



LAI SARGĒNGEĻIEM BEZMIEGS!

Teksts: Aiva Baltvilka

Sabiedrība patlaban, pandēmijai kulminējot, polarizējas – viedokļu krustugunis šķīļ zibšņus. Kardiologa profesora Oskara Kalēja asmēlība, kas jau miera laikos bijusi izslavēta, nu pamanāma ne tikai kolēgu sarunās, lekcijās, pacientus konsultējot, bet arī nosakot sabiedrības zināšanu līmeņa «temperatūru» vai «kasinsspiedienu» sociālajos tīklos. Tam vajag jaudu, lai, kā pats saka, mājtuples laikā justu ne tikai profesionālo notikumu, bet arī sociālo norišu pulsu, un jaudas profesoram netrūkst gan!

Kas, jūsuprāt, tagad ir tāds, par ko zināšanu vai izpratnes pietrūkst gan ierindas ārstam, gan attiecīgi arī pacientam?

Pēc manas dzīlākās saprašanas, dabaszīnības – gan bioloģija, gan fizika, gan ķīmija – ir jāmācās. Reizēm šie robi zināšanās sāk izpausties tādos veidos, ka tu lasi un brīnies, no kurienes tādi apgalvojumi. Saprotu, ka ne visi pārzina lietišķo matemātiku vai saprot, ar ko atšķiras Vilkoksona tests no ANOVA vai Fišera testa un tamlīdzīgi, bet cilvēkiem, kas vēlas kaut ko sacīt par bioloģijai pietuvinātām lietām (arī par medicīnu), tomēr dabaszīnību pamati būtu jāzina.

Otrs – jārēķinās, ka cilvēks, esot relatiivu miera stāvokli, ir citāds nekā cilvēks, kurš ir stresa vai ekstremāla situācijā. Katram mums ir arī siks – ja drīkst tā teikt – stabīlais «pofigisma» limenis. Vienam augstāks, otram zemāks, un klasiskā situācijā šie līmeņi puslīdz izlīdzinās, kādam paretam izlecot virs «jūras līmeņa». Bet stresa situācijās diemžēl šis izpausmes parādās. Katrs uz stresu reaģē atšķirīgi, un tīri cilvēciski to var saprast, bet līdz tam brīdim, kad šis izpausmes sāk ietekmēt sabiedrību. Un tad jau tas vairs nav īsti labi, jo cietējs bieži vien ir tas, kurš ir drusku apjucis mežā... Loti skaists piemērs no dzīves – ar draugu, diemžēl nu jau jāsaka – miers vina pišķiem, stipri senā jaunībā, neiedzīlnoties niansēs, nokavējām pēdējo autobusu

un tāpēc skaistā vasaras naktī bijām spiesti čāpot gandrīz divdesmit kilometrus pa lauku ceļu. Jau krietnu gabalu optimistiskā noskaņā bijām nogājuši, kad nešķistais parāva viņu aiz mēles – vietējie stāstījuši, ka tur, tālāk aiz pauvara, esot veca pamesta kapsēta, kurā tikuši glabāti pašnāvnieki, un vietējie tur nelabprāt iet... Pēc Mērfija likuma, tanī brīdi iebrēcās ūpis. Un mēs konstatējam, ka abi tēvaiņi, metru deviņdesmit centimetru un ne ar to vājāko komplekciju, pēkšņi ejam olimpieša cienīgā soli. Un nez kāpēc neviens negrib no otra atpalikt. Kas notiek? Kur skrienam?

Drusku ekstremāla situācija reizēm rada nelāgu iespaidu. Protams, cilvēciski var saprast – ir sarežģīti, daudz kas ir problemātiski, bet nereti tam visam ir tāda nelāga pieskaņa, un tad parasti arī rodas jautājums – ar kādu nolūku tas tiek darīts? Un tas vairs nav smiekligi. Tāpēc dabaszīnības ir jāmācās, lai nepakļautos visādu «sirēnu dūdošanai».

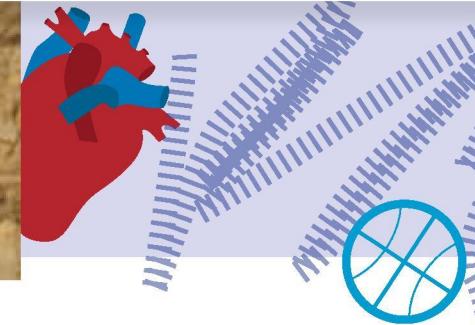
Kas ir tie jaunumi Covid-19 jomā, kas būtu jādara zināmi vai atkārtojami kolēgiem?

Nebaidīšos atzīt, ka infekcijas slimības kā priekšmetu mācījos – būsim reālisti – pirms kāda laiciņa. Lai es tagad teiktu, ka esmu pilnīgi kompetents šajā nozarē?! Tad es būšu melis. Arī, ja infektologam ir kādi jautājumi saistībā ar kardioloģijas aktualitātēm, viņš zvana man vai kolēgiem un vaicā. Te ir tas jautājums –

nozaru profesionāļiem nevajadzētu just to kā tādu šausmīgu aizvainojumu, ka viņi iziet ārpus savas profesionālās komforta jomas, ja kādā nozarē nejūtas tik kompetenti vai viņu kompetence balstās uz to, ko ir mācījušies pirms kāda (nereti visai krietna) laika. Sokratam ir dižais teiciens: nav kauns nezināt, bet negribēt zināt. Man galīgi nav bail vai nez kāds tur kauns piezvanīt mūsu pašu infektologiem, imunologiem, mikrobioloģijas katedras ļaudīm un pajautāt: tagad stipri vienkāršotā veidā apgaismo mani! Vai – klausies, kā tur īsti ir? Galu galā noklausies, ko saka profesores Ludmila Viksna vai Dace Zavadskalai! Ir lieliski informatīvie materiāli jauno kolēgu izpildījumā.

Nekas nevienā nozarē nestāv uz vietas. Kardioloģiju arī nevar salīdzināt, kāda tā bija 80. gados, ar mūsdienām. 80. gados ar diagnozi «infarkts» cilvēkam jau gandrīz vajāk jāsāk mērities gulūs stāvoklī. Mūsdienās būtisks ir laiks, kurā tu paspēj «līdz». Loti daudzi cilvēki ar smagu infarktu, kuri tajos laikos jau bija pusnorakstīti, mūsdienās ir tikai profesionālu varēšanas jautājums. Latvijā laimējies, ka šis profesionālās varēšanas limenis ir loti augsts. Lidzīgi ir ar sirds ritma traucējumiem, ar mūsdienīgu sirds mazspējas ārstēšanu. Tāda, kāda tā bija vēl 90. gados un kāda tā ir tagad, – tā ir būtiska atšķiriba. Tādējādi neviens no mums nevar teikt – jā, bet kādreiz bija tā. Ja tā sakām, tad sēzam atkal pie lampu televizoriem – ja kāds vēl atceras,





bija «Elektrons» un «Rekords», kuri reizēm darbojās ar manuālo pīeeju no sāniem vai ar knīpstangām, un braucām ar automobiljiem bez stūres pastiprinātāja, apsildes un citām reāli ļoti noderīgām un dzīvibai būtiskām lietām. Dzīve iet uz priekšu!

Vēl viens punkts – ģenētika ir diža zinātne. Ja runājam par kardiovaskulāriem riskiem, ne velti apzinīgais, čaklais, tiklais un visādi godīgais Miķelis 52 gadu vecumā jau ārstējas pēc otrā infarkta, bet Žanis, kurš joprojām dzer kā kamielis un pipē kā skurstenis, savos 80 gados vēl lenc bufetnieci. Kā tad tā? Tāpēc arī ir mediciniskais ieteikums – respektēt savus senčus un to zīmogu, ko viņi mums ir uzlikuši. Un tā ir ģenētika. Pa tēva līniju visi ir ilgdzīvotāji, it kā varētu sist plaukstas un gavilēt, bet paņem mātes līniju, un uzreiz ir jābūt uzmanīgam. Te ir tā nianse, ko vajag respektēt. Bulgakovam ir teiciens – kieģelis nevienam tāpat uz galvas neuzkrit. Tomēr katram gadījumam nevajag jet tur, kur tie kieģeli krit. Nevajag uzprasities. To arī Žanim un viņa līdzgaitniekiem allaž mēdzu sacīt.

Kādreiz iesaku apstāties pie tādiem veciem vai puspamestiem kapiem, paitēt un paskatīties cilvēku dzīvībā. Tur mēs redzam – Minna Kārkls, 25 gadi, un Jānis Zars, saproties, 30 gadi... Baroneš fon Bocenheima, 26 gadi, un blakus Karolina fon Bocenheima, viena diena, un tas ir skaidrs – nāve dzemdībās. Kādam ilgdzīvotājam būs arī 50 un 60 gadi...

Jūs ko, tas ir ilgdzīvotājs??? Atvainojiet – mūsdienu medicīna ir spējusi ārkārtīgi daudz. Visi tie mitoloģētie stāsti par senajiem cilvēkiem un viņu dzīvesveidu... Ja kāds pirmatnējā kopienā nodzīvoja līdz 70 gadiem, tad vispār bija viedais druīds, kas pārdzīvojis gandrīz dinozaurus un atceras, kā mucis no alu lauvas. Vidēji sešdesmitgadnieks jau bija ilgdzīvotājs. Palasām Jaunsudrabīņa «Balto grāmatu» – no kā nomira Jāņa tēvs? Varam domāt – no pneimonijas vai tuberkulozes. Antibakteriālā farmakoterapija tad vēl nebija ne tuvu. Remarka zinātāji momentā atcerēsies Patrīciju no «Trīs draugiem». Jautājums, vai kardināls Rišeljē dzīvoja ilgi vai ne? Nodzīvoja 57 gadus. Tā mēs varam ilgi turpināt. Bet tas tā – nianse par ilgdzīvotājiem.

Mūsdienās cilvēkiem tomēr gribas dzīvot ilgi, bet kaut kā kovids daudzus nebaida...

Te mēs atkal nonākam pie tā, ka cilvēks ļoti smagi pārcieš viņa izšūpošanu no komforta zonas. Standartā varētu teikt tā, ka dzīvošana komforta zonā – vairāk vai mazāk – ir ļoti lieliska, taču dzīvi reizēm dara garlaicigu. Viss ir sagrāmatots, citējot, apmēram tā – «eins, zwei, die erste Kolonne, die zweite Kolonne» (no vācu val. – viens, divi, pirmā kolonna, otrā kolonna)... Tomēr ir 21. gadsimts, mēs gribam dzīvot tā, kā bijām pieraduši. Es arī neesmu nekāds izņēmums – es gribu iet uz sporta zāli,

piedalīties klātienē dažādās starptautiskās aktivitātēs utt. Bet te ir tas jautājums, ka šajā brīdi drusku ir sevi jāiegrožo ar to domu, ka tas ir vērts uz nākotni. Klasisks piemērs – ja cilvēkam ir veikta ceļa artroskopiskā operācija, viņš pēc nedēļas nebrauks slēpot, neies uz svara zāli vai nespēlēs *basīti*. Viņš vispirms rehabilitēsies ar domu, lai sev nekaitētu, jo gribas taču atgriezties. Rodas jautājums blakus esošajiem – mēs neviens negribam sev kaitēt, mēs taču galu galā gribam atgriezties pie tā, kas katram svarīgs, – kam Dominikāna, kam Turcija, kam Andalūzija, kam kalni... Tad varbūt ir jēga savākties un darīt.

Ko zinām, un kā palīdzēt pacientiem ar un pēc Covid-19 infekcijas ar kardioloģiskām komplikācijām?

Pirmais, kas jāatceras, – tās nav iesnas, kad sākumā ir 10 kabatlakatiņi stundā un jau pēc brītiņa tu tiec uz kājām un turpini tā, it kā nekas nebūtu bijis. Te ir elpojamās virsmas defekts, asins recētspējas defekts un miokarda bojājums. Tie stāsti, kā tu naktī pamosties no tā, ka jūti – tev nav gaisa, domā – atvēršu logu un saproti – tas nepalīdz. Apsēdies, nepalīdz, piecelies, nepalīdz... Tad arī cilvēkam ar stabili nervu sistēmu iestājas panika, jo pārņem sajūta, it kā tu lēnām sliksti... Un tie, kas to stāsta, ir arī medīki. Un ne jau liriskās specialitātēs strādājošie – ja varu atlauties tā delikāti izteikties, bet skarbās medicīnās ►



speciālisti, kas nav nekādi panikas cēlāji un lietas sauc precīzos vārdos. Otrs – atgriešanās pēc tam dzīvē. Cilvēks nespēj sākt adekvāti pēc tam kustēties. Balstoties uz žurnāla *JAMA (The Journal of the American Medical Association, Impact factor 45.540)* rekomendācijām, tās ir desmit dienas, kad pacients jānovēro. Pat ja ir mēreni slimots simptomātiski, bez hospitalizācijas, vienalga nepieciešama ehokardiogramma, vajadzīga miokarda bojājumu noteikšana, asinsrites sastrēguma izvērtēšana, kas ir jāatkārto.

Līdz ar mājsēdi aktivizējies amatiersports, īpaši skriešana. Amatiersports un sirds – kam jāpievērš uzmanība? Arī pēc pārslimota Covid-19.

Pat tad, ja ir izdevies apiet vīrusu, jo veiksmīgi ievēroti visi epidemioloģiskie noteikumi un māmiņa Daba iedevusi pietiekami kārtigu perimetra aizsardzību, cilvēks tāpat ir bijis mājtupis. Daudzi vīrusam, sevišķi sākumā, izskrējuši cauri – ja var tā teikt – pussimptomātiski, pašiem to nezinot. Jo – ja patin to kino atpakaļ, jutuši līdzīgus simptomus un pēc tam īsti vairs nav varējuši turpināt ierastās aktivitātes.

Tā bīstamā lieta – sporta ārsti un traumatoloģi man neļaus samelot – ir tā mūsu sajūta, ka kādreiz es taču skrēju un lēcu... Ja tas «kādreiz» ir pirms trīsdesmit gadiem, piedodiet! «O quam cito transit gloria mundi...» Ja pārsvārā esi visu šo laiku sēdējis mājās, tad tas, ko es varēju pirms tam, ir drusku jānolieklī malā. Tā teikt – nu pārkāp pāri savai patmīlibai, nedomā, ka tādā pašā režīmā noskriesi piecus kilometrus pret kalnu... Pirmkārt tagad daudz kur ir slidens un jādomā, kā nenobrauktu uz acīm, jo, noguruma stāvoklī skrienot, traumas ir smagas. Skan varbūt jancīgi – bet tad, kad esi atsācis kustēties, nu neskrien uzreiz, ir vajadzīga adaptācija. Sākumā paej straujākā solīt. Ja rosīgi čāpo, tas arī ir pietiekami. Pēc pāris dienām pieliec kilometru klāt. Ja ir terase, pakāpelē uz terases un nost – es, piemēram, sev atradu šādu skaistu vingrinājumu. Gribi pavariēt – papumpējies. Ar pietupieniem gan ir jāuzmanās.

Vienvārdsakot – sākam iekustēties pakāpeniski! Un nevajag domāt – ak, šausmas! Viss, es esmu tik tizls, pēc pusotra kilometra iešanas ātrā soli man trūkst elpas. Priecājies par to! Ja gultā trūkst elpas, tad ir ziepes.

Vēl tāda ļoti ākīga pazīme ir kurpes – no liecīes tās sašņorēt un pēkšņi jūti, ka nevar īsti pieliekties. Pirmais, kas mums traucē, ir tas, kas tur mums prieksā netišām pa mājtupi pieaudzis. Labi, tā ir aizvācama lieta. Bet, ja īsti šis tomēr nav, atceramies – tā var būt arī viena no sirds mazspējas pazīmēm, kam ir arī speciāls termins – *bendopnea* (apnoja noliecīties). Nākamais – salīdzināt. Nevis traģiski

Galvenais instruments visos laikos ir bijis galva, kurai ar laiku pieslēdzas klāt trīs galvenie konsultanti: «čujs, ķuhs un poņa».

nošauties un pēc tam pakārties! Bet! Tev ir funkcionāls. Es taču neesmu kaut kāds vājais, es pakāpeniski tagad sākšu čāpot. Lielu Ameriku tur nevajag.

Maija beigās mums arī bija mājtupis. Rīgas Stradiņa universitātē zoomā paraleli bija trešais kurss un sestais, ārzemju studenti un mūsējie, plus vēl kliniskā elektrokardiogrāfija, valsts eksāmeni – vispār – *oioioi!* Maijs vēl bija tāds diezgan «stingrs», sporta zāles ciet, laimīgi biju atradis stadionu netālu no mājas, kur varēja braukt un darboties, bet ar visu to ir promocijas padome, kuras prieķsēdētājs esmu, gribu vilkt žaketi un tauriņu, jo tas, kas apakšā, – to jau neredz, sēdi kaut *apenēs*, un pēkšņi – prieķsēdētājam ir jābūt klāt. Visus izraidi no istabas, tikai viens kaķis palika skatoties, un ko es secināju? Dažas drēbes uzreiz bija labāk noraidīt – nav ko sevi graut, beigās laimīgā kārtā – paldies «Perijam Elisam», ka bija tomēr vienas solidas bikses, ko uzvilkt. Pagāja kāds laicīš, un situācija uzlabojās. Tāpēc silti varu ieteikt – kaut reizi nedēļā uzvelciet džīnsus, jo pidžama un mājas bikses ir ļoti mānīga lieta. Un cenšamies kustēties, neizvirzot sev uzreiz olimpiskos mērķus. Visticamāk, tad vai nu nekas nesanāks un būs depresija, vai, Dievs pasarg, kaut ko sev sarausim un saplēsīsim.

Kam tomēr jāpievērš uzmanība?

Noteikti jāpievērš uzmanība, ja minimālas slodzes laikā ir elpas trūkums, nespēks un sirdsklauves. Ar kādu no bojājumiem tas diezgan ātri parādisies. Skaidrs, ka par kaut kādu kāpšanu pa trepēm vispār nav runas, un skaidrs, ka ir lifts no stāva uz stāvu. Tā ir realitāte. Kāda kolēģe stāstīja, ka ir pamēģinājusi uzķāpt divus stāvus un otrajā kāpienā ir sapratusi, ka jāatpūšas. Un viņa ir jauns cilvēks! Tāpēc jāatceras par regularitāti un pakāpeniskumu.

Parunāsim vēl par kādu sasāpējušu lietu, proti, nereti jaunākie medikamenti, vadlīnijas un pacientu pirktpēja ir nesavienojami...

Katrs jauns medikaments bieži vien ir efektivāks, drošāks, tam ir mazāk blakņu – šis paralēlās ietekmes faktors, kas ilgttermiņā uzpeld ar iepriekšējiem medikamentiem. Klasisks piemērs – varfarīns jeb K vitamīna antagonists, kurš vēsturiski zināms jau no 40. gadiem. Sākotnēji to izmantoja žurku ģiftēša-



nai, bet viens jūras kājnieks izdomāja izdarīt pašnāvību, saēdās to, un pēc stundas sākās baigā asiņošana. Jo žurkas jau arī no tā vien mira. Tā nejauši atklājās, ka tas būtiski maina asins recēšanu, bremzē asins koagulāciju. Lie- la daļa medikamentu, pēc Paracelza teiciena, savā dziļākajā būtībā vēsturiski ir bijuši indes. Tas pats *digitalis*, atropīns un tamldzīgi. Būtība ir devās! Visi «priili» (angiotensīna konvertējošā enzīma inhibitori), ko mēs jauki lietojam, vēsturiski nāk no Dienvidamerikas odžu indes. Plus – tagad zinām, ka šāds enzīms nav viens.

Bet stāsts ir par ko? Pirmkārt, tās ir milzīgas investīcijas, kamēr medikamentu izgatavo, izpēta utt. Un mūžien pastāv risks, ka var sanākt un var arī nesanākt. Esi iegāzis kaudzi naudas izpētē, un izrādās, ka pēc savas drošības un efektivitātes turpat vien esi. Izmaksas ir ohoho, bet salīdzinošā efektivitāte nav būtiska. Un tad, ja ir medikaments – 50 eiro – un medikaments – 5 eiro un tie ir praktiski aizvietojami, tad kāpēc man jāpērk medikaments par 50 eiro? Cita lieta, ja tas 50 eiro medikaments ir pārliecinoši efektīvāks un drošāks. Un arī lietošanā nereti daudz vienkāršāks. Bet tagad parādās nākamais jau-tājums: ir tāds ļoti skaists jēdziens – klinisko ieguvumu samērojumi. Kādi ir mūsu pozitīvie ieguvumi – ietekme uz mirstību, kardiovaskulāriem notikumiem, ekonomiskais aspekts (hospitalizācija, dzīves kvalitāte utt.). Un kādas ir šī medikamenta lietošanas blaknes, problēmas, potenciālie riski ilgtermiņā utt. Ja vienā svaru kausā mums ir pārliecinoši daudz plusu un otrā – mīnusi, tad mēs sākam svērt. Tur, kur cena augšā, stratēģiskie ieguvumi ir būtiskāki – attālinās visi notikumi un to ārstēšanas izdevumi, attālinās hospitalizācijas izmaksas, mums atpelnās dažādas ilgtermiņa izkrišanas no ekonomiskās aprites u.tml.

Principā mums ir ieguvums, mēs vinnējam un visai pamatīgi, un arī ilgtermiņā. Un tad ir jau-tājums par saprātīgu medikamentu kompen-sāciju – šķietami daudzi modernie medika-menti tiek kompensiēti, bet daudzās situācijās šie kompensācijas noteikumi tomēr varēja būt daudz brīvāki. Piemēram, ja paskatāmies antiagregantu grupā – nākamās paaudzes me-dikamenti, kā tikagrelors un prasugrels, kas nāk jau aiz klopidogrela, kam tomēr ir kaudze visādu potenciālu problēmu. Lidzīgi kā cukura diabēta jaunā medikamentu grupa – medi-kamentu nosaukumi beidzas ar «-gliflozīns»,

SGLT2 inhibitori. Cukurslimība jau nav tikai paaugstināts cukura līmenis, arī paaugstināts asinsspiediens nav tikai paaugstināts skaitlis, tas maitā visu sistēmu. Un tad mēs salīdzinām strukturālās izmaiņas, un izrādās, ka -gliflozīni būtiski samazina sirds mazspēju, sirds sienu (ja tā drīkst izteikties) stīvumu. Praktiski varam teikt, ka medikamentam ir paralēlais blakusefekts – sirds mazspējas samazināšana.

**Viss,
esmu tik tīzs,
pēc pusotra
kilometra iešanas
ātrā solī
man trūkst elpas.
Priecājies!
Ja gultā trūkst
elpas, tad ir ziepes.**

Organisms ir gudrs, māte Daba ir gudra. Ja šis te jampampiņš, apakšvārds – cilvēks, mācējis nokļūt līdz šim gadsimtam, tad viņa adaptācija – vairāk vai mazāk – ir diezgan pa-matīga. Ja mēs mehāniski tagad pārnestu uz mūsu laikiem Senās Ēģiptes faraonus, domāju – viņi ātri vien iznīktu. Pieļauju – ja mūs aiz-vestu uz Seno Ēģipti, notiktu tas pats. Adaptā-cijas mehānisms organismā ir ļoti būtisks, tas cenšas saglabāt organismā līdzsvaru. Ir tas skaistais vārds – neirohumorālā sistēma. Šīs neirohumorālās sistēmas līdzsvara saglabā-šanā darbojas kompensējošie mehānismi. Tie

ir vairāki un katram – atšķirīgi, bet parasti tie izmījgi cenšas saglabāt līdzsvaru. Ja tas vēl izdodas, mums nav nekādu problēmu – mēs dzivojam, ausis kustinādami. Bet principā ne-reti tie cīnās pēdējiem spēkiem, lai noturētu līdzsvaru. Un tad, kad to resurss izbeidzas, sistēma pēkšņi nobruk. Un te ir viena no būtiskām mūsdienu medicīnas niansēm. Reizēm kompensējošo mehānismu darbība, ja tā ir pārmērīga, kļūst patoloģiska. Tā rada bojāju-mus. Bet sākotnēji daļa šo kompensējošo mehānismu ir labvēligi, un mūsdienu medicīnai ir tiem jāpalīdz, nepieļaujot, ka to darbība tiek traucēta. Jo līdz zināmam brīdim kompensē-jošie mehānismi mums palīdz. Dalai no tiem – kā es mēdu smieties – jaunprātīgas aģitācijas rezultātā sāk veidoties vielas, kas sāk to graut. Tad mums ir uzdevums tās vielas – caps! Un satupināt būrī vai ideālā kārtā – iznīdēt.

Palīdzēt kompensējošiem mehānismiem – tas ir viens no pamatprincipiem mūsdienu medicīnā. Tas ir pozitīvi, jo māte Daba ir vis-zilākais fiziologs un mēs viņai piepalīdzam.

Jūsuprāt, jaunākās lietas aritmoloģijā, kas būtu jāzina katram ārstar?

Mūsdienās supraventrikulāro tahikardiju ārstēšanā pārliecinoša priekšroka ir katetrab-lācīja. Otrs – jo ātrāk sāksim ārstēt mīrdz-aritmiju, jo mazāka iespēja, ka tā pārvērtīties par pastāvīgu, permanentu un mazāks būs komplikāciju attīstību risks. Ārstēšana ietver pamatslimību ārstēšanu, insultu un sistēmisko emboliiju profilaksi (neapspriežams, jo to neviens negrib!) un netiešos antiaritmiskos līdzekļus. Vēl mūsdienās talkā nāk katetrab-lācīja.

Turklāt kambaru aritmijas no nekā nerodas. Ja tā ir jaunam cilvēkam, it sevišķi saistībā ar slodzi, meklējam iemeslu, kāpēc. Ir virkne stāstu no kliniskās prakses, kad jaunie sportisti tiek «norakstīti». Bet apskaties, varbūt tas ir tajā posmā, kad viņš strauji paaugās. Varbūt pārslodze treniņos. Papēti, kas tur notiek, nepārvelc uzreiz svītru. Un vēl viens – ja «iesaukums ir atlīkts» vai tas zināmais džentlmenis no Patriarhu diķiem ir pateicis, ka šodien vēl ne, tad, kā likums, tas parasti tiek atlīkts uz ilgu laiku. Bet drusku klāt no dr. Roberta Fürmaņa arsenāla – šajā ziņā mēs esam vienisprātis – ja tu redzi, ka kāds iet prom, dari, nevis paniko. Jo sliktāk vairs nebūs.





Agrāk kardiologa vienīgais instruments bija stetoskops. Kuri tagad ir kardiologa galvenie darba instrumenti?

Galvenais instruments visos laikos ir bijis šis te – galva, kurai ar laiku pieslēdzas klāt, cītējot profesoru Jāni Volkolākovu, tris galvenie konsultanti: čujs, ūhs un poņa. Un tad bieži vien ir ļoti labi, ja tev ir vēl divi konsultanti, kas nereti sēž tev uz pleca. Uz viena pleca sēž konsultants, apakšvārdā – iekšējā balss, kas saka: kaut kas te nav kārtībā. Protams, viņš kaut kur paklusām ir apspriedies ar čuju, ūhu un poņu, bet viņš tur sēž un tev ausī saka – paga, paga, kaut kas te nav rikti. Un otrs neapšaubāmi ir sargentēlis. Jebkuram no mums vairāk vai mazāk ir šis sargentēlis, bet ir arī profesionālais sargentēlis, kurš sēž tev uz pleca un reizēm burtiski rauj aiz ausīm un ūsām – nelien, nedari to, nevajag. Tie ir tie galvenie instrumenti. Pārējais ir tehnika. Stetoskops joprojām ir viens no, jo patlaban ir vesela virkne ārkārtīgi daudz paligu. Tā pati elektrokardiogrāfija ar dažādām niansēm. Citešu dzīvo klasīki (sevi): elektrokardiogramma ir sirds vēstule ārstam. Sirds runāt neprot, nu tad tā raksta. Jautājums – kā tu to vari izlasi. Lidzīgi ir ar attēldiagnostikas metodēm, sākot ar eholodiagnostiku, magnētisko rezonansi, tomogrāfiju, pozitronu emisijas tomogrāfiju un tādā garā. Invazīvās metodes – visas intravaskulārās ultraskaņas utt. Sirds elektroanatomiskā kartēšana – tu dabū sirds telpisku bildi, kur redzi, kā tā elektrība skrien – vai skrien rindīņā, vai ir juceklis – kā tarakāni, kad ienāc virtuvei un ieslēdz gaismu. Bet tehnika nekad neatsvērs cilvēku. Jā, tā var precizi izmērit, bet cilvēks ir tas, kurš to visu saliek kopā.

Un te mēs atkal atgriežamies pie Sokrata: nav kauns nezināt, bet negribēt zināt. Vienkārši jautājums ir tāds – vai tu mācies visu laiku un papildini savas zināšanas, komunicē, skaties, lasi literatūru, kaut ko liec kopā un daries. Ja to nedari, tad tiešām būs «pirms 30 gadiem ārstēja tā...». Sirds mazspējas ārstēsanai arī kādreiz bija tikai lielais trijnieks: angiotensīna konvertāzēs enzīma inhibitori/ angiotensīna receptoru blokatori, bēta blokatori, turklāt pārliecinoši selektīvie, un minerālreceptoru antagonisti... Pēc tam pienāca klāt angiotensīna receptoru un neprilīzīna inhibitori jeb ARNI, SGLT2 un tad arī implantējamās iekārtas... Kāpēc es to

visu pieminu? Ja tu tam visu laiku ej līdzi un seko, tad domā: mazspēja ir, tas ir, tur ir tā, pag, fibroze, zini ko – jā, ARNI man ir, bet likšu tomēr klāt gliflozīnu, jo tikko bija liela apjoma pētījums par to. Esmu apskatījies arī literatūrā un secinājis – jā, logiski. Es spēju to visu salikt kopā. Patoloģiskā fizioloģija ir diža zinātne.

Nelīdzestīgs pacients kardioloģijā, šķiet, ir visbiežāk sastopams, jo sūdzības līdz noteiktām izpausmēm nereti nejūt. Kāpēc neizdodas lauzt nelīdzestības ledū? Nepareiza pīeja pacientam? Cilvēcisks slinkums? Nepietiekama komunikācija, nepietiekama kontrole?

Reizēm rodas iespāids, ka te ir komunikācijas vaina. Nē, nu reizēm tu vari stāstīt pacientam, cik gribi, – sētas stabs būs saprotšāks. Tā ari ir realitāte.

Te tomēr laikam ir jādara tā, ka lauksaimnieki nodarbojas ar lauksaimniecību, šoferi – ar stūrēšanu, un piloti – ar pilotēšanu. Man, piemēram, nav ienācis prātā teikt – ziniet, es tagad esmu alternatīva pilotiem, lai gan aviācija un viss ap to mani ļoti interesē. Tā informācijas pārbagātība reizēm aizved neceļos. Kad nu beidzot cilvēkam kļūst skaidrs, ka ar šo te nekas nav sanācis, viņš nāk atpakaļ pie speciālista, bet tad nereti daudz kas jau ir sabojāts. Runājot par komunikāciju, jautājums ir – kā: kā tu māki izstāstīt, piemēram, no kā veidojas asinsspiediens. Es nebaidos plātīties ar rokām stāstot un atainojot, ka sirds dobumā ir šķidrumi, no kura notiek asiņu izsviede, tālāk asinis ar spēku iet arteriālā sistēmā, arteriālā sistēma ir stīva, nepletīsies, vajag izdzīt cauri ar lielāku spēku, sirds – uh! Saraujas kārtīgi! Asinsvads stīvs, sirds dzen ar baigo spēku – sirdī tas nozīmē to pašu, ko cilvēkam nepārtraukti cilāt svarus. Kāpēc tev asinsvadi ir stīvi? Cukura limeni apskatījies? Holesterīna limeni apskatījies? Kāds ir tavs kustību režīms? Kā jau teicu – asinsspiediens nav cipars, tā ir sistēma. Un tad jau bieži vien ir daudz vieglāk no pacienta panākt sapratni.

Kardioloģiskā rehabilitācija Latvijā – cik tā ir pieejama?

Medicīniskie centri gan ar pacienta atrašanos uz vietas, gan ambulatori – vesels kvantums. Tas ir tikai pozitīvi. Rehabilitācija ir daudz labāka, ja to uzrauga speciālists. Es

esmu amatieris, es varu tikai sevi rehabilitēt un arī līdz zināmai robežai. Lai gan pēc savas ceļa operācijas es jau biju apnicis kā tāds hipohondriķis, nepārtraukti vaicājot – ko es jau tagad drīkstu darīt? Jo man bija viena motivācija – pēc iespējas ātrāk atgriezties pie aktīvām kustībām. Atceroties senākus laikus – kad kaut kas autiņā sāka aplami klabēt, zvanīju attiecīgi Andrišam vai Ugīšam un uzdevu jautājumu – ko darīt? Visi mēs gribam dzīvot forši. Labi, Rīcharts Girs teica: neviens dzīvs no šejienes neizķūs. Un taisnība viņam ir. «Šveikā», kā atceramies, feldkurāts Otto Kacs pavaicāja Šveikam: varbūt jūs gribat dzīvot mūžīgi? Uz ko Šveiks atbildēja: padevīgi ziņoju, ka negribu. Vēsturiskā saruna dievkalpojumā... Tajā pašā laikā Giram ir komentārs, par kuru bieži aizmirst: dzīvojam ar prieku. Bet, lai mēs dzīvotu ar prieku, mums ir vajadzīga viena būtiska lieta – normāla veselība. Ir vēl tas skaistais Čerčila teiciens – visiem es vēlos novēlēt vienu: veiksmi. Es arī – ja kādam kaut ko novēlu, tad novēlu veiksmi. Čerčilam prasīja – kāpēc? Tāpēc, ka uz «Titānika» bija ļoti daudz bagātu cilvēku ar labu veselību...

Un veselbai mēs daudz ko varam paši palīdzēt. Foršāk ir dzīvot ilgi ar normālu veselību. Ģenētika, kā jau teicu, ir diža zinātne, pašam savas vājās vietas ir jāpieskata.

Jūs arī paudāt ilgas pēc «normālās» dzīves. Kas ir jūsu dzīves normālais?

Studenti klātienē. Tie, kas jau tagad ārsti, atceras, kā es ar kājām durvis taisīju ciet, demonstrējot sirds vārstuļu darbibu, vai izmantoju Toma un Džerija piemērus utt. To tu zoomā izdarīt nevari. Nākamais – sporta zāle, trešais – brīva komunikācija, brīva pārvietošanās... Lidot gribu. Tās īstās diskusijas jau notiek tad, kad esi klātienē ekspertu komisijā, piedalies sarunās... Tur ir: paklau, bet šīto mums vajadzētu, sazināties, šīto mēs varam publicēt, tas ir interesanti, ā, ir šāds projekts – noteikti, man ir aktīvi jaunieši... «Kastē» nekas no tā nenotiek...

Intervija ar jums ir «Medicus Bonus» šīgada pirmajā numurā, piedevām šis ir žurnāla desmitās jubilejas gads. Ko jūs vēlētu mums visiem – «Medicus Bonus» lasītājiem?

Lai mūsu sargeņējiem hronisks bezmiegis!

