



Invazīvais kardiologs **ARTIS KALNIŅŠ**

Šogad invazīvā kardiologa ARTA KALNIŅA vadībā Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā pirmo reizi veiktas trīs mazinvasīvas sirds priekškambaru iedzimtu defektu slēgšanas procedūras ar oklūderiem. Arī pasaulē šādas operācijas veic samērā nesen, bet Latvijā tās iezīmē jaunu sirds ārstēšanas ēru tieši Austrumu slimnīcā.

♥ Arta Lāce

Dienu pirms mūsu sarunas dakteris Artis Kalniņš ir atgriezies no invazīvās kardioloģijas kongresa Parīzē, paspējis nodežurēt nakti, bet interviijas laikā pie durvīm jau klauvē mēsa. Lai gan ir jau pusseši pirmdienas vakarā, dakteri gaida nākamie darbi – viens pacients jāpalaiz mājās un priekšā vēl divas akūtas procedūras.

Dakter, vai tad jums šodien atkal dežūra?!

– Nav, bet es rēķinos, ka mana darba diena var arī beigties krietni vēlāk, nekā tai būtu jābeidzas. Gadā veicam apmēram 2000 diagnostiskas un 1500–1700 ārstnieciskas procedūras. Esam seši invazīvie kardiologi, un slodze sadalīta vairāk vai mazāk vienmērīgi. Gan tāpēc, ka nevar veikt procedūras no rīta līdz vakaram, gan tāpēc, lai visiem būtu pieredze. Invazīvajā kardioloģijā, līdzīgi kā klavieru spēlēšanā, ir vajadzīgs treniņš, citādi iemaņas zūd. Fiziski tas ir diezgan smags darbs, mēs arī saņemam starojumu un kontrolējam, lai to nepārsniegtu. Sarežģītākās procedūras ilgst 3–4 stundas, kādas pāris reizes man ir nācies pavadīt zālē vairāk nekā piecas stundas, un tu visu laiku esi kājās ar aizsargtērpu mugurā.

– Kas ir invazīvā kardiologa augstākā pilotāža, piņķerīgākais darbiņš?

– Šobrīd tehniski ir iespējams tikt galā ar jebkura veida asinsvadu bojājumiem, bet grūtākais ir difūza skleroze, kad pangas jeb holesterīna izgulsnējumi ir visā asinsvada garumā. Reizēm sakalķojumi mēdz būt cieti kā akmens. Tādos ir grūti ievietot stentu asinsvada paplašināšanai un nodrošināt, lai būtu labs rezultāts arī ilgtermiņā.

Vēl viena tehniski sarežģīti ārstējama pacientu grupa ir cilvēki ar sirds vainagartēriju oklūzijām. Tas nozīmē, ka asinsvads ir noslēgts pilnībā. Lai tiktu cauri šādam asinsvadam, tiek izmantoti speciāli materiāli un tiešām ir vajadzīgas īpašas iemaņas – vārda tiešā nozīmē mērķtiecīgi jātrenējas. Bet no visiem sirds asinsvadu

bojājumiem oklūzijas ir tikai apmēram desmitā daļa. Turklāt no šiem desmit procentiem ne visiem pacientiem asinsvads jāver vaļā: daļai nozīmējama medikamentozā terapija, daļai – ķirurģiska ārstēšana, jo, iespējams, ir daudz bojājumu, ne tikai noslēgtais asinsvads. Tāpēc reālajā ikdienas praksē šādu gadījumu ir samērā maz.

– Tagad esat sākuši ārstēt arī iedzimtas un iegūtas strukturālas sirds slimības, kas skar sirds vārstuļus, dobumus, sienas, sirds muskuli.

– Šādu slimību ir samērā daudz, bet ne visas var ārstēt mazinvasīvi. Pērn uzsākām aortālā vārstuļa balondilatāciju jeb paplašināšanu, šī slimība parasti skar gados vecākus cilvēkus. Ja ir vārstuļa sašaurinājums, kreisajam kambarim jāpieliek lielāks spēks, lai izpumpētu asinis uz aortu, bet pārslodzes dēļ ar laiku sirds muskulis sabiezē, kambara tilpums samazinās, un rodas sirds mazspēja.

Šī gada jaunums ir sirds priekškambaru defektu slēgšana ar oklūderiem. Ja jaunam cilvēkam ir insults, visticamāk, pie vainas ir iedzimts priekškambaru defekts – nenoslēgusies atvere, caur kuru

«Sliktākais, kas var būt komunikācijā ar pacientu, – vienaldzīga attieksme. Viņi parasti to labi jūt.»

trombs var nonākt galvas smadzenēs. Tas jānovērš, jo pastāv liela iespēja, ka insults atkārtosies. Oklūders ir maza ierīce, ko mazinvasīvā ceļā, caur vienu lielo vēnu, ar speciālām stīgām izejot cauri atverei starp priekškambariem, ievietojam precīzi defekta vietā. Izņemot katetru, oklūders izplešas kā lietussardziņš un noslēdz atveri. Agrāk vienīgais veids, kā tika ārstēti šādi pacienti, bija ķirurģiska operācija, bet tagad to varam izdarīt pat bez narkozes, un jau nākamajā dienā pacients var doties mājās. Esam palīdzējuši trim šādiem jauniešiem cilvēkiem, kas slimnīcā nonāca ar

ANAMNĒZE

- Dzimis 1967. gadā Rīgā ārstes un inženiera ģimenē.
- Kopš 2010. gada vada Sirds un asinsvadu slimību klīniku Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā.
- Kopš 2006. gada Invazīvās kardioloģijas laboratorijas un dienas stacionāra vadītājs.
- Austrumu slimnīcā strādā jau 34 gadus, sāka kā medbrālis.
- Bijis sanitārs Rīgas Psihoneiroloģiskajā slimnīcā.
- Ieviesis vairākas jaunas ārstēšanas metodes Austrumu slimnīcā.
- Pirms trim gadiem ieguvis medicīnas zinātņu doktora grādu Rīgas Stradiņa universitātē.
- Latvijas Universitātē ieguvis arī bakalaura grādu tiesību zinātnēs.
- Kopā ar Intu šogad atzīmē laulības pilngadību, bet ģimeni no publicitātes sargā.
- Dēls Kristaps (15).
- Brīvajā laikā strādā fizisku darbu un zvejo Rīgas jūras līča piekrastē.

neiroloģiskiem simptomiem un insultu.

Tas, ko sākam darīt, nav nekas unikāls Latvijā – tas ir solis uz priekšu kardioloģijas attīstībā tieši Austrumu slimnīcā. Iepriekš pacientus, kuriem vajadzēja slēgt iedzimtus defektus, sūtījām pie kolēģiem uz Stradiņiem, tagad virzāmies uz to, lai arī Gailezerā būtu iespējams veikt šādas procedūras. Tā nav konkurēšana ar Stradiņa slimnīcu, gluži otrādi – mēs sadarbojamies.

– Nupat atgriezāties no kongresa – kādas ir jaunākās tendences invazīvajā kardioloģijā?

– Mēs, ārsti, regulāri sekojam jaunu miem – ne jau tikai reizi gadā. Nozare attīstās visu laiku, bet šādos kongresos mēs

redzam tā dēvētos *live case* – reālos gadījumus, tiešraides no operācijām. Tas dod iespēju uzzināt, kā strādā pasaules vadošajās slimnīcās, apspriest sarežģītus gadījumus un uzdot jautājumus.

Šajā kongresā uzsvars bija likts uz ļoti sakalķotu, rigidu jeb cietu asinsvadu bojājumu ārstēšanu. Tā ir ļoti sena problēma, bet tehnoloģijas visu laiku attīstās un arvien parādās kas jauns.

Ja kādreiz, kad sāku strādāt, stenta implantācija asinsvadā likās liels sasniegums un pats stents bija operācijas dārgākā daļa, tagad tā vairs nav. Pateicoties



Kopa ar ģimeni esam
apceļojusi visus kontinentus.
Šeit – Holandē.

tehnoloģijām, procedūras ir kļuvušas daudz sarežģītākas – mēs varam apskatīt asinsvadu no iekšpuses ar ultraskaņas palīdzību, ar optisko koherences tomogrāfiju, bieži arī pirms koronarogrāfijas tiek veikta datortomogrāfija. Ļoti attīstījušās dažādas metodes, kā varam paplašināt asinsvadu. Vēsturiski pirmais bija balona ievietošana asinsvadā un piepūšana, bet tagad ir jau tādi baloni, kas paplašina ne tikai ar gaisa spiedienu, bet arī vienlaikus to iegriež.

Ar intravaskulārās litotripsijas metodi mēs varam sakalķotos asinsvadu sašaurinājumus sadrupināt – līdzīgi kā skalda nierakmeņus. Ir vēl dažādas aterektomijas ierīces, ar kurām kaļķi var izurbt kā ar urbi vai izgriezt. Visas šīs metodes iespējams kombinēt, un katrai no tām izmaksas ir krietni vien augstākas nekā stentiem. Mēs arī ejam laukumā līdz, un faktiski visas metodes ir pieejamas arī pie mums.

Tiek arī meklēts, kā šīs procedūras padarīt vienkāršākas. Skaidrs, ka stents nav nekāds brīnumlīdzeklis, kas visus glābj un atbrīvo no turpmākām bēdām. Tas tomēr ir svešķermenis, asinsvadu protēze, un ar stentu vien pacientu izārstēt nevar. Ārstēšanas stūrakmens ir zāles un profilakse, lai līdz asinsvadu paplašināšanai nemaz nenonāktu. Visa asinsvada izlikšana ar protēzēm ne vienmēr saistāma ar labām ilgtermiņa prognozēm.

Pirms vairākiem gadiem ikdienas praksē ļoti strauji ienāca asorbējošie stenti, kas ar laiku uzsūcas asinsvados. Taču ilgāka laika posmā izrādījās, ka rezultāti tomēr nav tik labi, kā bija gaidīts, un šiem stentiem nav priekšrocību, salīdzinot ar metāla priekštečiem. Taču tagad ir neliela absorbējošo stentu renesanse – parādās jau pirmie uzlabotie modeļi, kas varbūt ar laiku tiks ieviesti ikdienas praksē.

Turklāt aizvien plašāk tiek izmantoti ar

medikamentiem pārklāti baloni. Baloniņš asinsvada sienā ievieš zāles, un procedūras beigās ārsts to izņem ārā. Protams, medikamentu baloni neaizstāj stentus, un tos var izmantot tikai atsevišķās situācijās. Taču šī joma ļoti attīstās, un kopumā ir vērojama tendence cēsties samazināt stentu lietošanas nepieciešamību. Ja var tādu pašu efektu panākt ar zāļu balonu, kāpēc likt metāla protēzi?

– Cik bieži tie, kam ir ielikti stenti, atgriežas pie jums?

– Ziniet, stentiem nav tāda garantijas laika kā autoservisā. Katrs cilvēks ir unikāls – gan ar savu ģenētisko kodu, gan dzīvesveidu un līdzestību. Pacienti bieži prasa: «Nu, dakter, cik gadus man tagad

«Stents nav nekāds brīnumlīdzeklis, kas visus glābj un atbrīvo no turpmākām bēdām.»

būs labi?» Es uz šo jautājumu nevaru atbildēt, saku, ka mums nav otra tāda kā jūs – nav klona, uz kura varētu izmēģināt un pēc tam pateikt, ka pēc tik un tik gadiem būs jānāk atkal.

Visu laiku tiek meklēts, kā panākt labākus rezultātus, kā asinsvadu sagatavot labāk un paplašināt saudzīgāk, lai nodrošinātu labākus ilgtermiņa rezultātus. Mēs strādājam ciešā sadarbībā ar sirds ķirurgiem, jo ķirurģiska revaskularizācija un invazīva asinsvadu atbrīvošana ir divas dažādas metodes, katrai ir savas priekšrocības un kontrindikācijas. Piemēram, ja pacientam ir ļoti smagi un plaši sirds asinsvadu bojājumi, kuru ārstēšanai būtu nepieciešama daudzu stentu lietošana, tad viennozīmīgi ķirurģiska šuntēšana būs drošāka un – galvenais – arī ilgtermiņā rezultāts labāks.

– Interesanti, cik stentus var salikt viena cilvēka asinsvados?

– Tāda noteikta skaitļa nav. Stenti atšķiras gan pēc diametra, gan pēc garuma un pārkļājuma. Un tieši tāpat atšķiras asinsvadu izmērs. Tie nav kā šīs radiatoru caurules (rāda), kas ir ar vienādu diametru visā garumā. Cilvēka asinsvadi ir kā koks, kam ir resnāks stumbrs un tālāk tīklojums sazarojas arvien smalkāk. Svarīgi ielikt stentu, kas atbilst cilvēka anatomijai, tā, lai tas nosegtu visu bojāto vietu. Mēs izmantojam stentus, kuru diametrs ir, sākot no diviem milimetriem līdz pieciem milimetriem – ar pakāpi 0,25 milimetri. Īsākais stents ir 8, bet garākais – 60 milimetri.

Dažreiz pacienti savā starpā salīdzina, cik kuram stentu – *tev tikai viens, bet man veseli pieci! Tas nu gan ir slikti!* Tad es viņiem vaicāju: pasakiet, kur tad ir vairāk metāla un svešķermeņa – vienam sešus centimetrus garam stentam vai pieciem 10 milimetrus garajiem?

Varam kombinēt dažādu izmēru stentus, un tas nav nekas slikts. Nekādu ierobežojumu skaita ziņā nav, taču, kā jau teicu, ārsta mērķis nav *nostenēt* visu asinsvadu pilnībā. Stentu liekam tikai tad, ja citādi asins plūsmu nav iespējams nodrošināt.

Jā, pirms vairākiem gadiem lasīju kādu publikāciju, kurā bija aprakstīts gadījums, kad vienam pacientam daudzu gadu garumā bija ievietoti vairāk nekā 60 stenti. Bet tas nebija publicēts kā sasniegums. Ārsta uzdevums ir pacientu stabilizēt,

nozīmēt optimālu medikamentozu ārstēšanu, lai nebūtu vajadzības pēc atkārtotas stentēšanas.

– Vai par ārstu kļūvāt mammas iespaidā?

– Beidzot vidusskolu, man nebija saņemšanas, ko vēlos dzīvē darīt. Citi ārsti stāsta, kā gājuši līdz vecākiem uz darbu, dzīvojuši slimnīcā, bet man tā nebija. Protams, biju viesojies pie mammas darbā, bet neinteresējos par medicīnu. Mani vairāk vilināja citas jomas – jurisprudences, pat tehniskas lietas. Juristos bija liels konkurss, un es nobijos, ka netikšu. Iestājos Rīgas Politehniskajā institūtā (tagad – Rīgas Tehniskā universitāte), sekmes bija labas, bet pēc gada sapratu, ka aparāt būves automatizācija mani galīgi neinteresē. (*Smejas.*) Tolaik, astoņdesmito gadu otrajā pusē, kad jaunus cilvēkus

sūtīja karot Afganistānā, bija jādomā, kā no tā izvairīties, tāpēc izšķīros par medicīnu.

Biju samērā pārliecināts par sevi, bet vienā no trim eksāmeniem – par sacerējumu – dabūju četrinieku (*piecu ballu sistēmā – aut.*). Bioloģijā un ķīmijā bija pieci, bet paliku pirmais aiz svītras. Tajā laikā bija noteikumi, ka pie vienāda punktu skaita priekšroka bija tiem, kas bijuši armijā, strādājuši par sanitāriem vai beiguši māsu skolu.

– Bet jūs tomēr neatkāpāties!

– Mani aicināja atpakaļ uz Politehnisko institūtu, bet tur es negribēju atgriezties. Gadu nostrādāju par sanitāru, ļoti cītīgi mācījos un mēģināju iestāties atkal. Un atkal dabūju četrinieku sacerējumā! (*Abi sirsnīgi smejamies.*) Par laimi, tad noteikumi bija jau mainījušies.

– Kā jums šķiet, kas ārsta darbā ir svarīgākais?

– Nepieciešamas labas komunikācijas spējas un māksla uz klausīt. Tas attiecināms gan uz darbu ar pacientiem, gan uz saskarsmi ar kolēģiem. Pacientam šis ārsta īpašības dažreiz ir pat svarīgākas par profesionālajām zināšanām. Sliktākais, kas var būt komunikācijā ar pacientu, – vienaldzīga attieksme. Pacienti parasti to labi jūt.

– Vai darba pieredzē ir kāds gadījums, kas atmiņā iespaidies īpaši?

– Tādi ir vairāki, bet varu pastāstīt, ka vienā no manām pirmajām dežūrām slimnīcā nonāca gados veca paciente ar akūtām problēmām. Es viņu veiksmīgi reanimēju un par to biju ļoti priedīgs un gandarīts. Pēc tam pie manis atnāca radnieki ar asarām acīs un prasīja: «Kāpēc jūs to darījāt?! Kāpēc neļāvēt viņai aiziet?! Viņa mokās jau desmit gadus, un mēs viņu kopjam.» Jā, tā man bija ļoti liela viela pārdomām. Varbūt tomēr ir situācijas, kad tas nav labākais risinājums – par katru cenu glābt.

– Sirds asinsvadu slimības lielā mērā ir dzīvesveida sekas. Kā audzināt neapzinīgos?

– Tādi pacienti būs vienmēr, katram ir savas vājības. Agrāk dusmojos, bet pēdējā laikā skatos iecietīgi. Es tomēr cienu, ja pacients godīgi pastāsta, ka nav kaut ko izdarījis. Par to ir jāuzslavē, jo tas ir daudz labāk, nekā mānīties, ka zāles dzer un smēķēšanu ir atmetis. Cenšos pārliecināt un motivēt, jo no tā, ka nosodīšu, pacients labāks nekļūš. Ir citi ceļi, kā iedarboties – ar piemēriem. Parādu, kas notiek viņu pašu asinsvados.

– Jūs esat demokrātisks vadītājs vai tomēr dažreiz arī vienkārši pasakāt – tā būs, un viss?

– Esmu demokrātijas piekritējs. Ne vienmēr sanāk, bet cenšos vadīties pēc demokrātijas principiem. Demokrācija ir arī tadā ziņā, ka dežūras ņem pilnīgi visi ārsti, arī nodaļu vadītāji un klīnikas vadītājs – es. Jāstrādā neatliekamajā nodaļā, arī naktīs. Izņēmums ir ārsti pensijas vecumā.

– Kas jūs darbā izsmel visvairāk?

– Dažreiz varjust, kadarbai pardaudz – ne jau ar pacientiem, bet administratīvais darbs paņem ļoti daudz laika. Kad varu strādāt angiogrāfijas zālē, jutos zināmā mērā atvieglots: esmu ar pacientu, varu koncentrēties vienam darbam, un tā ir smalka lieta – es nemaz nedrīkstu domāt par kaut ko citu. Visi zina – ja ir procedūra, ārstu nedrīkst saukt pie telefona, kaut ko prasīt, jo tajā brīdī nekā svarīgāka nav. Bet kā vadītājam man jādomā par desmit lietām reizē un jāsap-

nebija tik sliktas. Taču divtūkstošo gadu sākumā dakteris Platkājis uzaicināja attīstīt invazīvo kardioloģiju Austrumu slimnīcā un vienlaikus vadīt Kardioloģijas nodaļu. Tad es visu citu atmetu, nolēmu, ka simtprocentīgi palikšu medicīnā un ar jurisprudenci nenodarbošos, un kopš 2004. gada Austrumu slimnīca ir mana vienīgā darbavieta.

– Šeit, Invazīvās kardioloģijas laboratorijā, jūs esat tadā kā kurmja alā – biezas sienas, mazi logi...

– ...lai nekādi trokšņi netraucētu, un te tomēr ir starojums, aparatūra arī prasa noteiktu temperatūras režīmu.

– Bet, kad tiekāt ārā, maksšķerējat zivis, vai ne?

– Ikdienā brīvā laika ir maz, bet brīvdienas cenšos pavadīt kopā ar ģimeni Engures novadā, kur mums ir lauku īpašums pie jūras. Tur man ir arī laiva, un

«Ja pacients godīgi pastāsta, ka nav kaut ko izdarījis, viņš par to ir jāuzslavē.»

rot, kā visu paspēt. Tas iedzen stresā. Ir jādomā dozēt darba apjomu.

Bet lielāko gandarījumu sagādā veiksmīgi atrisinātas sarežģītas problēmas, gadījumi – tā var būt gan pēc ilgiem pūliņiem precīzi noteikta diagnoze, gan sekmiņģi un ar labu rezultātu veikta procedūra sarežģītos gadījumos.

– Visu savu darba mūžu esat palicis uzticīgs Austrumu slimnīcai.

– Deviņdesmito gadu sākumā trīs gadus Austrumu slimnīcā nostrādāju kā medbrālis Kardioloģijas nodaļā – tā bija nejausība, vienkārši pēc trešā kursa meklēju darbu. Kad ieguvu ārsta diplomu un sāku strādāt tajā pašā nodaļā, faktiski nejutu nekādu pāreju, jo pēdējā gadā māsas amatā strādāju arī kopā ar dežūrārstu, un zināju, kādi lēmumi ir jāpieņem.

Man bija simpātijas pret ķirurģiju, bet, kad beidzu augstskolu, Latvijā sāka attīstīties invazīvā kardioloģija. Nolēmu, ka vajag iet laikam līdzi. Tolaik invazīvā kardioloģija bija tikai Stradiņa slimnīcā, un bija periods, kad pamatā biju tur. Tomēr pavisam prom no *Galīezera* nekad neesmu aizgājis.

Deviņdesmitajos gados, kad bija jāpāriet uz kapitālismu, visa dzīve mainījās, un nezināju, kā būs, paralēli darbam slimnīcā sāku neklātienē studēt jurisprudenci. Nebija laika mācīties, bet es ļoti daudz lasīju un ar lielu interesi – sekmes nemaz

es cenšos iesaistīties vietējo iedzīvotāju kopienā – esmu Mazjūras zvejnieku biedrības biedrs. Bet, ja zvejnieku nosauc par maksšķernieku, tas ir gandrīz kā apvainojums. (*Smejas.*)

– Neņemiet ļaunā, dakter, es no tā neko nesaprotu!

– Zvejo ar tīkliem, bet maksšķerē ar maksšķeri. Es neesmu profesionālis, kam tīklu garums mērāms simtos metru un kilometros. Man ir tikai līdz 100 metriem, pašpāterīņa zvejošanas atļauja, un nekas vairāk jau tur arī nesanāk. Butes, reņģes – tādas zivis.

Ne jau katru dienu vari iet jūrā – zvejošana ir atkarīga no laika apstākļiem, bez tam ir ļoti daudz dažādu liegumu, kad nevar tīklus likt. Tāpēc zvejošana nav ikdienišķa nodarbe. Brīvdienās cenšos strādāt fizisku darbu dārzā, un lauku mājā vienmēr pietiek, ko darīt. Tomēr pamatā brīvdienu mājās ir atpūta. Netālu ir ezers, meži. Sēņoju, ogoju. Atvaļinājumos, dēla skolas brīvlaikos cenšamies kopā ar ģimeni ceļot, un esam paviesojušies faktiski visos kontinentos. Ar dēlu ļoti lepojos – viņam jau kopš bērnības ir savs mērķis, pie kā viņš turas. Detaļas neatklāšu, bet medicīna tā nav.

– Vai zivis pats arī gatavojat?

– Nē, tas ir kundzes ziņā. Īpašā recepte – ceptas butes ar sāli, pipariem un trifeļu sviestu. ♥