

INSULTS.

Greizo spoguļu karalīvalsts

Kādreiz ne viss ir tā, kā redzi vai esi iedomājusies. Ir pavisam citādi.

♥ Anija Pelūde

Skaidro:



Dr. med. GUNTIS KARELIS

- Neurologs, Rīgas Austrumu kliniskās universitātes slimnīcas Neiroloģijas un neurokirurgijas klinikas vadītājs.
- Rīgas Stradiņa universitātes asociētais profesors, docētājs.



Dr. ALEKSEJS VIŠNAKOVS

- Kirurgs, neatiekamās medicīnas ārsts. Rīgas Austrumu kliniskās universitātes slimnīcas Neatiekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas klinikas vadītājs.

Škiet, masu medijos par insultu tagad runā tik bieži, ka nu jau katram vajadzētu zināt tā pirmais pazīmes un prast laikus noreagēt – izsaukt ātro palidzību. Pēkšņi klūst šķība viena sejas puse, nevar parunāt, nevar pacelt roku...

Dr. Višnakovs: – Nav jau viss tik vienkārši. Šādus pacientus, kuriem ir, kā jūs sakāt, klasiskās pazīmes, kas viegli atpazīstamas un kuras mēs saucam par hiperakūtu insultu. Neatiekamās medicīnas klinikā ieved vienu vai divus dienākti. Pārējiem insults izpaudies citādi. Ar simptomiem, kas var būt raksturīgi citām slimībām vai situācijām. Piemēram, augstskolas pasniedzējs iet pa ielu šūpodamies, studenti ieņirdz, ka – tikko beigušas lekcijas un viņš jau paspējis piedzerties. Bet īstenībā cilvēkam ir insults.

– Ja jūs tā sakāt... Kolēge reiz, ejot pusdienās, ievēroja, ka ie-

las malā tup vīrietis ap gadiem piecdesmit pieciem. Solīdi ģērbies, bet tāds jocīgs – apātisks, it kā nesaprastu, kur atrodas, bikšu priekša slapja – apčurājies... Viņai jau šķītis aizdomīgi. Nospriedusi: ja, nākot atpakaļ no pusdienām, viņš vēl tupēs, jāpieviet klāt un jāpajautā, kas noticis... Bet viss no-kārtojies, vīrietis bija sācis apjukumā streipulot pa ielu, un policists izsauca ātro palidzību.

Dr. Višnakovs: – Šaubu nav, visdrīzāk insults.

Zinu līdzīgu gadījumu. Jauna sieviete, kura strādā kādā iestādē, darbs ar datoru. Ienāk kolēge kaut ko pajautāt, bet sieviete – nosacīti sauksim viņu par Guntu – nomurmina kaut ko pretī. Tāds iespāids, ka viņa būtu dusmīga par jautājumu. Ja šo cilvēku ne-pazīst, varētu nodomāt, ka tā nu gan ir nelaipna! Taču, par laimi, otra kolēge Gantu labi pazina, viņa ieiet kabinetā, skatās: Gunta sēž pie datora, turpina spaidīt klaviatūras taustiņus, bet, kad viņai uzdod jautājumus, normā-

li neatbild. Tai otrai kolēgei bija ārsta izglītība, un viņa uzreiz saprata, ka Guntai ir insults. Tieši tāpēc, ka mainījusies uzvedība, traucēta tā dēvētā kognitīvā funkcija un ir afāzija – tas nozīmē, ka viņa nevar pateikt to, ko grib pateikt. Kolēge Gantu atveda uz šejieni. Mēs viņai veicām trombofizi – ar zālēm pusstundas laikā izšķīdinājām trombu asinsvadā, un viņa uzreiz atkal bija pilnīgi normāls cilvēks.

Loti svarīgi būtu atcerēties: ja ir insults, cilvēkam nav obligāti jābūt paralīzētam. Insults var izpausties arī ar uzvedības traucējumiem – viss atkarīgs no tā, kurā smadzeņu daļā insults noticis.

Cits gadījums... Mammīte dzīvo viena, viņa ir pilnīgi adekvāta, pati par sevi spēj par-rūpēties, bet no rīta kaimiņiene skatās – istabā ir bardaks, trauki saplēsti, kakis nav pabarots, logi ziemā valā. Kaimiņiene izsauca neatiekamo palidzību, jo domā, ka mammīte sajukusi prātā. Īstenībā ir noticis insults, un izmaiņas uzvedībā par to liecina.

runājam par insultu?

Dr. Višņakovs: – Mums slimnīcā nākas komunicēt ar insulta pacientu piederīgajiem, un regulāri saskaramies ar to, ka cilvēki nesaprokt, kāpēc mēs šobrīd popularizējam akūta insulta ārstēšanas iespējas – ka cilvēku absolūti atgriežam iepriekšējā dzīves kvalitātē, bet viņa radienekam neko nedarām...

Ir jāsaprokt, ka no tiem diviem pacientiem diennaktī, kas šeit nokļūst ar insultu, tikai viens patiešām atgriezīsies iepriekšējā dzīvē. Jo ne tikai medikamenti, tehnoloģijas un ārsti ir tie, kas nosaka ārstēšanas iznākumu. Loti būtisks ir laika faktors. Kādreiz cilvēks no rīta pamostas un – vairs nevar parunāt, netiek no gultas augšā: insults ir noticeis vēlu vakarā vai naktī, smadzenēs kāds apgabals jau ilgstoši bijis bez asinsrites, bet laika logs, kurā mēs cilvēkam varam palīdzēt smadzenēm atgriezties iepriekšējā stāvoklī, ir ārkārtīgi ierobežots.

– Cik?

Dr. med. Karelis: – Četras ar pusi stundas trombolizei – tromba šķidināšanai; trombektomijai jeb tromba izvilkšanai – sešas stundas, varbūt mazliet vairāk. Bet nozīme ir katrām piecpadsmiņutēm! Katrās piecpadsmiņutēs smadzenē ūsnām bez apasiošanās nozīmē, ka funkcionālie traucējumi, par kuriem tās atbild, būs par če procentiem izteiktāki, un par 4 procentiem pieauga risks nomirt. Šūnas iet bojā, izveidojas nekroze, un tās vietas smadzenēs vairs neatjaunojas.

Otrs, kas svarīgi, – paša pacienta organismā stāvoklis. Kādi ir viņa asinsvadi, kaitīgie ieradumi, blakus slimības un tā tālāk. Mēs pacienta tuviniekiem skaidrojam, ka cilvēks paralīzēts, ka būs vajadzīga rehabilitācija, kopšana, un viņi jautā: «Kāpēc? Viss taču notika zibenīgi – viņš tika ātri atvests uz slimnīcu. Kāpēc jūs neko nedarāt?» Jo – ir loti nopietni medicīniski apsvērumi, kad pacientam nevar palīdzēt vai arī viņa organismā šo ārstēša-

nu nespēj izturēt.

– Ko jūs tik briesmīgu darāt, ka nevar izturēt?

Dr. Višņakovs: – Pacientu uzreiz pēc iestāšanās Neatliekamās medicīnas klinikā ved uz datortomogrāfiju, un, ja konstatē, ka viņam noticeis insults, kura iemesls ir trombs asinsvadā, nākamais solis ir tā sauktā trombolīze. Pacients saņem medikamentu, kas šķidina trombu. Bet ir jāsaprokt, ka trombs tiek šķidināts ne jau tikai tajā asinsvadā, kur noticeis insults, bet visā organismā. Un, ja, piemēram, pacientam ir problēmas ar asins recēšanu, tad medikamenta ievadišana cilvēku izārstēs no insults, bet viņš noasiņos, piemēram, no kuņķa čūlas. Tas ir tikai viens piemērs.

Ir arī citas veselības problēmas, kad šī metode nav iespējama, jo risks, ka pacients varētu sākt asinot, ir loti liels. Visbiežāk cilvēkiem gados asiņo smaganas. Jo ir loti slikta mutēs dobuma higienas kultūra.

slimnīcu, viņš nevar parunāt, nevar pakustēties, un trombolīzes procedūras laikā, kas ilgst apmēram pusstundu, pacents sāk runāt, viņš var jau pakustēties. Vienkārši tas prieks un progress nav novērtējams! Tu redzi, ka cilvēks guļ nekāds, un pēkšņi kļūst normāls. Agrāk mums šādu iespēju nebija, tagad ir. Konkrētā medikamenta cena ir vairāk nekā tūkstotis eiro, valsts apmaksā.

– Bet ko darāt tiem, kam nedrīkst pielietot šīs brīnumainās zāles?

Dr. Višņakovs: – Vispirms jāsaprokt, ka insults simptomus izraisa divas lielas cēlonu grupas. Pirmajā situācijā ir asinsizplūdums smadzenēs. Tas ir pavisam cits stāsts, jo tur darbs ir neurokirurgiem, viņi skatās, kurā vietā radies asinsizplūdums, kas to izraisījis – asinsvadu problēmas, augsts asinsspiediens, iedzīmertas anomālijas... Otrā situācijā ir īsēmiskais insults jeb smadzenēu infarkts, kad

Ja asiņo smaganas, tas var traucēt izārstēt insultu.

– Tiešam nezināju, ka smadzenēs veselība var ietekmēt ārstēšanas prognozes!

Dr. Višņakovs: – Jā, mēs esam spiesti pārtraukt uzsāktu trombolīzi, jo pacientam sāk asinot smaganas. Vai arī deguns, kuņģis, zarnu trakts. Un tā asiņošana faktiski nav apturama, cilvēks var noasinot līdz nāvei. Tas ir tikai viens piemērs no daudzām situācijām, kad mūsu iespējas nav izmantojamas konkrētam pacientam. Taču cilvēkos rodas sarūgtinājums, viņi feišbukā pēc tam raksta, ka acīmredzot dakteriem nav iedota aploksne un – *atstāja manu mammīti paralīzētu...* Tā nav taisnība! Tieši pacienta veselības faktori loti bieži nosaka to, ka iznākums nav tāds, kādu mēs, ārsti, vai arī pacienta tuvinieki, vai pats cilvēks vēlētos redzēt.

Bet ir arī izcili gadījumi, kad pacients ar insultu atvests uz

nosprostojošas asinsvads galvas smadzenēs. Tad pirmais ārstēšanas variants ir tromba šķidināšana, un otrs – tehniski pastāv iespēja veikt tā dēvēto trombektomiju. Mūsu invazīvie radiologi rentgena kontrolē no punktē artēriju, tad ar speciālu ierīci sasniedz vietu, kur atrodas trombs, un to mehāniski izvelk. Bet! Šai procedūrai ir vēl vairāk ierobežojošu nosacījumu un arī risku nekā trombu šķidināšanai. Turklāt arī nav tik daudz speciālistu, kas prot veikt trombektomiju, un līdz ar to šo procedūru diemžēl nav iespējams veikt visas septiņas dienas nedēļā un cauru diennakti divdesmit četrās stundas.

– Bet tas, ko tikko sacījāt, ir traģiski!

Dr. Višņakovs: – Vai tas jūs izbrīna?

Dr. med. Karelis: – Trombektomiju Austrumu slimnīca ➤

– Bet raksturīgi, ka izmaiņas notiek pēkšņi – vakar nebija un šodien ir.

Dr. Višņakovs: – Protams, jo insults ir akūts notikums.

Daudzi veci cilvēki dzīvo vienī, un, ja pēkšņi notiek insults, viņi pat nespēj kādam paziņot. Tāpēc man ir jautājums: ja zināms, ka taviem vecākiem vai vecvecākiem ir augsts asinsspiediens vai holesterīna līmenis, tad varbūt tomēr vajag katru dienu viņiem piezvanīt. Tas neko nemaksā – veltīt trīs minūtes un vienkārši pavaicāt – kā tev iet? Mūsu klinikā sestdien, piemēram, diemžēl nomira sieviete. Kaimiņi viņu bija redzējuši pirms divām diennaktīm. Kad atbrauca glābēji un uzlauza durvis – kundze guļ uz grīdas, jau nogulējusi vienu pusī, tie muskuļi jau ir atmiruši, attīstījusies akūta nieru mazspēja, sieviete ir arī atdzisusi un vairs nebija glābjama. Lūk, stāsts par sabiedrības kopējo atbildību.

– Par ko vēl cilvēkiem rades aplams priekšstats, ja

veic daktere Ponomorjova un daktere Kratovska. Viņas tiešām var to izdarīt, bet – abām dakterēm ir arī atvalinājumi, viņas brauc uz kongresiem, mācīties uz ārzemēm, dakteres var galu galā saslimt, turklāt ikdienā viņas dara arī citas procedūras, ārstē cilvēkus ar cita veida slimībām un tajā brīdī var būt vienkārši aizņemtas. Viņas ir ļoti noslogotas. Īstenībā speciālistu trūkums šajā jomā ir valstiski ārkārtīgi nopietna problēma. Arī otrā universitātes slimnīcā – *Stradiņos* – ir tas pats.

– Tad ko – ja nepaveicas un insults notiek sestdienā?

Dr. med. Karelis: – Ja nepaveicas, tad paliek tikai sekundārā profilakse. Tā ir realitāte. Tā notiek. Bet mēs, protams, mēģinām mūsu iespēju robežas palīdzēt visiem. Jā, ir traģiski, ka cilvēkam var izvilkst trombu no asinsvada, bet viņš uz slimnīcu atvests diemžēl sestdienas vakarā, kad tehniski tādu iespēju nav. Mums ir bijusi šādi precedenti. Bet tad *Stradiņa* slimnīcas speciālisti bija gatavi to darīt, un pacientu pārvedām uz turieri. Mēs sadarbojamies.

Dr. Višňakovs: – Man liekas, ka nav bijis neviens gadījums, kad cilvēks kļūst par invalidu tāpēc, ka viņam nevar veikt trombektomiju. Vienkārši mēs gribam vērst uzmanību uz to, ka šo metodi nav iespējams izmantot tik plaši, kā gribētos.

Dr. med. Karelis: – Jo tiešām ir ļoti daudz medicīniski pamatoju ierobežojumu. Piemēram, iemesls atteikumam veikt trombolīzi var būt nesen veiktas lielas operācijas, audzēji, daudzas slimības. Un ne tikai tās! Bieži vien pacients tiek atvests ar ļoti augstu asinsspiedienu, un tad viņam nedrīkst uzreiz veikt trombolīzi, asinsspiediens jānormalizē, un tā atkal tiek zaudēts laiks. Ja cilvēks lietojis kādu asins šķidrinātāju, viņam jātaisa trombektomija... Bet arī –

ja miega artērija kaklā ir resna, tad gala zari, kas ir pie galvas smadzeņu garozas, ir ļoti tievi, un no turienes izvilkst trombu nav iespējams. Līdz ar to pacien-

tu loks, kuriem var palīdzēt, ļoti sašaurinās, neskatojoties uz to, ka insulta pazīmes ir laikus pamānītas, ka cilvēks laikus atvests uz slimīcu, ka viss ir izdarīts, kā nākas. Vienalga, nevar. Un vēl paliek procents pacientu, kuriem arī pēc šo abu procedūru veikšanas traucētās funkcijas nemaz tik jauki neuzlabojas. ļoti liela nozīme ir blakus slimībām. Ārstēšanās iznākumu pēc trombolīzem un trombektomijām ietekmē cukura diabēts, jo trombs šķist slikti, un pēc tam var notikti tromba atjaunošanās. Un cuku-

mūsu cilvēks, rīdznieks, vīriešis, piecdesmit gadi, slimis ar paaugstinātu asinsspiedienu, viņam ir augsts holesterīna līmenis, viņš lieto medikamentus, un, kad es kā ārsts uzdotu jautājumu «Kādas zāles jūs lietojat?», viņš nezina – viņam sieva dodot! Ja paredzēts lidojums, kas, iespējams, būs ilgāks par trim stundām, vai arī ilgstotīš brauciens autobusā, visi ārzemnieki profilaktiski lieto preparātus, kas neļauj izveidoties trombam, un adekvāti uzņem šķidrumu. Mūsu cilvēki? Rupji

ja. Asinsspiediens palielina iespēju saslimt ar insultu piecas, septiņas reizes. Tas nozīmē, ja cilvēks precīzi lieto zāles un ja asinsspiediens turas normāls, insulta iespējamība uzreiz ir mazāka. Pacientam, kuram ir sirds aritmija, risks saslimt ar insultu samazinās divas vai trīs reizes, ja viņš lieto antikoagulantus jeb asins šķidrinātājus. Bet zināt, kas ir paradoksalākais? Pagājušajā gadā mēs Austrumu slimnīcā veicām pētījumu – gribējām paskatīties, cik pacientu, kuri ar insultu nonāk slimnīcā, lieto antikoagulantus sirds aritmijas gadījumā. Lietoja tikai piecpadsmit procenti no vieniem, kas iestājās slimnīcā!

– Tikai?!

Dr. med. Karelis: – Cilvēks zina, ka viņam ir aritmija, tika rekomendēts lietot antikoagulantus, bet viņš izvēlējies – darbu dēļ, vienalga kāda iemesla dēļ – tos nelietot. Turklāt no tiem piecpadsmit procentiem, kuri bija zāles lietojuši, astoņdesmit procentiem nebija sasniegti mērķa radījumi. Protī, ir speciāls asins recēšanas rādītājs, kuru sauc par INR, un tas liecina, vai medikaments lietots pietiekamā devā vai ne, vai asins šķidruma stāvoklis ir pareizais vai ne... Tad par ko mēs vispār runājam?!

Dr. Višňakovs: – Insults nav apendicīts, kad cilvēku izoperē un viss, viņš ir vesels. Neiroloģijas dienests insulta slimniekiem ārstē ne jau tikai insultu, viņi normalizē sirds ritmu, ārstē aritmiju, mazina sirds mazspēju, mazina asinsspiedienu, un tas viss notiek akūtā situācijā, un tas ir normāli. Tā dara gan ārzemēs labākajās Rietumu klīnikās, gan Latvijā. Tikai pie mums tas darbs, kas jāiegulda insulta slimniekā, ir daudz, daudz lielāks nekā daudzviet citur pasaule. Un tieši šī iemesla dēļ, par ko mēs tagad runājam, – ka cilvēki vieglprātīgi izturas pret savu veselību un neievēro ārstu ie-teikumus. Cilvēkam jau starta pozīcija pirms insulta nav laba! Šobrīd ir protokoli, vadlīnijas, un gan ģimenes ārstiem, gan

Augsts asinsspiediens palielina iespēju saslimt ar insultu piecas, septiņas reizes.

ra diabēta slimnieku, kā zināms, ir ļoti daudz.

– Tagad daudziem sirds vainagartērijās ielikti stenti, un viņiem jālieto asins šķidrināšanas zāles, lai neveidotos trombi. Ja notiek insults, tad trombolīzi viņiem, cik sapratu, nedrīkst veikt?

Dr. med. Karelis: – Tā īsti nav. Ja cilvēks lieto asins šķidrinātājus jeb antikoagulantus, tad pirmā metode insulta ārstēšanā ir tromba izvilkšana. Otrs, katrām asins šķidrinātājam ir savs antidots – pretinde, kas šo efektu neutralizē. Tātad, ja cilvēks lietojis kādu antikoagulantu un ja uzņemšanas nodalā ir attiecīgais antidots, to ievadot, iespējams veikt arī trombolīzi. Bet atkal – ne visiem pacientiem.

Dr. Višňakovs: – Medikamenti ir dažādi. Daudz kas atkarīgs no tā, kādu asins šķidrinātāju cilvēks lieto, cik ilgi un cik nesen. Tā ka antikoagulanti atkal uzzliek ļoti plašus ierobežojumus insulta operātivai ārstēšanai.

– **Sarežģīti. Īstenībā vajadzētu dzīvot tā, lai jūsu pakalpojumi nekad dzīvē nebūtu jāizmanto.**

Dr. Višňakovs: – Teorētiski jā. Neatliekamās medicīnas klinikā nonāk arī ārzemju pacienti, un mēs redzam atšķirību. Piemēram, atbrauc uz slimnīcu

izsakoties, daudziem tas ir pie vienas vietas. Nu nav izpratnes par veselību kopumā un par insulta riskiem! Un diemžēl mūsu situācijā šie riski pēc 55 gadu vecuma veidojas visiem! Mums ir pacienti, kuri ne smēķē, ne lieto alkoholu, kuriem nav paaugstināta asinsspiediena slimības, bet viņam ir noticis insults. Tātad ir pietiekami daudz citu faktoru, kas tāpat var izsaukt šo problēmu. Toties, domājot par savu veselību atbildīgi, gudri, zinoši, risks iedzīvoties insultā klūst mazāks. Jā, saka – nevar tikt pie ģimenes ārsta, uz izmeklējumiem... Bet nav jau tikai medicīna vainīga, medaļai vienmēr ir divas puses. Svarīga ir arī pašu pacientu attieksme un vēlme – cik daudz pats cilvēks grib par sevi zināt. Tas nezīmē, ka vajag katru mēnesi veikt datortomogrāfiju galvai. Nē, pasarg' die's! Bet, strādājot slimnīcā, mēs redzam, ka darbspējīgā vecumā cilvēkiem ir citas rūpes dzīvē, viņi nedomā par savu veselību un par slimībām, kas viņiem jau ir.

Dr. med. Karelis: – Pilnīgi piekrītu. Piemēram, četras populārākās lietas, kas veicina insulta attīstību, ir – asinsspiediens, cukura slimība jeb diabēts, ateroskleroze un sirds aritmija.

terapeitiem, gan kardiologiem, neirologiem, neatliekamās palīdzības speciālistiem ir skaidri zināms, kuri ir tie gadījumi, kad cilvēkam profilaktiski jālieto asinis šķidrinošie preparāti, lai novērstu infarktu un insultu. Bet ārsts paskaidro: «Ja lietosi šīs zāles, reizi divās nedēļās vajadzēs aiziet uz laboratoriju un uztasīt asins analīzes. Jo pastāv bīstamība, ka šo medikamentu var pārdozēt un var sākties asinošana.» Un tad cilvēks izdomā, ka labāk, lai viņam ir insulta risks, nekā viņš sāks asinot. Cilvēkam vienkārši slinkums tik bieži iet uz laboratoriju un nodot asinis analīzem, un viņš nolemj zāles nelietot.

- Runa ir par varfarīnu?

Dr. med. Karelis: – Tai skaitā.

– Bet mūsdienās taču ir arī moderni medikamenti, inovatīvie asins šķidrinātāji, kurus lietojot asins recēšanas kontrole nav jāveic, jo to efekts ir labi paredzams. Piemēram, rivaroksabāns, dabigatrāns, apiksabāns, edoksabāns...

Dr. med. Karelis: – Protams, ir modernāki preparāti, bet ir cilvēki, kuri ir lietojuši varfarīnu un to lieto joprojām, jo ir dažas slimības, kuru gadījumā drīkst lietot tikai šo asins šķidrinātāju. Tā kā vecu vecais varfarīns nekur nav pazudis!

– **Cilvēkam ir bijis mikroinsults, sekas nepalika, bet viņš ir ļoti nobažījies par nākotni, ka mikroinsults var atkārtoties un jau bīstamākā formā...** Kāda ir pareizā taktika, cik biežām turpmāk jābūt veselības kontrolēm?

Dr. med. Karelis: – Tādā gadījumā jālieto medikamenti, kas vajadzīgi sekundārai profilaksei pēc vaskulārā notikuša, – gan aspirīns, gan zāles asinsspiediena un holesterīna līmeņa noregulēšanai, bet, ja cilvēks nespēj no notikušās mikroinsulta situācijas tikt laukā tieši emocionālā ziņā, tad jautājums ir **par psihoterapiju** vai kādu nomierinošu tabletī. Jākonsultējas ar psihiatru.

Dr. Višņakovs: – Bet tas nezināmē, ka tam, kurš, piemē-

ram, reizi nedēļā iet pie ārsta, insults vairs nenotiks. Arī fakti!

Dr. med. Karelis: – Piekrtīt. Sekundārās profilakses pasākumi negarantē, ka insulta nekad dzīvē vairs nebūs. Protams, lietojot zāles, iespējamība krieti samazinās, bet ne simtprocents.

Ja insults vai infarkts nav bijis, tad jālieto tas, kas jālieto primārai profilaksei, jākontrolē cukura līmenis un **reizi gadā** vai divos var veikt miega artērijas izmeklējumu ar ultraskanu, tā dēvēto *dupleksu*. Paskaņties asinsvada sieniņu biezumu.

- Tas būtu vērtīgi?

Dr. med. Karelis: – Ja cilvēkam ir reiboņi un, izmeklējot ar *dupleksu*, konstatē asinsvadu sašaurinājumu, kādreiz tas ir iemesls kirurgiskai ārstēšanai. Asinsvadu kirurgi šīs aterosklerotiskās pangas no miega artērijas izņem un tā atbrīvo asins

var mēģināt uzņemties plašāku funkciju un veicināt rokas kustības atjaunošanos. Tā notiek funkcijas atjaunošanās.

– **Cik ilgi vajadzētu maksimāli mobilizēties rehabilitācijai? Kad top skaidrs, ka lielāku uzlabojumu vairs nebūs?**

Dr. med. Karelis: – Gudrās grāmatās raksta – ja pēc insulta **pagājis gads, tad sāk runāt par seku parādībām...** Negribu saīt, ka visiem tas ir tikai gads, un tomēr gads ir nogrieznis, pēc kura var aptuveni spriest par ieguldītā rehabilitācijas darba iznākumu, ieguvumiem, par maksimālo sasniegumu.

– **Tātad gadu būtu vērtīgi koncentrēt visus laika un naudas resursus, lai izķļūtu no radušās situācijas un lai insults skartās funkcijas atjaunotos vai uzlabotos?**

Dr. Višņakovs: – Arī pēc

Trombu no asinsvada izvelk pat 90 gadu vecumā!

plūsmu uz galvas smadzenēm.

Dr. Višņakovs: – Visiem pēc kārtas veikt miega artērijas izmeklējumu kā skrīningu arī nav gudri. Taču, ja ir bijis pārejošs insults jeb, kā jūs sakāt, mikroinsults, tad *dupleks* ir obligāts.

Dr. med. Karelis: – Respektīvi, ja insults simptomi beidzas divdesmit četru stundu laikā kopš saslimšanas sākuma... Pēc tam? Iespējams, ka stāvoklis ir tik slikts, ka *dupleks* jāatkarto pēc pusgada, ir situācijas, kad to vajag darīt tikai pēc diviem gadiem. Kā kuram. Visloģiskākais būtu, ja cilvēks pēc pārīstā insulta dotos uz konsultāciju pie sava ārstējošā neirologa vai arī pie cita neirologa, ārsts uzrakstītu **izmeklējumu plānu gadam** vai **turpmākajiem diviem gadiem** un tad cilvēks to realizētu.

– **Pēc insulta diemžēl saglabājas sekas. Piemēram, nevar pakustināt roku...**

Dr. med. Karelis: – Tātad tas reģions galvas smadzenēs, kas atbild par rokas kustībām, ir gājis bojā. Bet blakus reģioni

neiroloģiskā stāvoklī, nekā, pieņemsim, mēs viņu redzam pēc pusgada, kad skaidri jaušama pasliktināšanās. Un nevis tāpēc, ka viņam vēl kāds insults ir noticis, bet gan tāpēc, ka organismš dekompensējas, jo neko lietas labā nedara.

Dr. Višņakovs: – Atkal pierderīgie... Mēs zinām, ka visi daudz strādā, un tomēr – velti pusstundu un paņem to veco cilvēku pie rociņas pastaigāt. Tas viss ir ļoti, ļoti būtiski.

– **Tradicionālais pēdējais jautājums – ja noticis akūts insults, uz kuru slimīcu braukt?**

Dr. Višņakovs: – Daugavas labais krasts – **uz Austrumu slimīcu** un **Daugavpils slimīcu**. Kreisais krasts – **Stradiņi, Liepāja, Ventspils**.

Bet vajag tomēr optimistiski skatīties! Ziniet, kādreiz, kad sāku strādāt Rīgas ātrajā palīdzībā – tas bija 2000. gads, un professoors Karelis arī noteikti atceras –, tolaik bija noteikta robeža 55 gadi, kas gāja kā akūti insults. Pārejtie pacienti, kuriem insults bija noticis pēc 55 gadu vecuma, tika uzskatīti par netransportējamiem un atstāti mājās. Viņi visi bija nolemti invalidizācijai. Un tie nebija viduslaiki, tas notika tagad, nesen! Savukārt **tagad nav vecuma ierobežojuma**. Jā, cilvēki kādreiz domā: lūk, viņa ir veca, tāpēc viņu neviens neārstē! Patiesībā ne tas ir svarīgi – vecs vai jauns un cik cilvēkam gadu. Mums ir ļoti veiksmīgas, pat izcilas trombolīzes arī deviņdesmitgadīgiem pacientiem.

Dr. med. Karelis: – Apliecinu. Ja pirms insulta ir bijusi normāla funkcionalitāte.

Dr. Višņakovs: – Un lauku cilvēkiem ir, jo, kā zināms, viņi ir aktīvi arī vecumā. Cita lie-ta, ka paši laucinieki domā: ja noticis insults, viņam slimīcā neko nedara. Viņi nesauc neatlikamo palīdzību un gaida, kad pāries... Kamēr tuvākajās brīvdienās atbrauc radi, bet tad jau viss ir par vēlu.

Darīs vai nedarīs – šo lēmu-mu pieņem slimīcā, kompleksi izvērtējot situāciju. **Bet jūs, galvenais, atbrauciet!** ♥