

AR ATVĒRTU SIRDI UN PRĀTU

Teksts: Ilze Olšteina • Foto: Rojs Maizītis

Pēdējos aptuveni desmit gados bērnu kardioloģija piedzīvojusi lielu progresu. Tas nebūtu iespējams bez iniciatīvas bagātiem, pārmaiņām atvērtiem ārstiem. Tādiem, kāda ir asociētā profesore INGŪNA LUBAUA.

VIZĪTKARTE

Dr. med. INGŪNA LUBAUA

- Rīgas Stradiņa universitātes (RSU) Medicīnas fakultātes Pediatrijas nodaļas asociētā profesore.
- Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas (BKUS) Bērnu kardioloģijas un kardiokirurgijas klīnikas kardioloģe.
- Bērnu kardioloģe medicīnas sabiedrībā ARS un «Premium Medical».
- Latvijas PEDIATRU asociācijas, Bērnu kardiologu asociācijas un Eiropas Bērnu kardiologu asociācijas biedre, Latvijas Kardiologu biedrības ehokardiogrāfijas darba grupas valdes locekle.

Cik Latvijā ir bērnu kardiologu?

Pieci. Diemžēl daudz laika veltām profilaktiskām pārbaudēm, tāpēc strādājam ar ļoti lielu pārslodzi. Pareizāk būtu, ja pie mums uz konsultācijām nāktu tikai tie pacienti, kuriem tiešām ir sirds veselības problēmas. Taču daudzos reģionos trūkst pediatru, un vecāki baidās vest savas atvasas pie ārsta, kurš nav speciālists bērnu kardioloģijā. Turklāt, ja viens ārsts devis slēdzienu, daļa vecāku noteikti grib dzirdēt arī otra speciālista atzinumu. To var saprast, bet nav pareizi, ka tas notiek

par valsts līdzekļiem. Valstī nav sakārtota pacientu plūsma, tāpēc pie mums ambulatori nonāk ļoti daudz bērnu, kuriem sirds veselības problēmu nav.

Pašlaik bērnu kardioloģijā sagatavojam četrus rezidentus. Latvijas apstākļos būtu ideāli, ja katrā reģionā strādātu viens ārsts ar zināšanām bērnu kardioloģijā. Kaut attālumam līdz Rīgai salīdzinoši nav lieli, būtu labi, ja bērni, kuriem vajadzīga tikai novērošana, nevis intensīva ārstēšana, ārstētos tuvāk savai dzīvesvietai.

Kā nonācāt bērnu kardioloģijā?

Man dzīvē ir veicies, jo esmu satikusi īstos cilvēkus īstajā vietā un īstajā laikā. 1994. gadā profesors Aris Lācis bērnu slimnīcā «Gaiļezers» izveidoja Bērnu kardioloģijas centru. Viņš bija daudz braukājis pa pasauli, sapratis, ka bērniem ar sirds kaitēm jāārstējas bērnu slimnīcā, kur līdzās ir arī citi pediatrijas speciālisti, jo bieži vien jārisina vairākas veselības problēmas. Līdz tam sirds operācijas bērniem veica Paula Stradiņa KUS, kur bērni pēc operācijas atradās kopējā intensīvās terapijas nodaļā. Arī zidaiņi. Tur uz vietas nebija bērnu ārstu, infekcijas riski bija augsti un rezultāti – ne vienmēr pozitīvi.

Profesors Lācis daudzās pasaules klīnikās bija redzējis, ka ķirurgi brauc pie pacientiem uz bērnu slimnīcām. Kad 1994. gadā

viņš ar domubiedriem «Gaiļezērā» izveidoja jaunu dienestu, operāciju zāli, bija vajadzīgi speciālisti bērnu kardioloģijā. Es šajā slimnīcā strādāju kā neonatoloģe, man šķita, ka nevar būt nekas skaistāks, kā ārstēt tikko dzimušos. Bet profesors aicināja strādāt pie viņa. Taču pirms tam bija jābrauc uz ārzemēm mācīties un iegūt pieredzi.

Lai varētu nodrošināt apmācību jaunajiem bērnu kardiologiem, profesors aktīvi iesaistīja ārzemju latviešus, lūdza palīdzību un savāca līdzekļus, lai nopirktu ultrasonogrāfu jaunā centra vajadzībām. Izlēmu pieņemt piedāvājumu un doties mācīties. Tā nokļuvu klīnikā Austrālijā. Sapratu, ka [bērnu kardioloģija ir ārkārtīgi interesanta nozare, tajā ir daudz izaicinājumu, tā sniedz lielu gandarījumu, un temps, kādā tā attīstās, ir daudz straujāks nekā citās specialitātēs.](#)

Jūs esat drosmīga. Tajā laikā vēl mūsu speciālisti daudz nebraukāja pieredzes apmaiņā.

Mani laipni uzņēma latviešu kopiena. Taču psiholoģiski bija ļoti grūti, jo mājās palika četrgadīgā meitiņa. Telefona sakari – ļoti dārgi, mums ar Austrāliju ir nakts un dienas atšķirība. Kad izdevās parunāties ar savējiem, balss lūza, saprotot, ka esmu tālu prom un man nav iespēju par saviem līdzekļiem atbraukt atpakaļ, ja kaut kas atgadītos. Austrālijā pavadīju pusgadu.

Bija vērts, vai ne?

Jā! Turklāt mācības sakrīta ar laiku, kad jau bija atklāts medikaments prostaglandīns, kas bērniem ar smagām sirds slimībām spēja saglabāt dzīvību, kamēr viņi tika līdz operācijai.

Vai tas, ko bērnu kardiologi var paveikt tagad, ir liels progress, salīdzinot ar laiku pirms 10–20 gadiem?

Protams! Tas, kā tagad spējam palīdzēt, varam precizēt sirds problēmas, vēl pirms bērniņš piedzimis, ir kā diena pret nakti, salīdzinot ar mūsu iespējām pirms aptuveni 20 gadiem. Atceros, kā strādājām, – ultrasonogrāfs bija tikai ar melnbaltu attēlu, tāpēc doma, ka varētu redzēt *nepareizu* sirsniņu, kamēr bērns ir mammās puncī, tolaik neviens pat sapņos nerādījās. Kad uzzināju, ka pieaugušajiem sirds defektus varēs ārstēt bez krūškurvja atvēršanas, caur asinsvadu ieliekot slēdzējierīci vai paplašinātāju, bērnu



kardioloģijā kas līdzīgs man šķita utopija. Tagad tas ir pašsaprotami. Ātrums, ar kādu mūsu jomā ienāk tehnoloģijas, ir neticams, un ārstēšanas rezultāti, protams, ir daudz labāki. Operācijām, kurām pašlaik 98–99% gadījumu ir labs iznākums, līdz 2000. gadam iznākums bija 50:50. Tāpēc, ka nebija tehnisko iespēju, nebija medikamentu, pēc operācijām sākās nopietnas komplikācijas, par kurām šai pacientu grupai tagad vairs nerunājam. [Tagad vienkāršākās sirds patoloģijas laikus diagnosticējam, operējam, seko īss pēcoperācijas periods, un bērns ir izārstēts.](#)

Tajā pašā laikā, ārstējot sarežģītas patoloģijas, ar kādām bērni agrāk līdz sirds ķirurģam vispār netika vai arī tika, bet viņus zaudējām operāciju laikā, redzam, ka šie pacienti aug un viņiem rodas citas veselības problēmas, ar kādām nekad neesam sastapušies. Vienkārši tāpēc, ka pacientu ar šādu anamnēzi agrāk

vispār nebija. Pašlaik kopā ar Lietuvas un Polijas kolēģiem apsekojam bērnus no sešu gadu vecuma, kuriem ir veikta sirds operācija sašaurinātas lejupejošās aortas dēļ. Pasaulē jau apzināta problēma, ka daļai šo pacientu, augot lielākiem un arī pieaugušo vecumā, saglabājas augsts asinsspiediens, bet vēl cītiem operētā zona neaug līdzī. Sadarbojamies ar kolēģiem no kaimiņvalstīm, lai apsekoto pacientu skaits būtu lielāks, turklāt ir svarīgi, lai viņi būtu ārstēti ar dažādām metodēm. Tādējādi mēģinām saprast, vai viņu problēmas pēc patoloģijas novēršanas ietekmē operācijas veids, vai tā ir iedzimta īpatnība. Iespējams, tas būs uzdevums zāļu ražotājiem – atrast tādu kombināciju, kas ietekmētu sirds asinsvadu elasticitāti. Pagaidām šiem pacientiem paaugstināta asinsspiediena ārstēšanā izmantojam tos pašus medikamentus, ko aterosklerozes gadījumā. Redzam, ka

tie ne vienmēr palīdz, jo ir vēl kaut kas cits, kas uztur augstu asinsspiedienu. Mums tas kaut kas cits jāatklāj un jāizprot. Šis ir mans izaicinājums zinātniskajā jomā.

Kā sākās jūsu akadēmiskā karjera?

Kad aizstāvēju doktora disertāciju, šis laiks sakrita ar māsterplāna īstenošanu. No slimnīcas «Gaiļezers» bērnu kardiologus pārcēla uz BKUS. Te mani uzrunāja profesore Dace Gardovska, aicinot mācīt bērnu kardioloģiju. Tā nokļuvu Pediatrijas katedrā, un sākās mana akadēmiskā karjera.

Man viss, kas notiek RSU, šķiet ļoti interesanti. [Arī studenti ar katru gadu kļūst interesantāki. Daudzi lasa un meklē vairāk, nekā prasām. Un tad viņi jautā par to, ko izlasījuši, atraduši. Man visu laiku jāseko līdzi pētījumiem, jāspēj atbildēt studentiem.](#) Milzīgu gandarījumu sniedz tas, ka nodarbības, ►

kur bijis gana daudz sarežģītu tēmu, beigās redzu – topošajiem ārstiem acis mirdz. Tas mani uzmundrina un tur tonusā, liek medicīnā iet arvien dziļāk, jo gribas arvien vairāk saprast.

Vai jūsu klinika sadarbojas arī ar citām?

Jā, bijusi kolēģe bērnu kardioloģe *Dr. med. Vita Zīdere*, kura kopš 2007. gada strādā vadošajā Prenatālās diagnostikas klinikā Londonā un Evelīnas bērnu slimnīcā, vienmēr palīdz ar padomu sarežģītu gadījumu risināšanā.

Uz BKUS regulāri brauc kardiologs Staņislavs Ovruckis no Berlīnes, ar kuru kopā analizējam sarežģītākos gadījumus. Viņam ir lielāka pieredze, jo Vācijā pacientu skaits ar šo patoloģiju ir lielāks. Var lasīt medicīnisko literatūru, bet ir labi dzirdēt arī citu speciālistu viedokli, gūt apstiprinājumu, ka viņi domā, tāpat kā tu.

[Mēs visi mācāmies katru dienu, no katra pacienta, jo Latvijā iedzīvotāju skaits ir mazs, viena reta sirds patoloģija nekad nebūs daudziem pacientiem, varbūt pat gadīsies tikai viens vai divi.](#) Bet tāpat jāseko līdzi visam, kas pasaulē atklāts par katru slimību, jāzina, kādi ir kolēģu secinājumi, jo mainās gan medikamenti, gan ārstēšanas taktika. Katra pacienta vecākiem jāspēj atbildēt kompetenti. Reizēm tie ir daudzi vakari, kad līdz vēlai naktij lasu un domāju, kā rīkoties. Ir vērtīgi, ka varu aizsūtīt informāciju kolēģiem uz ārzemēm un lūgt viņu viedokli.

Pavisam nesen pie mums viesojās kardioloģis Federiko Brunelli no Itālijas. Viņam rādīju pacientu, kurš mums Latvijā ir vienīgais ar retu slimību. Sekoju līdz šim pacientam jau kopš bērnības, kad izmaiņas sirdī viņam bija redzamas, vēl esot mammas vēderā. Lauzīju galvu, kas tā var būt par slimību. Esmu atradusi tikai deviņus aprakstus par līdzīgām patoloģijām. Pagājušajā gadā biju seminārā Zolburgā, kur analizēju šo gadījumu. Kad jau tāju, vai kādam no klātesošajiem ir pieredze ar šādu patoloģiju, nevienam tādas nebija. Arī Brunelli apliecināja, ka nav sastapies ar šādu patoloģiju.

Esmu lasījusi, ka Itālijas kolēģi pie jums viesojas bieži.

2009. gadā mūsu vēstniece Itālijā Astra Kurme bija satikusi Itālijas kardioloģu profesoru Vittorio Vanini, kurš dibinājis sirds fondu bērniem, palīdz mazajiem pacientiem

Albānijā, Rumānijā, Nepālā un citās zemēs. Kurmes kundze vienojās, ka fonda pārstāvji atbrauks arī uz Latviju. Viņi atbrauca, paskatījās, ko varam, un atzina, ka mums vajadzīga palīdzība tikai, lai risinātu sarežģītus gadījumus. Proti, kad bērni nav laikus izoperēti, jo viņu agrīnā vecumā mums nebija šādu iespēju. Tagad šie pacienti ir smagā stāvoklī, tāpēc operācijas ir riskantas. Fonda ķirurgi, kuriem ir milzīga pieredze, divas reizes gadā brauc pie mums, lai asistētu šajās riskantajās operācijās. Brunelli ir fantastisks ķirurgs, ļauj visu darīt mūsu ķirurģiem, esot klāt, lai palīdzētu kādā negaidītā situācijā.

Klausos par tehnoloģijām kardioloģijā un vēroju stetoskopu jums ap kaklu...

Tas ir pamatinstruments mūsu darbā. Manuprāt, to izmanto par maz. Ceru, ka ģimenes ārsti stetoskopu izmanto sirdsdarbības un sirds toņu izvērtēšanai, ka jaunie kolēģi vispirms apskata pacientu, izvērtē sūdzības, paklausās sirdsdarbību, nevis uzreiz nosūta viņu uz izmeklēšanu, izmantojot dārgas metodes, piemēram, magnētisko rezonansi. Mūsu pacienti vispirms jāizklausā. Sirds anatomijas un funkcijas novērtēšanai zelta standarts ir ehokardiogrāfija. [Ja dzirdams troksnis – jāpēta un jāskatās tīkmēr, kamēr atrodi, kāpēc tādu skaņu dzird. Tikai pieliekot stetoskopu pie krūtīm uz īsu brīdi, daudz var palaist garām, ja nedomājam par pacienta anamnēzi,](#) neieklausāmies viņa vai vecāku sūdzībās, neveicam palpāciju un perkusiju. Mūdienu tehnoloģijas ļauj iegūt niansētu ainu, bet to, kurā virzienā ārstam domāt, joprojām norāda klīniskā izmeklēšana.

Minējāt, ka varat precizēt sirds patoloģiju, kamēr bērniņš vēl ir mātes vēderā.

Ja ultrasonogrāfijā speciālists pamana kaut ko aizdomīgu vai arī, izjautājot topošo māmiņu, ārsts secina, ka viņas pirmās pakāpes radniekam ir sirdskaite, sievietei pašai ir cukura diabēts, grūtniecības sākumā bijušas vīrusa infekcijas, viņa lietojusi kādus medikamentus, kas var slīkti ietekmēt augļa attīstību, grūtniece tiek iekļauta riska grupā. 20. grūtniecības nedēļā, kad sirsniņa auglim ir aptuveni 20 centu monētas lielumā, viņa nāk pie mums veikt augļa ehokardiogrāfiju. Tas nepieciešams, jo iepriekš nosauktās situācijas

paaugstina varbūtību, ka tad, kad pirmajās 12 grūtniecības nedēļās bērniņam veidojas sirsniņa, tā būs izveidojusies citādi, nekā ir normāli. Tā notiek vidēji vienam no simta. Taču vienam no 300 sirsniņa izveidojas tā, ka patoloģija prasa ļoti ātru rīcību pēc bērna dzimšanas. Mums jāvienojas, ka bērns dzims «Stradiņos», kur speciālisti zina, kā šķaidīt medikamentu, kas jāievada nekavējoties, un attālums, lai bērnu pārvestu pie mums, uz Bērnu klīnisko universitātes slimnīcu, viņa pirmajās dzīves stundās vai trešajā ceturtajā dienā (atkarībā no diagnozes), ir īss.

Jums ir citādi ultrasonogrāfijas aparāti?

Sonogrāfijas aparāts ir tāds pats, bet ar citādiem iestatījumiem. [Man kā bērnu kardioloģei ar to ir daudz vieglāk izvērtēt augļa sirds anatomiju. Ir arī tādas izmaiņas, par kurām ginekologam nevar pārmest, ka viņš tās nav pamanījis.](#) Bet kļūda nozīmē, ka pēc dzimšanas ir svarīga katru minūti, cik ātri bērnam tiks sniegta palīdzība, vai novēlotas diagnostikas dēļ mazulim neaizies bojā nieres, aknas un smadzenes.

Tas, ka sirsniņa izveidojusies nepareizi, auglim netraucē attīstīties mammas vēderā, kur bērniņš pats neelpo, jo visu, kas jādara plaušām, paveic placenta. Taču, tikko sirds un plaušas sāk strādāt kā viens orgāns, ja ir sirds patoloģija, traucējumi attīstās ļoti strauji un dramatiski. Problēmas rada tas, ka sirds patoloģiju neonatologam nav viegli pamanīt, jo tās izpausmes ir līdzīgas tām, kādas ir citu patoloģisku stāvokļu gadījumā. Piemēram, ja bērniņš piedzimst grūtās dzemdībās, ir sarijies auglūdeni, viņam ir kāda agrīna infekcija. Ja tā ir sirds patoloģija, laiks ir nežēlīgs.

Tāpat iespēja noteikt bērniņam sirdskaiti, vēl mammas vēderā esot, daudziem izglābj dzīvību?

Jā, tā ir. Tomēr mūsu sabiedrībā ik pa laikam izplatās mīti. Vienu laiku klīda stāsti, ka ultrasonogrāfija grūtniecības laikā esot kaitīga. Topošo vecāku atbildība ir izlemt, kam ticēt. [Varbūt vajag pastaigāties pa kapsētu un palasīt uz pieminekļiem, cik vēl pirms 80 gadiem bērnu piedzima un cik pēc dažām dienām nomira. Lielākajai daļai šādās situācijās nāves cēlonis bija nopietna sirdskaite.](#)

Reizēm pēc izmeklējuma vecāki ir sašutuši – kā mēs varam teikt, ka bērnam ir iedzimta

sirdskaite, ja mājās ir seši veseli bērni un paši veseli?! Turklāt augļa sonogrāfijā dzirdējuši, ka mazuļa sirdspuksti ir pilnīgi pareizi. Jāskaidro, ka bērhim mammās vēderā sirds *nepareizība* netraucē. Jācenšas nomierināt.

Tas noteikti nav viegli.

Kad bērniņš piedzimis un jau izoperēts, turklāt dažreiz ir vairākas operācijas, cenšos ar vecākiem izrunāties, vai mazuļa gaidīšanas laikā viņi saprata situācijas nopietnību. Lielākā daļa stāsta, ka viņiem ir bijušas dusmas uz mani par tik nežēlīgu perspektīvu, ko izklāstīju. Taču tad slimnīcā viņi redzējuši, cik dziļā depresijā slīgst vecāki, kuri nav tikuši sagatavoti gaidāmajiem notikumiem pēc bērna dzimšanas. Tie, kuriem bijusi pareiza diagnostika, savukārt ir bijuši gatavi, darijuši visu, lai zīdīšana sāktos veiksmīgi, iepriekš sakārtojuši dzīvi tā, lai vairākus mēnešus varētu pavadīt slimnīcā ar mazuli, izlasījuši par patoloģiju visu, ko var atrast.

Lielākā daļa mūsu pacientu vecāku ir fantastiski cilvēki. Kādreiz mierinājumam der teiciens, ka tikai stipriem cilvēkiem uztic tik smagu nastu, [jo viņi spēs par savu bērniņu parūpēties. Bērniem, kuriem ir nopietnas iedzimtas sirdskaites, novērošana vajadzīga visu mūžu.](#)

Daudzi bērni pie jums nonāk, jo viņus atsūta sporta ārsts. Vai arī starp viņiem ir tādi, kuriem ir iedzimtas sirdskaites?

Bērni un jaunieši, kuri aktīvi sporto, pie mums nāk uz ehokardiogrāfiju. Iespējams, bērns pārslimojis kādu slimību, kas ietekmējusi sirds muskuli, iespējams, viņam gēnos *ierakstīts*, ka sirds muskulis noteiktā vecumā sāk sabiezēt, bet var arī būt, ka sirds ir pārtrenēta. Mums jādod arī slēdziens, vai bērns drīkst turpināt sportot.

[Visā pasaulē aktuāla problēma ir sportistu profilaktiskās pārbaudes. Sportistiem kopumā konstatē četras līdz sešas reizes vairāk sliktu notikumu ar sirdi nekā cilvēkiem, kuri ar sportu nodarbojas amatiera līmenī un ievēro veselīgu dzīvesveidu.](#) Visi zinām, ka gan pieaugušajiem, gan bērniem daudz jākustas, bet tiem, kuri izvēlas sportista karjeru, slodze ir citāda. Kardiologu vidū joprojām rit diskusijas par to, kā sportistu vidū laikus pamanīt savus pacientus: vai visiem jāveic pārbaudes, pirms viņi sāk sportot, kādas pārbaudes jāveic...

ASV ir pētnieki, kuri uzskata, ka regulāras pārbaudes ir naudas izšķērdēšana, jo, atrodot arī nenozīmīgas izmaiņas, ārsti uzreiz veic dārgus izmeklējumus. Tad parasti konstatē, ka nekas bīstams tas nav, atļauj trenēties tālāk, taču daudziem no šiem sportistiem pēc laika seko sliktie notikumi ar sirdi. Itāļu ārsti savukārt ir strikti un saviem sportistiem veic regulāras profilaktiskas pārbaudes, un tāpēc daudzi saņem atzinumu, ka treniņi jāpārtrauc. Taču tas sportistam rada stresu – būtībā viņa dzīve ir sabojāta, kaut konstatētās izmaiņas sirds veselībā bijušas nenozīmīgas.

Uz mūsu kliniku katru gadu nosūta daudzus mazos sportistus, kuri jau vairākus gadus trenējušies, kamēr sporta ārsts konstatējis atkāpes no normas. Ja patoloģija jāoperē, bērnam uz kādu laiku no sporta jāatsakās. Ja viņam patoloģiju būtu konstatējuši agrāk, treniņu sākumā, tad pēcoperācijas periods būtu daudz vieglāks. Tagad daudzas patoloģijas var izārstēt; pēc atveseļošanās perioda sports ir atļauts!

Vai tad pirms sporta gaitu sākuma Latvijā nepārbauda bērnu sirds veselības stāvokli?

Mēs, bērnu kardiologi, uzskatām, ka būtu svarīgi, lai ģimenes ārsts katram bērnam pirms skolas, kur paredzētas sporta nodarbības, veidotu elektrokardiogrammu, tādējādi izslēdzot, ka bērnam ir nopietni sirds ritma traucējumi, kas var radīt bīstamus stāvokļus, pat pēkšņu, negaidītu nāvi. Ja bērnam ir kāda iedzimta sirds problēma, pirmsskolas vecumā veicot auskultāciju, spiediena mērīšanu, pulsa taustīšanu un elektrokardiogrammu, tā uzrādīsies.

Esmu pārsteigta, ka iedzimtas sirdskaites ārsti un vecāki var nepamanīt līdz pat skolas vecumam.

Ir tādas sirds muskuļu patoloģijas, kas, veicot elektrokardiogrammu jaundzimušā vecumā, nav pamanāmas. Turklāt šis izmeklējums rada diskomfortu, mazuļa sirdsdarbība ir ātra, tāpēc ir daudz iespēju kļūties.

Pirms skolas gaitu sākuma katram bērnam noteikti vajadzētu veikt elektrokardiogrammu, jo ārsts sirds problēmas ne vienmēr var saklausīt ar stetoskopu. Var būt arī tā, ka bērnam nav sūdzību, jo slimības simptomi neparādās vienā dienā, pie tiem pierod. Bērni jau nemēdz sūdzēties par strauju elpu, nogurumu. Turklāt, ja problēma ar sirdi

bērnam ir kopš dzimšanas, viņš nezina, kā tas ir, kādas ir sajūtas, kad sirds funkcija ir pareiza.

Atkarībā no tā, cik labi viņš jūtas, bērns intuitīvi izvēlas, cik fiziski aktīvs būs. Ja bērnam nepatīk izjūtas, kas rodas fiziskas slodzes laikā – ir ātrāk jāelpo, sirdsdarbība paātrinās, viņš vienkārši neskrien un nelec. Konstatējot problēmu ar sirds veselību, ārsti vecākiem jautā par bērna fiziskajām aktivitātēm. Nereti vecāki atbild, ka šis bērns ir mākslinieks, jo viņam labāk patīk zīmēt vai skatīties grāmatīņās, nevis pagalmā skraidīt ar citiem bērniem. [Kad sirds defekts izkorģēts, vecāki mēdz jautāt, kādu enerģijas bateriju ķirurgi bērnam iešuvi, ka pēkšņi viņš ir kļuvis tik aktīvs un kustīgs.](#)

Tas droši vien ir ļoti priecīgs izbrīns.

Ar pieaugušajiem pacientiem kardiologam parasti nav daudz priecīgu notikumu, jo līdz ar vecumu slimības nāk klāt. Tu izārstē vienu infarktu, bet tad pacientam rodas nākamais. Ar bērniem ir citādi – lielākā daļa pēc ārstēšanas ir vesela. Veicam slodzes testu un redzam, ka mūsu pacienti var piedalīties sporta nodarbībās, tāpat kā pārējie. Tie, kam ārstēta sirds, vēlāk grib būt ātrāki un veiklāki par citiem, tāpēc izvēlas veselīgu dzīvesveidu. Bērnu kardioloģe Mišeļe Šneidere no Kalifornijas Universitātes uzskata, ka mūsdienās dzimušam bērnam ir 500 reižu lielāka varbūtība nomirt no iegūtas aterosklerozes nekā no iedzimtas sirdskaites.

Saprotot, cik liela nozīme ir veselīgam dzīvesveidam, droši vien arī jums tāds ir?

Es gribētu būt fiziski vēl aktīvāka. Brīvdienās braucu ar divriteni, nūjoju, staigāju, ziemā slēpoju ar distanču slēpēm.

Vai jums ir laba kompānija sportošanai?

Man patīk sportot vienai, jo visu dienu pavadu sarunās ar cilvēkiem. Taču man ir fantastiska kompānija ceļošanai. Katru gadu trīs ģimenes kopā dodamies uz kādu interesantu vietu plašajā pasaulē. Man parasti līdzī brauc meita, kurai nu jau ir sava dzīve. Smejas, ka citi deviņus mēnešus gaida bērnu, bet mūsu kompānija aptuveni tikpat ilgi gatavojas katram nākamajam ceļojumam. Tie vienmēr ir fantastiski. Tie palīdz uz laiku atslēgties no domām par darbu, kas arī veselībai ir svarīgi. ●