



I E V A S

VESELĪBA

IZDEVNIECĪBA ŽURNĀLS SANTA



Ārstē rozi un iekaisumu.

LATVJU ZĪMES, KAS DZIEDINA 36. lpp.

SVARĪGI TAGAD!

**Cik bīstama
būs jaunā
GRIPA?**

6. lpp.

MŪŽĪGĀ TĒMA 16. lpp.

HOMEOPĀTIJA

- » Zālēm jāpalīdz uzreiz!
- » Var apturēt pat artrītu
- » Vienas zāles visam mūžam

STIPRAIS STĀSTS 10. lpp.

SKILLA PINNIS-RIKARDE:

**«Iemācījos dzīvot
bez daļiņas plaušu.»**

Cena Ls 0,65 (EUR 0,92)

ISSN 1691-5267



9 771691 526001



Lai nesalst, neslid un nebojā pēdas.
Labākos ZĀBAKUS ziemei palīdz
izvēlēties ortopēds. 42. lpp.

NOSKAIDRO 24. lpp.

**Palīgs
piekusušai
sirdij –
STIMULATOR**

REVĪZIJA BĒNIŅOS

**EMOCIJAS,
kas grauj
ķermeni**

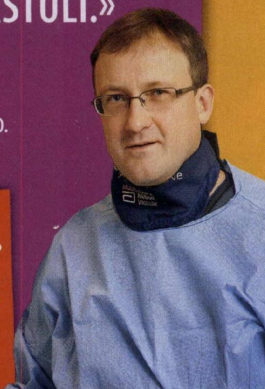
26. lpp.

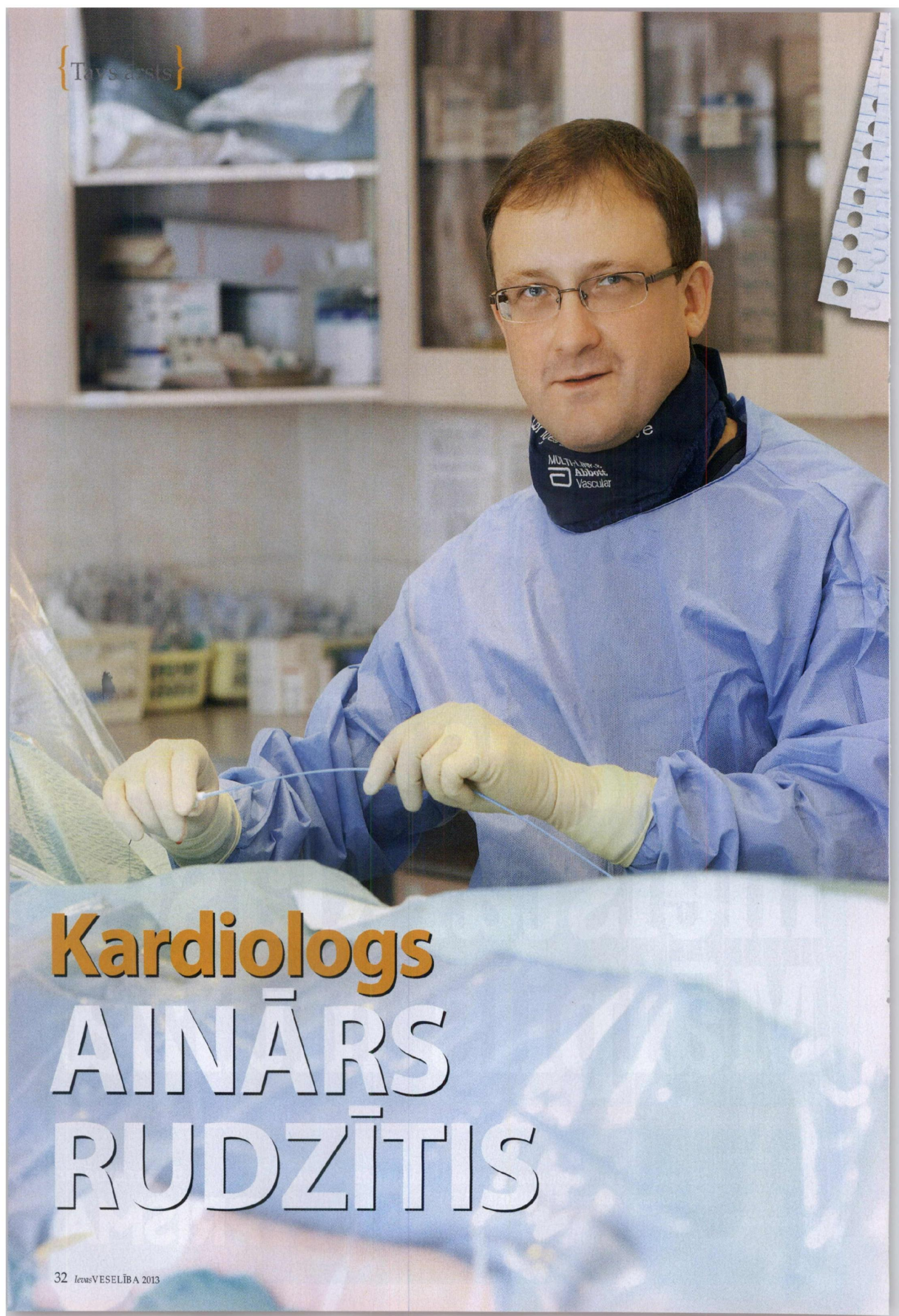
TAVS ĀRSTS

**Kardiologs
AINĀRS
RUDZĪTIS:**

«Pasaulē unikālā
operācijā
salabojām sirds
VĀRSTULI.»

32. lpp.





Kardiologs AINĀRS RUDZĪTIS

32 levas VESELĪBA 2013

ANAMNĒZE

- Kardiologs ar 12 gadu darba stāžu.
- Smejas, ka ar rutīnu nemokās: ikdienā veic ehokardiogrāfijas un sirds ultraskaņas izmeklējumus, kā arī veic operācijas, labojot sirds defektus.
- Strādā arī par dežūrārstu.
- Šogad beidzis doktorantūru LU Medicīnas un farmācijas fakultātē, tāpēc tuvākais uzdevums – uzrakstīt doktora darbu par iedzimto sirdskaišu invazīvo ārstēšanu.
- Brīvajā laikā labprāt uzspēlē hokeju, velta laiku peldēšanai un skriešanai.

Dakter, pastāstiet, kas īsti tika darīts šajā operācijā.

– Īpaši ierīce, ar kuras palīdzību tika samazināts mitrālā vārstuļa atvērums un atjaunota vārstuļa funkcija, tika implantēta, pacientiem atrodies vispārējā narkozē, neizmantojot mākslīgo asinsriti, caur cirkšņa un kakla vēnu vienlaicīgi. Mitrālā vārstuļa nepietiekamība nozīmē, ka daļa asiņu sistolē atgriežas no sirds kreisā kambara kreisajā priekškambarī laikā, kad vārstuļa virām būtu jābūt slēgtām. Tēlaini sakot – durvis aizvērtas, bet šķirba starp tām un durvju kārbu ir tik liela, ka vējš pūš cauri. Pašas durvis nav bojātas, bet durvju aila kļūst platāka – vārstulis vairs nefunkcionē, kā tas paredzēts.

Ar operāciju parasti saprot manipulāciju, kad tiek veikts grieziens. Mēs veicām līdzvērtīgu manipulāciju operācijai, tikai negriežot ķermeņa audus, bet ar katetra palīdzību ievadot sirdī ierīci caur asinsvadiem. Konkrētās operācijas gadījumā tika atjaunota sirds mitrālā vārstuļa fibrozā gredzena forma. Proti, pacientiem, kuriem slimības rezultātā mitrālā vārstuļa fibrozais gredzens ir paplašināts, ievada katetra sistēmas vienlaicīgi caur kakla un cirkšņa vēnām, un rentgenaparātūras un ehokardiogrāfijas kontrolē fibrozais gredzens tiek sašaurināts, savilkts kopā. Tēlaini to var salīdzināt ar kokiem. Reizēm parkos var redzēt, ka liels koks sašķēlies divās daļās un katru no tām gāžas uz savu pusi. Lai koks neaizietu bojā, tas tiek savilkts ar īpašu stīpu vai trosi, kas neļauj tam izgāzties. Kaut kas līdzīgs operācijas laikā tiek darīts arī ar mitrālo vārstuli. Sirds mazspējas rezultātā fibrozais gredzens – vieta, kur piestiprināts vārstulis, – sāk izplesties un vārstuļa lapīnas vairs nespēj sakerties kopā, tās strādā ar zināmu atstatumu jeb nepietiekami saķeroties, un rezultātā veidojas mitrālā vārstuļa nepietiekamība. Šajā operācijā vārstuļa funkcija tiek atjaunota.

Nākotnē šādas operācijas glābs tos augsta riska pacientus ar sirds vārstuļa nepietiekamību, kuriem medikamentoza terapija ir par vāju, bet ķirurģiska iejaukšanās būtu pārāk

Mazliet vairāk nekā pirms mēneša Latvijas Kardioloģijas centrā tika veiktas pasaulē pirmās divas operācijas augsta riska pacientiem ar sirds mitrālā vārstuļa nepietiekamību. Izmantojot īpašu ierīci, tika samazināts mitrālā vārstuļa atvērums un atjaunota vārstuļa funkcija. Viens no ārstiem, kas piedalījās šajās unikālajās operācijās, bija arī kardiologs **AINĀRS RUDZĪTIS**.

♥ Agnese Meiere

riskanta. Mitrālā vārstuļa izteikta nepietiekamība veicina sirds mazspējas progresu un 5 gadu laikā 50 procentos gadījumu tā var novest līdz pāragrai nāvei.

Jaunā ierīce mitrālā vārstuļa funkciju korekcijai klīniskajā praksē varētu tikt ieviesta tuvāko gadu laikā.

– Kāda ir to cilvēku, kas sirgst ar mitrālā vārstuļa mazspēju, ikdiena?

– Viņiem ir grūtības uzkāpt pat otrajā stāvā, nest smagumus, jo tas var izraisīt elpas trūkumu, nogurumu un sirds ritma traucējumus, līdz ar to dzīves kvalitāte ir krietni ierobežota. Mūsu, ārstu, acīs šie ir patiešām smagi slimie pacienti. Tie ir pacienti, kuriem augsta riska dēļ standarta sirds ķirurģiskā operācija (vārstuļa korekcija vai protezēšana) netiktu piedāvāta. Runājot par pacientiem, kuriem šī operācija tika veikta pirmoreiz, jāteic, ka abi ir jauni vīrieši: viens – 55 gadus, otrs 40 gadus vecs. Abiem bija piešķirta invaliditātes grupa.

Jāpauzē kādam laikam, lai varētu novērtēt operācijas rezultātus, tomēr jau uzreiz pēc operācijas abi jutās daudz labāk – šīs operācijas pluss ir tas, ka efekts ir tūlītējs. Jā, šiem cilvēkiem sirds muskulis joprojām ir slims, bet vārstuļa nepietiekamība tiek samazināta.

– Kas ar pacientiem notiktu, ja nebūtu šādas operācijas iespējamības?

– Tiktu veikta ķirurģiska operācija, kuras laikā vārstuli labotu, implantējot tajā īpašu mākslīgo gredzenu, vai arī nomainītu vārstuli. Bet! Šai pacientu grupai ir augsts ķirurģiskais risks. Tas nozīmē, ka, veicot standartoperāciju, risks nomirt ir augsts – mirstība var sasniegt pat 10–20 procentus. Tāpēc bieži vien cilvēkus ar šādām problēmām neoperē vispār. Viņi saņem medikamentozu terapiju, kas gan diemžēl nav pietiekami efektīva – tā mazina simptomus, bet vārstuļa geometriju atjaunot nevar.

Tāpēc lieliski, ka patlaban pieejamas mazinvazīvās metodes, kuru laikā netiek apstādināta sirdsdarbība, netiek pieslēgta mākslīgā asinsrite un nav lielā griezuma. Operācijas trauma ir krietni mazāka.

– Diemžēl pagaidām, kā saprotu, šī neklūs par rutīnas operāciju.

– Tā pašlaik vēl nebūs ikdienas operācija, varētu pat teikt, ka šī ierīce patlaban ir zinātniskās izpētes stadijā un nav komerciāli pieejama. Līdz ar to mēs pat nezinām, cik šāda operācija maksā. Taču, ja operācija sevi attaisnos, iespējams, pēc 3–5 gadiem tā tiks piedāvāta kā standarta ārstēšanas metode. Kaut gan jau tagad ir cilvēki, kas interesējas par šīs operācijas iespējām. Atsevišķus pacientus nemam uzskaitē un viņiem šādu operāciju nodrošināsim, bet šādu operāciju skaits nebūs liels – Latvijā vien aptuveni

Nākotnē šādas operācijas glābs pacientus, kuriem medikamentoza terapija ir par vāju, bet ķirurģiska iejaukšanās – pārāk riskanta.

10–15. Šīs zinātniskās izpētes programmas ietvaros tiks veiktas operācijas arī Londonā un Parīzē. Tomēr Latvija bija pirmā!

– Kā notika gatavošanās operācijai?

– Jauna operācija ir zināms izaicinājums ārstam un zināms risks pacientam. Tiesa, šiem pacientiem lielas izvēles nebija – vai nu turpināt ciest vai *viņnēt* gadus savai dzīvei...

Operācija tika sagatavota un veikta profesora Andreja Ērgļa vadībā. Sagatavošanās ilga aptuveni pusgadu, un tās laikā jaunā metode tika apgūta, operējot dzīvniekus. Profesors devās uz Ameriku, kur strādāja tieši dzīvnieku laboratorijā, implantējot šīs ierīces aitām. Vēlāk notika strikta pacientu atlase, kuriem tiks veikta operācija. Atlasītajiem kandidātiem veica ehokardiogrāfisko un datortomogrāfisko izmeklēšanu, kā arī citus izmeklējumus. Es kopā ar citiem

{Tavs ārsts}



Kopā ar dokteriem Pēteri Stradiņu un Mārtiņu Kalēju operācijā hibrīdzālē.

kolēģiem biju atbildīgs par pacientu atlasīšanu, diagnostiku, sagatavošanu un piedalījies arī pašā operācijā.

Atlases darbs bija diezgan ilgstošs, vairāku mēnešu garumā, un tas bija komandas darbs. Man ir brīnišķīgi kolēģi, ar kuriem kopā izskatījām slimnieku datus bāzē, analizējām, kuri no pacientiem būtu piemērotākie. Rezultātā no liela daudzuma atlasījām kādus 35 pacientus, un no tiem šie divi tika izvēlēti kā pirmie.

– Vai sajūtas pirms šāda mēroga operācijas ir līdzīgas kā pirms lēciena ar izpletni?

– Kaut gan es neesmu lēcis ar izpletni, tomēr domāju – jā. Moka gan šaubas, gan neziņa, taču palīdz tas, ka līdzās ir uzticami kolēģi. Modernajā medicīnā uz komandas darbu vispār tiek likts liels uzsvars – pienākumi sadalās ļoti līdzvērtīgi, un ārsti cits citam jebkurā situācijā var palīdzēt. Tā ir neizsakāma drošības, stabilitātes sajūta. Operācijā piedalījās aptuveni desmit cilvēku, neskaitot palīgpersonālu, piemēram, dakters Inga Narbute, Ginta Kamzola, Mīlana Zabunova un citi augsta līmeņa speciālisti. Operācijās piedalījās arī kardiologs Martins Tomass no Londonas Svētā Tomasa klīnikas un ierīces izstrādātājs Džeisons Rodžerss no Amerikas. Operācijas laikā viena ārstu komanda darbojās gar pacienta kakla, otra – gar cirkšņa vēnu, ievadot ierīces divas daļas katru no savas puses. Sirdij tieši veidā neviens klāt neskārās.

Savā ziņā šāda veida operācija līdzinās fakāra darbam. Iedomājieties, ja jums, piemēram, būtu jādaļa ar ļoti garām adatām, bet adīklis atrastos aptuveni metra attālumā, turklāt tas nebūtu saskatāms tieši veidā, bet tikai uz ekrāna... Labā ziņa ir tā, ka operācijas rezultāts ir tūlīt redzams: operāciju beidzam tikai tad, ja sasniegts gaidītais efekts – vārsta gredzens ir savilkts. Kad tas izdarīts, gredzens tiek atstāts attiecīgajā savilkuma pakāpē, bet pacients jau stundas laikā pēc operācijas tiek atmodināts. Atveseļošanās ir ļoti ātra, un pacients

faktiski nemaz nejūt, ka tāda operācija notikusi, – vienīgās grūtības ir pamosties no narkozes. Atmosoties pacients jūt tūlītēju uzlabojumu – staigājot elpas trūkums un nogurums ir mazinājies.

– Bet kā ar komplikācijām?

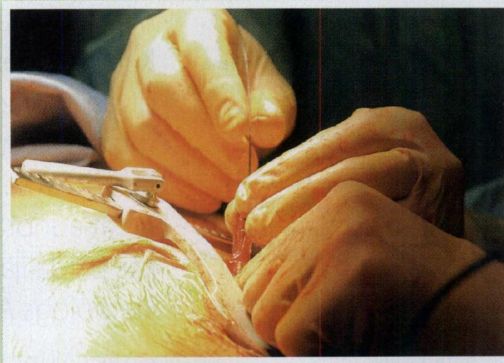
– Tā kā operācija paredz manipulācijas ar katetriem asinsvados un sirds dobumos, patiešām var notikt sirds sienas bojājums, trombu veidošanās, asiņošana no punkcijas vietām – līdzīgi kā jebkurai invazīvās kardioloģijas procedūrai. Nevarēja izslēgt arī negaidītas problēmas ar jauno ierīci, tāpēc gribu pieminēt, ka operācijā mums blakus bija arī kardiokirurgi, kas bija gatavi nepieciešamības gadījumā iesaistīties un likvidēt radušās problēmas.

Jāpiebilst, ka operācija notika hibrīdzālē – tā iekārtota tā, lai tajā varētu notikt gan mazinvasīvās operācijas, gan standarta kardiokirurģiskās operācijas.

– Iepriekš teicāt, ka katru dienu notiek liela mēroga operācijas kā šī. Kādas tās ir?

– Ar sirds un asinsvadu slimībām joprojām slimo ļoti daudz cilvēku, tāpēc ik dienas notiek akūtu infarktu ārstēšana, hroniskas sirds asinsvadu jeb koronārās sirds slimības invazīva ārstēšana (artēriju paplašināšana un stentu implantācija). Kardiokirurgi veic artēriju šuntēšanas operācijas, vārsta defektus korģējošās operācijas, lielo artēriju protezēšanu, iedzimtu sirds kaitību operācijas un citas.

Es pats ikdienā nodarbojos ar sirds strukturālo slimību jeb iedzimtu un iegūtu sirds kaitību un sirds vārsta patoloģiju diagnostiku un to mazinvasīvu ārstēšanu. Laboju sirds defektus jeb iedzimtus caurumus – priekškambaru, kambaru defektus; paplašinu iedzimtus asinsvadu sašaurinājumus, piemēram, aortas sašaurināšanās jeb koarktācijas gadījumā, kad implantēju stentu. Dažreiz sirds starpsienā infarkta rezultātā plīst, tad varam izmantot metodes, kas iegūtos defektus salabo. Viens no lielākajiem pēdējo gadu sasniegumiem kardioloģijā ir sirds aortas vārsta transkatetrāla



Operācija notiek, ievadot sirdi ierīci caur asinsvadiem.



Emocijas, kas sakrājušās darbā, izlieku sportā. Piemēram, hokejā...

implantācija (to veicam tiem pacientiem, kuriem standarta operācija ir bīstama vai pat neiespējama). Veicu kreisā priekškambara austiņas slēgšanu ar nosprostotāju (korķīti) pacientiem ar augstu insulta risku, kam ir mirdzaritmija un var veidoties trombi austiņā. Smeļoties salīdzinu sevi ar automehāniķi – laboju motoram dažādus defektus... Defektus, no kuriem atkarīga ne tikai labsajūta, pašsajūta, bet nereti arī cilvēka dzīvība.

– Vai, jau stājoties Medicīnas akadēmijā, zinājāt, ka reiz glābsiet dzīvības?

– Tāds jau ir ārsta uzdevums... Vispār manā ģimenē nekad nav bijis neviens mediķis, es esmu pirmais. Mans tēvs bija bioloģijas un ķīmijas skolotājs, bet mamma ir vēstures skolotāja. Taču mani jau bērnībā interesēja dzīvības procesi, dabaszinātnes, skolā patika bioloģija, ķīmija. Man paveicās ar ļoti labu bioloģijas skolotāju Uldi Paegli. Viņa mudināts, piedalījies olimpiādēs. Manu interesi par medicīnu stimulēja arī tas, ka mans labākais draugs Zenons Narbutis, tagad ļoti labs ķirurgs, iestājās Medicīnas akadēmijā. Toreiz šai mācību iestādei bija ļoti laba slava, skaitījās, ka tā sagatavo ļoti

Foto – no Aināra Rudzīša personiskā arhīva

labus speciālistus. Un kurš gan negrib kļūt par labu speciālistu... Jāteic, arī mammai ļoti gribējās, lai kļūstu par ārstu, lai gan galējo izvēli viņa atstāja manā ziņā.

– Un kāpēc izvēlējāties kardiologiju?

– Tāpēc, ka tajā ir straujš progress, ātri, tūlītēji rezultāti. Ir tādas medicīnas nozares, kur terapijas rezultāts jāgaida pat vairākus mēnešus – onkoloģija, dermatoloģija. Bet kardioloģija ir ļoti dinamiska nozare, tas arī pievilka. Jau piektajā, sestajā kursā biju nolēmis pievērsties kardioloģijai – bija iziet visi mācību cikli, un kardioloģija mani interesēja visvairāk. Kādu laiku man gribējās kļūt par asinsvadu ķirurgu, bet nezin kāpēc tas neizstājās.

Jāsaka, ka mans ceļš nebija sevišķi gluds. Lai gan augstskolu beidzu ar labām sekmes, konkurence bija ļoti liela, un es neizturēju konkursu uz kardioloģijas rezidentūru, kur bija tikai viena vai divas vietas. Jāatzīst, ka es diezgan pārdzīvoju savu neveiksmi, taču nācās ar to samierināties. Bet man pavērās iespēja nokļūt reimatoloģijas rezidentūrā. Tā ir interesanta nozare, kurā mācījos gadu. Tomēr mani tik un tā vilka uz kardioloģiju. Kad reimatoloģijas rezidentūras ietvaros kardioloģijas ciklā nokļuvu Stradiņa slimnīcā, kur pavadīju vairāk nekā mēnesi, sapratu, ka nekas cits kā kardiologs es vienkārši nevaru būt. Paralēli sāku strādāt par dežūrārstu Gaiļezera slimnīcas kardioloģijas nodaļā. Un tad 2000. gadā es pieteicos uz Šveices valdības stipendiju un devos uz vienu gadu mācīties ehokardiogrāfiju Bāzeles Universitātes klīnikā. Arī tagad ārstu algas nav lielas, bet toreiz tās bija dramatiski mazas. Stipendiju biju ieguvis, bet nebija naudas, lai nopirktu aviobiļeti... Pat slimnīca, kurā strādāju, nevarēja izmaksāt komandējuma naudu. Taču liktenis mani saveda kopā ar profesoru Andreju Ērgli, ar kura atbalstu tiku pie aviobiļetes. Par to es joprojām esmu ļoti pateicīgs.

Jo ar šo braucienu faktiski izmainījās mana virzība medicīnā. Pēc mācībām Šveicē man piedāvāja darbu Stradiņa slimnīcā, kur strādāju jau 12 gadus.

– Pirmie soļi kardioloģijā droši vien nebija viegli...

– Nē, nebija vis. Grūtākais sākumā ir neziņa: vai es visu daru pareizi. Sevišķi sākumā strādāju ļoti daudz – mēnesi man bija 10–12 dežūras, kurās tiku atstāts pilnīgi viens. Šķiet, medicīnā tas vispār ir grūtākais – pieņemt lēmumu. Turklāt lēmumi jāpieņem ļoti ātri, reizēm pat dažās sekundēs. Un reizēm gadās arī kļūdīties, kas ir ļoti cilvēciski. Par laimi, vienmēr bijusi iespēja savas kļūdas

par viņa dzīvību, vēlāk pacients ilgstoši nāk uz dažādām pārbaudēm, un tā pamazām izveidojas saikne starp ārstu un pacientu. Šonedēļ pie manis ieradās kāds pacients un pasniedza ziedus un medu, jo bija apritējuši desmit gadi, kopš viņam veikta divas sirds operācijas. Šis cilvēks sacīja, ka joprojām jūtas, kā no jauna piedzimis, ka viņam ir otra elpa: viņš var strādāt, veikt lauku darbus. Teikšu atklāti – brīdis, kad ieradās šis pacients, arī man bija ļoti emocionāls.

– Kardioloģija ir jūsu ikdiena un sirdslieta, bet kas jums svarīgs ārpus darba?

– Darbā patērētā enerģija, protams, jāatjauno. Parasti to daru vai nu atpūšoties dabā, vai sportojot. Regulāri un ļoti aktīvi peldu, kā arī spēļu hokeju ar kolēģiem. Tas gan parasti notiek tikai vienreiz nedēļā. Un, jā, man jābūt piesardzīgam, jo jāsar- ga rokas. Ziemā esmu iecienījis distanču

Abi esam cīnījušies par viņa dzīvību, pacients ilgstoši nāk uz pārbaudēm, un tā izveidojas saikne starp ārstu un pacientu.

slēpošanu, kas neprasa ne daudz līdzekļu, ne laika. Ja atliek laiks, cenšos arī skriet.

– Jūsu sieva ir farmaceite. Vai cilvēkiem, kas saistīti ar medicīnu, ir vieglāk saprasties?

– Varbūt pat labi, ka sieva nav ārste, jo tad katram no mums emocionālā bagāža būtu ļoti līdzīga, un tas noteikti nebūtu viegli. Tomēr sieva ir pietuvināta medicīnai un tieši no viņas uzzinu diezgan daudz par pacientu paradumiem, par ko viņi sūdzas, kas šiem cilvēkiem nepatīk. Jāteic gan, ka sievai droši vien nav viegli ar mani – mans darbalaiks ir neprognozējams: darbs var sākties astoņos no rīta un beigties ap astoņiem, deviņiem vakarā. Pēdējos gados gan darbalaiks kļuvis mierīgāks, tomēr nakts dežūras palīdz saglabāt elastīgumu. ♥

labot. Ļoti daudz esmu mācījies no saviem kolēģiem, no literatūras, bet visvairāk pieredzi esmu guvis darbā ar saviem pacientiem. Tieši mijiedarbība ar pacientiem ir īstais stimuls pilnveidot sevi – pēc grāmatām vien nevar pacientu ārstēt. Kaut gan grāmatas savukārt vajadzīgas, lai iegūtu zināšanas...

– Iespējams, dzīvības un nāves robežas tuvuma dēļ šķiet – kardiologiem un viņu pacientiem attiecības ir īpaši tuvas.

– Tā ir – cilvēks var ļoti justies, būt vesels, un te kā zibens no skaidrām debesīm – slimība, kas viņu noliek uz dzīvības un nāves robežas. Pēkšņi var uznākt sirdslēkme, sirds ritma traucējumi, kas viņa dzīvē rada ļoti krāsas pārmaiņas. Bet, ja šo slimību izdodas likvidēt, viņš jūtas, kā no jauna piedzimis. Mēs abi esam cīnījušies