



Greimošanas slimību centra

GASTRO ZIŅAS

nozares jaunumu apskats, diskusijas, analīze

GASTRO KOMENTĀRS

Prof. Mārcis Leja
par Pasaules Vēža dienu
un cīņu ar vēzi Latvijā.

2. lpp.

GASTRO VIEDOKLIS

Dr. Ivars Tolmanis par endoskopisku
polipektomiju tehniku un
kontroles intervāliem pēc
polipektomijām.

7.-9. lpp.

GASTRO SPECIĀLISTI

Intervija ar pieredzējušo GASTRO
ārstu-gastroenterologu
dr. Viktoru Sauli.

12.-15. lpp.

GASTRO MEDICĪNAI

Viena no vadošajām Latvijas
gastroenterologēm un pedagoģēm
dr. Anita Lapiņa par
jauno ārstu sagatavošanu
un medicīnas izglītības
sistēmu.

20.-23. lpp.

REZIDENTIEM UN STUDENTIEM

RSU profesors, dr. Juris Pokrotnieks par
izglītības iegūšanas
un prakses iespējām
gastroenteroloģijā.

24.-26. lpp.

GASTRO AKTUALITĀTES

GASTRO 2022. gada rezultāti. Kazahstānas
speciālisti GASTRO klinikā iegūtās iemaņas
ievieš savā darbā Kazahstānā. Izdevīgā
sadarbība starp GASTRO un florbola skolu
"Masters". GASTRO rīko
teorētisku un praktisku
semināru. GASTRO viesojas
Somijā.

3.-6. lpp.

GASTRO INFOGRAFIKA

GASTRO skaidro –
GASTROenteroloģijas
terminu vārdnīca.

10.-11. lpp.

GASTRO PACIENTIEM

GASTRO māsa Māra Bārene par
sagatavošanos
endoskopiskajām
procedūrām un
sagatavošanās nozīmi.

16.-19. lpp.

Elektronisks izdevums "GASTRO Ziņas".
Iznāk reizi ceturksnī.
Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce uz
"GASTRO Ziņām" ir obligāta.
Pilns "GASTRO Ziņu" arhīvs pieejams: gastrocentrs.lv.

Izdevējs:
Greimošanas slimību centrs "GASTRO". 
Gailezera iela 1, Rīga, LV-1079.
Tālrunis: +371-66901212.
E-pasts: info@gastrocentrs.lv.

Saturs, dizains, makets:
Aģentūra "Tēls PR"
(SIA "Sabiedrības informācijas centrs").
Aleksandra Čaka iela 83/85-17, Rīga, LV-1011.
Tālrunis: +371-67289053.
E-pasts: tels@tels.lv.



Februāris – Pasaules Vēža mēnesis.

Laiks īpašas uzmanības veltīšanai vēža profilaksei

Prof. Mārcis Leja,
GASTRO gastroenterologs,
LZA īstenais loceklis,
Latvijas Universitātes
Klīniskās un profilaktiskās
medicīnas institūta
direktors



4. februārī pasaulē, kā allaž, tika atzīmēta Pasaules Vēža diena, un, protams, visu februāri gan speciālisti, gan pacienti pievērš nopietnu uzmanību vēža tēmai.

Ar vēzi saistītie jautājumi veselības aizsardzības jomā allaž bijuši prioritāšu augšgalā, taču šajā Eiropas Savienības plānošanas periodā (līdz 2027. gadam) tiem Eiropas Komisija pievērsusi īpašu uzmanību. Šim periodam Eiropas Komisija izstrādājusi īpašu Vēža uzveikšanas plānu (EU Beating Cancer Plan), onkoloģijas jomā prioritātes izvirzījusi un šobrīd to ieviešanu uzrauga īpaša Eiropas Komisijas Vēža misija.

Atbilstoši šim aktualitātēm cīņai ar vēzi atvēlēts ievērojams ES finansējums, taču tiek sagaidīts, ka arī katra no ES dalībvalstīm problēmas risinājumiem veltīs pietiekamu uzmanību un savu finansējumu, kā arī no ES saņemto Atveseļošanās un noturības fondu finansējumu. Šajā sakarā īpaši svarīgi, ka pagājušā gada decembrī Eiropas Komisijas Padome apstiprināja jaunu rekomendāciju versiju (iepriekšējā bija nu jau tālajā 2003. gadā) par to, kādam Eiropas Komisijas val-

stīs jābūt vēža skrīningam. Rekomendāciju tekstu saskaņojusi arī Latvija.

Gan Vēža uzveikšanas plāns un Vēža misijas ieteikumi, gan arī jaunās Padomes rekomendācijas par skrīningu vistiešākajā veidā ir saistītas ar to, ko darām Gremošanas slimību centrā GASTRO.

Savlaicīga un kvalitatīva pirmsvēža stāvokļu atklāšana, kā arī pacientu ar šiem stāvokļiem ārstēšana un novērošana allaž bijusi GASTRO klīnisko un pētniecības prioritāšu lokā. Zarnu vēža gadījumā – tie ir pacienti ar augsta riska polipiem, kā arī pacienti ar iekaisīgām zarnu slimībām. Kuņģa vēža situācijā – pacienti ar kuņģa gļotādas dziļākām izmaiņām. Piemēram, displāziju, augsta riska atrofiju un zarnu tipa metaplāziju. Jāatceras, ka 90% no visiem kuņģa vēžiem ir saistāmi ar helikobaktērijas (*H.pylori*) infekciju.

Precīzai šo stāvokļu diagnostikai ir virkne priekšnoteikumu, kas ietver gan speciālistu kvalifikāciju un manipulācijai veltīto laiku,

gan arī tehnoloģiskās nodrošinājuma iespējas, taču, ne mazāk svarīgi, arī pareizu izmeklējumu plānošanu un pacientu sagatavošanu. Precīzu gala rekomendāciju sniegšanai ļoti būtisks ir arī kompetenta patologa sniegtā mikroskopiskā apraksta kvalitāte.

GASTRO valstī ir bijis līderis kvalitatīvas kolonoskopijas nodrošināšanai. Tas attiecas gan uz tiem izmeklējumiem, kas tiek veikti skrīninga programmas ietvaros, gan arī diagnostiskiem izmeklējumiem. Arī turpmāk GASTRO labprāt sadarbosies gan ar Veselības ministriju, gan ar Nacionālo veselības centru ar mērķi nodrošināt kvalitatīvu izmeklējumu veikšanu visās endoskopiju nodaļās un centros. Jāatzīmē, ka šobrīd Eiropas vadošie eksperti vērtē valstī notiekošās skrīninga programmas, tostarp kolorektālā vēža gadījumā, šajā procesā aktīvi bijuši iesaistīti arī GASTRO speciālisti.

Kuņģa vēža skrīninga plānojums Eiropas Savienības valstīs ir jaunums pēdējās Eiropas Komisijas Padomes rekomendācijās. Šobrīd pieejami dati liecina, ka visefektīvākā kuņģa vēža profilakse ir *H.pylori* noteikšana un likvidēšana. Šāda taktika

samazina vēža risku par vismaz 35–40%. Trūkstošo datu iegūšanai un informācijas apkopošanai saistībā ar rekomendāciju izstrādi kuņģa vēža skrīningam drīzumā tiks uzsākts Eiropas Komisijas daļēji atbalstīts projekts TOGAS, kura starptautiskais koordinators ir Latvijas Universitātes Klīniskās un profilaktiskās medicīnas institūts (KPMI), tāpat projektā paredzama aktīva GASTRO ārstu iesaiste.

Noteikti vēl jāpiemin arī starptautisks projekts AIDA, kurā paredzēts pētīt lielo datu un mākslīgā intelekta lomu kuņģa vēža un pirmsvēža stāvokļu atklāšanā, kā arī GAIA-X (Eiropas Datu bāzes) projekts CARECOL lielo datu izmantošanā kuņģa vēža jomā, kuros paredzēta GASTRO un KPMI cieša sadarbība.

Tādējādi GASTRO speciālisti aktīvi un plaši iesaistās starptautiskā sadarbībā un labākās pieredzes apmaiņā saistībā ar gastrointestinālo pirmsvēža stāvokļu efektīvu noteikšanu ar vadošajiem Eiropas šīs jomas centriem, t.sk. Porto Visaptverošo vēža centru (Portugāle), ERASMUS Medicīnas centru (Rotterdama, Nīderlande), Nantes Universitātes Centrālo slimnīcu (Francija). 🌐

Informējam kolēģus, ka 9. martā paredzēta sanāksme par starptautisko ekspertu veikto situācijas analīzi Latvijā, tostarp saistībā ar kolorektālā vēža skrīningu.
Par sanāksmes vietu un laiku sekojiet informācijai www.kpmi.lv.

Dr. Ivars Tolmanis: "2022. gads mums bijis saspringts, izaicinošs, bet veiksmīgs."

Ir izvērtēti Gremošanas slimību centra GASTRO 2022. gada darbības skaitliskie rezultāti, kas liecina – paveiktais pacientu apkalpošanā, medicīnisko procedūru veikšanā, diagnostikā un konsultāciju sniegšanā GASTRO ir spēruši nozīmīgu soli uz priekšu.

GASTRO valdes priekšsēdētājs, dr. Ivars Tolmanis, komentējot iepriekšējā gada GASTRO rezultātus, uzsver: "Iepriekšējais gads bijis izaicinošs un saspringts, ja tā var teikt, visās nozīmēs. Covid-19 pandēmija gada sākumā, karš Ukrainā un atbilstoša iesaiste palīdzības sniegšanā un atbalstā mūsu draugiem, pašmāju problēmas ar straujo cenu pieaugumu energoresursiem, veselības sistēmas nesakārtotība – darbs bija ļoti sarežģītos apstākļos," norāda dr. Ivars Tolmanis, "tāpēc esam ļoti gandarīti, ka mums ir ne tikai izdevies noturēt GASTRO augsto pakalpojumu līmeni un sniegto pakalpojumu apjomu, bet arī to audzēt, piedāvājot mūsu klientiem gan mūsu tradicionālos pakalpojumus gastroenteroloģijas jomā, bet arī saistītajās medicīnās un pakalpojumu nozarēs," uzsver GASTRO vadītājs.

2022. gadā GASTRO klīnikā veiktas 12 636 endoskopijas (tostarp GASTRO medicīnas centrā Gaiļezera ielā 1, Rīgā, 11 079 endoskopijas, bet Jēkabpilī – 1557). 2004 pacienti saņēmuši endoskopiskos izmeklējumus "zaļā koridora" ietvaros, 637 pacienti veikuši kolonoskopijas KRV skrīninga programmas ietvaros. 92 pacienti veikuši izmeklējumus ar moderno kapsulas endoskopijas metodes palīdzību. GASTRO ārsti snieguši 1561 konsultāciju saviem pacientiem, veikti 1546 funkcionālie izmeklējumi.

"Gan apkalpoto pacientu skaits, gan veikto izmeklējumu un konsultāciju ap-



**ESAM ĻOTI GANDARĪTI, KA MUMS IR NE
TIKAI IZDEVIES NOTURĒT GASTRO AUGSTO
PAKALPOJUMU LĪMENI UN SNIEGTO
PAKALPOJUMU APJOMU, BET ARĪ TO AUDZĒT.**

jomi padara GASTRO par vienu no vadošajām gastroenteroloģijas jomas klīnikām gan valstī, gan reģionā," norāda dr. Ivars Tolmanis. Viņš uzsver, ka GASTRO sniegto pakalpojumu apjoms un kvalitāte ir ļāvuši akumulēt līdzekļus arī Gremošanas slimību centra GASTRO tālākai tehnoloģiskajai attīstībai: "Mūsu klīnikas attīstības stratēģija paredz ieviest

jaunākās un modernākās diagnostikas un izmeklējumu metodes un tehnoloģijas, attīstīt medicīnas zinātnes sasniegumus, piedalīties klīniskos pētījumos, kas ļaus un jau ļauj piedāvāt mūsu pacientiem pašus jaunākos sasniegumus gastroenteroloģijā," ir pārliecināts dr. Ivars Tolmanis, GASTRO valdes priekšsēdētājs. 🌱

Dr. Andrejs Kavelkins no Kazahstānas: "Rīgā iegūtās zināšanas jau plaši pielietojam savā valstī."

Iepriekšējā gada nogalē pirmo reizi Grešošanas slimību centra GASTRO pastāvēšanas vēsturē norisinājās divu nedēļu apmācību cikls 10 ārstiem-anesteziologiem no Ustj-Kamenogorskas apgabala Kazahstānā. Par GASTRO notikušajām apmācībām un to praktisko rezultātu "GASTRO Ziņām" stāsta Kazahstānas kolēģis no Austrumkazahstānas reģionālās slimnīcas, ārsts anesteziologs-reanimatologs un endoskopists dr. Andrejs Kavelkins:

"Gremošanas slimību centrā GASTRO tika apmācīti 10 ārsti no Kazahstānas pilsētu un rajonu slimnīcām.

Kolēģi no Latvijas laipni dalījās ar savu bagātīgo pieredzi endoskopisko izmeklējumu veikšanā sedācijas apstākļos mūsdienīgā līmenī. Faktiski tieši pēc apmācībām GASTRO redzam, kā un kurlp jāvirzās arī mūsu medicīniskajai sistēmai, lai vispārējās narkozes lietošana endoskopiskajās procedūrās tiktu padarīta par ierastu praksi arī pie mums.

GASTRO jau vairāk nekā 20 gadus strādā dažādu endoskopisko izmeklējumu un manipulāciju jomā, pielietojot vispārējo narkozē procedūru laikā. Klīnikā strādā augsti kvalificēti speciālisti ar lielu pieredzi endoskopijas un anestezioloģijas jomā – gan ārsti, gan medicīnas māsas un citi veselības aprūpes darbinieki. Klīnika ir pilnībā aprīkota ar modernu aprīkojumu no labākajiem un pārbaudītiem zīmoliem medicīniskās aparatūras tirgū.

GASTRO pārstāvji teorētiski un praktiski iemācīja visas šo izmeklējumu nianšes, plaši stāstot par katru posmu – no pacienta apskates līdz faktiskajai procedūrai. Šobrīd Rīgā apmācītie ārsti mūsu reģionā jau plaši pielieto iegūtās zināšanas – endoskopiskie izmeklējumi se-



**TIEŠI PĒC APMĀCĪBĀM GASTRO REDZAM,
KĀ UN KURP JĀVIRZĀS ARĪ MŪSU
MEDICĪNISKAJAI SISTĒMAI, LAI VISPĀRĒJĀS
NARKOZES LIETOŠANA ENDOSKOPIKAJĀS
PROCEDŪRĀS TIKTU PADARĪTA PAR IERASTU
PRAKSI ARĪ PIE MUMS."**

dācijas apstākļos tiek veikti ne tikai vairāku pilsētu klīnikās, bet kļūva pieejami arī atsevišķās reģionālajās slimnīcās. Ja kāds no Kazahstānas ārstiem vēlēties veikt endoskopiskos izmeklējumus, pielietojot kopējo narkozi, tad jebkurš Rīgā apmācīts ārsts bez iebildumiem padalīsies ar iegūtajām zināšanām.

Atsevišķi vēlos atzīmēt visa GASTRO personāla sirsnīgo uzņemšanu un draudzīgumu – mācību procesā mums nebija nekādu ierobežojumu zināšanu apguvē, par to īpašs paldies no mums visiem, Kazahstānas mediķiem, kuri piedalījās apmācībās. Sūtām sveicienus un laba vēlējumus visam GASTRO kolektīvam."

Atgādinām, ka šajās divās nāpmācību

edēlās viesārstiem bija iespēja atsvaidzināt un paplašināt savas zināšanas ambulatorajā anestēzijā, piedalīties Latvijas Ārstu biedrības organizētajos kursos "Neatliekamā medicīniskā palīdzība un kardiopulmonālā reanimācija" – gan teorētiskajās, gan praktiskajās nodarbībās –, kā arī iepazīties ar Rīgas Austrumu klīnisko universitātes slimnīcu un Jēkabpils reģionālo slimnīcu. Apmācības Kazahstānas kolēģiem vadīja GASTRO speciālisti: ārsti-endoskopisti un anesteziologi, mācībās aktīvi piedalījās arī GASTRO māsas. GASTRO sadarbība ar Kazahstānu, visticamāk, turpināsies arī 2023. gadā. 🌐

GASTRO atbalsts florbolam: sabiedrības veselība ir mūsu kopējā atbildība!

Jau ziņots, ka iepriekšējā gada vidū Gremošanas slimību centrs GASTRO kļuva par florbola skolas "Masters" ģenerālsponsoru. To paredz parakstītais līgums starp GASTRO un biedrību "Florbola attīstības aģentūra". Arī GASTRO attīstības stratēģija paredz iesaisti kopējā sabiedrības veselības uzlabošanā, tostarp – arī dalību tādu aktivitāšu atbalstīšanā, kas tieši saistīta ar veselīgu dzīvesveidu.

"Viena no GASTRO misijām ir veselīga dzīvesveida popularizēšana un veicināšana," skaidro Gremošanas slimību centra GASTRO valdes priekšsēdētājs, dr. Ivars Tolmanis. "Florbols ir viens no tiem aktīvā sporta veidiem, kas pieejams no agras bērnības līdz pat cienījamam vecumam un palīdz saglabāt un attīstīt indivīda fizisko un garīgo veselību." Savukārt GASTRO izvēli atbalstīt tieši FS "Masters" noteikusi ir florbola skolas prezentētā kopējā attīstības stratēģija: "Ir svarīgi, ka mūsu ieguldījums, atbalstot sportistus, "atmaksātos" – proti, ar konkrētā kluba aktivitātēm, kas tieši saistītas ar veselīga un sportiska dzīvesveida popularizēšanu, ar aktivitātēm, kas saistītas ne tikai ar profesionālo sportu, bet arī bērnu un jauniešu iesaisti tautas sporta līmenī," norāda dr. Ivars Tolmanis. "FS "Masters" šajā ziņā ir lielisks paraugs, kā var apvienot profesionālo sportu, tautas sportu, jaunatnes iesaisti veselīgās aktivitātēs, organizētas bērnu aktivitātes

DR. JĀNIS ZAĶIS: "AR NEKVALITĀTĪVU DEGVIELU MĒS SAĪSINĀSIM MAŠĪNAS MŪŽU, AR NEPAREIZU UN NESABALANSĒTU, UN NEVESELĪGU UZTURU – SABOJĀSIM SAVU VESELĪBU."

un, pats galvenais, aizrautību gan pašu sportotāju, gan līdzjutēju vidū. Esam pārliecināti, ka mūsu sadarbība ir savstarpēji veiksmīga un nākotnē vērsta. Ja ar FS "Masters" publiskajām aktivitātēm par veselīgu dzīvesveidu, pareizu un sabalansētu uzturu, nepieciešamību domāt par savu veselību aizdomāties kaut simts jaunieši, kaut simts sportisti un fani, tad mūsu atbalsts viņu aktivitātēm savu mērķi būs sasniedzis."

Savukārt GASTRO galvenais ārsts Jānis Zaķis, komentējot potenciālo sportistu ieguldījumu veselīga dzīvesveida popularizēšanā, uzsver svarīgu FS "Masters" ieguldījumu, rīkojot speciālus mačus,

kuros īpaša uzmanība tiek pievērsta veselīgam dzīvesveidam un pareizam uzturam, kas ir tik svarīgs ne tikai sportistiem, bet jebkuram: "Vai varat iedomāties automašīnu, kurai nav degviela, bet uz priekšu tikt gribas? Vai automašīna, kur benzīna vietā degvielas tvertnē ielejat dīzeli? Ir skaidrs, ka nekāda braukšana nesanāks. Pirmajā gadījumā tāpēc, ka nebūs enerģija. Otrajā – tāpēc, ka tiks galīgi "sabeigts" mašīnas dzinējs. Šīs vienkāršās analogijas uzskatāmi parāda, cik svarīgs gan sportistam, gan jebkuram cilvēkam ir uzturs. Un, kas sevišķi būtiski, pareizs un sabalansēts, veselīgs uzturs. Ar nekvalitatīvu degvielu mēs saīsināsim mašīnas mūžu, ar nepareizu un nesabalansētu, un neveselīgu uzturu – ne tikai "nedabūsim" sportisko rezultātu, bet arī sabojāsim savu veselību. Tāpēc varu droši teikt – uztura nozīmi sportā nevar pārvērtēt un tas ir daudzu sportisko panākumu pamatā. Tieši tas arī skaidro, kāpēc esam iesaistījušies šādās sabiedriskās aktivitātēs," norāda dr. Jānis Zaķis. 🗣️

Maijā GASTRO plāno teorētisku un praktisku semināru

Turpinot Gremošanas slimību centra GASTRO jau iepriekš iesāktās aktivitātes medicīniskās izglītības un tālākizglītības jomā, kā arī palīdzot kolēģiem un topošajiem mediķiem apgūt jaunākās metodes, tendences un tehnoloģijas gastroenteroloģijas nozarē, šī gada maijā GASTRO plāno teorētisku un praktisku semināru "Kolonoskopijas un polipektomijas kvalitāte".

GASTRO valdes priekšsēdētājs dr. Ivars Tolmanis norāda, ka seminārā plānotas gan teorētiskās lekcijas, gan iespēja piedalīties reālās procedūrās pieredzējušu GASTRO ārstu-ekspertu vadībā: "Medicīna ir joma, kurā jāmācās nepārtraukti, jāseko līdz jaunumiem, jāapgūst jaunākās tendences un tehnoloģijas, turklāt mums, nozares profesionāļiem, ir skaidrs, ka gastroen-

teroloģijas, tāpat kā jebkuras citas medicīnas jomas, attīstība ir cieši saistīta gan ar esošo ārstu tālākizglītību, gan ar jaunās paaudzes mediķu ienākšanu nozarē," saka dr. Ivars Tolmanis, "tāpēc GASTRO vienmēr iesaistījies šādās izglītojošās aktivitātēs. Mēs visi esam ieinteresēti, lai pacientu aprūpē ne tikai netiktu zaudēta kvalitāte, bet arī ienāktu medicīnas zinātnes un tehnoloģiju piedāvātās iespējas. Turklāt

ienāktu ar zinošu un mācīties gribošu ārstu un speciālistu palīdzību," uzsver GASTRO valdes priekšsēdētājs.

Teorētiskais un praktiskais seminārs "Kolonoskopijas un polipektomijas kvalitāte" plānots šī gada maijā. Precīzs semināra norises datums tiks paziņots vēlāk, tāpēc aicinām kolēģus sekot aktuālajai informācijai GASTRO mājaslapā www.gastrocentrs.lv, kā arī GASTRO sociālo tīklu profilos. 🗣️

GASTRO mediķi gūst pieredzi Somijā

Februāra nogalē GASTRO mediķu komanda viesojās Somijas pilsētas Hemenlinnas slimnīcas gastroenteroloģijas nodaļā, lai iepazītos ar somu kolēģu darba metodēm, stilu un inovācijām gastroenteroloģijā un endoskopiju veikšanā.

Vizītes laikā bija iespēja iepazīties ar to, kā tiek veiktas endoskopijas gan bērniem, gan arī pieaugušajiem, GASTRO mediķi piedalījās arī endoskopiskās retrogrādās holangiopankreatogrāfijas (ERHP) procedūrā: tā ir metode, kas ietver divu atsevišķu metožu – endoskopijas un rentgena tehnoloģiju – vienlaicīgu pielietojumu. Pateicoties jauno tehnoloģiju attīstībai, metode ir efektīva žultsakmeņu, žultsvada struktūru, aizkuņģa dziedzera un aknu slimību endoskopiskai terapijai.

Interesanta bija Somijā lietotā pieeja anestēzijas izmantošanā endoskopiju veikšanā. "Ja bērniem pat vienkāršākās gastrokopijas tiek veiktas intubācijas narkozē, tad pieaugušajiem, sākot ar 18 gadu vecumu, endoskopijas pamatā tiek veiktas vai nu bez narkozes vai arī vietējā narkozē," par gūtajiem iespaidiem stāsta GASTRO galvenais ārsts dr. Jānis Zaķis. "Tomēr, vērojot šādi veiktas endoskopijas, nākas secināt, ka pacientu komforta līmenis tomēr ir būtiski zemāks, nekā veicot endoskopijas propofola narkozē, kā to jau daudzu gadu garumā piedāvā GASTRO," secina dr. Jānis Zaķis.

Dr. Jānis Zaķis ir ne tikai GASTRO galvenais ārsts, bet viņa specializācija ir anestezioloģija-reanimatoloģija, tādēļ īpašu uzmanību pieredzes apmaiņas vizītē Somijā dr. Zaķis pievērsis tieši šai jomai: "Uzreiz teikšu, ka mana interese bija viss, kas saistīts ar anestēziju pie endoskopiskām procedūrām. Jau pie pirmajiem izmeklējumiem sagaidīja neliels pārsteigums, jo gastrokopija un kolonoskopija 15 un 16 gadu jauniem pacientiem tika veikta vispārējā anestē-



zijā ar endotraheālo metodi," norāda dr. Jānis Zaķis. "Kā mums skaidroja somu kolēģis – anesteziologs Mikka Risto –, tā bijusi ārsta endoskopista prasība." Tomēr dr. Zaķis norāda arī uz atšķirīgām pieejām izmeklējumu veikšanā: "Pēc rīta procedūrām nākamās bija kuņģa izmeklēšanas ambulatoriem pacientiem lokālā anestēzijā ar sedatīvo un īsas darbības narkotisko analgētiķu intravenozu kombināciju. Pacienti rīstījās, klepoja, acīs asaras... Nezinu, vai es to gribētu piedzīvot darbā ar mūsu pacientiem! Uz jautājumu, kāpēc viņi neizmanto dziļo sedāciju, somu kolēģu atbilde bija, ka pacienti tāpat labi jūtas.

Bet, manuprāt, par to vēl tiešām varētu padiskutēt!"

GASTRO galvenais ārsts turpina par iegūto pieredzi Hemenlinnā: "Ļoti interesanta bija žultsceļu izmeklēšanas procedūra (ERCP) pacientam ar iestrēgušu akmeni žultsceļos. Izmeklējums noritēja totālā intravenozā anestēzijā (TIVA), pacietam esot dziļā miegā. Procedūra noslēdzās ar akmens izņemšanu un ātru pamošanos pēc procedūras. Kopējais iespaids par somu kolēģu pieredzi, veicot endoskopijas, bija labs, kaut gan, atklāti sakot, man tomēr palika iespaids, ka mūsu pacienti saņem empātiskāku pieeju un jūtas labāk gan procedūras laikā, gan pēc tās," secina GASTRO galvenais

ārsts, anestezeologs-reanimatologs dr. Jānis Zaķis.

Vizītes laikā Somijā GASTRO pārstāvji tikās arī ar Hemenlinnas reģionālās slimnīcas vadītājiem, kuri iepazīstināja ar nupat Somijā veikto veselības un sociālās aprūpes sistēmu reformu. Par reformas būtību stāsta GASTRO valdes loceklis Ansis Grantiņš: "Reformas rezultātā no šī gada 1. janvāra vienā organizācijā ir apvienotas visas reģiona slimnīcas un sociālās aprūpes institūcijas. Tādējādi līdzšinējo 2000 slimnīcas darbinieku vietā no 1. janvāra Hemenlinnas reģionālajā slimnīcā un tās struktūrvienībās kopā strādā 6000 darbinieki. Reforma ir mainījusi arī slimnīcu un sociālās aprūpes institūciju finansēšanas principu – līdz šim tās finansēja pašvaldības, bet šobrīd – valsts budžets," būtiskākās somu reformas nianse uzskaita GASTRO valdes loceklis. "Pārrunājām arī valsts finansējuma pieejamību, proti, lai pacienti varētu saņemt medicīnas pakalpojumus privātajās klīnikās. Somijā ir divi ceļi, kā pacienti var iegūt valsts finansējumu pakalpojumu saņemšanai privātajās klīnikās. Pirmais ceļš ir caur valsts slimnīcām: virknei slimnīcu ir ārpalpojuma līgumi ar privātajām klīnikām, kas nodrošina konkrētu valsts apmaksātu procedūru veikšanu," skaidro Ansis Grantiņš, "savukārt otrs ceļš ir paša pacienta izvēle starp valsts slimnīcu vai privātu klīniku (tieša gan, tas iespējams tikai atsevišķām pacientu grupām). Pirmajā gadījumā pacients apmeklē valsts slimnīcu un saņem 100% finansētu pakalpojumu, bet, izvēloties privāto klīniku, pacients sedz starpību starp valsts finansētā pakalpojuma cenu un privātās klīnikas noteikto cenu," Somijas ceļu pacientu aprūpē raksturo Ansis Grantiņš, GASTRO valdes loceklis.

Kopumā GASTRO pārstāvji vizīti vērtē kā ļoti izzinošu un produktīvu, sakot īpašu paldies Hemenlinnas reģionālās slimnīcas Gastroenteroloģijas nodaļas vadītājam, dr. Heli Eronenai par laipno uzņemšanu. 🌱

Kolorektālu polipektomiju un kontroles kolonoskopiju vadlīnijas

Dr. Ivars Tolmanis,
ārsts-gastroenterologs,
Gremošanas slimību
centra GASTRO valdes
priekšsēdētājs



Kolorektālu polipektomiju un kontroles kolonoskopiju vadlīnijas veidotas, balstoties uz aktuālajiem vadošo Eiropas un ASV profesionālo asociāciju viedokļiem un GASTRO līdzšinējo pieredzi.

Ievads un kopsavilkums

Kolorektālais vēzis (KRV) ir viens no biežākajiem audzējiem, tā terapija prasa milzīgus resursus un novēlotu formu gadījumā izraisa nenovēršamu invaliditāti un priekšlaicīgu nāvi. KRV novēršana un savlaicīga diagnostika nozīmīgi samazina šīs slimības riskus, būtiski uzlabo pacienta dzīves kvalitāti un dzīvildzi pēc terapijas, ievērojami samazina pacienta veselības aprūpei nepieciešamos izdevumus.

Kolorektālais vēzis vairumā gadījumu attīstās no polīpiem vai agrīnās stadijās atgādina polipu. Zarnas polipi ir patoloģiski epitēlija dažādu šūnu veidu sakoju, kas labi redzami kolonoskopijas laikā. Polipi saistībā ar to izmēru lokalizāciju, makroskopiskām un histoloģiskām pazīmēm iedalās vairākos apakštipos. Kolorektālu polipu apakštipiem ir atšķirīgi riski, endoskopiskās ekscīzijas veidi un kontroles intervāli pēc pilnīgas polipektomijas.

Attīstoties ārstu zināšanām, prasmēm un endoskopiju tehnoloģijām, mūsdienās lielākā daļa kolorektālu polipu neatkarīgi no to izmēra un lokalizācijas ir ekscidējami pirmās kolonoskopijas laikā. Ķirurģiskai terapijai jānosūta tikai tie polipi, kur ir pārliecinošas invazīvas malignitātes pazīmes, vai endoskopis-

kas ekscīzijas mēģinājumi kvalificēta eksperta izpildījumā ir nesekmīgi. Tāpēc adekvāta kolorektāla polipektomija ir viens no efektīvākajiem KRV prevencijas, diagnostikas, agrīnu formu terapijas paņēmieniem un viens no svarīgākajiem endoskopista kvalifikācijas kritērijiem.

ieteicamas tikai tajā gadījumā, ja polipā konstatē pārliecinošas malignitātes pazīmes, endoskopiska polipa ekscīzija nav iespējama un pacientu nosūta tālākai ķirurģiskai terapijai. Visos pārējos gadījumos nekādu biopsiju veikšana pirms polipektomijas nav vēlama, jo palielina traucējošas fibrozes risku un tas ievērojami apgrūtina sekojošas polipektomijas veikšanu.

Polipektomija

Kolorektālas polipektomijas primārais mērķis ir veidojuma pilnīga noņemšana un ar to saistīta kolorektāla vēža novēršana. Endoskopistam jāizvēlas visdrošākais, pilnīgākais un efektīvākais polipektomijas veids, balstoties uz aktuālo pieejamo informāciju. Polipektomija iespēju robežās jāveic pirmās kolonoskopijas laikā.

Nelieli (līdz 10 mm) polipi

Nelieliem polīpiem rekomendējam mehānisku polipektomiju ar aukstu cilpu (bez elektriskās strāvas izmantošanas). Biopsiju izmantošana histoloģiskai novērtēšanai vai standarta biopsiju standziņu izmantošana nelielu polipu noņemšanai nav ieteicama. Atsevišķos gadījumos, kad ļoti sīkus polipus ar auksto cilpu noņemt ir tehniski ļoti sarežģīti, tad šo atsevišķo polipu noņemšanai var izmantot speciālas lielās biopsiju kņables (*jumbo forceps*).

Vidēja izmēra plakani (10–19 mm) polipi

Plakaniem 10–19 mm polīpiem rekomendējam veikt ekscīziju ar cilpu. Var izmantot aukstu vai karstu cilpu ar vai bez submukozas injekcijas, izvēloties optimālāko konkrētajai situācijai atbilstošāko pieeju, pēc iespējas samazinot elektrokoagulācijas lietošanu, jo tā palielina komplikāciju risku.

Polipa apraksts un novērtēšana

Polipa makroskopisks raksturojums sniedz informāciju, kas veicina tā histoloģisku novērtēšanu un optimālu polipektomijass stratēģijas plānošanu. Endoskopiju protokolā par polipu rekomendējam dokumentēt:

- lokalizācija: resnās zarnas daļa, taisnajā zarnā attālums (cm) no anālās atveres;
- polipa maksimālais izmērs milimetros;
- polipa formas Parīzes klasifikācija;
- NICE NBI klasifikācija veidojumiem ≥ 10 mm;
- plakaniem Paris 0-I s un 0-II veidojumiem ≥ 10 mm jāizdala granulārs vai laterāli izplatīts;
- dziļas zemgļotādas invāzijas pazīmju noteikšana un atspoguļošana.

Biopsijas pirms polipektomijas

Biopsijas pirms polipektomijas nav nepieciešamas, jo polipa histoloģisko veidu ar standarta biopsijām endoskopijas laikā precīzi noteikt bieži nav iespējams, jo ar šo metodi var iegūt tikai virspusējus audu paraugus. Pilnvērtīga polipa morfoloģiskā novērtēšana iespējama, ja to pilnībā ekscidē veselo audu robežās un visu iegūto materiālu nosūta histoloģiskai izmeklēšanai. Biopsijas

Kolorektālu polipektomiju un kontroles kolonoskopiju vadlīnijas

TURPINĀJUMS NO 7. LPP.

Liela izmēra (≥ 20 mm) plakani polipi

Lieliem plakaniem (≥ 20 mm) polipiem rekomendējam veikt endoskopisku glotādas rezekciju (EMR) vai atsevišķos, īpaši sarežģītos gadījumos endoskopisku zemglotādas disekciju (ESD). Tā jāveic pēc iespējas pilnīgi vienas kolonoskopijas laikā, ar pēc iespējas lielākiem gabaliem un mazāko iespējamo griezumu skaitu, noņemot visus makroskopiskos veidojumus un to daļas. Var izmantot aukstu vai karstu cilpu, izvēloties optimālāko konkrētajai situācijai atbilstošāko pieeju, pēc iespējas samazinot elektrokoagulācijas lietošanu, jo tā palielina komplikāciju risku.

Submukozas injekcijai pirms EMR var izmantot fizioloģisko šķīdumu, tomēr ieteicamāki šim mērķim ir speciāli viskozāki preparāti, kas lēnāk rezorbējas un iekrāso audus labākai struktūras novērtēšanai. Submukozas injekcijai nav ieteicams lietot krāsvielas, ko izmanto tetovēšanai, piemēram SPOT vai citas oglekli saturošas vielas, jo tās var veicināt fibrozi.

Atlieku polipa audu noņemšanai pēc EMR nav ieteicams lietot APK vai citu koagulācijas metodi, piemēram, karstu cilpas galu. Ja polipa atlieku fragmentu noņemšana ar cilpu nav iespējama, tad to ekstirpācijai var izmantot parastās vai jumbo tipa biopsiju knaiblītes bez elektrokoagulācijas.

Tīru polipa rezekcijas malu pēc EMR var koagulēt ar APK vai karstas cilpas galu. Rēta pēc EMR rūpīgi jānovērtē un perforācijas riska vai pazīmju gadījumā atbilstoši jāslēdz mehāniski ar klipsi vai citu atbilstošu ierīci. Labās zarnas puses lielu (≥ 20 mm) pēc rezekcijas rētu vienmēr iespēju robežās ieteicams slēgt profilaktiski.

Asiņošanas apturēšanai EMR laikā ie-

teicams izmantot endoskopiskās koagulācijas metodi (koagulācijas knaiblītes vai cilpas galu "soft" režīmā) vai mehānisku līdzekli (klipsi). To ieteicams kombinēt ar atšķaidīta adrenalīna šķīduma injekciju.

Pedunkulēti polipi (uz šauras, $< \frac{1}{2}$ no polipa izmēra, pamatnes, "kājiņas")

Pedunkulētiem polipiem līdz 19 mm ieteicam veikt eksīziju ar karstu cilpu. Pedunkulētiem polipiem ≥ 20 mm (vai ja pamatne / "kājiņa" ≥ 5 mm) pirms eksīzijas ieteicams izmantot pamatnes ligēšanu ar endocilpu vai hemostāzes klipsi. Lieli pedunkulēti polipi ar pamatni iespēju robežās jāekscidē un jāekstirpē vienā veselā (en bloc). Relatīvi lielas un garas polipa kājiņas gadījumā klipsis vai endocilpa jāfiksē maksimāli tuvu zarnas sienai, bet grieziens ar cilpu jāveic maksimālu tuvu polipam.

Nelieli (līdz 15 mm) plakani polipi ar malignitātes pazīmēm

Nelieliem līdz 15 mm maligniem veidojumiem, ja nav iespējama droša endoskopiska ekscīzija ar standarta polipektomijas metodēm, iespējams veikt endoskopisku lokālu transmūrālu veidojuma un tuvējās zarnas sienas rezekciju (FTR) ar speciālu tam paredzētu ierīci. Pacienta pirms un pēcoperācijas novērtēšanas taktika jāsaskaņo ar onkologu.

Polipa zonas marķēšana

Polipa lokalizēšanas uzlabošanai pirms endoskopiskas vai ķirurģiskas operācijas ieteicama tuvējās zarnas sienas injekcija ar speciālu krāsvielu (piemēram, SPOT). Krāsvielu ieteicams injicēt 2–3 cm distāli divās atsevišķās vietās. Oglekļa bāzes krāsvielas ievadīšana veidojuma tiešā tuvumā var izraisīt fibrozi, kas var apgrūtināt sekojošu endoskopisku ekscīziju.

Polipektomijas atspoguļošana kolonoskopijas protokolā

Polipa apraksta rekomendācijas skatīt tekstā iepriekš. Polipektomijas aprakstā jānorāda ekscīzijas metode:

- auksta cilpa;
- karsta cilpa;
- EMR;
- ESD;
- FTR.

Polipa foto dokumentēšana:

- pirms polipektomijas;
- rētai pēc-polipektomijas;
- polipa foto pēc izvilkšanas no zarnas;
- kolonoskopijas protokolā jāatspoguļo arī marķēšana un vēlams to dokumentēt ar foto.

Pēc polipa histoloģiskā slēdziena saņemšanas endoskopiju protokols būtu jāpapildina ar rezultāta interpretāciju endoskopista skatījumā saistībā ar endoskopisko atradni.

Polipu nosūtīšana morfoloģiskai izmeklēšanai

Visus kolorektālus polipus, īpaši pedunkulētos, ieteicams izņemt vienā veselā. Īpaši svarīgi tas ir gadījumos, ja ir aizdomas par augstas pakāpes displāziju vai Tis/T1 neoplāziju.

Plakanus veidojumus ar invazīvas malignitātes pazīmēm zemglotādā, kas ekscidēti vienā veselā endoskopiski, pirms nosūtīšanas uz morfoloģijas laboratoriju vēlams fiksēt, izklājot uz plakanas virsmas.

Morfoloģiskajā slēdzienā visiem kolorektāliem veidojumiem ar zemglotādas invāzijas pazīmēm jāatspoguļo invāzijas dziļums, laterālās un vertikālās izplatības attālums līdz rezekcijas malai, diferenciacijas pakāpe, limfovaskulāra invāzija.

Liela izmēra (20 mm un lielākus) polipus, ja nav pārliecinošas augstas

TURPINĀJUMS 9. LPP.

Kolorektālu polipektomiju un kontroles kolonoskopiju vadlīnijas

TURPINĀJUMS NO 8. LPP.

pakāpes displāzijas vai Tis/T1 neoplāzijas pazīmes, nepieciešamības gadījumā var noņemt pa daļām.

Anti-trombotiķu un antikoagulantu lietošana pirms polipektomijas

Pacientiem, kam jālieto anti-trombotiski medikamenti, pirms polipektomijas, īpaši pirms lielu ≥ 20 mm veidojumu endoskopiskas noņemšanas, jāveic individuāla novērtēšana un atbilstoša terapijas korekcija, ja nepieciešams, lai balansētu prioritātes starp KRV profilaksi, asiņošanas un trombožu riskiem. Detalizētu informāciju par šo tēmu publicēsim kādā no nākamajiem "GASTRO Ziņu" numuriem.

Speciāli endoskopiju aparatūras un tehnoloģiju jautājumi

Tehniski sarežģītai polipektomijai, EMR vai ESD, efektīvākai zarnas lumena izplešanai ieteicams izmantot CO₂ gāzi. Audu griešanai ieteicams izmantot zarnas segmentam atbilstošus elektroķirurģiskās iekārtas iestatījumus vai automātiskus ar mikroprocesoru kontrolētus griešanas vai koagulēšanas režīmus ar kopējo mērķi pēc iespējas samazināt elektriskās strāvas ietekmi.

Endoskopa pozīcijas, redzamības un polipektomijas instrumentu efektīvas pielietošanas optimizēšanai ieteicams izmantot speciālas endoskopa gala uzdevas. Īpaši sarežģītu un ilgu kolorektālu polipektomiju gadījumā ieteicams izmantot endotraheālu narkozi.

Polipektomijas kvalitāte un citi ar to saistītie jautājumi

Adekvāta kolorektāla polipektomija ir viens no efektīvākajiem KRV prevencijas, diagnostikas, agrīnu formu terapijas paņēmieniem un viens no svarīgākajiem endoskopista kvalifikācijas kritērijiem.

GASTRO STANDARTS SAREŽĢĪTU KOLOREKTĀLU VEIDOJUMU ENDOSKOPISKĀ TERAPIJĀ PAREDZ GALVENĀ ĀRSTA UN VISMĀZ VIENA PIEREDZĒJUŠĀ ENDOSKOPISTA SLĒDZIENU PIRMS PACIENTA NOSŪTĪŠANAS ĶIRURĢISKAI TERAPIJAI.

Mūsdienās lielāko daļu polipu (neatkarīgi no to izmēra vai lokalizācijas) un, ja nav pārliecinošu polipa invāzīvas malignitātes pazīmju, iespējams ekscidēt endoskopiski pirmās kolonoskopijas laikā. Tāpēc kolonoskopija ar polipektomiju ir izvēles terapija visos gadījumos, ja nav pārliecības, ka polips ir maligns ar dziļas submukozas invāzijas pazīmēm.

Ja endoskopists nevar vai negrib vizuāli vai morfoloģiski benignu kolorektālu veidojumu ekscidēt endoskopiski, pacients jānosūta pie cita endoskopista, kas to var vai grib izdarīt. Sarežģītas veidojumu ekstirpācijas ieteicams veikt endoskopistam ar atbilstošu pieredzi un treniņu. Ķirurģiskai benigna kolorektāla veidojuma terapijai pacients jānosūta tikai tad, ja pieredzējis kolorektālu veidojumu endoskopiskas terapijas speciālists to izlemj.

GASTRO standarts sarežģītu kolorektālu veidojumu endoskopiskā terapijā paredz galvenā ārsta un vismaz viena pieredzējuša endoskopista slēdzienu pirms pacienta nosūtīšanas ķirurģiskai terapijai. Ieteicama iestādes kolonoskopiju kvalitātes nodrošināšanas programma, kas ietver arī polipektomiju komplikāciju ziņošanu un analīzi.

Ieteicama benignu polipu nosūtīšanas uz ķirurģisku operāciju uzskaitē un analīzē un proporcijas noteikšana. Ieteicams ieviest polipektomijas kompetences noteikšanas paņēmienus un treniņu metodes ārstiem un endoskopiju asistentiem.

Kontroles intervāli pēc polipektomijas

Kontroles intervālu vadlīnijas ir attiecināmas uz polipektomiju kvalitatīvas kolonoskopijas laikā, kad konstatēts vismaz viens polips un veikta tā un arī visu citu konstatēto polipu pilnīga ekscīzija un ekstirpācija.

Kontroles kolonoskopija

Kontroles kolonoskopija nav nepieciešama līdz četrām < 10 mm adenomām ar vai bez zemas pakāpes (vieglu) displāziju neatkarīgi no vilozās komponentes un *Serrated* polipu < 10 mm bez displāzijas gadījumos.

Kontroles kolonoskopija pēc 3 gadiem nepieciešama:

- adenoma ≥ 10 mm vai ar augstas pakāpes displāziju;
- vairāk par četrām adenomām;
- *Serrated* polips ≥ 10 mm;
- *Serrated* polips ar displāziju.

Kontroles kolonoskopija pēc 3 mēnešiem nepieciešama pēc lielu (≥ 20 mm) polipu endoskopiskas ekscīzijas.

Kolonoskopija jāatkārto pēc 6, 12 mēnešiem un 5 gadiem, ja polipus pirmajā kontroles kolonoskopijā nekonstatē.

Kontroles intervālus katrā konkrētajā klīniskajā situācijā nepieciešamības gadījumā var saīsināt, ja tam ir pamatoti argumenti un tas jāatspoguļo endoskopiju protokolā. Visiem pacientiem pēc negatīvas plānveida kontroles kolonoskopijas saistībā ar polipektomiju vai tiem, kam speciāla kontrole saskaņā ar vadlīnijām nav nepieciešama, jāuzsāk vai jāturpina atbilstošs KRV skrīnings. 🌐

“GASTRO Ziņu” lasītāji un GASTRO sadarbības partneri un klienti bieži uzdot jautājumus par mūsu nozares svarīgākajiem terminiem, lūdzot to skaidrojumu, tāpēc esam izstrādājuši svarīgāko gastroenteroloģijas terminu skaidrojošo vārdnīcu, kura, cerams, palīdzēs gan darbā ģimenes ārstiem, gan pacientiem pirms došanās uz izmeklējumiem pie mums, Gremošanas slimību centru GASTRO.

GASTROenteroloģijas terminu vārdnīca



GASTROSKOPIJA | Q

Gastroskopija – kuņģa iekšējās virsmas (gļotādas) apskate ar speciālu instrumentu – gastroskopu; viens no endoskopijas veidiem. Gastroskops sastāv no neliela diametra caurules un lēcu, prizmu, spoguļu sistēmas vai stikla šķiedras optikas. Gastroskopu ievada kuņģī caur muti un barības vada, iepriekš ar medikamentiem samazinot rīkles gļotādas jutību. Lai uzlabotu redzamību un attālinātu kuņģa sienas no caurules gala, caur to kuņģī ievada gaisu.

GASTROENTEROLOĢIJA | Q

Gastroenteroloģija – medicīnas nozare, kas pēta gremošanas orgānu (barības vada, kuņģa, zarnu, aknu, žults izvadceļu, aizkuņģa dziedzera) uzbūvi, darbību un slimības, to ārstēšanu un profilaksi.

EZOFAGO–GASTRODUODENOSKOPIJA JEB AUGŠĒJĀ ENDOSKOPIJA | Q

Augšējā endoskopija (AE) ir barības vada, kuņģa un divpadsmitpirkstu zarnas izmeklēšanas un ārstēšanas metode gastroenteroloģijā. AE laikā veic noteiktas gremošanas sistēmas daļas apskati no iekšpuses ar speciālu endoskopu, un vajadzības gadījumā iegūst audu paraugus morfoloģiskai izmeklēšanai (biopsijas), kā arī veic polipektomijas un citas diagnostiskas un ārstnieciskas manipulācijas. Endoskopu gremošanas sistēmas augšējā daļā ievada caur muti.

KOLONOSKOPIJA JEB APAKŠĒJĀ ENDOSKOPIJA | Q

Kolonoskopija ir taisnās un resnās zarnas izmeklēšanas un ārstēšanas metode gastroenteroloģijā. Kolonoskopijas laikā veic noteiktas gremošanas sistēmas daļas apskati no iekšpuses ar endoskopu, un vajadzības gadījumā iegūst audu paraugus morfoloģiskai izmeklēšanai (biopsijas), kā arī veic polipektomijas un citas diagnostiskas un ārstnieciskas manipulācijas. Kolonoskopiju veic caur anālo atveri vai, atsevišķos gadījumos, caur mākslīgi izveidotu zarnas atveri (stomu).

DIAGNOSTISKAS UN ĀRSTNIECISKAS MANIPULĀCIJAS ENDOSKOPIJAS LAIKĀ | Q

Gremošanas sistēmas endoskopijas laikā izmeklējamā orgānā var ievadīt dažādus instrumentus – biopsiju knaiblītes, polipektomijas cilpas, adatas, klipšus, katetrus, zondes, drenas, balonus u.c. atbilstošas ierīces. Ar instrumentu palīdzību caur endoskopu iespējams veikt vissarežģītākās operācijas, ieskaitot agrīna audzēja pilnīgu izņemšanu saudzējošā veidā.

ENDOSKOPIJAS KVALITĀTES NODROŠINĀŠANA AR ANESTĒZIJU | Q

Vairumā gadījumu gremošanas sistēmas endoskopiju procedūras pacientam nesagādā nepatīkamas sajūtas, diskomfortu vai sāpes. Endoskopijas veiksmīgai norisei visbiežāk traucē pacienta gremošanas sistēmas spontānas kustības, kas ar prātu un gribu nav ietekmējamās. Tāpēc endoskopijas laikā mūsdienās izmanto speciālus anestēzijas medikamentus un dažkārt arī narkozi, nodrošinot efektīvu procedūras norisi un labāku rezultāta sasniegšanu.

BIOPSIJA | Q

Biopsija ir audu parauga iegūšana ar endoskopu, lai mikroskopiski varētu noteikt patoloģiska procesa (iekaisuma, granulācijas, audzēja, čūlas u.c.) klātesamību un raksturu. Audu paraugu izmeklēšanu pēc endoskopijas speciālā laboratorijā veic ārsts–patologs. Biopsiju novērtēšana var ilgt vairākas dienas, jo audu sagatavošana un analīze ir ļoti sarežģīts un laikietilpīgs process.

TURPINĀJUMS NO 10. LPP.

GASTROenteroloģijas terminu vārdnīca



GASTRĪTS | Q

Gastrīts ir kuņģa gļotādas iekaisums, un to var noteikt tikai mikroskopiski izmeklējot kuņģa gļotādas paraugus, kas iegūti ar biopsijām. Gastrītam ir dažādi cēloņi, smaguma pakāpes un kliniska nozīme. Vairumā gadījumu gastrīts ir vieglā formā, neradot nekādas nepatīkamas sajūtas, nepasliktinot kopējo veselību, nepaaugstinot vēža risku. Šādā gadījumā gastrīts nav speciāli jākontrolē. To, vai nepieciešama speciāla ārstēšana, diagnostika un novērošana, nosaka ārsts, individuāli izvērtējot pacienta kopējo veselības stāvokli.

GASTROEZOFAGEĀLĀ ATVIĻŅA SLIMĪBA | Q

Gastroezofageālā atviļņa vai refluksa slimība ir hroniska slimība, kad kuņģa saturs pārāk bieži un pārāk ilgi nokļūst barības vadā, radot nepatīkamas un dzīves kvalitāti pazeminošas sajūtas. Slimības galvenais iemesls ir barības vada apakšējā vārsta funkcijas traucējumi, bet tās attīstību var ietekmēt arī virkne citu cēloņu. Klasiskie simptomi ir dedzināšana aiz krūšu kaula un kuņģa satura atgrūšanas sajūta pēc ēšanas, taču var parādīties arī citi traucējoši simptomi kā sāpes krūšu kurvī, sāpes kaklā, hronisks klepus, aizsmakums, laringīts, kā arī, piemēram, hroniskas asu sāpes, iesnas un erozīva rakstura izmaiņas zobos. Atviļņa slimības diagnozi nosaka, izmantojot simptomu un kopējā pacienta veselības stāvokļa analīzi.

PEPTISKA ČŪLAS SLIMĪBA | Q

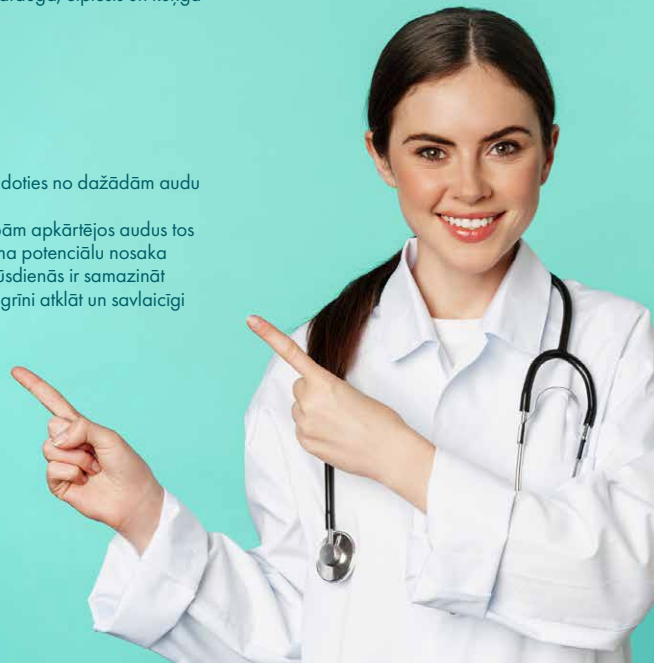
Peptiska čūla (PČ) ir gremošanas sistēmas augšējās daļas bojājums, kas izpaužas ar barības vada, kuņģa vai divpadsmitpirkstu zarnas sienas lokālu defektu. Čūla parasti ir 5–20 mm liela un skar gremošanas trakta sienas epitēliju un dziļākus slāņus līdz pat muskuļu slānim. PČ katram pacientam var izraisīt vairāku faktoru kopums, no kuriem būtiskākie ir *H. pylori* infekcija, nesteroidie pretiekaisuma līdzekļi (ibumetīns, aspirīns, diklofenaks u.c.), stress, vīrusu infekcijas, Krona slimība, staru terapija, stressa čūlas, sarkoidoze un audzējs. PČ simptomi ir nespecifiski, bieži ir sāpes pakrūtē, var būt arī slikta dūša, vemšana. PČ var radīt nopietnus dzīvībai bīstamus sarežģījumus. PČ diagnozi nosaka ar augšējo endoskopiju. Kuņģa vēzis sākuma stadijās var atgādināt peptisku čūlu, tāpēc endoskopijas laikā kuņģa čūlas gadījumā jāveic biopsijas.

HELIKOBAKTĒRIJA | Q

Helikobaktērija (*Helicobacter pylori*) ir mikroorganisms, kas dažiem cilvēkiem dzīvo kuņģa gļotādas virspusē. Ar *H. pylori* inficējas caur muti, to apēdot. Tas visbiežāk notiek agrā bērnībā, ja imūnsistēma nav pietiekami kompetenta baktēriju neuzņemt. Pieaugušajiem helikobaktērijas apēšana parasti inficēšanos neizraisa, jo organisma dabīgās aizsargsistēmas to novērš. Tāpēc pēc efektīvas *H. pylori* iznīdēšanas ar speciālu zāļu kursu, kas ietver antibakteriālus un pretskābes līdzekļus, atkārtota inficēšanās notiek ļoti reti. Biežākā problēma ir neefektīva baktērijas iznīdēšana, kā rezultātā tā paliek kuņģī un kļūst izturīga (rezistenta) pret antibakteriāliem līdzekļiem. Precīzākās metodes baktērijas noteikšanai ir antigēna noteikšana fekāliju paraugā, elptests un kuņģa biopsiju morfoloģiskā analīze.

GREMOŠANAS ORGĀNU AUDZĒJI | Q

Gremošanas orgānu audzēji ir patoloģiski orgānu jaunveidojumi un var veidoties no dažādām audu struktūrām un šūnu grupām. Audzēji ir dažādi, un saistībā ar to augšanas ātrumu un izplatīšanās īpatnībām apkārtējos audus tos iedala nosacīti labdabīgos un ļaundabīgos. Audzēja dabu un ļaundabīguma potenciālu nosaka ar šūnu un to izplatības morfoloģisku novērtēšanu. Medicīnas uzdevums mūsdienās ir samazināt audzēja riskus, pirmsvēža slimības, paredzēt audzēja rašanās sākumu, to agrīni atklāt un savlaicīgi ārstēt ar minimāli invazīvām metodēm ambulatori vai dienas stacionārā. Ielaistu vēžu gadījumi, kas jāārstē slimnīcā ar operāciju, staru vai ķīmijterapiju, būtu jāizskauž vispār vai jāsamazina līdz minimumam.



Dr. Viktors Saule: "Katra jauna diena sākas ar jaunām emocijām, jaunu līdzjušanu un jaunu iespēju palīdzēt."

Lielāko daļu sava darba mūža dr. Viktors Saule ir aizvadījis Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas klīnikā "Gaiļezers". Taču nu jau trešo gadu dr. Saule ir Gremošanas slimību centra GASTRO ārsts-endoskopists. Un, jāsaka, GASTRO komanda jau pārliecinājusies, ka dr. Viktora Saules pievienošanās komandai ir bijis liels ieguvums – viņa pieredze, zināšanas, atbildības sajūta pret pacientiem un GASTRO noteikti ir paraugs arī jaunajiem kolēģiem. Intervijā "GASTRO Ziņām" dr. Saule stāsta par savu darbu GASTRO, par darbu ar pacientiem un modernajām tehnoloģijām un, protams, par to, ka labam ārstam ir jāmācās visu mūžu.



- Bieži vien par to, ka dzīvē un arī veselībā viss nav kārtībā, signalizē tieši vēders. Un dažādi speciālisti iesaka: pārdomājiet savu dzīvi, izvairieties no stresa, pārslodzēm, tad daļa "vēdera problēmu" atrisināsies pašas no sevis. Vai tiešām "viss ir galvā" un viss ir tik vienkārši? Kā jūs komentētu šo saikni – "viss ir galvā" un gastroenteroloģiskas problēmas pacientam?

- Es to nosauktu par ļoti vienkāršotu pieeju problēmai. Taču, nevar noliegt, ka ir situācijas, kad, izmeklējot pacientu, mēs neatrodam faktiski neko no tā, par ko pacients sūdzas. Nevaram konstatēt sāpju iemeslu, nevaram nonākt līdz tīri medicīniskam iemeslam ar tām izmeklēšanas metodēm, ar kurām strādājam. Tad, protams, var rasties jautājums: vai tiešām "viss ir galvā", bet varbūt vienkārši šobrīd joprojām izmeklēšanas metodes nav pietiekami attīstītas. Es domāju, ka cilvēka organismā, tā funkcionēšanā un reakcijā uz dažādiem kairinātājiem ir daudz neizpētīta, un dažām problēmām, izsakoties vienkāršoti, mēs vienkārši "netiekam klāt". Daudz nosaka arī katra konkrētā cilvēka anatomiskās īpatnības jeb, precīzāk, nervu sistēmas īpatnības, jo, kā jūs izteicāties, "vēders", tāpat kā citas organisma sistēmas ir saistītas ar simpātisko un parasimpātisko nervu sistēmas darbību, tāpēc, nenoliedzami, liela loma ir hroniskiem stresa faktoriem, cilvēka emocionālajam stāvoklim, citiem

kairinātājiem. Un mēs šos faktorus sajūtam dažādi – ne velti kāds ķeras pie "vēdera", citam sāk "streikot" sirds, vēl kādam parādās muguras sāpes... Iespējams, ka organisms savu "neapmierinātību" ar situāciju izpauž tajās vietās, kas cilvēkam jau ir novājinātas, stress vai citi nelabvēlīgie faktori tieši tur izlādē savu "enerģiju". Tāpēc es nevaru viennozīmīgi teikt, ka "viss ir galvā", taču galva ir jātur kārtībā. Ir jau arī teiciens, ka visas slimības nāk no sliktām domām...

- Pēdējā laikā arvien lielāka nozīme tiek pievērsta "kompleksai" pacienta ārstēšanai, proti, tiek meklētas cēloņsakarības pacienta veselības uzlabošanai kompleksi, ne tikai ārstējot, bet arī sniedzot padomus vispārējā veselības stāvokļa uzlabošanā. Kā jūs raksturotu šādu pieeju, kā tai vajadzētu "strādāt" ideālajā variantā un kāda ir situācija mūsu valstī?

- Vispirms mums vajadzētu definēt, ko mēs saprotam ar komplekso pieeju, kā arī to situāciju, kādā situācijā mēs vispār esam. Viens piemērs: kompleksa pieeja var būt, strādājot ar bērnu jau no agrīna vecuma, mēģinot "apsteigt" visas nepatīkamās lietas, kas vēl tikai varētu notikt. Pareiza ēšana, fiziskas aktivitātes, vakcinācija, aprūpes sistēma – vārdu sakot, pasākumu komplekss, kas jāveic, lai novērstu saslimšanas. Taču, ja domājam par stāvokli, kad slimība jau

sākusies, tad saprotam pavisam citas lietas – šis "komplekss" veidojas citādāk gan izmeklēšanā, gan ārstēšanā. Un ir arī, manuprāt, ļoti labs piemērs GASTRO: mums katru mēnesi notiek sapulces, kur pulcējas dažādu jomu speciālisti – gastroenterologi, radiologi, dietologi, uztura speciālisti, klīnikas speciālisti un citi –, lai spriestu par sadarbību, par pasākumiem, kas kopīgi veicami, lai pacientiem palīdzētu pēc iespējas labāk. Taču kopumā (ja runājam jau par valsts līmeni) šāda sadarbība veidojas kūtri, esam slinki sākt par to diskusiju, veidot sistēmu. Tādēļ es neteiktu, ka šī "kompleksā pieeja" pašlaik strādā.

- Ar kādiem speciālistiem visvairāk vajadzētu sadarboties gastroenterologiem?

- Vieglāk būtu pateikt, ar ko nevajadzētu sadarboties. Tas ir milzīgs daudzums dažādu speciālistu, ar ko kopā ir jāstrādā gastroenterologiem. Sākot no uzņemšanas nodaļas mediķiem, neatliekamās palīdzības speciālistiem, reanimatologiem, anesteziologiem, ķirurgiem, onkologiem... Un beidzot ar neiroloģiju, psiholoģiju, infektoloģiju, hepatoloģiju... Tiešām ir ļoti grūti pat

TURPINĀJUMS 13. LPP.

Dr. Viktors Saule: "Katra jauna diena sākas ar jaunām emocijām, jaunu līdzjušanu un jaunu iespēju palīdzēt."

TURPINĀJUMS NO 12. LPP.

visus nosaukt. Gastroenteroloģijā var būt ļoti smagi stāvokļi, kuri prasa neatliekamo palīdzību vai ķirurģisku iejaukšanos, ir dažādas situācijas, kuras prasa sadarbību. Katrā ziņā gastroenteroloģija nav "solo" nozare.

- Jūsu veiktie izmeklējumi prasa līdzdarbību arī no pacienta puses. Vai tā ir problēma?

- Mēs pārāk bieži sastopamies ar situācijām, kad pacienti vienkārši neprot pastāstīt par sevi. Tas nozīmē, ka viņi sevi, iespējams, neanalizē ikdienā. Viņi zina par kaut kādām lietām, kas viņiem traucē, taču nekad nav iedziļinājusies kopsakarībās, kas ar viņu dzīves ritmiem vai ēšanas paradumiem, vai attiecību lietām nav kārtībā, kas varētu palīdzēt definēt problēmu, par kuru viņš pacients sūdzas. Mēs diezgan rūpīgi izjautājam pacientus pirms izmeklējumiem, bet bieži vien viņi nav pat lietas kursā par medikamentiem, ko lieto. Īpaši vīrieši, piemēram, uz jautājumu "kādas tabletes jūs lietojat?", ļoti bieži atbild: "Ai, es nezinu, sieva no rītiem dod...", viņi nezina ne nosaukumu, ne kādēļ tās zāles vispār tiek lietotas. Uzskatāms piemērs ir par pacientiem, kuri dažādas zāles (piemēram, asinsspiediena vai holesterīnu pazeminošas table-

tes) lieto jau gadiem ilgi, taču, aizpildot pacienta anketu, tās nemaz nenorāda, jo uzskata, ka anketā jāpiemin tikai tie medikamenti, kuri lietoti beidzamo mēnešu vai pusgada laikā, bet regulāri lietotās zāles ir, tā teikt, "ikdienas dzīves sastāvdaļa", tādēļ to var vispār nepieņemt. Bieži šo informāciju mums nākas vilkt ārā gluži vai ar knaiblēm, lai pirms izmeklējumiem varētu vairāk uzzināt par pacientu. Tas viss arī zināmā mērā raksturo mūsu cilvēkus.

- Jūs esat sastapušies ar pacientiem, kuriem ir kauns kaut ko stāstīt par sevi, viņi izjūt diskomfortu un bailes? Ko jūs varētu ieteikt šādiem pacientiem, lai viņi saprot, ka jebkāda informācija, kas varētu paplašināt skatu uz problēmu, ir tiešām svarīga pilnai klīniskai ainai, un ārsts ir tā persona, kurai var uzticēties?

- Svarīgi, kāda ir pati komunikācija – vai tā ir brīva, vai noteiktos rāmjos ielikta. Pacientam ir jābūt pārliecinātam, ka viņa saruna ar ārstu ir saruna "viens pret vienu", to neviens nenoklausās un par to neviens neuzzinās. Es esmu novērojis gadījumus, kad caur kaut kādām "blakussarunām" nonākam pie tās patiesības, par ko ir bijis neērti runāt. Es domāju, ka, lai būtu savstarpēja atvērtība, ārstam arī ir jābūt atvērtam uz

sarunu. Viņam ir jābūda priekšnoteikumi, lai pacients uzticētos, ka par viņu nepasminēs, ka par viņu neizteiks kaut kādas replikas, ka ārsts vienmēr būs sa-protošs, un to, ka kaut kādā mērā mēs piekritīsim, ka dzīvē var būt dažādas situācijas. Tā ir komunikācijas kultūra. Ja tas tā ir, tad pacienti atveras. Varbūt pirmajā brīdī acis ir platas, taču mums, piemēram, kolonoskopiskie izmeklējumi vienmēr saistās ar sava veida pacienta neērtību, ar jautājumiem, kā tas viss būs... Bet, pareizi komunicējot, viņi atveras un pasaka visu, kas mums ir jāzina. Tā kā – kopumā nav tik traki.

- Ko jūs varētu ieteikt pacientiem, lai viņiem nerastos gastroenteroloģiskas problēmas jau sākotnēji?

- Šis ir patiesi labs jautājums. Kādreiz ir tā – ja ārsts pats ir slimojis ar kādu slimību, tad viņam ir konkrētas lietas, ko noteikti ieteikt no savas pieredzes. Bet, ja ir jāsaka par sevi, man gastroenteroloģiskas problēmas nav bijušas. Tāpēc es varētu ieteikt tādus vispārīgus ieteikumus vai kaut ko tādu, pēc kā vados pats. Parasti stāsts ir par veselīgu dzīvesveidu, kas ietver vairākas labi zināmas lietas, pamata postulātus. Būtībā ir jābūt empātiskai domāšanai.

- Kā veidojas empātija medicīnas speciālistiem, ja viņi uz sevis nekad nav izjutuši to, ko patiesi jūt viņu pacienti?

- Klīnikā strādājot, mēs esam redzējuši ļoti daudz sāpes. Mēs runājam ne tik daudz par pacientiem, bet gan par slimniekiem. Cilvēki ar patoloģijām, tādi, kuri "iziet cauri" grūtiem stāvokļiem, bieži caur neārstējamiem stāvokļiem... Mēs esam tajā visā bijuši iekšā, pat ja pašī to esam izjutuši. Vilšus vai nevilšus,

TURPINĀJUMS 14. LPP.

ĪPAŠI VĪRIEŠI, PIEMĒRAM, UZ JAUTĀJUMU "KĀDAS TABLETES JŪS LIETOJAT?", ĻOTI BIEŽI ATBILD: "AI, ES NEZINU, SIEVA NO RĪTIEM DOD..."

Dr. Viktors Saule: "Katra jauna diena sākas ar jaunām emocijām, jaunu līdzjušanu un jaunu iespēju palīdzēt."

TURPINĀJUMS NO 13. LPP.

visas šīs situācijas tiek emocionāli izdzīvotas. Es zinu jaunus ārstus, kuri iet no aktīvas klīniskās darbības prom. Uz turieni, kur nav šī emocionālā spriedze, jo viņi nespēj pārslēgties, tādēļ aiziet mājās ar emocionālo noslodzi, viņi neprot no tā tikt vaļā, un tad ir ļoti grūti. Šīs lietas laikam īsti nedrīkst nest mājās, ir jāatrod balanss. Katra jauna diena sākas ar jaunām emocijām, ar jaunu līdzjušanu un ar jaunu iespēju palīdzēt.

- Ja būtu jāsalīdzina pieredze, tad ar ko darbs GASTRO atšķiras no darba valsts slimnīcās vai valsts medicīnas centros? Vai šāds salīdzinājums vispār ir iespējams?

- Protams, specialitāte ir viena un tā pati, taču darba specifika tomēr krasi atšķiras. Jo GASTRO ir ambulatorā iestāde ar ambulatoro pacientu plūsmu. Stacionārā vienmēr ir jāsaskaras ar neatliekamām situācijām, ar izmeklējumiem un arī terapeitisko izmeklējumu klāstu, kas vienmēr būs tikai stacionāros apstākļos. Tā ir invazīvā endoskopija žultsceļu ķirurģijā, tā ir neatliekamā endoskopija pie asiņošanām, svešķermeņiem, kur faktiski pacients nonāk pa tiešo stacionārā, apejot ambulatoro iestādi. Es domāju, ka salīdzinājums noteikti ir vajadzīgs. Kā es sākumā teicu, lielās universitāšu klīnikas ir ar daudz plašāku endoskopisko apjomu. Es domāju, ka ārstam-endoskopistam ir jāpārvalda darbs stacionārā, jo šis darbs noteikti ir daudz plašāks. Ambulatoros apstākļos mēs nekad nevarēsim darīt visu to, ko var darīt klīnikas apstākļos. Otra lieta: privātais lauciņš tiek sakopts daudz labāk attiecībā uz pacientu apmierinātību, uz pacientu redzēšanu, uz to, kā viņam tiek pievērsta uzmanība, kā viņš tiek vadīts cauri visiem proce-

VIENMĒR BŪS TĀ, KA KAUT KUR ĀRZEMĒS – LIELAJĀS VALSTĪS AR LIELU PACIENTU SKAITU – TO VARĒS IZDARĪT LABĀK. PAR TO NEBŪT NAV JĀKAUNAS. CITS JAUTĀJUMS, KA VALSTIJ VIENKĀRŠI IR JĀNĀK PRETĪ.

siem. Valsts klīnikā tas kādreiz paliek otrajā plānā, jo pirmais ir izdarīt konkrētas lietas, kas ir vajadzīgas pacientam. Privātajā klīnikā akcents ir likts arī uz to, lai pacients nāk pie mums, lai viņš šeit labi justos. Es nedomāju, ka ir atšķirības kvalitātes ziņā. Slēdzienus mēs redzam, mēs varam salīdzināt.

Taču bieži vien stacionārā, valsts slimnīcas apstākļos strādājot, ārsti daudz vairāk redz atgriezenisko saiti, viņi zina, kas notiek ar pacientu vairākos posmos. Šeit nereti pacients aiziet, un mēs par viņu vairāk īpaši nezinām, mēs nezinām, kas ar viņu notiek tālāk pie smagākas saslimšanas. Nākamā lieta, kas ir neizbēgama jebkurā jomā, ir atsevišķas kļūdas no mediķu puses. Tad visbiežāk tās labāk redzamas tur, kur ir atgriezeniskā saite. Kādreiz slimnīcas apstākļos mēs esam gājuši uz operāciju zāli, lai redzētu, vai patiesi ir tā, kā mēs esam rakstījuši slēdzienā. Īpaši brīžos, kad mums pašiem ir bijušas šaubas. Un stacionāra apstākļos mēs šad tad vienu un to pašu slimnieku īsā periodā redzam vairākas reizes tāpēc, ka viņam ir nepieciešama novērošana, izmeklējumi tiek atkārtoti, lai vērtētu situāciju. Kādreiz kolēģis nokontrolē otru kolēģi. Pārsvārā tas attie-

cas uz smagākiem gadījumiem, uz patoloģijām. Bet es piekrištu, ka pacients noteikti vislabāk jūtas privātajā klīnikā, par viņu rūpējas daudz labāk, jau pa durvīm ienākot un viņu izvadot visam šim procesam cauri. GASTRO īpaši pie tā ir strādāts, un tas nepaliek nepamanīts. Arī es kā speciālists, ienākot pirmo reizi un sajūtot visu aprūpes procesu, biju neviltoji sajūsmīnāts, īpaši jau zinot to, cik daudz darba no personāla puses ir jāiegulda. Šajā ziņā es varētu GASTRO reklamēt kā komforta zonu, un rezultātu faktiski uzskatāmi parāda slimnieku plūsma caur GASTRO, kas tomēr ir ļoti liela. Un ikdienā, kad katru dienu pie mums nāk 70 un vairāk pacientu, katram saņemot uzmanību, tas patiesi ir kopīga darba rezultāts. Jo visi, ieskaitot reģistrācijas darbiniekus, zvanu centru, medmāsas, ārstus, tas viss strādā kā viens izcils mehānisms. Īpaši medicīniskās aprūpes zonā, kur māsiņas cita citu jebkurā brīdī var aizvietot un nekad nav tā, ka vienam izkrītot, pēkšņi kaut kas apstājas. Tas ir skaisti, un to uzbūvēt ir tikai sākums, bet uzturēt 20 gadu garumā – jau panākums. Ir brīnišķīgi strādāt šāda kolektīvā, kur viss notiek.

TURPINĀJUMS 15. LPP.

Dr. Viktors Saule: "Katra jauna diena sākas ar jaunām emocijām, jaunu līdzjušanu un jaunu iespēju palīdzēt."

TURPINĀJUMS NO 14. LPP.

- Kāpēc, jūsuprāt, veidojas tik garas rindas uz valsts apmaksātiem izmeklējumiem?

- Mūsu valstī ir izveidojusies situāciju, kad uz virkni endoskopiskiem izmeklējumiem tiešām veidojas garas rindas, un šeit, manuprāt, ir divas svarīgas lietas. Pirmkārt, valsts nevarēs finansēt vairāk nekā "maciņā" naudas. Bet otrs stāsts (un te es varu izteikt tikai savu viedokli) ir par izvēli, kad pacientu nozīmēt uz izmeklējumu un kad varbūt tomēr nenozīmēt. Būsim atklāti, pie mums nāk pacienti, par kuriem jau sarunā pirms izmeklējuma ir skaidrs, ka izmeklējums nav nepieciešams. Un tas, uzsvēršu, ir skaidrs jau pēc sarunas. Mēs, protams, izmeklējam slimnieku, un rezultāts ir tieši tāds: atradne faktiski ir tuvu nullei. Ja ir kaut kādi sīkumi, mēs to vienmēr atrodam, bet šie "sīkumi" nekādi neraksturo sākotnējās sūdzības. Tas nozīmē, ka kaut kādā posmā, izvēloties par nosūtīšanu uz izmeklējumu, pietrūkst izpratnes vai argumentu, kāpēc pacientam tas vispār ir vajadzīgs.

Un pacientam tādēļ ir jāstāv garās rindās. Vienam, iespējams, sūdzības pāries, bet otram, kuram patiešām ir nopietna problēma, arī ir jāgaida rindā, un tad veidojas "ielaistie" gadījumi. Ģimenes ārstiem un arī speciālistiem-gastroenterologiem ļoti jādomā, kuros gadījumos endoskopija ir indicēta, cik bieži tā ir atkārtoti indicēta, vai iepriekšējā reize tā bija ar pozitīvu pienesumu. Mēs kopīgiem spēkiem varam risināt šo problēmu. Mēs bezgalīgi varam prasīt no valsts naudu, taču mēs visi kopā varam kaut kādā veidā šo naudu taupīt, absolūti nekaitējot pacientiem. Mēs ar savu aizņemību vai nevēlēšanos vairāk iedziļināties pacienta problēmās ar vieglu roku it kā "uzzīmējam" izmeklējumus, kuri ir

pieejami tikai pēc ievērojama laika. Jāatceras, ka mēs visi strādājam pacientam, nevis savam lokālam "lauciņam".

- Gastroenteroloģijā, tāpat kā vēl vairākās citās medicīnas nozarēs, bieži sarežģītas operācijas Latvijas pacientiem tiek veiktas ārzemēs. Par to bieži ziņo arī mediji. Kāds ir iemesls, kāpēc šādas operācijas nevar veikt tepat?

- Mēs esam maza valsts. No pacientu skaita viedokļa – pat ļoti maza valsts. Pie retām saslimšanām, respektīvi, pie tādām, kas mums sastopamas ļoti reti, vai tādām, kur sarežģītas operācijas vai manipulācijas veicamas reizi vai divas vairāku gadu laikā, ir ļoti grūti panākt profesionālu sagatavotību, vai, pareizāk sakot, iespēju kaut kā palīdzēt. Tāpēc ir sfēras, un vienmēr arī būs, kur ārstēšana būs jādeleģē. Un to pasaka vienkārša matemātika. Mēs nekad nebūsim tik bagāti, lai uzturētu izmeklēšanas aparāturu, lai augstā līmenī sagatavotu komandu, kas divreiz gadā uztaisa operāciju, turklāt ārstu "rokām" visu laiku ir jāstrādā, lai uzturētu kvalifikāciju. Tāpēc vienmēr būs tā, ka kaut kur ārzemēs – lielajās valstīs ar lielu pacientu skaitu – to varēs izdarīt labāk. Par to nebūt nav jākaunas. Cits jautājums, ka valstij vienkārši ir jānāk pretī un jāizrēķina, kas ir ekonomiskāk – uzbūvēt šeit kaut ko, kas nestrādā pilnvērtīgi, jeb samaksāt kon-

krētām pacientam ārstēšanu. Šai lietai ir jāpieiet matemātiski no ekonomiskās puses.

- Vai apmaiņas programmas ārstiem var palīdzēt ieviest kaut ko jaunu mūsu veselības sistēmā?

- Protams. Kad ārzemju lielās klīniskās pirmās saņem jaunu eksperimentālo aparāturu, kuru, iespējams, ražos tikai pēc laika, viņiem ātrāk veidojas pieredze. Un tad, kad pieredze jau radusies, mūsu ārstiem ir iespēja braukt, mācīties, apgūt jaunāko pasaulē. Un tas ir brīnišķīgi, tiešām brīnišķīgi. Es ļoti priecājos, ka jaunie kolēģi brauc un darbojas, viņi brauc atpakaļ ar pilnīgi citu redzējumu un zināšanām. Galvenais, lai viņi brauc atpakaļ!

- Noslēgumā tradicionāls "GASTRO Ziņu" jautājums – jūsu novēlējums saviem kolēģiem un visam Medicīnas centram GASTRO?

- Es GASTRO kolektīvu tā pa īstam iepazinu rudenī, kad mēs kā kolektīvs bijām izbraucienā uz Gruziju. Mēs neformālās situācijās iepazīstam cits citu, un faktiski tās ir tās vērtības, kuras mūsos ir, bet kuras mēs bieži vien neredzam. Mēs parasti redzam šauri profesionālās vērtības, un tāpēc novēlējums ir tāds – lai kolektīvs laiku pa laikam atrastu iespēju būt situācijās, kad pie mums nav pacientu, ir cita vide un citi apstākļi. 🤝

MĒS BEZGALĪGI VARAM PRASĪT NO VALSTS NAUDU, TAČU MĒS VISI KOPĀ VARAM KAUT KĀDĀ VEIDĀ ŠO NAUDU TAUPĪT, ABSOLŪTI NEKAITĒJOT PACIENTIEM.

Praktiskās rekomendācijas pareizai pacientu sagatavošanai kolonoskopijai

Māra Bārene,
GASTRO medicīnas māsa

Veicot endoskopiskās procedūras, bet īpaši – kolonoskopiju, ļoti svarīga ir pacienta sagatavošanās vizītei uz procedūru. Veicot t.s. apakšējo endoskopiju jeb kolonoskopiju, nepieciešama zarnu iztīrīšana, kas palīdz sasniegt maksimāli labāko izmeklējuma rezultātu.



ciešamības gadījumā to izskaidrojot pacientiem. Mūsu visu interesēs ir pacientu veselība un komforts, tāpēc šo norādījumu ievērošana ir ļoti svarīgs priekšnosacījums, lai pacients justos ērti, saņemtu kvalitatīvu izmeklējumu un tā rezultātu!

jāiztīra, to panāk ar medikamentu palīdzību, izraisot caureju;

- labi iztīrītas zarnas ir būtiskākais sekmīgas kolonoskopijas nosacījums.

Ēšanas priekšnoteikumi sagatavošanās perioda laikā

Pārtikas produkti, ko drīkst lietot 3-7 dienas pirms kolonoskopijas:

- baltmaize (bez riekstiem, sēklām vai papildu šķiedrvielām), baltmaizes sausīņi, krekeri, baltie rīsi, vairums makaronu;

- pankūkas un vafeles no baltajiem miltiem;

- gaļa (putnu, liellopu, cūkgaļa) bez ādas, cīpslām;

- zivis;

- olas;

- visa veida piena produkti;

- sviests, margarīns;

- majonēze, kečups, sinepes (bez veselām sinepju sēklām), eļļas;

- šokolādes sviests;

- visa veida sulas un citi dzērieni, izņemot plūmju un citas biezsulas.

Pārtikas produkti, ko nedrīkst lietot 3-7 dienas pirms kolonoskopijas:

- visa veida pilngraudu produkti (rupjmaize, graudu maize, pilngraudu makaroni);

- brūnie un savvaļas rīsi;

- auzu un citas graudaugu pārslas, kuskuss, kvinoja;

- visa veida dārzeņi;

- zirņi, pupas un lēcas;

- svaigi augļi un ogas, žāvēti augļi un ogas;

- zemesriekstu un citu riekstu sviests;

- linsēklas, klijas un citi šķiedrvielu produkti.

Medikamentu lietošana pirms procedūras

Vispārējie norādījumi:

- izmeklējuma dienā noteikti jāiedzer

TURPINĀJUMS 17. LPP.

GASTRO zarnu sagatavošanas un tīrīšanas norādījumi

Jāatceras, ka neadekvāta pacientu sagatavošana kolonoskopijai ir cēlonis:

- neprecīzai diagnostikai (arī onkoloģiskai);

- padara neiespējamu endoterapiju (piemēram, polipektomiju);

- atkārtotai endoskopijai;

- pagarinās procedūras laiks;

- pieaug komplikācijas risks;

- paaugstina tiešās un netiešās izmaksas.

Tāpēc Gremošanas slimību centrs GASTRO ir sagatavojis pamācību, kā pareizi sagatavoties kolonoskopijai, kas jāievēro ēšanā, kādas darbības jāveic, lai kolonoskopijas izmeklējums dotu vajadzīgo rezultātu. Aicinām GASTRO sadarbības partnerus – ģimenes ārstus un citus ārstus – speciālistus iepazīties ar mūsu sagatavoto materiālu, nepie-

Informācija pacientam pirms procedūras

Atcerieties:

- procedūra noris medikācijā;

- vēlams, lai pacientam uz procedūru ir līdzī cilvēks, kas viņu pavadā (sevišķi svarīgi tas ir gados veciem cilvēkiem);

- pēc procedūras 12 stundas nedrīkst vadīt auto;

- pareiza zarnu sagatavošana ir svarīgs priekšnoteikums procedūras sekmīgai norisei.

Kādēļ ir jāgatavojas kolonoskopijai?

Ir vairāki svarīgi iemesli, kāpēc nepieciešama rūpīga sagatavošanās procedūrai:

- visām endoskopiskajām izmeklēšanām ir viens svarīgs priekšnoteikums: ir jābūt tīram kuņģa zarnu traktam;

- lai varētu aplūkot visu zarnu gļotādas virsmu, zarnas pirms to apskates ir

**AICINĀM GASTRO SADARBĪBAS PARTNERUS
– ĢIMENES ĀRSTUS UN CITUS ĀRSTUS –
SPECIĀLISTUS IEPAZĪTIES AR MŪSU SAGATAVOTO
MATERIĀLU, NEPIECIEŠAMĪBAS GADĪJUMĀ TO
IZSKAIDROJOT PACIENTIEM.**

Praktiskās rekomendācijas pareizai pacientu sagatavošanai kolonoskopijai

TURPINĀJUMS NO 16. LPP.

sirds un asinsspiedienu regulējošas zāles (pacienti, kas tās lieto regulāri);

- ja pacientam ir cukura diabēts, medikamentu lietošanu gatavošanās laikā un kolonoskopijas rītā obligāti jāaskaņo ar ģimenes ārstu;

- trīs dienas pirms izmeklējuma jāpārtrauc lietot dzelzs preparātus vai aktīvēto ogli.

Gatavošanās un izmeklējuma dienā ieteicams nelietot:

- urīndzenošus līdzekļus jeb diurētiskus;

- nesteroidus pretiekaisuma līdzekļus (diklofenaks, ibuprofēns u.c.);

- pārējos medikamentus no rīta izdzert kā ierasts (vismaz 4 stundas pirms procedūras, uzdzerot glāzi ūdens);

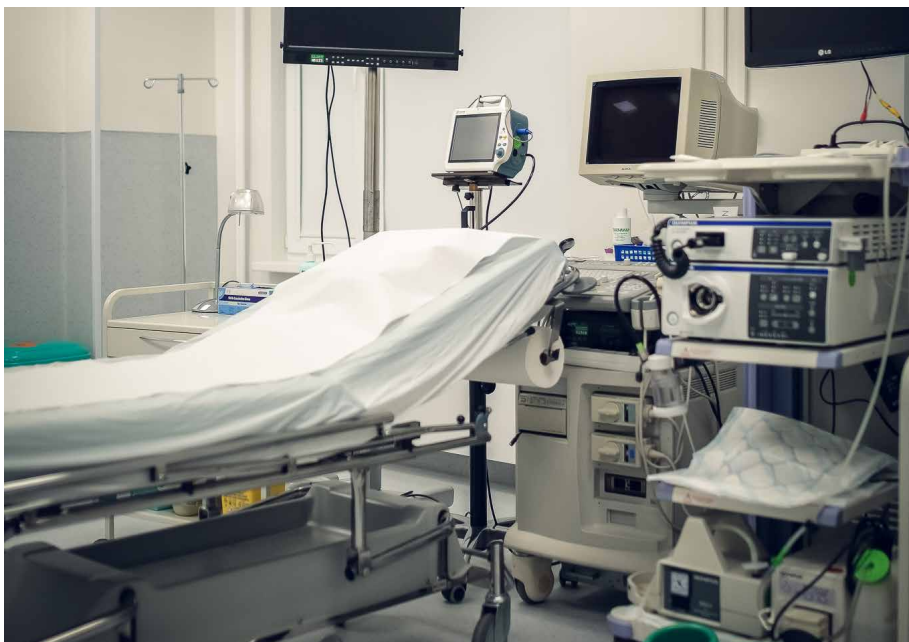
- šaubu gadījumā vienmēr jājautā ārstam par medikamentu lietošanu.

Zarnu tīrīšanas līdzekļi

Ideālai zarnu tīrīšanas metodei jābūt ir ātrai, drošai un efektīvai, sagādājot minimālu diskomfortu pacientam. Tāpēc iesakām lietot šādus Latvijā pieejamus medikamentus zarnu tīrīšanai:

- FORTRANS;
- EZIKLEN;
- PICOPREP.

Aizcietējuma vai neveiksmīgas iepriekšējās zarnu sagatavošanas gadījumā papildus jālieto 2 mikroklizmas – viena vakarā pirms procedūras un otra procedūras dienā četras stundas pirms procedūras sākuma.



Standarta shēma zarnu sagatavošanai kolonoskopijai:

Preparāts	Aktīvās vielas tilpums	Papildu šķidruma tilpums	Kopējais izdzertais tilpums
EZIKLEN	1 litrs	2 litri	3 litri
FORTTRANS	4 litri	-	4 litri
PICOPREP	1,5 litri	1,5 litri	3 litri

Došanās uz izmeklējumu

Dodoties uz izmeklējumu:

- atstājiet mājās visu, kas nav būtiski nepieciešams, jo īpaši rotaslietas, pulksteņus;
- uz izmeklējumu velciet brīvu, ērtu apģērbu;

- paņemiet līdzī pasī vai ID karti;

- paņemiet līdz ģimenes ārsta nosūtījumu un iepriekšējo izmeklējumu rezultātus.

Biežākās kļūdas, gatavojoties kolonoskopijai

Esam apkopojuši arī biežākās kļūdas, kuras pieļauj pacienti, gatavojoties kolonoskopijai:

- izdzert mazāk nekā nepieciešams (piemēram, 3 litrus, nevis 4 litrus);

- izdzert tikai šķidrumu, kas atrodas medikamenta pudelē, to neatšķaidot;

- gatavošanās rītā pacients ēdis brokastis;

- gados veci cilvēki ierodas bez pavadītāja;

- pacients, kurš regulāri lieto asinsspiediena vai sirds zāles, kolonoskopijas rītā medikamentus neiedzer;

- neievēro brīdinājumu, ka pēc procedūras 12 stundas nedrīkst vadīt automobili;

- pacientam nav informācijas, kā jāgatavojas, un nav receptes medikamentam.

...

Esam sagatavojuši arī vispārēju instrukciju infografikas formā, kas palīdzēs ģimenes ārstiem un pacientiem saprast, kā pareizi gatavoties kolonoskopijai. Infografika publicēta nākamajās divās "GASTRO Ziņu" lappusēs.

**VISĀM ENDOSKOPIKAJĀM
IZMEKLĒŠANĀM IR VIENS SVARĪGS
PRIEKŠNOTEIKUMS: IR JĀBŪT TĪRAM
KUNĢA ZARNU TRAKTAM.**

**ZARNU SAGATAVOŠANA
KOLONOSKOPIJAS PROCEDŪRAI***Diēta pirms zarnu tīrīšanas*

1

Pārtikas produkti, ko **drikt** lietot 3–7 dienas pirms kolonoskopijas:

- baltmaize (bez riekstiem, sēklām vai papildu šķiedrvielām), baltmaizes sausiņi, krekeri, baltie rīsi, vairums makaronu;
- pankūkas un vafeles no baltajiem miltiem;
- gaļa (putnu, liellopu, cūkgaļa) bez ādas, cīpslām;
- zivis;
- olas;
- visa veida piena produkti;
- sviests, margarīns;
- majonēze, kečups, sinepes (bez veselām sinepju sēklām), eļļas;
- šokolādes sviests;
- visa veida sulas un citi dzērieni, izņemot plūmju un citas biezsulas.

2

Pārtikas produkti, ko **nedrikt** lietot 3–7 dienas pirms kolonoskopijas:

- visa veida pilngraudu produkti (rupjmaize, graudu maize, pilngraudu makaroni);
- brūnie un savvaļas rīsi;
- auzu un citas graudaugu pārslas, kuskuss, kvinoja;
- visa veida dārzeņi;
- zirņi, pupas un lēcas;
- svaigi augļi un ogas, žāvēti augļi un ogas;
- zemesriekstu un citu riekstu sviests;
- linsēklas, klijas un citi šķiedrvielu produkti.

3

Trīs dienas **pirms** procedūras lietot tikai smalki samaltu vai šķidru ēdienu.

4

Beidzamā ēdienreize ir vieglas vakariņas divas dienas pirms procedūras.

5

Dienā **pirms** procedūras, kad jāsāk zarnu tīrīšana ar medikamentiem un līdz procedūras sākumam, nedrikt ēst neko. GASTRO pieredze liecina, ka neēšana dienā pirms procedūras ir ļoti svarīga procedūras sekmīgai un kvalitatīvai norisei!

6

Visā zarnu sagatavošanas un tīrīšanas laikā **bez ierobežojumiem** drikt dzert tīru ūdeni bez gāzes. Procedūras dienā ūdens dzeršana jāpārtrauc **četras stundas** pirms procedūras sākuma.

**ZARNU TĪRĪŠANA
AR MEDIKAMENTIEM**

- 1 Zarnu tīrīšanu ar medikamentiem sāk dienā pirms procedūras. Šajā dienā un nākamajā dienā līdz procedūrai nedrīkst ēst.
- 2 Zarnu tīrīšanas līdzekļa (PEG, sāļus saturošs medikaments u.c.) standarta devu (pulvera paciņas vai šķidrums) sadala divās vienādās daļās:

Pirmo daļu jāizdzer dienā pirms procedūras plkst. 18.00, paredzētais medikamenta daudzums jāizdzer divu stundu laikā

Otro daļu jāssāk lietot sešas stundas pirms nozīmētā procedūras laika un jāizdzer divu stundu laikā

Piezīmes:

dienā, kad uzsākta gatavošanās kolonoskopijai, kā arī izmeklējuma dienā ieteicams nelietot:

- urīndzenošos līdzekļus jeb diurētiskus;
- nesteroīdus pretiekaisuma līdzekļus (diklofenaks, ibuprofēns u.c.).

- 3 Ja ceļā uz GASTRO jāpavada vairākas stundas, pēdējā zarnu tīrīšanas līdzekļa deva jābeidz lietot vismaz četras stundas pirms plānotās izbraukšanas uz GASTRO.
- 4 Aizcietējumu vai neveiksmīgas iepriekšējās zarnu sagatavošanas pieredzes gadījumā, papildus visiem citiem precīzi izpildītiem GASTRO zarnu sagatavošanas un tīrīšanas norādījumiem, jālieto divas mikroklizmas klizmas – viena vakarā pirms procedūras un otra procedūras dienā četras stundas pirms plānotā procedūras sākuma, kad izdzerta pēdējā zarnu tīrīšanas līdzekļa deva.
- 5 Ja citu iemeslu dēļ jālieto jebkādi medikamenti vai ārstēšanas līdzekļi, tie zarnu sagatavošanas un tīrīšanas laikā jālieto kā iepriekš nozīmēts, uzdzerot glāzi ūdens.
- 6 Pirms procedūras beidzamā citu medikamentu deva jāieņem četras stundas pirms procedūras, uzdzerot glāzi ūdens.
- 7 Dzelzs preparātus vai aktivēto ogli nelietot pēdējās trīs dienas pirms procedūras.
- 8 GASTRO ieteiktā zarnu sagatavošana, tīrīšana un citu medikamentu vai ārstēšanas līdzekļu lietošana jāaskaņo ar ārstu, kas nozīmējis endoskopiju procedūru.

Neskaidrību gadījumā vienmēr jautājiet pēc padoma savam ārstam un meklējiet informāciju mūsu mājaslapā:
www.gastrocentrs.lv



Dr. Anita Lapiņa: "Es kā pedagogs esmu ļoti stingra un arī ļoti prasīga."

Dr. Anita Lapiņa, nenoliedzami, ir viena no cienītākajām Latvijas gastroenterologēm un pedagogēm, ne velti viņa ir Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas klīnikas "Gaiļezers" Endoskopiju nodaļas vadītāja un Latvijas Gastrointestinālās Endoskopijas asociācijas valdes locekle. Endoskopiju nodaļā "Gaiļezērā" ienākusi 1982. gadā, sākot veidot nodaļu faktiski no "absolūtās nulles punkta". Tātad – pieredze lielākajā Latvijas klīnikā iestiepjas jau piektajā gadu desmitā. Studiju laikā stažējusies "stradiņos", bet vēlāk, pēc Rīgas Medicīnas institūta (tagad – Rīgas Stradiņa universitātes) beigšanas, palikusi Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcas Gastroenteroloģijas centrā, stažējusies arī citviet, līdz pazīstamais ārsts – profesors Vilis Purmalis – piedāvājis veidot specializētu endoskopijas nodaļu "Gaiļezērā". "Pēc diezgan ilga pārdomu perioda es piekritu un sāku šeit no nulles veidot endoskopiju nodaļu," atceras daktere Anita Lapiņa, sakot, ka process bijis grūts, lēns un ilgstošs, bet sasniegtais tomēr ir bijis pūļu vērts: "Daudz kas ir pieredzēts, bet beigu beigās ir vēl vairāk paveikts un izdevies. Mums ir ļoti jauka un skaista nodaļa. Un pašlaik man šķiet, ka tā ir skaistākā un vispār lielākā endoskopiju nodaļa Latvijā. Gan procedūru un izmeklējumu skaitu ziņā, gan arī ar profesionālu kolēģu kolektīvu," uzsver dr. Lapiņa. Būdamā arī jauno speciālistu pedagoģe un darbaudzinātāja, intervijā "GASTRO Ziņām" dr. Anita Lapiņa stāsta par jauno ārstu sagatavošanu un medicīnas izglītības sistēmu Latvijā.



- Ja vajadzētu "paslavēt" "Gaiļezera" Endoskopijas nodaļas ietekmi uz jauno ārstu apmācību, kā jūs to darītu?

- Mēs esam ļoti priecīgi par to, ka pie mums – "Gaiļezērā" – mācās jaunie ārsti, ārsti rezidenti. Gastroenteroloģijas kursā topošajiem ārstiem ir arī endoskopiju cikls, un viņi 7 mēnešu garumā šeit apgūst endoskopijas metodi: gan augšējo endoskopiju (gastroskopiju), gan apakšējo endoskopiju (kolonoskopiju), kā arī pārējās endoskopiskās izmeklēšanas metodes – holangiopankreatogrāfiju (ERHP, žultsceļu aizkuņģa dziedzeru endoskopiskos izmeklējumus). Mums ir ļoti liels skaits operatīvo endoskopiju, pielietojam dažādas invazīvas metodes, kur praktizējam ne tikai polipu izņemšanu, žultsceļu konkrētu izņemšanu, barības vada stentēšanas, pegu ievietošanas un ļoti daudz dažādu, arī ļoti sarežģītas endoskopiskās metodes. Un jaunie kolēģi, kuri šeit pie mums mācās, apgūst gan diagnostisko endoskopiju, gan arī endoskopiskās invazīvas metodes. Mēs esam ļoti priecīgi,

ka viņi māk noliģēt paplašinātā barības vada vēnas, prot noņemt polipus, gūst ieskatu holangiopankreatogrāfiju veikšanā, viņiem ir jābūt un jāprot ne tikai diagnosticēt, piemēram, asiņošanas iemeslu, bet arī veikt endoskopisko hemostāzi ar dažāda veida metodēm. Ļoti liels ieguvums ir arī neatliekamā endoskopija, kas ir ļoti svarīga endoskopijas sadaļa. Būtībā tāda iespēja jaunajiem un topošajiem kolēģiem ir tikai pie mums un "stradiņos". Es uzskatu, ka jebkuram ārstam, kas nodarbojas ar endoskopiju, ir jāprot šīs lietas, neatliekamā endoskopija ir jāprot katram endoskopistam, vai viņš strādā poliklīnikā, vai jebkurā slimnīcā – reģionos vai Rīgā –, bet šīs metodes ir jāprot.

- Kā jums kā pieredzējušai ārstei un pedagogam šķiet, kāds ir mūsdienu jaunais ārsts? Kādas ir tās īpašības un dzīves uztvere, kas atšķir mūsdienu jauno ārstu no iepriekšējām ārstu paaudzēm?

- Mēs esam priecīgi, ka jaunie ārsti ir ļoti atvērti, ļoti zinātkāri, mēs esam

vienkārši gandarīti, ja redzam, ka šie ārsti nāk ar interesi par profesiju. Un tas arī mums – pieredzējušākajiem kolēģiem un pedagogiem – dod profesionālu pacēlumu. Protams, ir labi zināms fakts, ka medicīnā ārsti noveco, ir liels jauno ārstu trūkums, taču mums ir ļoti zinoši, mācīties gribošie jaunie kolēģi. Par to tiešām prieks, un arī pašlaik man ir tik jauka komanda, kas nemitīgi mācās. Mācību procesā jaunais ārsts tiek visu laiku uzraudzīts, viņam tiek doti padomi un aizrādījumi, es kā pedagogs esmu ļoti stingra un arī ļoti prasīga, un ir kolēģi, kas to novērtē, tādēļ vēlāk viņiem ir arī ļoti labi profesionālie rezultāti. Bet, protams, mēs visi esam dažādi, arī ārsti un studenti, un jaunie ārsti. Bet svarīgākais, ka viņi ir zinātkāri. Nenoliedzami, dzīves uztvere katrai paaudzei ir citādāka, tur nav divu domu. Vienmēr jau var teikt slavenu teicienu "kad mēs augām, tad zāle bija zaļāka", bet es tomēr cenšos jaunus kolēģus uzvert kā līdzvērtīgus darba partnerus, nevelkot kādu paaudžu robežu. Viņi ir

TURPINĀJUMS 21. LPP.

Dr. Anita Lapiņa: “Es kā pedagogs esmu ļoti stingra un arī ļoti prasīga.”

TURPINĀJUMS NO 20. LPP.

daudz labāki tehnoloģijās, daudz labāk var atrast jaunāko informāciju, un tā viņiem ir ļoti liela priekšrocība, bet mēs, kolēģi, kuri esam no vecākas paaudzes, šīs viņu zināšanas un iemaņas varam visai produktīvi izmantot. Šī enerģijas apmaiņa ir ļoti jauka.

- Bieži mēs publiskajā telpā dzirdam, ka kādas sarežģītas manipulācijas vai ārstniecība iespējama, piemēram, kaut kur “klīnikā Vācijā” vai kādā citā valstī. Vai tas nozīmē, ka mūsu ārsti ir mazāk kvalificēti? Vai mūsu medicīnas izglītības sistēma nevar sagatavot šāda kalibra speciālistus?

- Man ir bijusi iespēja stažēties ārzemju klīnikās. Īpaši Vācijas klīnikās ir ļoti, ļoti augsts līmenis, un es esmu ieguvusi izcilu pieredzi. Mans iespaids ir, ka mēs nebūt neesam sliktāki par klīnikām Šveicē vai Vācijā, mēs to pieredzi ātri apgūstam, un, ja mums ir iespēja, tad to liekam lietā. Nekādā gadījumā negribu teikt, ka vācu klīnikās līmenis ir augstāks. Bet pateikšu citādāk – viņiem uz vienu pacientu ir divi ārsti un divas māšas. Mums tā ir problēma, jo personāla trūkums ir ļoti izjūtams. Un, protams, ir daudz vieglāk strādāt, ja uz vienu pacientu ir divas vai vismaz māsiņa. Bet mums noteikti nevajag sevi nolīdzināt līdz ar zemi, apgalvojot, ka esam sliktāki un ka medicīniskā aprūpe ārzemēs ir labāka, bet šeit viss ir slikti. Tam es nekad nepiekritīšu. Un te es nerunāju tikai par endoskopiju, es runāju par mūsu medicīnas kvalifikāciju vispār. Mums blakus ir Onkoloģijas centrs, mums ir fantastiski ķirurgi, kuri veic ļoti augstas klases veiksmīgas operācijas, ir speciālisti faktiski jebkurā medicīnas nozarē. Pēdējos gados viss ir audzis, un mums ir Ārsti ar lielo burtu, kas pacientu dēļ darīs visu, reizēm pat pāri saviem spēkiem.

VIENMĒR JAU VAR TEIKT SLAVENO TEICIENU “KAD MĒS AUGĀM, TAD ZĀLE BIJA ZAĻĀKA”, BET ES TOMĒR CENŠOS JAUNOS KOLĒĢUS UZTVERT KĀ LĪDZVĒRTĪGUS DARBA PARTNERUS.

- Medijos gan bieži (un ne tikai medicīnas jomā vien) tiek salīdzināts – “tur” (lai kur tas arī nebūtu) viss ir labi, bet šeit – slikti...

- Medijiem nereti tiešām ir tāda tendence teikt “tur ir labi, šeit ir slikti”, bet es tam pilnīgi negribu piekrist. Man ir bijuši precedenti ārzemēs, kad pat universitātes klīnikā es kā viesārstis, skatoties līdz procedūrai, redzu, ka kaut kas nesanāk, kaut kas nav labi. Tad no vietējā ārsta skan jautājums “varbūt jūs varat palīdzēt?”... Es tajā brīdī palīdzu kolēģim, un man ļoti ātri izdodas veikt nepieciešamo manipulāciju... Bet vai tāpēc uzreiz ir jāsaka, ka šī slimnīca ir sliktāka? Šajā gadījumā ir ļoti liels gandarījums par mūsu profesionalitāti. Manuprāt, mēs paši sevi mazliet par daudz noliekam “otrajā plānā”, un mani tiešām apbēdina, ka tiek pazemots mūsu medicīnas līmenis. Iespējams, ka iemesls ir tas, ka atsevišķās ārvalstīs ir ļoti laba aprūpes sistēma, nodrošinājums ar personālu, bet Latvijā mediķi ir ļoti noslogoti un noguruši, kas rada problēmas komunikācijā, un sarunas ar pacientu piederīgajiem neizdodas tik augstā līmenī – vienkārši tādēļ, ka ārstam elementāri pietrūkst spēka. Bet to, ka mēs profesionāli esam sliktāki, tam gan es nepiekritu. Mums ir lieliski kolēģi arī citās specialitātēs, ārsti tiešām ļoti labi strādā, un ir prieks, ka viņiem arī izdodas.

- Ja runājam specifiski par gastroenteroloģiju – kāda ir situācija ar jaunajiem speciālistiem, kas vēlētos ienākt nozarē? Vai interese ir pietiekoša, lai nodrošinātu kvalificētu pacientu aprūpi un nepārtrauktību?

- Mēs tūlīt nonāksim pie sāpīgiem jautājumiem. Jaunos ārstus es nevaru nedz nosodīt, nedz nepieņemt viņiem – jaunajiem speciālistiem ļoti svarīgs ir atalgojums. Un, ja šis jautājums nesakārtosies, paliks līdzšinējā līmenī, tad problēma ar jaunajiem ārstiem nepazudīs. Jo tikai ar profesionālo gandarījumu, kas, protams, arī ir ļoti svarīgs medicīnā, kopā ar vēlmi strādāt un gūstot papildinājumu, ka esi kaut ko izdarījis labu, nepietiek. Būsim reāli – arī finansiālā puse ir ļoti svarīga. Un šajā ziņā jaunie ārsti ir daudz prasīgāki, viņi salīdzina sevi ar kolēģiem, kuri strādā citās valstīs. Kaut vai tepat blakus, Igaunijā, un starpība diemžēl ir pārāk liela. Jaunie kolēģi vēlas dzīvot šeit, tagad un šodien, nevis gaidīt solījumus par to, ka, iespējams, pēc 20 gadiem būs kaut kas labāks. Ja šī situācija neatrisināsies, tad nekas nemainīsies.

- Cik lielā mērā savus pacientus var ietekmēt ārsts-speciālists – respektīvi, lai cilvēki nevilcinās vērsties pēc palīdzības, “nenokavē” šo palīdzības lūgšanas brīdi? Kas ir tās specifiskās lietas, kuras pacientu aprūpē var atrisināt ārsts?

TURPINĀJUMS 22. LPP.

Dr. Anita Lapiņa: “Es kā pedagogs esmu ļoti stingra un arī ļoti prasīga.”

TURPINĀJUMS NO 21. LPP.

Ir divas, kā es tās saucu, problēmgrupas ar pacientiem. Vieni ir tie, kas cieš līdz pēdējam. Viņiem ir sūdzības, bet viņi nemeklē palīdzību, līdz tiešām nonāk akūtā stāvoklī vai pat tādā situācijā, kad palīdzēt jau tiešām ir grūti. Savukārt otrie ir tie, kuri pie mazākās problēmas pieprasīs vissarežģītākos izmeklējumus, kurus tajā brīdī nav nekādas nepieciešamības veikt, un dēļ tā veidosies rindas. Tādēļ liela nozīme ir pašām primārākajām lietām, proti, kāds tev ir ģimenes ārsts, kāda tev pašam ir attieksme pret savu veselību... Protams, ir pareizi, ja pacients meklē palīdzību laicīgi, un tad arī ārstēšana ir daudz efektīvāka un daudz veiksmīgāka.

- Kā RAKUS “Gaiļezers” Endoskopiju nodaļas vadītāji, Latvijas Gastrointestinālās Endoskopijas asociācijas valdes loceklei jums ir redzama visa situācijas un pat veselības aizsardzības sistēmas kopaina. Raugoties no jūsu viedokļa un salīdzinājumā ar kaimiņvalstīm un ES kopumā, kas šajā sistēmā Latvijā ir nepareizs? Un varbūt kas ir tāds, ar ko mēs Latvijā varam būt lepni?

- Man gribas iemest akmeni veselības aprūpes dārziņā, jo mums kaut kas ar veselības aprūpes sistēmu tiešām nav kārtībā. Es esmu ļoti ilgus gadus strādājusi, daudz ko piedzīvojuši un pieredzējuši: dažādas reformas, dažādas

pārbaudes, pārejas no vienas pieejas uz citu, bet visi izstrādātie plāni diemžēl nesaskan ar to, kas ir dzīvē. Piemēram, lieta, ko es nekādi nevaru saprast: ja mēs dalām slimnīcas pēc līmeņa – ir primārais līmenis, sekundārais, terciālais –, tad kāpēc netiek plānots arī atbilstošs finansiālais modelis. Finances taču, pilnīgi loģiski, būtu jāplāno tā, lai nodrošinātu konkrēto pakalpojumu konkrēta līmeņa slimnīcās. Lai tas, ko slimnīcās dara, sevišķi lielajās universitātes slimnīcās, tiešām atbilst prasībām, lai process tiek apmaksāts, lai atalgojums medicīnas personālam būtu atbilstošs. Un šeit pavisam neiet kopā solījumi ar realitāti. Es to saprotu vienkārši – ja ir sarežģītāki un smagāki pacienti, ja vairāk darba un resursu ieguldīts, ja vairāk izmeklējumu veikts, tad arī apmaksai un finansēm ir jābūt adekvātām. Tomēr ir jābūt koeficientam – kas veic sarežģītās lietas, tam ir jābūt augstāk novērtētam u.t.t. Bet realitātē – jo tālāk no centra, jo labāka situācija. Tālākie kolēģi, godīgi sakot, par mums smejas. Es uzskatu, ka tas nav pareizi, jo patiešām sarežģītās lietas paveikt var uz vienas rokas pirkstiem saskaitāmi kolēģi, taču viņi paliek muļķu lomā, jo papildu ienākumus tas nedod. Kamēr veselības aprūpes vadoņi šo situāciju nesapratīs, tikmēr mēs arī nevaram sagaidīt, ka jaunie kolēģi šeit rausies strādāt. Jo viņiem arī ir tiesības uz izaugsmi, turklāt mediķiem visu laiku ir jābūt, jābrauc uz kursiem, jāsta-

žējas – tam visam vajag finansējumu. Valsts apmaiņas programmas apmaksā tikai pie konkrēta projekta, savukārt katrs ārsts pats individuāli meklē variantus, kurus kāds nofinansē... Tā nedrīkstētu būt. Tad arī rodas situācijas, kurās pat kolēģi, satiekoties ar mūsu mediķiem, velta nepatīkamus komentārus “hi-hi, ha-ha, kāpēc tu vispār šeit strādā?”. Īpaši bēdīgi tas ir tad, ja jauni ārsti tiek savā starpā un stāsta, cik un kur iespējams nopelnīt. Tā ir mana sāpe, kas diezin vai tuvākajā laikā atrisināsies. Es pati esmu darbholīķis, jo man vienkārši šis darbs patīk un strādāju tiešām ar gandarījumu, bet es neticu, ka jauniem kolēģiem būs tāpat, jo viņiem ir citāds skats uz dzīvi, un viņi vēlas dzīvē būt labi nodrošināti. Jaunie ārsti satiekas arī ar ārzemju kolēģiem, izrunā šos jautājumus... Un starpība ir drausmīga, šis grāvis ir tik dziļš, ka brīžiem šķiet nepārvarams... Diemžēl nav pašu mediķu spēkos un iespējās situāciju atrisināt, tas ir jākārto “tur, augšā”. Protams, cieš arī pacienti, tiešām skumji par garajām rindām uz valsts apmaksātiem pakalpojumiem. Ir taču skaidrs, ka nevar likt visiem saņemt pakalpojumus par milzīgu naudu, daudzi nav uz to spējīgi. Un tāpēc slimības tiek ielaistas līdz akūtam stāvoklim, tāpēc viņi atbrauc tad, kad situācija jau ir smaga, kaut gan problēmas varēja tikt novērstas krietni agrāk. Man grūti spriest, kā pareizi to izdarīt, kā atrisināt šīs problēmas sistēmiski, jo es neesmu bijusi deputāte, neesmu politiķe, taču es esmu cilvēks, kurš ikdienā dara sarežģītu darbu, redz situāciju reālajā, nevis iedomātajā pasaulē.

- Kā vērtējat ārsta-speciālista darbu privātajās un valsts klīnikās? Un ģimenes ārstu praksēs? Vai un kādas ir atšķirības – priekšrocības, trūkumi? Vai pastāv pietiekama sadarbība šajā jomā: starp privātajām un valsts

TURPINĀJUMS 23. LPP.

**MUMS NOTEIKTI NEVAJAG SEVI
NOLĪDZINĀT LĪDZ AR ZEMI, APGALVOJOT,
KA ESAM SLIKTĀKI UN KA MEDICĪNISKĀ
APRŪPE ĀRZEMĒS IR LABĀKA, BET ŠEIT
VISS IR SLIKTI.**

Dr. Anita Lapiņa: "Es kā pedagogs esmu ļoti stingra un arī ļoti prasīga."

TURPINĀJUMS NO 22. LPP.

kliniķām, starp ģimenes ārstiem un ārstiem-speciālistiem?

- Tās ir pilnīgi divas dažādas pasaulēs – gan pacientu kontingenta, gan darba apjoma ziņā. Es arī vienu reizi nedēļā piestrādāju privātajā kliniķā, jo man daudz gribas ceļot un vajag kaut ko arī nopelnīt (smejas). Privātās iestādēs ir iespēja labāk nopelnīt, tur ir labi darba apstākļi, arī darba intensitāti var regulēt un prognozēt. Bet man personīgi ikdienā ar to ir par maz, patīk darīt dažādas sarežģītas lietas. Un, strādājot privātā kliniķā, darot ikdienā vienu un to pašu, tikai diagnostisku, man būtu garlaicīgi. Man vajag kaut ko vairāk, kaut ko sarežģītāku, jo man savas zināšanas jāliek lietā. Būtu labi, ja jaunie kolēģi daļu sava laika strādātu universitātes kliniķā vai kādā citā slimnīcā, un pēc tam daļu laikā privātajā vai polikliniķā. Jo, ja tikko pēc mācību beigšanas kolēģis aiziet uz polikliniķu, viņš veic vienkāršu diagnostiku, bet jaunajam ārstam ir jāaug. Piemēram, kaut vai neatliekamā endoskopija, tā ir jāmāk visiem endoskopistiem. Jo, ikdienas rutīnā darot vienas un tās pašas lietas, kaut kādās jomās var palikt nedaudz neuzmanīgāks. Es nesaku, kas tas tā ir visiem, bet man šķiet, ka būtu vērtīgi, ja kolēģi dalītu gan darbu stacionārā, gan darbu privātajā kliniķā. Kolēģim tā būtu nepārtraukta izaugsme, jo tikai ar teoriju un kongresu apmeklēšanu nevar apgūt visas zināšanas, ir nepieciešama prakse. Piemēram, Vācijā strādāt universitātes slimnīcā skaitās prestiža lieta, un tikai pēc tam var iet privātajā jomā. Pašlaik Latvijā skaitās prestiži strādāt privātajā kliniķā un "slikti" ir vienkārši strādāt slimnīcā. Tādēļ kolēģiem iesaku savienošānu, vajag "iebāzt degunu" slimnīcā, akūtās, sarežģītās lietās, tas tikai pacels viņu profesionalitāti, jo, uzsvēršu vēlreiz, medicīnā visu laiku ir jāmācās.

- Ja runājam par jauno ārstu apmācības sistēmu kopumā – kas būtu uzlabojams, kādi būtu jūsu ieteikumi, piemēram, veselības politikas veidotājiem?

Viens no punktiem, ko var uzlabot apmācības sistēmā, ir kvalitātes celšana. Es, diskutējot par šiem jautājumiem, pat mēdzu pacelt balsi, jo svarīgs ir ne tikai izmeklējumu skaits, bet vispirms arī kvalitāte. Visi mēs esam cilvēki, visi mēdz kļūdīties, un tas ir tikai cilvēcīgi, jo nekļūdās tikai tas, kas neko nedara. Taču ir jautājums, cik bieži kļūdas gadās un vai jaunajam ārstam blakus ir kāds kolēģis, kas palīdz un var pakonsultēt, ja ir kāda sarežģīta situācija. Visi pacienti nav vienādi, jo mēdz gadīties, ka 10 pacienti atnāk ar līdzīgām problēmām, bet būs viens, ar kuru jaunais kolēģis viens pats galā netiks. Man bija lielisks pasniedzējs – profesors Purmalis –, un viņam bija teiciens "tad, kad tu kļūdieš, tev ir jāsaprot, es biju jauns, dumjš un labošos, nevis jātaisnojas". No kļūdām mēs mācāmies. Taču es kā pasniedzēja esmu ļoti prasīga. Esmu nākusi no ārstu ģimenes, zinu, kas ir atbildības sajūta,

un tā būtu jāieaudzina katram jaunajam ārstam.

- Noslēgumā tradicionālais "GASTRO Ziņu" jautājums – jūsu novēlējums saviem kolēģiem un arī Medicīnas centram GASTRO?

- Lai privātā lauciņa kolēģi atnāk pārmaiņas pēc pastrādāt pie mums (smejas). Bet galvenais, protams, lai mums visiem un mūsu pacientiem viss ir labi. Lai ne mums, ne GASTRO mediķiem nebūtu spēku izsīkums, lai katrs ārsts varētu arī par savu veselību padomāt, lai paliek laika hobijiem, ceļojumiem, mūzikai un visam skaistajam, kas ir apkārt. Dodot gaismu citiem, nesadegt pašiem. Lai mums pietiek spēka palīdzēt pacientiem. Sadalām laiku pareizi, atstājot darbā problēmas, nenesot tās uz mājām. Baudām dzīvi, jo tā ir skaista. Ir tik daudz labā, tik daudz foršu cilvēku apkārt, izbaudām katru mirkli, un nevajag nekādas pilis, reizēm pietiek ar pavisam nelieliem, jaukiem brīžiem, lai gūtu piepildījumu dzīvē. Esam cilvēki, esam koleģiāli, lai tas labais visapkārt vairojas. 🌱

VISI MĒS ESAM CILVĒKI, VISI MĒDZ KĻŪDĪTIES, UN TAS IR TIKAI CILVĒCĪGI, JO NEKĻŪDĀS TIKAI TAS, KAS NEKO NEDARA. TAČU IR JAUTĀJUMS, CIK BIEŽI KĻŪDAS GADĀS UN VAI JAUNAJAM ĀRSTAM BLAKUS IR KĀDS KOLĒĢIS, KAS PALĪDZ UN VAR PAKONSULTĒT, JA IR KĀDA SAREŽĢĪTA SITUĀCIJA.

Prof. Juris Pokrotnieks: "Svarīgākais ir pieprasījums. Darba vietas būs."

Dr. Juris Pokrotnieks ir Rīgas Stradiņa universitātes (RSU) profesors, Gastroenteroloģijas rezidentūras programmas vadītājs, Latvijas Gastrointestinālās endoskopijas asociācijas valdes loceklis, Latvijas Gastroenterologu asociācijas prezidenta p. i., Eiropas Medicīnas speciālistu (EUMS) Gastroenteroloģijas un hepatoloģijas sekcijas (EBGH) dalībnieks – tātad atzīta autoritāte gan starp praktizējošiem ārstiem-gastroenterologiem, gan kā medicīnas studiju pasniedzējs un jauno ārstu skolotājs. Lai skaidrotu gastroenteroloģijas rezidentūras programmas aktualitātes RSU, vērtētu situāciju ar jauno ārstu ienākšanu Latvijas medicīnas sistēmā un sniegtu plašāku vērtējumu par kopējo situāciju gastroenteroloģijas un visas veselības aprūpes sistēmā Latvijā, "GASTRO Ziņas" aicināja prof. Juri Pokrotnieku uz interviju.

- Tradicionāli plašsaziņas līdzekļos un publiskajās diskusijās tiek nosaukti trīs "sāpju bērni" mūsu sabiedrības attīstībā – labklājība, izglītība un, ko tur slēpt, veselība. Kā viena no problēmām, īpaši jau izglītības un veselības jomās, tiek nosaukts jaunu kadru "deficīts". Proti, jaunajiem censoņiem vai nu nav interese, vai motivācijas strādāt šajās nozarēs. Vai, vēl tiešāk sakot, strādāt tieši Latvijā. Cik, jūsuprāt, pamatots ir šāds viedoklis?

- Deficīts nav visur, tostarp, arī runājot par medicīnu. Tas nav vērojams visās medicīnas jomās. Vēsturiski "bedre" izveidojās vēl pagājušā gadsimta beigās, kad daļa mediķu "pār kvalificējās" (parādījās business, tirdzniecība, organizatoriskais darbs, arī politika). Kadru deficīts pārsvarā ir tur, kur ir smags, atbildīgs, slikti organizēts un vāji apmaksāts



VĒSTURISKI "BEDRE" IZVEIDOJĀS VĒL PAGĀJUŠĀ GADSIMTA BEIGĀS, KAD DAĻA MEDIĶU "PĀRKVALIFICĒJĀS".

darbs, kas galu galā nedod gandarījumu. Es domāju, ka bieži šāds "deficīts" ir pat mākslīgi radīts: proti, uzskatot, ka visur un visos līmeņos ir jābūt klātesošam tieši ārstam. Šāda kārtība gan saistāma arī ar to, ka ārsta palīgu, medmāsu Latvijā ir, piemēram, 7 reizes mazāk nekā Norvēģijā. Mazinājies arī profesijas prestižs. Ir arī citi objektīvi iemesli. Piemēram, pārāk daudz ir jāiegulda izglītībā un tālākizglītībā vai mūžizglītībā, salīdzinot ar ieņēmumiem, noslodzi, atbildību, pieaugošajām prasībām, izdegšanas riskiem un, galvenais, birokrātijas uzvaras gājieni. Viens piemērs: Vācijā gastroenterologs rezidentūrā mācās 5 gadus interno medicīnu un 3 gadus bāzes gastroenteroloģiju, to vēl var pagarināt ar "advancēto" izglītību – vēl 3 gadi.

Un vēl mums ir bieži lietots termins "medicīnisko pakalpojumu pieejamība". Vai sabiedrības priekšstats par to vispār ir samērojams ar realitāti pat visbagātākajās valstīs? Gastroenterologa konsultācija parasti ilgst 20–30 minūtes. Bieži pacients ierodas ar biezu izmeklējumu aprakstu, analīžu, iepriekšējo ārstēšanās reižu izrakstiem. Pa šo laiku ir jāpaspēj vismaz noorientēties, turklāt pacienti vēlas aprunāties, lai tiktu izskaidrots, jāordinē ārstēšana, jāizpilda dokumentācija un vēl daudz kas cits. Mūsdienu komplicētā medicīna (tajā skaitā gastroenteroloģija) prasa daudz vairāk laika darbam ar pacientu. Apdrošinātāji to nevēlas ņemt vērā. Pieaug arī kļūdu risks sakarā ar to, ka konsultācija

TURPINĀJUMS 25. LPP.

Prof. Juris Pokrotnieks: "Svarīgākais ir pieprasījums. Darba vietas būs."

TURPINĀJUMS NO 24. LPP.

vairāk atgādina ātrspēli. Ar šo jautājumu ir jānodarbojas profesionāli un nepārtraukti, tāpat kā jāseko līdzi attīstībai nozarē: medicīna mūsdienās mainās un kļūst komplicētāka ļoti strajos tempos. Viss šis apstākļu kopums arī veido sarežģītu situāciju ar paaudžu nomaiņu medicīnas jomā.

- Mēdz teikt, ka paaudze no paaudzes atšķiras. Cik lielā mērā jaunie ārsti, jaunā medikū paaudze ir atšķirīga no iepriekšējās. Vai tas ir labi, vai slikti?

- Jaunā ārstu paaudze ir ātrāka, drosmīgāka, brīvāka un spējīgāka. Tā ir mūsu cerība. Diemžēl šajā faktā ir arī jau sākotnēji iekodēta zināma bīstamība. Paplašinoties iespējām un augot aktivitātei, ir iespēja vairāk pelnīt, taču pieaug arī agrīnas izdegšanas risks. Piemēram, ASV izdegšana konstatēta ap 40% gastroenterologiem-vīriešiem un pat 60-70% sievietēm.

- Jūs jau pieminējāt, ka tik prestižā ārsta profesija "zaudē spožumu". Un dažkārt arī mediju un sabiedrības viedokli veido dažādi aicinājumi ziedot, piemēram, "operācijai Vācijā" vai "ārstēšanai ASV". Vai tas tiešām nozīmē, ka mūsu speciālisti, mūsu medikū ir mazāk spējīgi un mazāk izglītoti? Kāpēc ir šāda situācija?

- Vai mūsu medicīnas izglītības sistēma nevar sagatavot šāda kalibra speciālistus? Nē, tas tā nav. Problēma ir tā, ka īpaši sarežģītas manipulācijas mūsu nelielajā valstī ir ļoti retas, un līdz ar to ierobežo arī ārstu izaugsmi un pilnveidošanos. Ļoti svarīgs ir pieprasījums, kas ļoti atkarīgs no pacientu skaita konkrētajā aprūpes reģionā. Starp citu, šis faktors arī ir viens no kvalificētu ārstu migrācijas cēloņiem.

Taču, skatoties kopumā, diskusijas par to, ka "tur" (piemēram, ES ba-

GALVENAIS IEKLAUSĪTIES UNIVERSITĀŠU VIEDOKLĪ UN SADARBOTIES. NAV KAUT KĀDAS TIKAI GASTROENTEROLOĢIJAS APMĀCĪBAS KAITES, PARASTI TĀS IR ARĪ MŪSU KOLĒĢIEM.

gātākajās valstīs) viss ir labi, bet pie mums slikti, vairāk ir saruna "par visu un neko". Jārūnā konkrēti, kas un kur ir labs. Nesens piemērs. Diskusija Veselības ministrijas organizētā sēdē par neatliekamo endoskopiju pieejamību dažās reģionālajās slimnīcās. Daudz vispārēju vārdu par nepieciešamību uz endoskopiju kvalitātes rēķina risināt šo problēmu, iesaistot ķirurgus. Neskatoties uz to, ka mūsu endoskopiju pieejamība ir ļoti labā līmenī, salīdzinot pat ar, piemēram, ASV. Apvienotajā Karalistē, veicot prospektīvu daudzcentru auditu reģionos ar 10,5 miljonu populāciju, neatliekamās palīdzības centros pacientu aprūpē tikai 59% gadījumu bija pieejama neatliekamā endoskopija pirmajās 24 stundās. Turklāt šis rādītājs pasliktinājās par 6%, salīdzinot ar iepriekšējo auditu. Pašu pieņemtās vadlīnijas tika īstenotas tikai 20% gadījumos. (Informācija: "United European Gastroenterology Journal" 2019, Vol. 7(2) 199-209.) Daudzi, kas slavē savu dzīvi ārzemēs, tomēr brauc izmeklēties un ārstēties pie mums. Tātad jāseko līdzi, jāsalīdzina, jāanalizē. Cita ceļa nav un nebūs.

Pat Eiropas Savienībā var atrast lielas atšķirības dažādu problēmu risināšanā. To bieži izmantojam arī argumentācijā. Bet, protams, ja ir vēlme kritizēt pilnīgi visu, tad atliek paskatīties visā plašajā pasaulē, un var atrast apstiprinājumu, kam vien gribi. Tomēr, neapšaubāmi,

ka gastroenterologa (sevišķi: endoskopista) darba kvalitātei tiek pievērsta ļoti liela uzmanība. Sevišķi tas attiecas uz darbu pēc protokola un darba rezultātu nepārtrauktu analīzi.

- Ja runājam specifiski par gastroenteroloģiju - kāda ir situācija ar jaunajiem speciālistiem, kas vēlētos ienākt nozarē? Vai interese ir pietiekoša, lai nodrošinātu kvalificētu pacientu aprūpi un nepārtrauktību?

- Ļoti liela interese. Pēdējos gados uz 5 gastroenterologu rezidentūras vietām ir 15 pretendenti. Līdz ar to arī ienāk jaunie, kuriem gastroenteroloģija ir pirmā izvēle. Te nu Veselības ministrija mūs ir atbalstījusi, un rezultāts ir un būs. Tas ir gastroenterologu saimes nopelns, tradīcijas, kuras veidoja mūsu skolotāji, un kuras izkopj pašreizējie skolotāji.

- Kādas šobrīd ir jauno cilvēku, kas vēlētos studēt medicīnu, iespējas kā un kur iespējams apgūt ārsta, tostarp - gastroenterologa, profesiju?

- Ir pieejama rezidentūra Latvijas Universitātē (LU) vai RSU piecu gadu studijās, no kuriem 2 gadi internā medicīnā un 3 gadi gastroenteroloģijā. Apmācība notiek specializētos centros Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā un Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā, pēdējos gados RSU iesaistīja arī Gremošanas slimību centru GASTRO,

TURPINĀJUMS 26. LPP.

Prof. Juris Pokrotnieks: "Svarīgākais ir pieprasījums. Darba vietas būs."

TURPINĀJUMS NO 25. LPP.

kas ir pilnvērtīga mācību bāze ne tikai endoskopijās vien. Rezidentūrā gastroenteroloģijā LU un RSU uzņem studentus pēc doktora grāda iegūšanas, kā arī sertificētus internistus. Studijas rezidentūra pirmajiem ilgst 5 gadus (2 gadi internā medicīna un 3 gadi gastroenteroloģija). Studiju programmas abās universitātēs ir akreditētas, bet salīdzināmas, jo gatavo speciālistus pēc atbilstošiem Ministru kabineta noteikumiem. Studiju laikā apgūst vēdera dobuma orgānu abdominālo ultrasonoskopiju un pamata vai bāzes gremošanas trakta endoskopiju. Bāzes endoskopija nozīmē augšējo (barības vads, kuņģis un divpadsmitpirkstu zarnas proksimālā daļa) un kolonoskopiju (resnās zarnas apskate). Apmācībā obligāti iekļautas biežāk lietojamās diagnostiskās vai terapeitiskās darbības (paraugu paņemšana, asiņošanas apturēšanas, svešķermeņu vilkšanas, šaurējumu paplašināšanas, stentu (protēžu) ievietošanas un citas darbības un to paveidi). Protams, tālākizglītbai tiek atstātas komplicētās manipulācijas un dažādas endoskopiskās operācijas. Dažās valstīs tie ir 3-4 gadi papildu rezidentūrā.

- Kas jāņem vērā un kam mācībā jāpievērš īpaša uzmanība šim hipotētiskajam jaunajam cilvēkam, kurš grib studēt medicīnu?

- Medicīnā noder pilnīgi viss. Grūti pat iedomāties, kas nav vai var nebūt nepieciešams. Sevišķi pētnieciskajā jomā, kas strauji attīstās arī Latvijā, neskatoties uz pavisam bēdīgo finansējumu. Medicīna, tāpat kā daudzas citas profesijas, attīstās ģeometriskā progresijā. Te vietu atradīs gan zvērīnāts datorspēju meistars, simulējot un risinot medicīniskas problēmas, gan fiziķis-teorētiķis galvenokārt radioloģiskā diagnostikā un terapijā, gan fizisko vai psihoterapeitisko metodiku cienītājs, pat dzīvniek-

mīlis ar suņu izcilās ožas izmantošanu diagnostikā. Taču ir kāda nianse, kas būtu svarīga cilvēkam, kurš vēlas saistīt savu dzīvi ar medicīnu... Kad izcilajam internistam, sabiedriskajam darbiniekam, publicistam profesoram Ilmāram Lazovskim (1931-2003) jautāja, ko visvairāk viņš vēlētos darīt, atbilde bija - ārstēt cilvēkus. To gan, izvēloties profesiju, būtu jāatceras. Arī komandas darbs nedrīkst būt tikai vārdi, jaunajam gastroenterologam jāapzinās, cik svarīgi ir mācēt respektēt savu kolēģu darbu un viedokli, taču arī mācēt argumentēt savu. Endoskopijā ārstam ir nenovērtējami svarīgi mācēt strādāt ar endoskopiju māsām un tās uzklaustīt.

- Gastroenteroloģijas rezidentūras programmas aktualitātes: kas ir svarīgākais un nozīmīgākais, ar ko varat iepriecināt ārstus-rezidentus?

- Svarīgākais ir pieprasījums. Darba vietas būs. Un jaunos ārstus gaida.

- Mediķiem, īpaši tik specifiskā jomā kā gastroenteroloģija, ir svarīgi apgūt jaunāko un modernāko medicīnā, pacientu apkalpošanā, medicīnas zinātnē un tehnoloģijās. Kāda ir situācija Latvijā, raugoties no ārsta-gastroenterologa viedokļa?

- Abas mūsu universitātes dod ar katru gadu lielākas iespējas mācību procesā un pētniecībā. Piedāvājums, man šķiet, pat pārsniedz pieprasījumu, t.sk. sadarbībā ar vadošajiem mācību un pētniecības centriem ārzemēs. Mana akadēmiskā darbība jau ilgāk nekā 40 gadus saistīta ar Rīgas Stradiņa universitāti, un man ir iespēja novērtēt ikgadēju reālu progresu rezidentu apmācībā. Domāju, ka to pašu teiktu LU vadošie gastroenterologi - LZA akademiķis prof. Mārcis Leja un Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Gastroenteroloģijas, hepatoloģijas un uztura terapijas centra vadītājs prof.

Aldis Puķītis. Ļoti ceru, ka jaudīgi un ar lielu kapacitāti Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca atjaunos un palielinās RSU asoc. profesora Alekseja Derova organizētā Gastroenteroloģijas, hepatoloģijas un nutrīcijas centra aktivitātes, sevišķi pētniecības jomā.

- Ja runājam par jauno ārstu apmācības sistēmu kopumā - kas būtu uzlabojams, kādi būtu jūsu ieteikumi, piemēram, veselības politikas veidotājiem?

- Galvenais ieklausīties universitāšu viedoklī un sadarboties. Nav kaut kādas tikai gastroenteroloģijas apmācības kaites, parasti tās ir arī mūsu kolēģiem. Protams, ka gastroenterologu apmācība endoskopijā ir dārga, jo kamēr tiek apmācīts jaunais speciālists papildu slogs ir arī slimnīcu aprīkojumam, endoskopiskajai tehnikai, speciālistiem, personālam un diemžēl arī mūsu pacientiem. ASV, kur parasti ļoti skaita naudu, ir publicēti dati, ka mācību hospitāļos izmaksas endoskopijām dubultojušas (ilgāks apskates laiks, speciālistu noslogojums, veicot pārraudzību, personālam papildu slodze ar jauno kolēģi, pacienti var atteikties u.t.t.).

- Kādas aktivitātes vai aktualizētas sadarbības formas jūs kā RSU Gastroenteroloģijas rezidentūras programmas vadītājs sagaidītu no GASTRO?

- GASTRO tikai dažus gadus iesaistīts RSU rezidentu apmācībā. Var teikt, ka GASTRO palīdzēja brīdī, kad universitāšu slimnīcu kapacitāte, sevišķi digestīvajā endoskopijā, bija izsmelta. Un GASTRO devumu, esmu pārliecināts, novērtēs šie speciālisti paši. Jo visnopietnāk ņemamās atziņas par to, ko esmu apguvis un kā tas man palīdz kā ārstam, nāk ar praktiskā darba gadiem. Un nevar noliegt, ka GASTRO ir neapšaubāms līderis funkcionālajos gremošanas trakta izmeklējumos. 🍷