskiem.

Jo mazāka iejaukšanās, jo mazāka rēta, jo vieglāka atve- seļošanās. Pareizi?

Tie ir galvenie iemesli, kādēļ hibrīdķirurģija attīstās – mazāka ķirurģiskā trauma, grieziens, apmērs, narkozes un operācijas ilgums, kas ir būtiski pacientiem jebkurā vecumā, bet it īpaši gados vecākiem vai tiem, kuriem ir vēl kāda slimība vai nesen notikusi cita operācija, kuras dēļ nav iespējams pielietot stan-
darta ķirurģisko pieeju. Katrs patients jāizmeklē un jāizdomā, kura operāciju metode viņam būtu vislabākā, kāda veida vārstuļu protēze būtu vispiemērotākā, vai vispār šāda protēze ir vajadzīga vai tomēr jādodomā par citu ārstēšanas veidu. Ļoti bieži vienam pacientam ir vairākas sirds saslimšanas, tad jāiz-
lemj, vai tās visas jāizārstē. Ja patients ir gados vecs, reizēm labāk korigēt problēmu, kas ir vitāli svarīga, lai samazinātu riskus un dotu iespēju turpināt dzīvot.

Profesors Andrejs Ērglis reiz intervijā sacīja, ka, no vienas puses, sirds kā orgāns ir ļoti vienkāršs, no otras – kad iedziļinās, tad tik sarežģīts kā kosmos... Uz kuru pusi jūs nosliektos?

Es arī noteikti nenosauktu sirdi par vienkāršu orgānu. It kā par sirdi zinām daudz, bet ir tādas saslimšanas kā miopātija, sirds vārstuļu deģenerācijas un vēl daudzas citas, par kurām nav skaidrs, kāpēc tās rodas un kā tās varētu aizkavēt. Sirds ir orgāns, kuru jāturpina pētīt un kur ir iespējas atklājumiem. Kardioloģijā ir ļoti daudz tehnoloģiju, vizualizācijas iespēju, kas šodien atvieglo darbu ārstam. Piemēram, varam asinsvādus no iekšpuses redzēt, mērīt tajos asins plūsmu, iegūt sirds vārstuļu trīs dimensiju attēlus. Ja agrāk padomju laikā ķirurgi teica – atvērsim, apskatīsimies un tad jau redzēsīm, kas par vainu, tad tagad pirms operācijas zinām ļoti precīzi, kur ir bojājums. Neskatoties uz to, joprojām ir saslimšanas, ko nevaram pilnībā ne izoperēt, ne citādi izārstēt, – inovācijām vēl ir daudz iespēju. Protams, svarīga arī kolektīvā pieredze. Nespēju iztēloties, kā pirms piecdesmit gadiem tika izveidota sirds ķirurģijas nozare faktiski ar minimālām diagnostikas un ārstēšanas tehnoloģiju iespējām. Šajā ziņā šodien esam gluži kā aizvējā – mums viss ir, lai strādātu, un, vēsturiskā kontekstā runājot, visi trūkumi, kurus nupat minēju, ir salīdzinoši sīkumi.

Kāpēc savulaik izvēlējāties sirds ķirurģiju?

1995. gadā, kad pēc Medicīnas akadēmijas absolvēšanas bija jāizvēlas specializācija, izvēlējos sirds ķirurģiju, lielā mērā pateicoties profesoram Jānim Volkolakovam. Viņš ir izcila personība un jau tolaik bija rietumnieciski domājošs cilvēks. Tas bija pirmais gads, kad pēc medicīnas studijām varēja iestāties rezidentūrā, un profesors Volkolakovs man piedāvāja izvēlēties sirds ķirurģiju.

Lielos mērogos bija skaidrs, ka tā būs medicīna – tikai un vienīgi!

Nē, es svārstījos. Starp medicīnu un astronomiju...

Astronomiju?!

Jā. Es arī tagad par to interesējos.

Pastāstiet, kā tas izpaužas!

Piemēram, mana meita deju tautas deju ansamblī „Zelta sietiņš” jeb Plejādes, un orientēšanās sportā visa ģimene pārstāvam klubu „Auseklis” jeb Rīta zvaigzne. (Smejas.) Bet, ja nopietni, mani joprojām aizrauj un fascinē kosmosa uzbūve un, it īpaši, pēdējo desmitgadu progress tā izpētē. Ziņa par jauna zvaigznāja atklāšanu vai pēdējie attēli no Marsa izpētes ekspedīcijām ir daudz būtiskāki par sadzīviskām sabiedrības un politikas problēmām. Pēc vidusskolas bija grūti saprast, ko vēlēšos darīt nākotnē. Apbrīnoju tos, kuri jau bērnībā zina, par ko vēlas kļūt. Es tāds nebiju. Vairāk paļāvos uz notikumu gaitu. Vidusskolu absolvēju 1989. gadā. Tas bija sarežģīts laiks, un īsti nebija skaidrības, kuras profesijas attīstīsies nākotnē, bet jau tolaik lielajā pārmaiņu jūklī sapratu, ka medicīna – tas ir standarts. Jebkur un jebkad!

Jums nav bijuši piedāvājumi strādāt ārzemēs?

Nekad neesmu meklējis šādu iespēju, taču piedāvājumi bijuši. Arī nesen man piedāvāja darbu Amerikā.

Kāpēc ne?

Pat nezinu... Savu dzīvi vienmēr esmu gribējis saistīt ar Latviju. Tas, ko šeit, Latvijā, sirds ķirurģijas jomā esam sasnieguši pēdējo divdesmit gadu laikā, ir gluži kā raķete. Droši vien arī citur notiek izaugsme, bet tik strauja kā mūsu medicīnā... Joprojām daudzās nozarēs Latvijā redzu izcilas izaugsmes jaunajiem ārstiem. Tomēr visbiežāk šīs iespējas saistītas ar lielu pašiniciatīvu un ziedošanos profesijai gan laika, gan diemžēl arī finansiālā ziņā, it īpaši rezidentūras laikā. Mūsdienu atvērtajā Eiropas sabiedrībā daudzi jaunie ārsti izvēlas zināmā mērā vieglāko ceļu ārzemēs, kur profesijas noteikumi ir reglamentētāki un darba samaksa augstāka. Svarīgi ir arī ikdienas darba apstākļi slimnīcās, kas Latvijā joprojām bieži nav atbilstoši mūsdienu standartiem. Tas pats attiecas uz pacientu apstākļiem slimnīcās. Ne tikai pacientu labsajūtai ir svarīgi, lai būtu vienvietīgas vai divvietīgas, nevis sešvietīgas palātas – mums nākas rēķināties arī ar intrahospitalo infekciju, kas, neuzlabojot apstākļus slimnīcās, rada nopietnus draudus. Protams, pie vecajām slimnīcās telpām pierasts. Tas ir līdzīgi kā ar veco, mīļo nazīti – vienkārši ir lietas, kas ir mīļas. Arī Jaunais Rīgas teātris ilgstoši strādāja nerenovētās telpās, bet viņi pierāda, ka telpām ar sniegto kvalitāti nav nekāda sakara – kvalitāti var radīt jebkur. Taču slimnīcas vecajām telpām ir lielāks apdraudējuma – infekciju – risks.

„ZIŅA PAR JAUNA ZVAIGZNĀJA ATKLĀŠANU VAI PĒDĒJIE ATTĒLI NO MARSA IZPĒTES EKSPEDĪCIJĀM IR DAUDZ BŪTISKĀKI PAR SADZĪVISKĀM SABIEDRĪBAS UN POLITIKAS PROBLĒMĀM.”

Pacienti pie mums neatnāk uz pāris stundām, viņi te pavada vairākas dienas, pat nedēļas, tāpēc apstākļiem jābūt īpaši labiem.

Šeit jūs strādājat sava vectēva Paula Stradiņa izveidotā klīnikā, kam noteikti ir arī emocionāla nozīme. Kaut gan esat stāstījis, ka dažkārt fakts, ka esat Stradiņu dzimtas pēctecis, ir arī traucējis.

Tas vairs nav aktuāli, bet bija dzīves posms, kad šis uzvārds uzlika man papildu atbildību. Studiju laikā nemitīgi kāds atrada iespēju salīdzināt, pievest dažādus piemērus, bet katrs jau vēlas dzīvot pats savu dzīvi un iet savu ceļu. Nevaru apgalvot, ka vēl joprojām strādātu šajā slimnīcā, ja nebūtu saistīts ar dzimtas saitēm. Nelieģšos, ne vienmēr bijis tik vienkārši te palikt. Bijis arī sāpīgi vērot pārmaiņas, kad slimnīcā notiekošais bija pretrunā ar manu redzējumu, bet vienlaikus mana vectēva ieguldījums arī ir iemesls, kāpēc šobrīd nestrādāju citā valstī. Mūsdienās jaunieši maz interesējas par vēsturi – vairs nav aktuāli atcerēties pārāk daudz. Nupat bija Ēnu diena. Daļa skolēnu, kas pie mums viesojās, gandrīz neko nezināja par Paulu Stradiņu. Jā, varbūt kāds kaut kur šo vārdu bija dzirdējis, bet, kas tieši šis cilvēks bija un ko darīja, to nezināja.

Var teikt, ka pirmā sirds transplantācijas operācija Latvijā arī jau pieder vēsturei, tā notika pirms septiņpadsmit gadiem. Cik tagad šādu operāciju veicat gadā?

Pērn tikai trīs. Lemesli tam ir dažādi, bet galvenais ir tas, ka joprojām nav izdevies izveidot kopēju sirds mazspējas ārstēšanas klīniku vai centru. Sirds mazspēja ir slimība, kad sirds muskulis kļūst vājš un vairs nespēj savu darbu paveikt. Šai slimībai ir dažādas stadijas. Ja tā tikko sākusies, iespējams, cilvēks pats to vēl nekādi neizjūt, bet jau vajadzētu sākt lietot



Neplānotas operācijas laikā, palīdzot kolēģiem glābt pacientes dzīvību. Tāpēc zem ārsta uzsvāra kreklis – kā no konferences nākot.

medikamentus, lai mazspēja neprogresētu. Pēc tam seko stadija, kad sūdzības parādās biežāk, ir arī fiziski ierobežojumi, bet arī šajā stadijā vēl varam kaut ko izdarīt – ievietot speciālu elektrokardiosimulatoru, kas sinhronizē sirds darbu, varam operēt sirds asinsvadus vai likt stentus, ja vajadzīgs, mainīt sirds vārstuļus. Visbeidzot ir galēja sirds mazspējas stadija, kurā sirds kā pumpis vairs nespēj pildīt savu funkciju. Tad sirds ir jānomaina, citādi cilvēks iet bojā. Tādēļ visām šīm pacientu grupām jābūt koncentrētām vienā sirds mazspējas klīnikā, jo diemžēl šīs slimības pacienti visai bieži no vienas sirds mazspējas stadijas pāriet uz nākamo. Ja viņi nav vienotā reģistrā, nevaram izsekot, kas ar šiem pacientiem notiek.

Kur tad viņi ārstējas? Pie ģimenes ārsta?

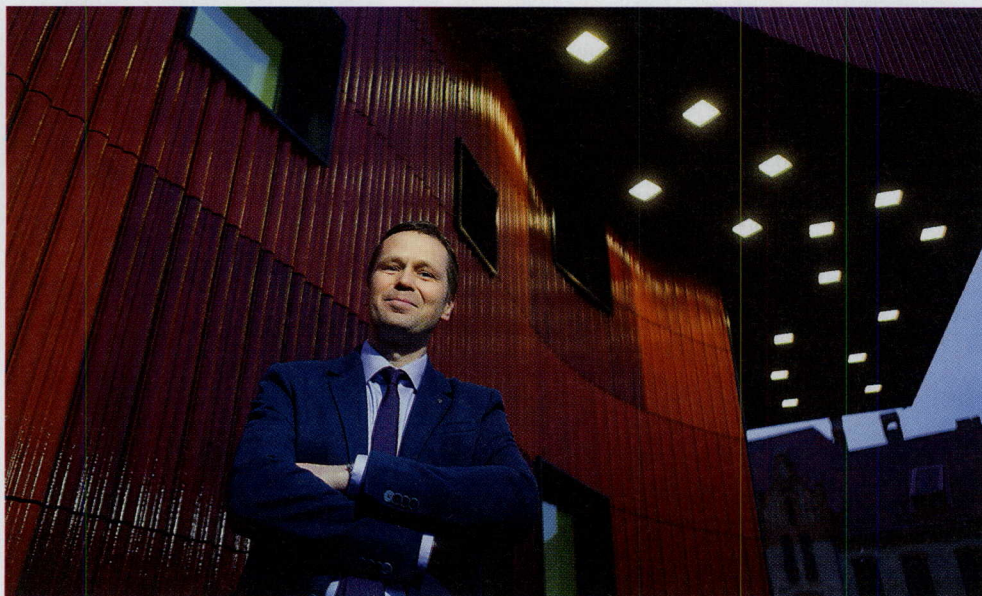
Pārsvārā jā, bet ģimenes ārstam nav daudz iespēju, kā šiem pacientiem palīdzēt. Ir nepieciešamas regulāras speciālistu konsultācijas un specifiski izmeklējumi. Ja cilvēks fiziski nespēj izbraukāt pie ārstiem, izstāvēt šīs rindas, vienā brīdī viņš atmet ar roku un dzīvo ar savu sirds mazspēju, kā nu ir... Tāpēc saku, ka arī sirds mazspējas pacientiem būtu vajadzīga sava klīnika un savs „zaļais koridors”, lai varētu vieglāk piekļūt speciālistiem. No šiem pacientiem arī veidotos kandidāti uz sirds transplantācijas operācijām, viņus varētu rūpīgāk izmeklēt, lai saprastu, kāda donora sirds transplantācijai būtu piemērota.

Kā šobrīd atlasīt pretendentes uz sirds transplantācijas operācijām?

Nav tik vienkārši. Dotajā brīdī Latvijā ir tikai seši cilvēki, kas gaida sirds transplantāciju, un arī viņi ir ļoti sporādiski, bieži nejauši atrasti kandidāti. Ja mums būtu šāda sistēma, vienots sirds mazspējas pacientu reģistrs, kāds jau ir kaimiņvalstīs, tad arī rindā uz sirds transplantāciju būtu daudz vairāk un daudz atbilstošāki pacienti. Tad arī mums būtu, kam šīs operācijas piedāvāt.

Vai pareizi sapratu – donori ir, bet nav, kam šis sirdis dot?

Protams, ar donoriem ir sarežģīti tāpat kā citur pasaulē. Pēdējā laikā nācies no dažiem donoru orgāniem atteikties tikai tādēļ, ka nav bijuši piemēroti transplantācijas kandidāti. Donora orgānam ir jāder pacientam gan pēc dzimuma, gan izmēra un dažādām citām saderībām. Par laimi, līdz šim veiksmīgi esam šos donoru orgānus nosūtījuši tepat uz Lietuvu, lai kolēģi var glābt



„ARĪ
SPECIĀLISTIEM
VAJADZĒTU BŪT
VIENOTĀKIEM
SAVOS
VĒSTĪJUMOS, JO
NERETI GADĀS,
KA VIENS PAUŽ
VIENU UZSKATU,
PĒC LAIKA
CITS APGALVO
PRETĒJO.”

dzīvību saviem pacientiem, bet skaidrs, ka vienotas sistēmas, kā šo procesu organizēt, mums joprojām nav. Tas mums kopā ar kardiologiem un veselības aprūpes administratoriem būtu jāsakārto. Zinot statistiku, zināms, ka šobrīd Latvijā ir daudz cilvēku ar sirds mazspēju pēdējā stadijā, kuri lēnām iet bojā, nesaņemot adekvātu palīdzību, ko mēs varētu sniegt, veicot sirds transplantāciju.

Gadās, ka pacienta veselības stāvoklis pasliktinās un sirds transplantācija būtu nepieciešama, diemžēl nav iespējams uz pasūtījumu tikt pie donora. Ir jāgaida. Tāpēc jābūt vēl citai iespējai, kā uzturēt dzīvību, un tās ir mehāniskās palīgāpziņas ierīces. To izmaksas ir dārgas, joprojām notiek kavēšanās ar ierīču apmaksu pacientiem. Pērn izdevās implantēt tikai vienu šādu mehāniskās palīgāpziņas ierīci.

Tāda kā mākslīgā sirds?

Tieši tā – mehānisks sirds kambaris, sūknis. Donoru orgānu pieejamība nav prognozējama, bet, ja vēlas veidot pacietiem saprotamu palīdzību, jākombinē šīs ierīces. Skaidrs, ka sirds transplantācija ir zelta standarts un labākā ārstēšana sirds mazspējas pacientiem, bet, ja tas nav iespējams, jābūt rezerves iespējām.

Vai paši spējam novērtēt, ka sirds vairs nefunkcionē tik labi kā agrāk, pirms nav notikusi neatliekama situācija?

Tas, ko varam darīt katrs, – pēc zināma vecuma veikt izmeklējumus un pārliecināties par sirds veselību. Un vēl – arī speciālistiem vajadzētu būt vienotākiem savos vēstījumos, jo nereti gadās, ka viens pauž vienu uzskatu, pēc laika cits apgalvo pretējo; vienu brīdi speķītis ir atļauts, nākamajā brīdī tiek apgalvots, ka to ēst kategoriski nedrīkst. Sirds sasilšanas simptomi var būt visdažādākie. Koronārās sirds slimības gadījumā sāpes krūtīs būs tikai viens no simptomiem. Sirds mazspēja, tur simptomātika ir pavisam cita, piemēram, elpas trūkums pie fiziskas slodzes, nespēks, kāju tūska, pat klepus.

Vai cilvēku zināšanas par sirds veselības profilaksi ir pietiekamas vai par to atceras, kad jau slikti?

Daudziem tas tiešām kļūst nozīmīgi tikai tad, kad veselības kritiskais punkts jau sasniegts, bet ir, protams, arī izņēmumi. Gadās pacienti, kuri „iekrīt” sirds veselības problēmās stresa

dēļ savā darbā, profesijā, tādēļ ka neregulāri ēd, smēķē, nedarbojas ar fiziskām aktivitātēm.

Sirds veselības profilaksei jā sākas jau bērnībā. Piemēram, Skandināvijā pirmsskolas vecuma bērni dodas pastaigās jebkādos laikapstākļos – pie mums, visticamāk, slapjdraņķī bērni paliktu telpās. Jā, skolās pirms laika aizlīdzēja tirgot saldīnātos dzērienus, našķus, bet zinu, ka dažviet tie tomēr atgriezušies. Pat ja skola mēģina izdarīt maksimālo, piedāvājot bērniem sabalansētas brīvpusdienas, aizejot mājās, bērni atgriežas pie citiem ēšanas paradumiem. No rītiem braucot uz darbu, regulāri redzu, kā autobusu pieturā skolnieces smēķē... Grūti iztēloties, kas ar viņām nākotnē notiks.

Ir dzirdēts, ka jūs saviem bērniem arī neļaujat ēst čipsus un dzert kolu.

Mājās neļauju. Vismaz manā klātbūtnē viņi izvēlas ūdeni, nevis kolu, bet svarīgākais ir ievērot mērenību. Piemēram, pēc divpadsmit stundu garas operācijas izdzert glāzi kolas varbūt ir labākais, ko tobrīd varu savā labā darīt. (Smejas.) Vai arī tikko ar dēlu piedalījāties divdesmit piecu kilometru garā taku skrējienā un pēc tam bez sirdsapziņas pārmetumiem iedzērām pepsikolu. Taču tie ir izņēmumi, nevis ikdienas ieradumi. Čipsi ir sliktāki, jo tajos ir nekalitatīva eļļa un daudz sāls, bet gan jau ir izņēmuma situācijas, kad čipsiem var rast attaisnojumu. Jautājums ir par to – cik daudz un cik bieži.

Kā jums šķiet, vai, redzot, kā no rīta dodaties uz darbu un vakaros pārnākat mājās, jūsu bērni varētu izvēlēties medicīnu kā savu profesiju nākotnē?

Grūti pateikt. Ceru, ka viņi paši izvēlēšies, negribētu neko uzspiest. Esmu redzējis piemērus, kad vecāki izdomā – bērnam noteikti jā kļūst par ārstu, turklāt noteiktā specialitātē. Ja profesija neizrādās istā, var no malas šo jauniešu bīdīt un izbīdīt, bet laiks vienlīdz ieviesīs savas korekcijas, un man šķiet, ka rezultātā šie cilvēki tāpat nebūs laimīgi. Protams, mūsdienu medicīna ir tik plaša, ka tajā varētu atrast darba iespējas jebkurai, kam tas interesētu, bet nedomāju, ka tikai tādēļ bērni būtu jā mudina izvēlēties ārsta profesiju. Maniem bērniem šobrīd ir dažādas intereses. Par medicīnu pajautā tikai šo un to, cik nepieciešams skolas vajadzībām. Es par viņu izvēli nesatraucos. Dzīvē taču ir daudz profesiju, ar ko nodarboties.