



GASTRO ZIŅAS

nozares jaunumu apskats, diskusijas, analīze

GASTRO KOMENTĀRS

Kas jāpaveic kopējās veselības aizsardzības sistēmas sakārtošanai? – Ivars Tolmanis, GASTRO CENTRA valdes priekšsēdētājs.

2. lpp.

GASTRO INFOGRAFIKA

GASTRO CENTRA Mazā iegurņa programmas speciālisti.

8. lpp.

GASTRO TĒMA

Diabēts un kuņģa-zarnu slimības – “GASTRO Ziņu” diskusija ar Lauru Veidi, GASTRO CENTRA ārsti-gastroenteroloģi, un Valdi Pīrāgu, ārstu-endokrinologu, LZA akadēmiķi, PSKUS Internās medicīnas klīnikas vadītāju, LU profesoru.

12.–15. lpp.

GASTRO PACIENTIEM

Iepazīstam GASTRO CENTRA un gastroenterologu sociālos partnerus – Zarnu vēža pacientu biedrība un tās vadītājs Uldis Vesers.

16.–17. lpp.

GASTRO MĀSĀM

Intervija ar Karolīni Pedčenko, GASTRO CENTRA galveno māsu.

21.–22. lpp.

GASTRO PACIENTS JAUTĀ

Kas ir “lenteņu diēta” un kāpēc tā ir bīstama?

28. lpp.

GASTRO TEHNOLOĢIJAS

Elektromiogrāfijas (EMG) atgriezeniskās saites terapija ar MAPLe.

29. lpp.

GASTRO AKTUALITĀTES

- Kā mākslīgais intelekts var palīdzēt gastroenteroloģijā;
- GASTRO CENTRA seminārs Jēkabpilī;
- GASTRO CENTRA 3D ekskursija;
- GASTRO CENTRA komanda viesojas Prāgas Endoskopiju dienās;
- In Memoriam – Dr. Ansis Muižnieks (1928–2024);
- Iepazīsti GASTRO CENTRA Mazā iegurņa programmu.

3.–7. lpp.

GASTRO MEDICĪNAI

Vēža skrīninga programma Latvijā – veiksmes vai neveiksmes stāsts. Saruna ar Janu Lepiksoni, SPKC Pētniecības un veselības statistikas departamenta direktori.

9.–11. lpp.

GASTRO REZIDENTIEM UN STUDENTIEM

Simulācijā balstīta izglītības pieeja medicīnas un veselības aprūpes izglītībā.

18.–20. lpp.

GASTRO ĀRSTIEM

Kas ir anorektālā manogrāfija un kāpēc tā ir svarīga? – Guntis Ancāns, GASTRO CENTRA ķirurģs-proktologs, onkologs.

23.–27. lpp.

GASTRO SPECIĀLISTI

Viena diena ar GASTRO CENTRA ārstiem-endoskopistiem – “GASTRO Ziņu” reportāža.

30.–33. lpp.

LASĪT VISU



Kas jādara, lai sakārtotu veselības aizsardzības sistēmu Latvijā?

Ivars Tolmanis,
GASTRO CENTRA valdes priekšsēdētājs,
ārsts-gastroenterologs



Publiskajās diskusijās, medijos un arī politikas veidotāju, politiķu un ierēdniecības "garajos gaitēnos" ir tikai divas tēmas, kuras vienmēr tiek uzturētas "karstas", ne-
mitīgi runājot par reformām, uzlabojumiem vai kārtējo "diskusiju" nepieciešamību. Tās ir izglītība un, protams, veselības aprūpes sistēma. Ar abu šo jautājumu risināšanu praktiskajā dzīvē mums diemžēl iet kā pa celmiem.

Nenoliedzami, man svarīga un arī pazīstama tēma ir veselības aizsardzība, kuras sistēmiska sakārtošana ir akūti nepieciešama ne tikai medikiem un veselības aizsardzības iestādēm, bet visai sabiedrībai. Piekritīsiet – nekā nav dārgāka par cilvēka veselību!

Tāpēc ir būtiski tomēr gan mediku, gan ekspertu, gan politikas veidotāju vidū "ie-
nest" noteiktu sistēmisku un racionalitāti. Un ar šo komentāru gribu pie mums, "GASTRO Ziņās", uzsākt rakstu sēriju, kas ietvertu svarīgākās tēzes par, manuprāt, būtiskākajiem jautājumiem, kuri jārisina Latvijas veselības aprūpes sistēmas sakārtošanai. Tā kā visvairāk piesauktā problēma publiskajā telpā ir finansējuma trūkums, tad savos rakstos mūsu avīzes turpmākajos numuros koncentrēšos tieši uz pakalpojumu izmaksām un cenām,

kā arī to noteikšanu, jo tā ir būtiska veselības aprūpes budžeta izdevumu sadaļa.

Es sāksu ar uzdevumiem, kas būtu jāveic ikvienai ārstu praksei, iestādei un arī valstij kopumā, lai virzītos uz maksimāli efektīvu finansēšanas modeli neatkarīgi no tā, kas ir pakalpojuma finansējuma avots: valsts budžets, dažādi apdrošināšanas modeļi, privātie līdzekļi vai to dažādas kombinācijas.

Vispirms jāpievēršas atklāta un "caurspīdīga" reālo izmaksu un cenu novērtējuma nepieciešamībai, kas ir būtisks priekšnoteikums, lai pakalpojuma sniedzējs, saņēmējs un maksātāji varētu objektīvi novērtēt finansējuma adekvātumu. Šāds caurspīdīgums veicina kvalitatīvāku lēmumu pieņemšanu, optimālāku finansējuma plānošanu un vairumā gadījumu var samazināt kopējās izmaksas. Lūk, galvenie soļi izmaksu un cenas "caurspīdīgai" noteikšanai.

Tiesību akti un noteikumi

- Likumdošanas aktu izveide, kas nosaka to, ka pakal-

pojumu sniedzējiem jānorāda reālā pakalpojuma gala cena un tās sadalījums pa maksātājiem, ja tie ir vairāki, piemēram, valsts un pacients vai apdrošinātājs un pacients.

- Jānosaka vienoti standarti kā pakalpojuma cena tiek norādīta.

Informācijas pieejamība

- Dažādiem lietotājiem draudzīgas platformas (piemēram, tīmekļa vietnes, viedierīču aplikācijas), kur pieejama izsmeljoša informācija par pakalpojumu cenām.

- Pakalpojuma saņēmējam un maksātājam pieejams visa pakalpojuma spektra (no receptes vai konsultācijas līdz sarežģītām starpdisciplinārām un starpinstitucionālām procedūrām un operācijām un ilgtermiņa ārstēšanai) detalizēts, izsmelošs un saprotams cenu un prognozējamo kopējo izmaksu pārskats.

Reālo izmaksu noteikšana un prognozēšana

- Individuāli rīki konkrētās epizodes izmaksu aprēķināšanai un sadalījumam pa citiem maksātājiem (ja tādi ir), ieskaitot pacienta paša līdzmaksājumus.

- Skaidra sagaidāmo izmaksu un iespējamo papildu izmaksu noteikšana.

Pakalpojuma, tā kvalitātes kritēriju un cenas noteikšanas standartizēšana

- Pakalpojuma apraksta, kodēšanas un cenas noteik-

šanas mehānisma vienādošana, kas neizslēdz cenu atšķirības uz objektīvu un pacientiem saprotamu kvalitātes vai servisa kritēriju rēķina.

- Pakalpojuma saņēmējam saprotamas valodas un terminu lietošana aprakstos.

Kvalitātes kritēriji

- Katram pakalpojumam jānosaka kvalitātes kritēriji, kas ietver vadlīniju standartus, iznākumus un pacientu apmierinātības vērtējumus.

- Pakalpojuma saņēmējus jāstimulē izvēlēties pakalpojumus, kur kvalitāte un cena ir līdzsvarā.

Izglītība, atgriezeniskā saite un analīze

- Sabiedrības izglītošana par veselību, veselības aprūpi, pakalpojumiem, to kvalitātes kritērijiem, izmaksu un cenu veidošanas principiem.

- Pakalpojumu sniedzēju izglītošana par izmaksu un cenu veidošanas principiem un objektīvas informācijas uzrādīšanas nepieciešamību.

- Pakalpojuma saņēmēju anketēšana par pakalpojuma kvalitāti un cenu atbilstību.

Sadarbība

Cieša sadarbība starp pakalpojuma sniedzējiem, profesionālajām asociācijām un maksātājiem caurspīdīgas izmaksu un cenu politikas ieviešanas veicināšanā.

...

Jau nākamajos numuros apskatīsim plašāk gan jau pieminētās, gan arī citas darbības un aktivitātes.



Kā MI un augstās tehnoloģijas palīdz darbā ar pacientiem?

Mākslīgais intelekts, modernās tehnoloģijas un gastroenteroloģija

Ivars Tolmanis,
GASTRO CENTRA ārsts-gastroenterologs

Mākslīgais intelekts (MI) šobrīd arvien aktīvāk integrējas dažādās gastroenteroloģijas jomās, tai skaitā, gastrointestinālajā endoskopijā, hepatoloģijā un audu paraugu morfoloģiskajā izmeklēšanā.

MI šobrīd palīdz dažādu gremošanas sistēmas slimību diagnostikā. Ar datortehnoloģiju algoritmiem analizējot un sintezējot liela apjoma informācijas avotus, kas ietver pacienta vēsturi, iepriekš veikto izmeklējumu, tai skaitā, piemēram, ģenētiskos datus, iespējams palīdzēt ātrā noteikt diagnozi un sastādīt efektīvu individualizētu papildu diagnostikas un terapijas plānu. Raksturīgākie piemēri šīm iespējām ir zarnu hroniskas iekaisuma slimības,

celiakija, aknu ciroze un aknu vēzis.

Ar MI palīdzību šobrīd var prognozēt ārstēšanas rezultātu un efektīvi veicināt jaunu ārstēšanas paņēmieni un līdzekļu radīšanu un izpēti. Gastrointestinālajā endoskopijā MI palīdz endoskopijas attēla analizē un veicina dažādu slimību agrīnu atklāšanu.

Piemēram, ar MI palīdzību resnās zarnas endoskopiskas izmeklēšanas (kolonoskopijas) laikā var efektīvāk atrast mazus polipus, noteikt to izmēru un paredzēt polipa morfoloģisko veidu bez morfoloģiskas izmeklēšanas



laboratorijā. MI tehnoloģijas palīdz ārstam izvēlēties labāko endoskopiski izmeklējamo orgāna daļu un vietu, kur būtu vislielākā iespēja iegūt diagnozi apstiprinošus audu paraugus. Ar MI palīdzību attīstās dažādi endoskopisko situāciju simulāciju modeļi, kas veicina ārstu un māsu apmācību.

MI palīdz pacientu pēc-procedūras novērošanā un agrīnā sarežģījumu atklāšanā pēc endoskopiskām procedūrām. MI palīdz gastroenteroloģijas centra darba plānošanā un dažādu administratīvu procesu optimizēšanā.

Lielākie izaicinājumi MI izmantošanai gastroenteroloģijā šobrīd ir personas datu aizsardzība un piekļuve citām pacienta aprūpei nepieciešamajām datu sistēmām. 🔄

Ar MI algoritmiem analizējot un sintezējot liela apjoma informācijas avotus, iespējams palīdzēt ātrā noteikt diagnozi un sastādīt efektīvu papildu diagnostikas un terapijas plānu.



GASTRO CENTRA seminārs Jēkabpilī pulcē teju pusotru simtu dalībnieku

25. janvārī, atzīmējot GASTRO CENTRA un Jēkabpils reģionālās slimnīcas (JRS) 2 gadu sadarbības gadskārtu, norisinājās GASTRO CENTRA un JRS kopīgi organizēts vērienīgs seminārs "Kuņģa un zarnu pirmsvēža slimību un agrīna vēža savlaicīgas diagnostikas un terapijas iespējas".

Seminārs bija plaši apmeklēts un pulcēja 146 dalībniekus – mediķus no Jēkabpils, Madonas, Aizkraukles un citām reģiona vietām.

Semināra atklāšanā Ervīns Keišs, JRS valdes priekšsēdētājs, akcentēja labo sadarbību ar GASTRO CENTRA komandu un kvalitatīvos gremošanas sistēmas endoskopiju pakalpojumus, ko sadarbības rezultātā saņem Jēkabpils reģiona pacienti. Savukārt Ansis Grantiņš, GASTRO CENTRA valdes loceklis, pateicās gan GASTRO CENTRA, gan JRS kolektīviem par kopīgo darbu reģiona pacientu labā.

Semināra galvenais mērķis bija sniegt medicīnas sabiedrībai vispu-



sīgas un praktiskas zināšanas par gastroenteroloģijas nozares aktualitātēm. Pasākuma programmas ietvaros uzstājās vairāki ievērojami medicīnas nozares eksperti: Ivars Tolmanis, Mārcis Leja, Danute Ražuka-Ebele, GASTRO CENTRA ārsti-gastroenterologi, kā arī Māra Bārene, izglītības māsa un mentore.

Ansis Grantiņš, Ivars Tolmanis un Aigars Vanags iepazīstināja ar paveikto un iegūto pieredzi GASTRO CENTRA Jēkabpils filiālē. Prezentācijās tika apspriestas gan teorētiskas atziņas, gan praktiskas vadlīnijas, tādējādi veicinot daudzveidīgāku skatījumu uz pašreizējo praksi. GASTRO CENTRA vadība sveica arī Jēkabpils reģionālās slimnīcas galveno ārsti Ilzi Bikovu ar stāšanos jaunajā amatā. Sadarbībai par godu semināra apmeklētāji baudīja arī svētku kūku.

GASTRO CENTRA komanda saka lielu paldies Jēkabpils reģionālajai slimnīcai par īpaši organizēto ekskursiju un ļoti augstu vērtē slimnīcas panākumus infrastruktūras un pacientu aprūpes standartu pilnveidē. Regulāra zināšanu un pieredžu apmaiņa jebkurā jomā ir efektīvākais veids kā nozarē uzturēt nemīdīgu attīstību un pilnveidošanos, tādēļ GASTRO CENTRS turpinās rīkot izglītojošus un praktiskus seminārus esošajiem un topošajiem mediķiem gan Rīgā, gan reģionos.





GASTRO CENTRA komanda viesojas Prāgas Endoskopiju dienās



Februāra nogalā GASTRO CENTRA mediķu komanda apmeklēja Prāgas Endoskopiju dienas, kas tradicionāli pulcē Eiropas vadošos gastroenteroloģijas speciālistus – ārstus, zinātniekus, medicīnas tehnoloģiju uzņēmumu pārstāvjus un ekspertus.

“Dalība “Prāgas Endoskopiju dienās 2024” GASTRO CENTRA komandai ir lieliska iespēja gan dalīties savā pieredzē, gan iegūt jaunas zināšanas no citiem,” norāda Jānis Zaķis, GASTRO CENTRA galvenais ārsts, uzsverot, ka šāda pastāvīga izglītošanās, jaunāko medicīnas prakšu iepazīšana krietni palīdz ikdienas darbā, sniedzot maksimāli kvalitatīvus pakalpojumus saviem pacientiem. “Kā ierasts šāda līmeņa konferencēs, bija ļoti augstas kvalitātes praktiskās demonstrācijas ar “sarežģītiem” pacientiem un labiem lektoriem,” iespaidos dalās Jānis Zaķis.

Arī Danute Ražuka-Ebele, GASTRO CENTRA ārste-gastroenteroloģe, GASTRO CENTRA pētījumu direktore, ļoti novērtē endoskopisko gadījumu demonstrācijas: “Interesanti bija uz klausīt dažādu ekspertu pieejas un vēr-

tīgo diskusiju,” piebilst GASTRO CENTRA ārste. Prāgas Endoskopiju dienās piedalījās arī Laura Veide, GASTRO CENTRA ārste-gastroenteroloģe: “Prāgas endoskopiju dienas norisinājās ļoti interaktīvi un interesanti. Īpaši gaidītas bija “hands on training” un jauno gastroenterologu sesijas,” savu ieguvumu novērtē Laura Veide.

Savukārt Ansis Grantiņš, GASTRO CENTRA valdes loceklis, priecājas, ka arī beidzamajos divos gados GASTRO CENTRA organizētie semināri un konferences atbilst visaugstākajiem standartiem: “Īpašs gandarījums secināt, ka organizatoriski un tematiski arī GASTRO CENTRA rīkotie praktiskie semināri atbilst starptautisku mācību labajai praksei, kas nākotnē būtu paplašināmi vismaz Baltijas valstu līmenī,” nākotnes perspektīvas izglītojošu semināru rīkošanā ieskicē Ansis Grantiņš. 🌐



Piedāvājam apmeklēt GASTRO CENTRU virtuālā 3D ekskursijā

GASTRO CENTRS ir sagatavojis detalizētu 3D virtuālo ekskursiju mūsu klīnikā, piedāvājot vēl nebijušu ieskatu savās telpās. 3D ekskursija ir izstrādāta tā, lai sniegtu padziļinātu ieskatu GASTRO CENTRA vidē un piedāvātajos pakalpojumos, kā arī parādītu klīnikas iespējas katram interesentam.

Ivars Tolmanis, GASTRO CENTRA valdes priekšsēdētājs, komentē šo jaunumu: "Šī virtuālā ekskursija atspoguļo mūsu apņemšanos nodrošināt uz pacientu orientētu aprūpi. Tā ļauj cilvēkiem iepazīties ar mūsu telpām no jebkuras vietas, mazinot iespējamo satraukumu pirms procedūrām vai ārsta apmeklējumiem."

"Virtuālā ekskursija ir nozīmīgs solis GASTRO CENTRA vēlmē uzlabot pacientu izpratni par medicīnu un tās pieejamību," norāda Ansis Grantiņš, GASTRO CENTRA valdes loceklis, piebilstot, ka šādu modernu prezentācijas veidu izmantošana ļauj pacientiem, medicīnas speciālistiem

un plašai sabiedrībai attālināti iepazīt gan GASTRO CENTRA telpas, gan piedāvāt pārskatāmu un aizraujošu pieredzi par centra izkārtojumu un pakalpojumiem.

Ekskursija ir rūpīgi izstrādāta tā, lai aptvertu katru GASTRO CENTRA darbības aspektu, sniedzot skatītājiem reālistisku klātesamības pieredzi. 3D ekskursija ietver detalizētus skatus un paskaidrojumus par telpām un tur sagaidāmo, sākot ar reģistrācijas zonu un konsultāciju kabinetiem, beidzot ar mūsdienīgiem endoskopiju kabinetiem un ērtām pacientu novērošanas telpām. Šāda detalizācijas pakāpe nodrošina, ka potenciālie pacienti var viegli orientēties un izprast

GASTRO CENTRA piedāvājumu.

Šī iniciatīva ir daļa no GASTRO CENTRA pastāvīgās apņemšanās izmantot modernas tehnoloģijas, lai uzlabotu pacientu pieredzi un aprūpi. "Mēs ticam, ka tehnoloģijas var mazināt plaisas un vairost uzticēšanos. Šī virtuālā ekskursija ir kas vairāk nekā tikai digitāls rīks. Tā ir mūsu atvērto durvju politikas turpinājums, aicinot ikvienu redzēt un saprast, kā mēs darbojamies," piebilst Ivars Tolmanis.

3D virtuālā ekskursija ir pieejama GASTRO CENTRA mājaslapā, sniedzot unikālu iespēju cilvēkiem iepazīt mūsu telpas sev ērtā tempā un laikā. 📺

In memoriam Ansis Muižnieks (7.10.1928. – 12.02.2024.)

12. februārī mūžības ceļos devies ārsts Ansis Muižnieks (dzimis 1928. gada 7. oktobrī). Esam neizsakāmi pateicīgi par to, ko savas profesionālās dzīves gaitā dr. Muižnieks devis ne vien visai nozarei, bet arī GASTRO CENTRA ārstiem, kuriem bijis tas gods pie ārsta viesoties vērtīgā pieredzes apmaiņā. Viņa sniegtais ieguldījums un neizmērojamā pieredze turpinās dzīvot arī turpmāk. Izsakām visdziļāko līdzjūtību ārsta tuviniekiem!

Visdziļākajā cieņā un pateībā par paveikto,
GASTRO CENTRS





Iepazīsti GASTRO CENTRA Mazā iegurņa veselības programmu

GASTRO CENTRS ir izstrādājis novatorisku iniciatīvu – Mazā iegurņa veselības programmu, kas ir veltīta mazā iegurņa veselības uzlabošanai, apvienojot vienotā un kompleksā diagnostikas un ārstēšanas procesā gan GASTRO CENTRA ārstu–gastroenterologu, gan četru specializētu ārstu – proktologa, fizioterapeita, urologa un ķirurga – zināšanas un prasmes.

Št programma atspoguļo GASTRO CENTRA apņemšanos piedāvāt pacientiem visaptverošu un mērķtiecīgu aprūpi, šajā programmā akcentējot mazā iegurņa veselības problēmas, kas var ievērojami ietekmēt cilvēku dzīves kvalitāti un labsajūtu. Mazā iegurņa programma ir multidisciplināra atbalsta sistēma pacientiem, kur vienlaikus ar nosauktajiem ārstiem–speciālistiem liela loma ir arī gastroenterologiem.

Mazais iegurnis ir cilvēka ķermeņa daļa, kurā atrodas būtiski iekšējie orgāni, tostarp urīnpūslis, taisnā zarna un, atkarībā no dzimuma, dzemde un olnīcas vai prostata. Veselības problēmas šajā jomā var izraisīt ne tikai fiziskas sāpes un diskomfortu, bet arī stresu, kā arī ietekmēt personīgo dzīvi. Mazā iegurņa veselības programma ir izstrādāta, lai

sniegtu pacientiem piekļuvi specializētai, multidisciplinārai aprūpei, kura ir būtiska efektīvai diagnostikai, ārstēšanai un arī atveseļošanās procesam.

Projekta mērķis ir integrēt dažādu medicīnas specialitāšu ekspertīzi, lai izstrādātu un īstenotu individualizētus ārstēšanas plānus, kas atbilst katram pacientam. Proktologs nodrošina speciālistu zināšanas par taisnās zarnas un anālās zonas slimībām, piedāvājot gan diagnostikas, gan ārstēšanas iespējas. Fizioterapeits ir atbildīgs par pacientu rehabilitāciju, izmantojot speciālas metodes mazā iegurņa muskulatūras stiprināšanai. Urologs pievēršas urīnceļu sistēmas veselībai, savukārt ķirurgs piedāvā risinājumus sarežģītāku mazā iegurņa veselības problēmu ķirurģiskai ārstēšanai.

Guntis Ancāns, GASTRO CENTRA

Mazā iegurņa veselības programmas vadītājs komentē: “GASTRO centrs ilgstoši nodrošina augsta līmeņa gastroenteroloģijas pakalpojumus Latvijas iedzīvotājiem. Starp pacientiem, kuriem tiek sniegti gastroenteroloģijas pakalpojumi, ir daļa pacientu, kam diagnosticējami arī funkcionāli un strukturāli mazā iegurņa orgānu traucējumi. Pacienti griežas pie GASTRO CENTRA speciālistiem ar specifiskām sūdzībām, taču to risinājums ir kompleksa multidisciplināra diagnostika un ārstēšana. Apzinoties pacientu vajadzības, GASTRO CENTRS attīsta Mazā iegurņa programmu, lai vienuviet nodrošināt pilnu n, kas īpaši svarīgi, kompleksu ārstniecisko pakalpojumu.”

Mazā iegurņa veselības programma ir GASTRO CENTRA solis uz priekšu pacientu aprūpē, demonstrējot centra apņemšanos izmantot jaunākās tehnoloģijas un pētniecības atziņas, lai uzlabotu pacientu dzīves kvalitāti. Programma uzsver nozīmīgu pieeju mazā iegurņa veselības jautājumu risināšanā – integrētu aprūpi, kas balstīta uz katras specialitātes ārstu zināšanām un prasmēm, lai sniegtu pacientiem vislabāko iespējamo ārstēšanas rezultātu.

GASTRO CENTRS aicina ikvienu, kurš saskaras ar mazā iegurņa veselības problēmām, nevilcināties un vērsties pēc profesionālas palīdzības. Mūsu speciālistu komanda ir gatava sniegt atbalstu un palīdzību ceļā uz labāku veselību un dzīves kvalitāti. 

Projekta mērķis ir integrēt dažādu medicīnas specialitāšu ekspertīzi, lai izstrādātu un īstenotu individualizētus ārstēšanas plānus, kas atbilst katram pacientam.



Iepazīsti Mazā iegurņa veselības projektu!

Guntis Ancāns

Ārsts ķirurgs,
proktologs, onkologs;
Mazā iegurņa veselības
projekta vadītājs

SNIEGTIE PAKALPOJUMI:

- vada Mazā iegurņa veselības projektu;
- ķirurga, proktologa konsultācijas;
- onkologa konsultācijas;
- operācijas;
- anorektālās manometrijas

CITĀTS "MANS MOTO MEDICĪNĀ"

Ārstniecību ir jāorientē uz cilvēka vajadzībām.



Kristīne Januševska

Sertificēta fizioterapeite
(specializējas mazā
iegurņa disfunkciju
ārstēšanā)

SNIEGTIE PAKALPOJUMI:

- fizioterapeita konsultācijas;
- manuālā terapija;
- ārstnieciskā vingrošana;
- kinezioloģiskā teipošana;
- MAPLe terapija

CITĀTS "MANS MOTO MEDICĪNĀ"

Izprotot savu ķermeni, mēs spēsim rast
motivāciju dzīves kvalitātes uzlabošanai.
Ar mīlestību pret sevi un cilvēkiem!



Anna Marija Ļeščinska

Ārste rezidente
(specializējas ķirurģijā
un proktoloģijā)

SNIEGTIE PAKALPOJUMI:

- ārsta rezidenta konsultācijas;
- anorektālās manometrijas

CITĀTS "MANS MOTO MEDICĪNĀ"

Ārsta galvenais uzdevums –
patiesas rūpes par ikvienu pacientu.



Vita Melne

Ārste uroloģe

SNIEGTIE PAKALPOJUMI:

- ārsta urologa konsultācijas

CITĀTS "MANS MOTO MEDICĪNĀ"

Uzklausīt, sadzirdēt un izvērtēt –
diagnoze slēpjas komunikācijā ar pacientu.





Jana Lepiksone, SPKC: “Cilvēki vairumā gadījumu vēršas pie ārsta tikai tad, kad jau ir slimības simptomi.”

2022. gada decembrī Eiropas Komisijas Padome apstiprināja jaunas rekomendācijas par to, kādam jābūt vēža skrīningam Eiropas Savienības valstīs. Arī Latvija jaunās rekomendācijas ir akceptējusi. Kā mums (īpaši ņemot vērā augsto onkoloģisko saslimstības līmeni) veicas ar vadlīniju ievērošanu un ar skrīninga programmu realizēšanu? Par šo jautājumu iepriekšējā “GASTRO Ziņu” numurā intervijā stāstīja Mārcis Leja, GASTRO CENTRA ārsts–gastroenterologs, LU profesors.* Šajā numurā turpinām sarunu par vēža skrīninga programmu un tās veiksmēm un neveiksmēm. Tādēļ intervējam Janu Lepiksoni, Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) Pētniecības un veselības statistikas departamenta direktori.

Latvijā vismaz oficiāli vēža skrīninga programma darbojas kopš 2009. gada. Tostarp – arī zarnu vēža skrīnings ir iekļauts šajā programmā. Kā jūs kopumā vērtētu programmas rezultātus?

Latvijā, atšķirībā no daudzām citām valstīm, uz zarnu vēža skrīninga izmeklējumu uzaicina ģimenes ārsti. Laika gaitā skrīninga programmā ir veiktas vairākas izmaiņas. Kopš 2019. gada oktobra pacientiem ir pieejams ērtāk pielietojams tests slēpto asiņu noteikšanai fēcēs, bez diētas ierobežojumiem un ar vienādiem testa nolasišanas principiem, ko veic laboratorijā ar imūnķīmisko metodi, kas ir precīzāka, salīdzinājumā ar iepriekš izmantoto. Tests ir veicams mājas apstākļos atbilstoši lietošanas instrukcijai un ārsta norādījumiem. Ja sākotnēji zarnu vēža skrīningu veikt aicināja reizi gadā, tad no 2021. gada ģimenes ārsts piedāvā zarnu vēža organizēto skrīninga testu savā ģimenes ārsta praksē reģistrētajiem mērķa grupas pacientiem vienu reizi divos gados. Ja izmeklējuma rezultāts ir pozitīvs, tad ģimenes ārsts nosūta uz kolonoskopiju.

Saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta (NVD) publicētajiem datiem 2009. gadā populācijas aptvere bija 6,95%, 2022. gadā 19,1%, bet 2023. gadā provizoriski jau būs ap 25%. 2022. gadā no testu veikša-



jām personām desmitajai daļai jeb 10% tests bija pozitīvs. Diemžēl šobrīd nav vienotas skrīninga informācijas sistēmas, kur būtu pieejami visi dati par tālākajiem izmeklējumiem, kas ļautu pilnībā novērtēt programmas rezultātus. SPKC sadarbībā ar NVD ir uzsācis darbu pie vienotas vēža skrīninga informācijas sistēmas izveides, lai nodrošinātu visa skrīninga procesa datu apriņķi.

Kā mums veicas ar 2022. gada decembrī EK Padomes apstiprināto jauno rekomendāciju vēža

skrīningam (īpaši ņemot vērā augsto onkoloģisko saslimstības līmeni) ievērošanu un ar skrīninga programmu realizēšanu?

Apzinoties, ka Latvijā vēža skrīninga programmas darbība un rezultāti pilnībā neatbilst Eiropas vadlīnijās noteiktajiem ieteikumiem, Veselības ministrija iesniedza projekta pieteikumu EK DG REFORM par tehniskā atbalsta sniegšanu. Šī gada janvārī noslēdzās divu gadu sadarbības projekts ar Starptautiskās vēža izpētes aģentūras ekspertiem “Vēža aprūpes koordinācija un skrīninga uzlabošana Latvijā un Slovākijā”. Projekta ietvaros eksperti sadarbībā ar Latvijas speciālistiem izvērtēja esošās vēža skrīninga programmas darbību un sagatavoja pasākumu plānu, lai uzlabotu gan programmas pārvaldību, īstenošanu un kvalitātes vadību, gan rezultātu novērtēšanu. Kā viens no pirmajiem ekspertu ieteikumiem bija izveidot pārskatāmu un praktiski realizējamu skrīninga programmas pārvaldības struktūru. Līdz ar to no 2023. gada oktobra SPKC ir jauna funkcija – nodrošināt valsts organizētā vēža skrīninga programmas vadību, ir precizēti arī NVD uzdevumi skrīninga īstenošanā. Atbilstoši ekspertu ieteikumiem un pasākumu plānam turpinās darbu pie programmas darbības pilnveidošanas.

TURPINĀJUMS 10. LPP.



Jana Lepiksone, SPKC: “Cilvēki vairumā gadījumu vēršas pie ārsta tikai tad, kad jau ir slimības simptomi.”

TURPINĀJUMS NO 9. LPP.

Kā liecina statistika, onkoloģiskās saslimšanas Latvijā uzrāda vienu no augstākajiem rādītājiem visā Eiropas Savienībā. Kas tam par iemeslu? Nevar taču būt tā, ka mums cilvēki citādāki nekā citviet pasaulē...

Onkoloģijas pacientu skaits Eiropas Savienībā kopumā pieaug, galvenokārt sabiedrības novecošanas dēļ, un 2022. gadā jaunu saslimšanas gadījumu skaits sasniedzis 2,7 miljonus. Arī vēža izraisīto nāves gadījumu skaits pieauga un tika lēsts 1,3 miljonu apmērā. Saskaņā ar nesen Eiropas Vēža informācijas sistēmā publicētajiem datiem 2022. gadā Eiropā kopumā biežāk ir diagnosticēts krūts vēzis (13,8%), kolorektālais vēzis (13%), prostatas vēzis (12,1%), plaušu vēzis (11,6%), bet biežākie nāves cēloņi – plaušu vēzis (19,2%), kolorektālais vēzis (12,3%), krūts vēzis (7,5%), aizkuņģa dziedzera vēzis (7,4%). Ja salīdzinām Eiropas datus un situāciju Latvijā, tad redzam, ka kopumā saslimstība ar onkoloģiskām slimībām Latvijā ir zemāka nekā vidēji Eiropā, toties augstāka ir mirstība. Tomēr situācija atšķiras, ja skatāmies dažādu ļaundabīgo audzēju lokalizācijas, piemēram, aizkuņģa dziedzera vēža saslimstības un mirstības rādītāji Latvijā ir augstāki nekā vidēji Eiropā. Tāpat arī gan saslimstība, gan mirstība ar dzemdes kakla vēzi sievietēm Latvijā ir augstāka nekā vidēji Euro-

pā. Bet saslimstības rādītāji ar krūts vēzi sievietēm Latvijā ir zemāki nekā vidēji Eiropā, savukārt mirstības rādītāji ir nedaudz augstāki.

Arī kolorektālā vēža saslimstības vidējie rādītāji mums ir zemāki nekā citās Centrālās un Rietumeiropas valstīs. Tomēr arī kolorektālā vēža gadījumā bēdīgākais ir kas cits – mums ir viena no augstākajām kolorektālā vēža pacientu proporcijām, kas šīs slimības dēļ nomirst. Un šajā ziņā atkal esam vadošie Eiropā. Un te liela loma ir novēlotai diagnostikai. Kā šajā ziņā var palīdzēt valsts ieviestā un atbalstītā vēža skrīninga programma?

Pirmais un svarīgākais būtu, ja Latvijas iedzīvotāji vecuma grupā no 50 līdz 74 gadiem izmantotu valsts piedāvāto iespēju un veiktu šo skrīninga izmeklējumu reizi divos gados. Te liela loma ir ģimenes ārstam, lai viņš piedāvātu pacientam testa komplektu un motivētu pacientu veikt šo testu. Vēža skrīninga mērķis ir veselīgu indivīdu izmeklēšana, lai atklātu priekšvēža izmaiņas, kuras, savlaicīgi neārstējot, var pārveidoties ļaundabīgā audzējā. Skrīnings ļauj slimību atklāt agrīnā stadijā, kā rezultātā iespējami sekmīgāki ārstēšanas rezultāti un saglabāta labāka pacienta dzīves kvalitāte. Ļoti būtiskas ir regulāras un plānotas sabiedrības informēšanas un izglītošanas aktivitātes, jāstiprina izpratne un zināšanas par skrīningu arī speciālistu vidū, kā arī jāuzlabo gan ģimenes ārsts, gan citu veselības aprūpes speciālistu motivācija un iesaiste skrīninga mērķauditorijas uzrunāšanā un atsaucības veicināšanā.

Arī ārsti uzsver “aptveres” ļoti lēno pieaugumu. Ierasti vaina lielākoties tiek meklēta pašos iedzīvotājos: viņi ir neaktīvi, nepiedalās skrīninga programmās. Bet vai tas ir vienīgais iemesls?

Kā jau minēju, šobrīd iedzīvotājiem netiek nosūtītas uzaicinājuma vēstules uz skrīningu, kā tas ir krūts un dzemdes kakla vēža skrīninga gadījumā. Zarnu vēža skrīningu organizē ģimenes ārsts, un viņš vizītes laikā pacientam piedāvā testēšanas komplektu. Par iemesliem kāpēc iedzīvotāji nepiedalās skrīningā, varam spriest pēc SPKC veiktā pētījuma par Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošiem paradumiem, ko veicam reizi divos gados. Pēdējās aptaujas dati par 2022. gadu rāda, ka 57,3% no aptaujātajiem respondentiem, kuri bija atbilstošajā vecumgrupā, atbildēja, ka ģimenes ārsts pēdējā gada laikā nav ieteicis veikt zarnu vēža skrīninga izmeklējumu. Savukārt 65,5% no aptaujātajiem respondentiem atbildēja, ka pēdējā gada laikā nav veikuši šo izmeklējumu. Kā galvenos iemeslus zarnu vēža skrīninga neveikšanai iedzīvotāji min informētības trūkumu par izmeklējuma veikšanas nepieciešamību, sūdzību neesamību, nevēlēšanos veikt izmeklējumu un uzskatu, ka izmeklējums ir maz informatīvs. Retāk tika norādīti arī dažādi individuāli faktori, piemēram, testa veikšana šķiet nepatīkama un sarežģīta, bailes no izmeklējuma un/vai rezultāta, laika trūkums, nav saprotama testa instrukcija, līdzekļu trūkums, lai nokļūtu līdz laboratorijai, pretrunas ar reliģisko pārliecību, Covid-19 ierobežojumi un citi iemesli. Kā redzam, tad iemesli

57,3% NO APTAUJĀTĀJIEM ATBILDĒJA, KA ĢIMENES ĀRSTS PĒDĒJĀ GADA LAIKĀ NAV IETEICIS VEIKT ZARNU VĒŽA SKRĪNINGA IZMEKLĒJUMU.

TURPINĀJUMS 11. LPP.



Jana Lepiksone, SPKC: “Cilvēki vairumā gadījumu vēršas pie ārsta tikai tad, kad jau ir slimības simptomi.”

TURPINĀJUMS NO 10. LPP.

ir dažādi, kas liecina, ka mums vairāk uzmanības jāpievērš iedzīvotāju informēšanai, uzsverot to, ka, sasniežot 50 gadu vecumu, ikvienam šāds izmeklējums būtu jāveic un ka tas ir jāveic tieši profilakses nolūkos, arī tad, ja nav nekādu sūdzību un cilvēks jūtas vesels.

Nav noslēpums, ka iemesls, kādēļ mums ir tik daudz “ielaistu” vēža gadījumu un atbilstoši arī augstāka mirstība no vēža, ir novēlota vēršanās pie ārsta. Kāpēc tā, jūsuprāt, notiek?

Mana jau iepriekš minētā 2022. gada pētījuma dati rāda, ka pēdējā gada laikā gandrīz katrs piektais no aptaujātajiem iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 74 gadiem nav apmeklējuši ģimenes ārstu, turklāt vīrieši (27% nav apmeklējuši) ģimenes ārstu apmeklē retāk nekā sievietes (11,8% nav apmeklējušas). Tāpat gandrīz puse (49,2%) iedzīvotāju atbildēja, ka nekad nav vērsušies pie ģimenes ārsta uz bezmaksas profilaktiskajām pārbaudēm. Šie dati norāda uz to, ka iedzīvotāji kopumā nevēršas pie ārsta, lai uzraudzītu savu veselības stāvokli, kamēr sūdzības vēl nav radušās. Kā iepriekš minēts, arī viens no pētījumā noskaidrotajiem skrīninga neveikšanas iemesliem bija sūdzību neesamība. Līdz ar to cilvēki vairumā gadījumu vēršas pie ārsta tikai tad, kad jau ir slimības radītie simptomi. Tas kopumā varētu liecināt par sliktu veselībratību daļai sabiedrības.

Vai eksistē kādas īpašas pazīmes (simptomi) un rekomendācijas “ierindas cilvēkam” saistī-

bā ar potenciālu vēža risku, kuras liecina – ir laiks pārbaudīties jau laicīgi, nevis tad, kad ir jau krietni par vēlu?

Slimības pazīmes un sūdzības ir atkarīgas no potenciālā vēža lokalizācijas, un, ja tādas ir radušās, tad svarīgi neatlikt ārsta apmeklējumu. Kolorektālā vēža gadījumā agrīnās slimības stadijās simptomu var vispār nebūt, tādēļ ir ļoti svarīgi veikt zarnu vēža skrīningu.

Kādas aktivitātes vai jautājumu aktualizēšanu jūs un SPKC sagaidītu no GASTRO CENTRA – gan strādājot ar kolorektālā vēža pacientiem ikdienā, gan iesaistoties kolēģu-mediķu un sabiedrības izglītošanā? Kas būtu jādara šādai specializētai klīnikai, lai veicinātu vispārēju situācijas uzlabošanu?

Viena no Eiropas Vēža izpētes aģentūras ekspertu rekomendācijām ir saistīta ar kolonoskopiju kvalitātes kritēriju un kolonoskopijas protokola izstrādi un ieviešanu, kā rezultātā tiktu nodrošinātas standartizētas kvalitātes prasības ārstniecības iestādēm,

kurās tiek veikts šis pakalpojums. Mēs, SPKC, novērtējam GASTRO CENTRA jau līdz šim veikto endoskopijas speciālistu apmācību semināru organizēšanu un esam atvērti tālākai sadarbībai, lai Latvijā ieviestu Eiropas kolorektālā vēža skrīninga kvalitātes vadlīnijās noteiktos kvalitātes kritērijus kolonoskopiju veikšanai, kolorektālā vēža skrīninga procesa uzraudzībai un darbības izvērtēšanai.

Tradicionālais “GASTRO Ziņu” jautājums: jūsu novēlējums GASTRO CENTRAM un tā mediķiem.

Pateicamies par mūsu līdzšinējo sadarbību dažādu ar skrīningu saistītu jautājumu aktualizēšanā un risināšanā. Ceram uz turpmāko sadarbību un iesaisti zarnu vēža skrīninga pilnveidošanā. Novēlu kolēģiem GASTRO CENTRĀ nezaudēt ieinteresētību un profesionālu pieeju ikdienas darbā.

* Interviju “Mārcis Leja: “Kuņģa vēža saslimstības rādītājos esam ar augstākajiem saslimstības rādītājiem.”” lasiet “GASTRO Ziņu” 13. numurā – <https://www.gastrocentrs.lv/par-mums/gastro-e-avize/>.

- SPKC izstrādātie informatīvie materiāli par zarnu vēža skrīningu ir pieejami: <https://www.spkc.gov.lv/lv/zarnu-veza-profilaktiskais-tests-tavai-veselibai-un-sirdsmieram>.
- Citi noderīgi informatīvie materiāli par dažādiem veselības veicināšanas, slimību profilakses jautājumiem ir pieejami: <https://www.spkc.gov.lv/lv/informativi-materiali>.
- **Materiālus, pie kuriem ir atzīme “Pieejams drukātā formātā”,** jebkuram interesentam iespējams bez maksas drukātā veidā saņemt Rīgā, Dunties ielā 22, k-5, iepriekš obligāti vienojoties ar SPKC pārstāvi par nepieciešamo materiālu veidu, skaitu un saņemšanas laiku.
- Pasūtījumu veidlapa un papildu informācija pieejama: <https://www.spkc.gov.lv/lv/form/pasutit-informativos-materialus>.



Diabēts un gastroenteroloģija: saruna ar ārstu-endokrinologu un gastroenterologu

Šajā "GASTRO Ziņu" numurā turpinām diskusiju sēriju par kuņģa – zarnu trakta slimību saikni ar citām mūsu iedzīvotāju vidū izplatītām slimībām. Šoreiz "gastro Ziņu" tēma ir diabēts un gastroenteroloģiskas saslimšanas. Par saikni starp šīm nopietnajām saslimšanām, situāciju Latvijā un ietekmi uz gastroenteroloģiskām problēmām uz sarunu "GASTRO Ziņas" aicināja divus ekspertus: **Valdi Pīrāgu***, ārstu-endokrinologu, Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Internās medicīnas klīnikas vadītāju, un **Lauru Veidi**, GASTRO CENTRA ārsti-gastroenteroloģi.

Daudzās slimībās Latvijā statistika nav iepriecinoša. Nevar priecāties arī par Latvijas situāciju gastroenteroloģisko saslimšanu jomā – kuņģa-zarnu vēzis, čūlainais kolīts, Krona slimības u.t.t. Bet kāda ir situācija mūsu valstī saistībā ar diabētu?

Valdis Pīrāgs: Latvijā cukura diabēta izplatība nemitīgi pieaug, pēc Starptautiskās Diabēta federācijas (IDF) datiem 2021. gadā Latvijā bija 115 800 diabēta pacienti (kas ir 8,6% no pieaugušajiem valsts iedzīvotājiem), bet nediagnosticēto gadījumu skaits, protams, varētu būt vēl lielāks. Mēs gan neesam līderu vidū, jo, piemēram, Portugālē, Spānijā un Turcijā diabēta prevalence ir daudz augstāka. Vidēji Eiropā ar diabētu slimo 10,5% pieaugušo iedzīvotāju, arī Igaunijā (8,7%) un Lietuvā (9,5%) diabēts sastopams vēl biežāk nekā Latvijā. Protams, ka šie skaitļi ir orientējoši, un atrodami arī atšķirīgi dati, bet vismaz diabēta izplatības ziņā mēs daudz neatšķiramies no saviem kaimiņiem.

Laura Veide: Jā, nav ļoti liela un būtiska atšķirība, piemēram, Baltijas valstu starpā. Tomēr, tā vispārīgi vērtējot, es domāju, ka ir jāskatās gan uz mūsu dzīvesveida paradumiem, gan arī izglītības līmeni. Bet šajā jautājumā ir uzskaitītas pārāk daudz slimības, ar dažādiem etioloģiskajiem faktoriem un, lai spētu korekti



izteikties, būtu jārunā par katru slimības grupu atsevišķi. Es domāju, ka ļoti būtiski mēs neesam "sliktāki" par citām Eiropas valstīm šo slimību kontekstā.

Ja jums būtu jāizveido "anti-tops" tiem cilvēku ieradumiem, kuri izraisa diabētu, kādi pēc jūsu kā ārstu pieredzes būtu paši galvenie iemesli, kuri apdraud Latvijas cilvēku veselību?

L.V.: Neko jaunu šajā jomā es nepateikšu. Protams, sākotnēji ir jāsaprot, ka cukura diabētam ir divi tipi: pirmais un otrais. Šeit es runāju par 2. tipa cukura diabētu. Bet, pirmkārt, tas ir uzturs. Neveselīgs uzturs un aptaukošanās veicina insulīna rezistenci. Mums visiem garšo neveselīgas

uzkodas un našķi, taču tos tiešām varētu atļauties reti, tā nedrīkst būt ikdiena. Cilvēki, kuri uzturā ikdienā, katru dienu, vairākas reizes dienā un vairākus gadus daudz lieto saldumus, saldinātus dzērienus, konditorejas izstrādājumus, balto miltu izstrādājumus, gatavās mērces un pusfabrikātus, tiem, visticamāk, kādā dzīves posmā attīstīsies insulīna rezistence un sekojoši 2. tipa cukura diabēts. Otrkārt, mazkustība un aptaukošanās. Ja absolūti nav nekāda fiziska slodze, tikai sēdošs darbs, automašīna un sēdēšana dīvānā pie TV, tad tas ir neizbēgami. Treškārt, smēķētāji. Smēķējot asinsvadi sašaurinās, paaugstinās asinsspiediens, un tas arī var novest pie insulīna rezistences.

TURPINĀJUMS 13. LPP.



Diabēts un gastroenteroloģija: saruna ar ārstu-endokrinologu un gastroenterologu

TURPINĀJUMS NO 12. LPP.

Ja man uz konsultāciju vai procedūru atnāk pacients ar lieko svaru, smēķētājs, ar pilnīgi mazkustīgu ikdienu un turklāt ar augstu asinsspiedienu, tad principā man ir skaidrs, ka vai nu jau ir cukura diabēts un tiek lietoti medikamenti, vai ir prediabēts, stāvoklis pirms attīstās cukura diabēts.

V.P.: Protams, galvenie diabēta pieauguma iemesli ir tie neveselīga dzīvesveida ieradumi, kas rada aptaukošanos un mazkustīgumu, savukārt galvenie iekšējie iemesli ir novecošanās un nelabvēlīga iedzimtība. Daudziem Latvijas iedzīvotājiem diabēta attīstību veicina pārmērīga alkohola lietošana un lētā lielveikalu pārtika, kas satur daudz "superprocesētu" un veselībai kaitīgu vielu, piemēram, jau nosauktie čipsi un saldinātie dzērieni.

Cukura diabēts ir viena no tām saslimšanām, kas nes sev līdzi daudzas un dažādas problēmas gan pašam cilvēkam, gan tuviniekiem. Vai varat raksturot šīs problēmas un potenciālās sekas?

V.P.: Eiropas iedzīvotājiem cukura diabēts ir viens no lielākajiem dzīves ilguma "zagļiem", it īpaši, ja ar to saslimst 30–40 gadu vecumā. Tad paredzamais dzīves ilgums vidēji samazinās par 13 gadiem. Savukārt saslimstot 40–50 gadu vecumā dzīves ilgums vidēji samazinās par 9 gadiem, bet saslimstot virs 50 gadu vecuma – par apmēram 5 gadiem. Samazinās arī dzīves kvalitāte un materiālā labklājība gan pašam slimniekam, gan viņa piederīgajiem. Galvenie ciešanu iemesli ir diabētiskās komplikācijas, kas draud ar



Foto – Latvijas Universitāte un no personīgā arhīva

redzes zudumu, nieru mazspēju un pēdas amputācijām. Tomēr biežākie nāves iemesli ir miokarda infarkts un smadzeņu insults.

L.V.: Vairumā gadījumu cilvēki nemirst no paša diabēta, bet gan no diabēta izraisītām sekām. Protams, nāves iemesls var būt arī pats cukura diabēts, bet biežāk tomēr nāve iestājas no diabēta sekām. Cilvēkiem ar cukura diabētu ir vidēji 2–3 reizes augstāks risks saslimt ar sirds asinsvadu slimībām, kas ir infarkts vai insults. Diabēta slimniekiem ir traucēta asinsrite kāju asinsvados, kā dēļ rodas grūti ārstējamas un slikti dzīstošas čūlas. Tapat ir problēmas ar perifērajiem nerviem, t.s. perifēra neirropātija, tie ir nervu galu bojājumi, kā dēļ attīstās diabētiskā pēda un samazinās jutība ekstremitātēs. Šis viss var novest pie tā, ka cilvēkam ir jāzaudē kāda no ekstremitātēm. Viens

no galvenajiem iemesliem, kāpēc attīstās nieru mazspēja, arī ir cukura diabēts. Ilgi noritošam diabētam, kā arī, ja tiek slikti kontrolēts glikozes līmenis asinīs, var attīstīties diabētiskā retinopātija, kas nozīmē, ka cilvēkam ir izmaiņas acīs, tieši tīklenē, kas var novest pat līdz redzes zudumam. Tas viss ir ļoti nopietni, tāpēc gan pašam cukura diabēta slimniekam, gan arī viņa tuviniekiem ir jāpalīdz. Bieži nepieciešams slimnieku motivēt – rūpīgi attiekties pret savu glikozes līmeņa kontroli asinīs.

Parasti, runājot, piemēram, par alkohola lietošanu, visi zina, ka var "noķert" aknu cirozi, par smēķēšanu – plaušu vēzi u.t.t. Taču arī diabētam noteikti ir savs "stereotips". Kāds tas ir?

V.P.: Tā ir jau pieminētā aptaukošanās un mazkustīgums, ko izraisa neveselīgi uztura paradumi, un vairāšanās no fiziskām aktivitātēm.

L.V.: Jā, tie ir svarīgākie iemesli. Varu piebilst, ka šeit atkal ir jārunā par diabēta tipiem. Ir 1. cukura diabēta tips, kur cēlonis ir iedzimtība, un tas pārsvarā nav atkarīgs no dzīvesveida un ieradumiem, to nevarēs īsti mainīt. Bet 2. tipa cukura diabēta gadījumā ļoti liela loma būs dzīvesveidam jau no agras jaunības. Un noteikti, ja vairāku gadu garumā tiks lietoti produkti ar augstu kalorāžu, tiks smēķēts, būs mazkustīgs dzīvesveids, nemitīgs stress, kura dēļ ir sākusies aptaukošanās, miega traucējumi, tad noteikti attīstīsies insulīna rezistence, un tālāk tas novedīs pie otrā tipa cukura diabēta.

TURPINĀJUMS 14. LPP.



Diabēts un gastroenteroloģija: saruna ar ārstu-endokrinologu un gastroenterologu

TURPINĀJUMS NO 13. LPP.

Vai varat no savas specialitātes viedokļa raksturot, kā diabēta problēmas var ietekmēt kuņģa-zarnu sistēmas darbību?

L.V.: Cukura diabēts var ietekmēt gremošanas sistēmu. Pacienti var būt diabētiskā gastroparēze – kuņģa tukšošanās traucējumi. Cilvēks ar diabētisko gastroparēzi var izjust sliktu dūšu, vemšanu, pilnuma vai pārēšanās sajūtu, vēdera uzpūšanos, diskomfortu, smagākos gadījumos var būt arī svara zudums. Daži cilvēki ar cukura diabētu cieš no gremošanas traucējumiem, kas var ietekmēt zarnu darbību un izraisīt gan caureju, gan aizcietējumus. Tāpēc diabēta gadījumā arī no kuņģa-zarnu trakta puses ir svarīga rūpīga glikēmijas kontrole, uztura plāns un pietiekama ūdens uzņemšana dienas laikā. Tāpēc šādos gadījumos ir ļoti svarīgi konsultēties gan ar endokrinologu, gan ar gastroenterologu, lai noteiktu pareizu ārstēšanu un ieteikumus, kā kontrolēt cukura diabētu.

V.P.: Cukura diabēta pacietiem ir palielināta apetīte un samazināta sāta sajūta, viņiem patīk nosnaustiem pēc ēšanas. Diabēta pacientiem ir augstāks zarnu vēža risks.

Runājot par gastroenteroloģiskām saslimšanām vispār, bieži ārsti-gastroenterologi uzsver dzīvesveida nozīmi, respektīvi, bieži “viss ir galvā” un kuņģa-zarnu trakta slimības var rasties, pie-

**“ATKLĀTA SARUNA UN UZTICĒŠANĀS ĀRSTAM IR JEBKURAS SEKMĪGAS ĀRSTĒŠANAS PAMATĀ.”
(VALDIS PĪRĀGS, ĀRSTS-ENDOKRINOLOGS)**

mēram, no stresa vai citām psiholoģiskām problēmām. Kā jūs komentētu šo saikni – diabēts, “viss ir galvā” un gastroenteroloģiskas problēmas pacientam?

V.P.: Modernie pētījumi patiesi apliecina, ka lielai daļai pacientu aptaukošanās un diabēta cēlonis ir centrālās apetītes un sāta sajūtas regulācijas traucējumi, tātad var arī teikt, ka “viss ir galvā”.

L.V.: Principā es neesmu no tiem ārstiem, kas pacientam pasaka tikai to, ka viss ir galvā, un, piemēram, sāpes jums ir tāpēc, ka cilvēks pats to izdomā. Es vairāk cenšos izskaidrot funkcionālu kuņģa un zarna trakta slimību mehānismu un kairinātās zarnas sindroma rašanās iemeslus. Diabēta kontekstā mēs pilnībā tomēr nevaram runāt par to, ka “viss ir galvā”, jo cukura diabēts ir hroniska vielmaiņas slimība, kam ir paaugstināts cukura jeb glikozes līmenis asinīs un cilvēks to nevar izdomāt, to nenosaka ne psiholoģiskas problēmas, ne arī stress. Tiesa gan, par stresu runājot, ilgstoša stresa apstākļos, mēs katrs uzvedamies dažādi, un pētījumi tiešām pierāda, ka ir cilvēku grupa, kuri var nosaukt par “stresa ēdājiem”. Tas nozīmē, ka

tiklīdz ir kādas ikdienas grūtības, tā tiek atvērts ledusskapis un tiek ēsts, tad saprotams, ka kādā brīdī būs aptaukošanās, kam sekos insulīna rezistence un cukura diabēts, bet tādā tiešā kontekstā tomēr nav saiknes diabētam un “viss ir galvā” jēdzienam. Vairāk varētu būt tā, ka cilvēkam ir cukura diabēts un tā dēļ viņš ir nomākts, ir stress, psiholoģiskas problēmas, un tad blakus var attīstīties kuņģa-zarnu trakta funkcionālas slimības, pie kurām liela nozīme ir enterālajai jeb zarnu nervu sistēmai.

Saskaroties ar reāliem pacientiem, noteikti ir dzirdēti daudzi un dažādi skumjie stāsti, vienkāršoti sakot, “kā līdz tādai dzīvei nonākts”. Daudzi atsaucas uz “ģēniem”. Vai tā ir taisnība? Cik daudz “ģēni” (lai ko mēs saprastu ar šo vispārējo nosaukumu) ietekmē diabēta un gastroenteroloģisku saslimšanu risku?

V.P.: Diabēta risku ietekmē daudzu ģēnu nelabvēlīga mijiedarbība, tātad iedzimtībai ir liela nozīme, tomēr arī cilvēki ar nelabvēlīgu iedzimtību saslimšanu var attālināt vai pat novērst diabēta risku ar veselīgu dzīvesveidu.

L.V.: Kā jau iepriekš minēju, ja runājam par diabētu un ģenētiku, tad, sākotnēji mums ir jāsaprot, par kura tipa cukura diabētu mēs runājam. 1. tipa cukura diabētu attīstību faktiski tiešām nosaka tikai ģēni, bet 2. tipa – nē.

**“MUMS, GASTROENTEROLOGIEM, IR ARĪ JĀBŪT LABI INFORMĒTIEM PAR CUKURA DIABĒTA SLIMĪBU.”
(LAURA VEIDE, ĀRSTE-GASTROENTEROĻĒ)**

TURPINĀJUMS 15. LPP.



Diabēts un gastroenteroloģija: saruna ar ārstu-endokrinologu un gastroenterologu

TURPINĀJUMS NO 14. LPP.

Bet, ja runājam vispār par cilvēka veselību un iedzimtību, tad ir zināms, ka gēni mūsu dzīvē nosaka tikai 20–30 procentus no veselības stāvokļa, bet lielāka nozīme tomēr ir tam, ko mēs vienā vārdā varētu nosaukt par dzīvesveidu. Var būt labi gēni, bet, ja cilvēks dzīvo, neievērojot veselīgu uzturu, nekustas un smēķē, tad tikai gēni vien viņu neizglābs. Un, protams, otrādi. Tāpēc aicinu priecāties par saviem labajiem gēniem, bet neaizmirst, ka tikai tas nav noteicošais.

Kādu palīdzību (ja, protams, cilvēks pats apzinās problēmu) cīņā ar diabētu var sniegt jūsu specialitātes ārsts?

V.P.: Endokrinologs var sniegt zinātniski pamatotus un individualizētus ieteikumus dzīvesveida maiņai, kā arī izvēlēties vispiemērotākās ārstēšanas metodes.

L.V.: Noteikti paša pacienta cukura diabēta ārstēšanu es atstāšu kolēģu-endokrinologu ziņā, un man vienmēr pacientiem ir ko ieteikt saistībā ar labiem ārstiem-endokrinologiem. Bet kā gastroenteroloģe es vienmēr pacientiem pastāstu un atgādinu par to, ka ļoti svarīga ir glikozes līmeņa asinīs kontrole un noturēšana normas līmenī, kā arī vēlreiz atgādinu un stāstu, ka cīņā ar diabētu ir svarīgs dzīvesveids – uzturs, kustības, nesmēķēšana, asinsspiediena kontrole – un ka nekādā gadījumā nedrīkst pārtraukt endokrinologa nozīmē-

**“CUKURA DIABĒTA PACIETIEM IR PALIELINĀTA APETĪTE UN SAMAZINĀTA SĀTA SAJŪTA, VIŅIEM PATĪK NOSNAUSTIEM PĒC ĒŠANAS.”
(VALDIS PĪRĀGS, ĀRSTS-ENDOKRINOLOGS)**

tos medikamentus. Nereti pie gastroenterologa ierodas arī cukura diabēta pacienti, kuriem ir sūdzības par šķidru vēdera izeju vai aizcietējumiem, kas var būt arī kā blakus parādības medikamentiem, ar kuriem ārstē 2. tipa cukura diabētu, bet tad šādiem pacientiem ir jāpārskata medikamenti un jāpielāgo pacientam cita veida medikamenti vai devas, bet tas noteikti ir endokrinologa kompetencē. Tomēr iepriekš uzskaitītie simptomi var būt arī neārstēta vai slikti kontrolēta diabēta klīniskie simptomi, tāpēc mums, gastroenterologiem, ir arī ļoti jābūt informētiem par cukura diabēta slimību.

GASTRO CENTRĀ veiktie gastroenteroloģiskie izmeklējumi un problēmu ārstēšana prasa līdzdarību arī no pacienta puses. Sākot jau ar pareizu sagatavošanos izmeklējumiem un beidzot ar vistriviālāko savu problēmu “nenoslēpšanu” no ārsta. Vai tas attiecas arī uz diabēta problēmu risināšanu?

V.P.: Jā, protams, atklāta saruna un uzticēšanās ārstam ir jebkuras sekmiņas ārstēšanas pamatā.

L.V.: Protams, jebkura slimība pra-

sa rūpīgu līdzdarību no pacienta puses, cukura diabēts absolūti nav izņēmums. Tieši otrādi, ikdienā pacientam, kam ir noteikta šāda diagnoze, ir jābūt īpaši rūpīgam un stingram pret sevi, jo svarīgi ir gan rūpīga medikamentu lietošana, gan dzīvesveids. Diabēta pacientiem ir regulāri ik dienu jāseko līdz ēdienu izvēlei, porcijas lielumam, jāzina uzņemto ogļhidrātu daudzums, “šķīvja princips”. Nepieciešama precīza glikēmijas kontrole asinīs. Kā arī ikdienā jāatrod laiks vieglai līdz mērenai fiziskai slodzei vismaz 30 minūtes dienā. Un runājot arī par cukura diabēta pacientu tuviniekiem, viņiem ir jāpalīdz slimniekam, gan uztura ziņā, lai nav tā, ka ģimenē tikai viens ēd veselīgi. Bet lai visi pieturas pie veselīga uztura principiem un sportiskām aktivitātēm.

Noslēgumā tradicionālais jaunatājums “GASTRO Ziņu” viesim – jūsu novēlējums kolēģiem un visam GASTRO CENTRAM?

V.P.: Apgūstiet jaunās tehnoloģijas, bet atcerieties, ka pacienta veselības atgūšana vienmēr ir ārstēšanas augstākais mērķis. 🍏

* Dr. med. Valdis Pīrāgs – ārsts-endokrinologs, LU profesors, Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Internās medicīnas klīnikas vadītājs, Latvijas Zinātņu akadēmijas akadēmiķis, Stradiņa balvas laureāts.

**“VAIRUMĀ GADĪJUMU CILVĒKI NEMIRST NO PAŠA DIABĒTA, BET GAN NO DIABĒTA IZRAISĪTĀM SEKĀM.”
(LAURA VEIDE, ĀRSTE-GASTROENTEROLOĢE)**



Uldis Vesers: “Diemžēl pagaidām sabiedrībā ir ļoti liela kauna sajūta tieši par zarnu vēzi.”

Sabiedrības veselības aprūpes sistēmā bez ārstiem, māsām, medicīnas personāla svarīgu lomu spēlē arī pašu iedzīvotāju – pacientu – līdzdalība. Proti, vispirms jau pašu iedzīvotāju ziņā būtu jābūt sekošanai savam veselības stāvoklim un, protams, dažādu slimību profilaksei, kas, nenoliedzami, ir iespējams tikai tad, ja katram pašam rūp sava veselība. Un šajā ziņā svarīga loma ir pacientu biedrībām.

Arī GASTRO CENTRS, lai nodrošinātu tiešu saikni ar saviem pacientiem, sadarbojas ar vairākām gastroenteroloģisku saslimšanu pacientu biedrībām. Tādēļ šoreiz iepazīstinām ar vienu no mūsu sociālajiem partneriem – Zarnu vēža pacientu biedrību, kuru vada Uldis Vesers. Intervijā “GASTRO Ziņām” Uldis Vesers stāsta par to, ar ko nodarbojas viņa vadītā biedrība, kādu “pienesumu” tā spēj dot, lai mūsu sabiedrības veselība būtu labāka.

Dažādās aptaujās un statistikā Latvija ieņem “godpilno” līderpozīciju ES valstu vidū saistībā ar saslimstību ar vēzi (tiesa, kuņģa un zarnu vēža ziņā situācija ir nedaudz labāka, bet tāpat nav spīdoša, toties kuņģa–zarnu vēža gadījumā ir ļoti augsts mirstības rādītājs salīdzinājumā ar citiem).

Neiepriecinoša ir statistika arī citu gastroenteroloģisko saslimšanu jomā – čūlainais kolīts, Krona slimība u.t.t. Kāpēc, jūsuprāt, tā ir?

Diemžēl mūsu sabiedrībā nav pietiekama izpratne par veselīga dzīvesveida, laicīgas diagnostikas un regulāru ārsta apmeklēšanas svarīgumu. Attiecībā uz saslimšanas statistiku rādītāji visā Eiropā, arī Latvijā, ir diezgan līdzīgi. Galvenā mūsu problēma ir zarnu vēža un citu gastroenteroloģisko slimību vēlā atklāšana. Attiecībā uz vēzi tas nozīmē smagāku ārstēšanos un arī augstākus mirstības rādītājus, nekā lielākajā daļā ES valstu.

Beidzamajā laikā plašsaziņas līdzekļos un arī sociālo tīklu vidē esam redzējuši daudzas sociālas kampaņas. “Rozā lentīšu” kampaņa saistībā ar krūts vēzi, “ūsu kampaņa”, aicinot vīriešus pār-

baudīt prostatu, kampaņas ar aicinājumiem vakcinēties pret cilvēka papilomas vīrusu u.c. Cik, jūsuprāt, iedarbīgas ir šādas kampaņas? Vai to ir daudz, bet varbūt, tieši otrādi, krietni par maz?

Jebkuras kampaņas ir vajadzīgas. Tūlīt pēc kampaņas sākuma vienmēr ir lielāks vai mazāks skrīninga programmas uzlabojums. No tā, cik apjomīga un cik kvalitatīvi veidota kampaņa, ir atkarīgs, cik liels un ilgs būs uzlabojums. Lai skrīnings ilgstoši sasniegtu labus rezultātus, kampaņas būtu jāirīko bieži, tām jābūt labi pārdomātām un kvalitatīvām.

Turpinot iepriekšējo jautājumu, kāpēc, jūsuprāt, gremošanas trakta vēža gadījumā šādu kampaņu nav? Intervijā Latvijas Radio jūs teicāt, ka ir jārunā, jāstāsta, jāinformē... Kam tas būtu jādara?

Es domāju, ka virsvadību par kampaņām ir jāuzņemas Veselības ministrijai un Nacionālajam veselības dienestam. Mēs kā nevalstiskā organizācija noteikti esam gatavi atbalstīt un piedalīties šajās kampaņās, bet mums nav pašiem savu resursu, lai šādas kampaņas rīkotu.

Kā un kādu redzat jūsu vadītās pacientu biedrības lomu, lai sabiedrība uzzinātu, saprastu un rīkotos?

Es priecātos, ja mēs – visi zarnu vēža pacienti – saņemtos un uzrunātu pārējo sabiedrību. Lai mums visiem būtu drosme izstāstīt savu stāstu par saslimšanu un nodotu pārējai sabiedrībai, ka šādu cilvēku patiesībā ir ļoti

Kad paskatāmies ārstniecības metodes ārzemēs un salīdzinām ar Latvijā pieejamajiem medikamentiem, tad redzam, ka atpaliekam par gadu desmitiem.



Uldis Vesers: “Diemžēl pagaidām sabiedrībā ir ļoti liela kauna sajūta tieši par zarnu vēzi.”

TURPINĀJUMS NO 16. LPP.

daudz. Lai šie stāsti palīdzētu gan pārējai sabiedrībai, gan pašiem stāstītājiem. Diemžēl pagaidām sabiedrībā ir ļoti liela kauna sajūta tieši par zarnu vēzi, kaut gan tā ir tāda pati slimība kā jebkura cita. Tā nav lipīga, un mēs droši varam dzīvot cieši viens otram blakus.

Parasti, runājot, piemēram, par alkohola lietošanu, visi zina, ka var “noķert” aknu cirozi, par smēķēšanu – plaušu vēzi u.t.t. Taču arī gremošanas trakta slimībām un tajā skaitā zarnu vēzim noteikti ir savs “stereotips”. Kāds tas ir?

Nav viena izteikta iemesla, kāpēc cilvēki saslimst ar zarnu vēzi. Pietiekami svarīga ir ģenētiskā informācija, kas ir mūsu gēnos, bet daudz dod faktori, kurus mēs varam ietekmēt. Treks un neveselīgs ēdiens, mazkustīgs dzīvesveids, aptaukošanās, smēķēšana – tas viss var izraisīt zarnu vēzi. Nebūtu veselīgi daudz ēst sarkano gaļu, kūpinājumus, ceptu gaļu. Noteikti vajadzētu izvairīties no ēdieniem un vielām, ko zinātnieki un mediķi uzskata par kancerogēnām.

Kas ir Zarnu vēža pacientu biedrības biedri, ar ko pacientu biedrība nodarbojas un kas ir biedrības partneri?

Pārsvārā mūsu biedrības biedri ir zarnu vēža pacienti un atsevišķos gadījumos viņu radnieki un draugi. Strādājam pie projektiem par sabiedrības informēšanu, sadarbojamies ar valsts institūcijām un citām onkoloģisko slimību biedrībām. Visciešāk sadarbojamies ar Onkoaliansi, kurā ir pārstāvētas gandrīz visas onkoloģijas

pacientu biedrības. Sadarbojamies ar lielāko Eiropas gastroenteroloģisko onkoloģisko slimību organizāciju Digestive Cancers Europa (DiCE), kas savulaik bija iniciators mūsu biedrības dibināšanai. Biedrība ir dibināta 2012. gadā. Mūsu pašmērķis nav savākt milzīgu pacientu skaitu biedrības rindās, bet darboties konstruktīvi un efektīvi. Bieži pacienti vai viņu tuvinieki palīdz, nemaz necenšoties iestāties biedrībā.

Vai biedrība uztur kontaktus arī ar tādām specializētām klīnikām kā GASTRO CENTRS? Kas ir galvenie saskarsmes punkti un kādu “pienesumu” šāda partnerība var dot biedrībai un arī GASTRO CENTRAM?

Mēs uzskatām, ka sadarbība ar ārstiem ir ļoti svarīga, lai atrastu labākos risinājumus diagnostikā, ārstēšanā, rehabilitācijā. Mēs vienmēr esam gatavi visiem pasākumiem, kas orientēti uz pacientu interesēm. Vienalga, vai tie būtu pētījumi, pilotprojekti, abpusēja informācijas apmaiņa. Galvenais, lai šajos pasākumos tiktu ievērotas pacientu tiesības un tie tiktu veidoti profesionāli. Līdz šim visos GASTRO CENTRA projektos ir ievēroti šie principi.

Ja jums būtu jānosauc nosacītais “anti-tops” ar problēmām, ar kurām saskaras zarnu vēža pacienti, tad kāds šis “anti-tops” izskatītos?

Zarnu vēža gadījumā lielākā problēma ir ar inovatīvo zāļu pieejamību. Kad paskatāmies ārstniecības metodes ārzemēs un salīdzinām ar Latvijā pieejamajiem medikamentiem,

tad redzam, ka atpaliekam par gadu desmitiem. Katru reizi, kad Latvijā ievieš kādu inovatīvu medikamentu, mēs redzam, ka ES tas tiek izmatots jau daudzus gadus. Tas nozīmē, ka tūkstošiem pacientu tas nav bijis pieejams, kaut gan citur ar to ir glābtas cilvēku dzīvības. Un tomēr gribu īpaši uzsvērt, ka ļoti daudz kas ir atkarīgs no mums pašiem – cik laicīgi aiziesim pie ģimenes ārsta, lai pārbaudītu savu veselību, pie viena veicot vajadzīgos skrīninga testus un neignorējot veselības problēmas.

Kāda ir jūsu personiskā motivācija darboties Zarnu vēža pacientu biedrībā?

Tā kā es pats esmu piedzīvojis zarnu vēzi, tad ceru, ka mana pieredze var noderēt citiem pacientiem. Gribu arī pateikt cilvēkiem, ka saslimšana nenozīmē nāves spriedumu. Jā – dzīve kļūst sarežģītāka, bet bieži vien tā ir iespēja pārskatīt savas dzīves vērtības un daudz ko sākt no jauna. Es nezinu, vai esmu labākais piemērs citiem pacientiem, bet ceru, ka varu palīdzēt.

Noslēgumā tradicionālais “GASTRO Ziņu” jautājums – jūsu novēlējums GASTRO CENTRA mediķiem un visam GASTRO CENTRAM?

Novēlu GASTRO CENTRA mediķiem turpināt tikpat labi veikt savus profesionālos pienākumus, būt inovatīviem, uzklaut pacientus un veiksmīgi ārstēt pacientus. Ir ļoti svarīgi turpināt meklēt jaunus risinājumus ārstēšanā, piedalīties zinātniskajā darbā, jo tikai ar zinātniski pamatotu medicīnu var uzlabot gan onkoloģisko slimību, gan citu gastroenteroloģisko slimību ārstniecību. 🌱



Simulācijā balstīta izglītības pieeja medicīnas un veselības aprūpes izglītībā

GASTRO CENTRA viena no prioritātēm ir medicīniskā izglītība, kas ir stūrakmens visai veselības aprūpes sistēmai valstī, tādēļ **GASTRO CENTRS** vienmēr atbalstījis gan topošo, gan esošo medicīnu profesionālo izaugsmi, jaunu izglītības metožu ieviešanu un pieejamību gan medicīnas studentiem, gan esošajiem ārstiem. Viens no būtiskiem virzieniem, kurā vēlamies doties, ir simulāciju tehnoloģiju izmantošana ārstu, māsu un rezidentu apmācību procesā, lai nodrošinātu pēc iespējas kvalitatīvāku un inovatīvāku medicīnu izglītību un apmācību. Tāpēc šajā “**GASTRO Ziņu**” numurā Rīgas Stradiņa universitātes speciālisti sīkāk stāsta par simulācijas metodi medicīnu izglītībā.

Simulācijā balstītas izglītības pieejas galvenās priekšrocības

Daina Malinsa,

Rīgas Stradiņa universitātes

Medicīnas izglītības tehnoloģiju centra simulāciju instruktore,

Andreta Slavinska,

Rīgas Stradiņa universitātes

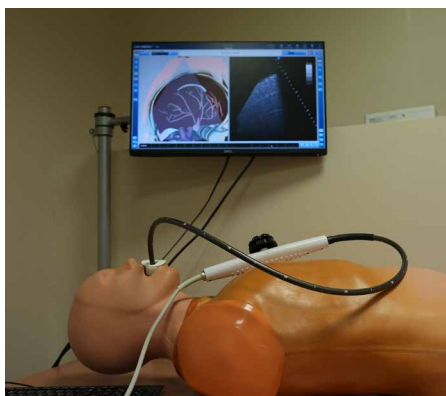
Medicīnas izglītības tehnoloģiju centra direktora p.i.

Veselības aprūpes kvalitāte ir viens no principiem, kas ilgstoši saglabā savu aktualitāti veselības aprūpes politikas veidotāju vidū gan atsevišķu valstu, gan Eiropas Savienības, gan pasaules līmenī.

Nav šaubu, ka veselības aprūpes kvalitātes pamatā ir medicīnas un veselības aprūpes jomas speciālistu kompetence un profesionalitāte, ko tiešā veidā ietekmē izglītības satura kvalitāte un izglītības procesa organizācijas modeļa izvēle.

Veidojot un īstenojot medicīnas un veselības aprūpes jomas specifiskai atbilstošas dažāda līmeņa izglītības programmas, tiek ievērots, ka tām jābūt pierādījumos balstītām, aktuālām un saskaņā ar mūsdienu prakses standartiem, turklāt šo izglītības programmu īstenošanas procesā tiek ievērots viens no medicīnas ētikas fundamentālākajiem principiem — VISPIRMS NEKAITĒT.

Attīstoties veselības aprūpes drošības konceptam (kas ietver pacienta tiesības uz kvalitatīvu un drošu veselības aprūpi), ir mainījusies arī topošo un esošo medicīnas un veselības aprūpes jomas profesionāļu mācīšanas



un mācīšanās pieeja. Mūsdienās nav iedomājams, ka topošo un esošo medicīnas un veselības aprūpes jomas profesionāļu nolūks mācīties varētu būt par cēloni tam, ka pacientam tiek nodarīts kaitējums vai pacienta drošība tiek apdraudēta. Likumsakarīgi tas paredz nepieciešamību mācīšanas un mācīšanās procesu organizēt trīs pēctecīgos posmos:

- teorijā balstīta mācīšanās;
- simulācijā balstīta mācīšanās;
- tikai tad reālā darba vidē balstīta mācīšanās.

Saskaņā ar definīciju simulācija medicīnas un veselības aprūpes jomā ir metode, kas rada situāciju vai vidi, kas ļauj indivīdam izjust reāla veselības aprūpes notikuma attēlojumu, lai dro-

šā veidā mācītos, praktizētu, novērtētu, pārbaudītu vai testētu, gūtu izpratni par sistēmām vai cilvēku darbībām. Simulācijā balstīta izglītība prioritāri ietver ideju par drošību veselības aprūpē (pacientu drošību, ārstniecības personu drošību, jebkura medicīnas un veselības aprūpes jomā strādājošo drošību, procesu un sistēmu drošību, tehnoloģiju drošību u.c.) un iespēju drošos apstākļos mācīties. Simulācijā tiek radīti apstākļi, kuru ietvaros ir iespējams apgūt jaunas, pilnveidot jau kādreiz apgūtas, kā arī praktizēt reti pielietotas klīniskās prasmes, sagatavoties neikdienišķām situācijām, trenēt komunikācijas un komandas darba prasmes dažādās klīniskās situācijās, pārbaudīt un apstiprināt jaunus algoritmus, novērtēt vadlīnijas, koncepcijas un pieejas pirms to ieviešanas reālos klīniskos apstākļos, kā arī aprobēt veselības aprūpē pielietoto aprīkojumu vai tehnoloģijas.

Simulācijā balstītas izglītības pieejas galvenās priekšrocības, lūkojoties no pedagoģiskās perspektīvas, ir pieredzē balstīta mācīšanās, apzināta prakse un spēja sniegt tūlītēju atgriezenisko saiti.

TURPINĀJUMS 19. LPP.



Simulācijā balstīta izglītības pieeja medicīnas un veselības aprūpes izglītībā

TURPINĀJUMS NO 18. LPP.

Turklāt šī pieeja ļauj drošā un kontrolētā vidē sistemātiski novērtēt izglītojamā teorētisko zināšanu apjomu un kvalitāti, noteikt prasmju apguves līmeni un prognozēt izglītojamā spējas un atbilstību reālai darba videi.

Rīgas Stradiņa universitātē (RSU) mērķtiecīgs darbs pie simulācijā balstītas izglītības pieejas integrācijas medicīnas un veselības aprūpes virziena studiju programmās aizsākās līdz ar RSU Medicīnas izglītības tehnoloģiju centra (MITC) izveidi 2013.gadā. RSU MITC mērķis ir uzlabot medicīnas un veselības aprūpes speciālistu izglītību, studiju procesā iekļaujot inovatīvas un simulācijā balstītas mācību metodes un rīkus, lai veicinātu veselības aprūpes kvalitāti, pacientu un ārstniecības personu drošību.

Simulācijas anestezioloģijā un reanimatoloģijā, ķirurģijā, ginekoloģijā un dzemdniecībā, kā arī daudzās citās specialitātēs mūsdienās ir ierasta un neatņemama prakses daļa. Arī gastroenteroloģijā simulācijām ir būtiska nozīme, īpaši tādēļ, ka, pieaugot gastrointestinālo slimību apjomam un attīstoties tehniskajām iespējām, pieaug vajadzība endoskopisko procedūru veikšanā un ir nepieciešami kvalitatīvi apmācīti speciālisti.

Endoskopisko procedūru apgušana ir sarežģīta un prasa ieguldīt laika resursus. Mācīšanas un mācīšanās procesā tiek izmantoti dažādi simulatori – anatomiskie modeļi, virtuālās realitātes sistēmas, kā arī kombinētie simulatori. Anatomiskie modeļi ļauj trenēties endoskopa ievietošanā, manevrēšanā, navigācijā un biopsiju veikšanā. Virtuālās realitātes simulatori nodrošina dinamisku vidi, kas ataino pacienta anatomiju un patoloģijas. Datorprogramma reaģē un mēra katru darbību



– precizitāti endoskopa kustībās, glotādas izvērtēšanas rūpīgumu, precizitāti patoloģisku veidojumu atpazīšanā, nodrošinot tūlītēju atgriezenisko saiti.

Pētījumi liecina, ka simulācijā balstītas izglītības pieejas integrācija endoskopijas prasmju apguvē ir nozīmīga, jo nodrošina iespēju relatīvi ātrā laikā sasniegt nepieciešamo kompetenci, samazina komplikāciju un pacientu drošības riskus. Tomēr jāatzīmē, ka simulācija nevar aizstāt mācības reālā klīniskajā vidē, taču ir tām vērtīgs papildinājums, it īpaši agrīnajā mācīšanās posmā.

MITC iespējas klīnisko prasmju apguvē un pilnveidē gastroenteroloģijā

RSU MITC ir iespēja apgūt un trenēt klīniskās prasmes, kas nepieciešamas gastroenteroloģijas pacientu aprūpē, drošā simulētā vidē. Prasmju apguvē un pilnveidē tiek izmantotas dažādas simulāciju tehnoloģijas – gan relatīvi vienkārši prasmju trenāžieri, ar kuriem iespējams apgūt un pilnveidot atsevišķas klīniskās prasmes, gan sarežģīti, augstas ticamības manekeni



un simulatori, kas nodrošina iespēju apgūt un pilnveidot kompleksas klīniskās prasmes.

Lūk, daži piemēri:

- **Adam Rouilly Hungry Manikin (bērns) un CorMan (pieaugušais) enterālās barošanas trenāžieris** nodrošina iespēju apgūt un pilnveidot prasmes, kas saistītas ar nazogastrālās zondes ievadīšanu. Manekenam ir noņemama āda un iespēja uzpildīt kuņģi ar šķidrumu, kas palīdz labāk izprast un novērtēt procedūras norisi. Ar šo manekenu var apgūt nazogastrālās zondes garuma mērīšanu, ievietošanu un nostiprināšanu, kuņģa satura atsūkšanu un pH novērtēšanu, kā arī gastrostomijas ierīces ievietošanu;
- **Nasco Enema Administration Simulator – klizmošanas trenāžieris;**
- **Limbs&Things Male Rectal Examination Trainer – rektālās izmeklēšanas trenāžieris** ar iespējām mainīt anālā sfinktera stāvokli, kas nodrošina iespēju apgūt un pilnveidot prostatas palpācijas tehnikas;
- **Limbs&Things Abdominal Examination Trainer – vēdera dobuma izmeklēšanas trenāžieris**, kuru pielietojot iespējams uzlabot vēdera

TURPINĀJUMS 20. LPP.



Simulācijā balstīta izglītības pieeja medicīnas un veselības aprūpes izglītībā

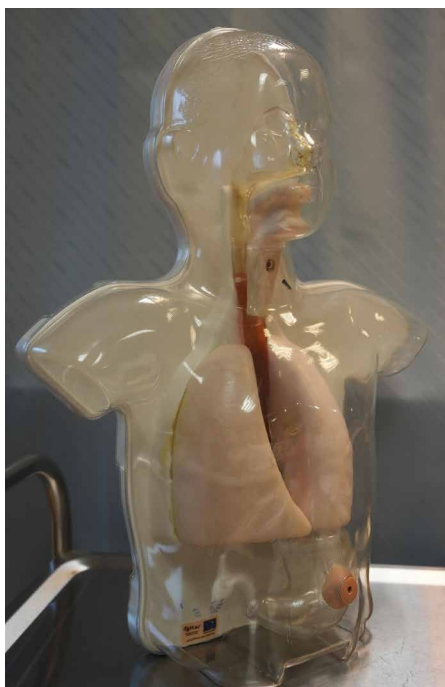
TURPINĀJUMS NO 19. LPP.

dobuma reģionu un anatomijas apguvi, apgūt atšķirības starp normālu un patoloģisku anatomiju, apgūt prasmes palpācijā, auskultācijā un perkusijā. Manekenam ir maināmi iekšējie orgāni ar dažādām patoloģijām, kā arī iespējams simulēt zarnu obstrukcijas simptomus, nieru balotāciju un ascītu;

• **Simbionix GI Mentor – virtuālās realitātes simulators**, kuru izmanto augšējās un apakšējās endoskopijas prasmju apguvei un pilnveidei. Simulators piedāvā visaptverošus moduljus, sākot no pamata prasmēm, līdz par sarežģītām manipulācijām.

Pamata prasmju moduli ir iespējams apgūt svarīgākās pamata prasmes – endoskopa navigācijā, gļotādas izvērtēšanā, retrofleksijā, cilpu redukcijā un mērķēšanā. Kiberskopijas (Cyberscopy) modulis nodrošina prasmju apguvi precīzā endoskopa manipulēšanā un palīdz uzlabot acu-roku koordināciju.

Pēc pamata prasmju apguves studējošais var apgūt prasmes augšējā un apakšējā gremošanas trakta endoskopijā. Augšējās endoskopijas moduli iespējams veikt pilnu endoskopijas procedūru un veikt diagnostiskās un terapeitiskās manipulācijas. Šajā modulī ir pieejami dažādu grūtības pakāpju klīniskie gadījumi, kas sniedz iespēju papildināt studējošā pieredzi. Apakšējās endoskopijas modulī izmantotie virtuālie pacientu gadījumi ļauj apgūt prasmes, kas sastopamas klīniskajā vidē, piemēram, zarnu cilpošanos un netipisku anatomiju, kā arī veikt procedūras – biopsiju un polipektomiju. Fleksiblās sigmoidoskopijas modulī iespējams apgūt prasmes procedūras veikšanā gan standarta gadījumos, gan gadījumos ar sarežģītu zarnas anatomisko uzbūvi, veikt diagnostiskās un terapeitiskās manipulācijas.



Endoskopiskās retrogrādās holangiopankretogrāfijas moduli iespējams apgūt visu procedūras gaitu un veikt diagnostiskās un terapeitiskās manipulācijas. Šajā modulī ir pieejami klīniskie gadījumi ar dažādām žultsceļu patoloģijām, un ir iespējams apgūt papillas kanulāciju, elektrokoagulāciju, striktūru dilatāciju, akmeņu ekstrakciju un radiogrāfiski demonstrēt žultsceļu zarošanos.

Endoskopiskās ultrasonogrāfijas moduli iespējams apgūt prasmes endoskopa navigācijā, ultraskaņas attēlu interpretācijā un anatomisko orientieru atpazīšanā.

Simulēti un standartizēti pacienti

Simulēts pacients ir indivīds, kurš ir apmācīts uzticami un pamatoti simulēt reāla pacienta simptomus vai pazīmes, nodrošinot iespēju topošajiem un esošajiem veselības aprūpes speciālistiem apgūt jaunas vai pilnveidot jau esošas prasmes, kā arī tikt novēr-



tētām. Simulēta pacienta lomas atveidē ir noteiktas improvizācijas iespējas, pielāgojoties apmācāmā vajadzībām un izglītības līmenim. Ir iespēja ar lielāku autentiskumu reaģēt uz veiktajām darbībām un atbildēt uz uzdotajiem jautājumiem.

Standartizēts pacients ir standartizēts simulēts pacients un tiek apmācīts izturēties atkārtojami, lai nodrošinātu nemainīgu (standartizētu) un konsekventu lomas atveidi. Standartizētu pacientu pielietojums ir eksaminācijas procesā, jo lomas atveide, reakcija un veicamie uzdevumi nemainās atkarībā no apmācāmā zināšanu un prasmju līmeņa.

RSU MITC ir iespēja trenēt rīcību dažādās klīniskās situācijās. Klīnisko gadījumu un situāciju īstenošana simulētā vidē ļauj attīstīt ne tikai klīniskās prasmes, bet arī spēju strādāt komandā un multidisciplinārā komandā, pilnveidot starppersonu komunikācijas prasmes, uzlabot līderības un vadības prasmes, stiprināt profesionālo kompetenci arī starpdisciplināri, piemēram, medicīnas tiesību tematikā. Simulācijas ir izmantojamas ne tikai pamatstudiju un rezidentūras studiju posmā, bet arī profesionālajā pilnveidē.

Simulācijā balstītas izglītības pieejas integrācija mācīšanas un mācīšanās procesā ir investīcija kvalitatīvas un drošas veselības aprūpes nodrošināšanā. 🌐



Karolīne Pedčenko: "Mūsu māsas ir kā universālais kareivis."

Par Karolīni Pedčenko GASTRO CENTRA pacienti un kolēģi saka tikai labus vārdus. Zinoša, precīza, empātiska, pacientus saprotoša kā izcila medicīnas māsa. Iejūtīga, koleģiāla, palīdzēt gatava kā kolēģe. Prasīga, bet vienmēr taisnīga – kā GASTRO CENTRA medicīnas māsu "korpusa" vadītāja, GASTRO CENTRA galvenā māsa.

"Labā māsa ir tā, kura vienmēr cenšas augt profesionāli un intelektuāli, ir gatava apgūt jaunas tehnoloģijas, ir koleģiāla, atsaucīga, pacietīga, ātri reaģējoša, spēj pielāgoties jebkurai situācijai, ir izturīga gan emocionāli, gan fiziski," labas māsas īpašības intervijā "GASTRO Ziņām" uzskaita pati Karolīne, piebilstot, ka labai māasai jābūt saprotošai, "ir jābūt tikt galā ar savām emocijām, jābūt uzklaustīt un, pats svarīgākais, dzirdēt," uzsver Karolīne Pedčenko, GASTRO CENTRA galvenā māsa.

Kāds ir bijis jūsu ceļš medicīnā? Parasti cilvēkiem, kas ilgstoši strādājuši vienā profesijā, ir kāds īpašs personisks stāsts par savām dzīves izvēlēm. Kā nonācāt līdz GASTRO CENTRAM?

Beidzot skolu, es pat īsti nezināju, kādā profesijā vēlos strādāt. Nebiju pārliecināta, kāda augstskolā iesniegt dokumentus. Bet par medicīnu pat nebiju domājusi, kamēr gluži vai nejauši



ieraudzīju, ka dzīvoju tieši vai blakus medicīnas koledžai. Tā arī iesniedzu dokumentus pēdējā brīdī... Un tad arī sāku savu ceļu medicīnā. Laikam jau var teikt, ka šī "nejaušība" bija kaut kādā likteņa grāmatā ierakstīta, jo jau pēc pirmās prakses sapratu, ka esmu savā vietā. Šobrīd pat nevaru iedomāties sevi citā profesijā. Jau otrajā kursā paralēli mācībām sāku strādāt

Bērnu slimnīcā – pulmonoloģijas, dermatoloģijas un alergoloģijas nodaļā par māsas palīgu, lai vēl vairāk būtu iespēja izjust māsas profesiju un darbu medicīnā kopumā. Katrā ziņā ar pirmo darba vietu man noteikti bija ļoti paveicies, jo nonācu labā kolektīvā. Tas noteikti atsvēra grūtības un bija ļoti laba un interesanta pieredze, pat neskatoties uz nogurdinošajām naktis dežūrām, kurām uzreiz sekoja mācības. Darbs ar slimiem bērniem gan ir psiholoģiski ļoti smags, tāpēc, beidzot koledžu, nolēmu mainīt darba vietu un nonācu Rīgas 2. slimnīcā, traumatoloģijas un ortopēdijas nodaļā. Līdz visbeidzot paveicās saņemt no bijušās kursa biedrenes piedāvājumu nākt strādāt GASTRO CENTRĀ viņas vietā. Man ļoti patīk darbs ar pacientiem, uzklaustīt viņus, aprūpēt. Kaut arī šobrīd man ir aizvien vairāk administratīvo pienākumu, es cenšos ik pa laikam strādāt endoskopijās, lai nezaudētu savas praktiskas iemaņas, un arī veicot administratīvu darbu, ir svarīgi vienmēr zināt kas un kā notiek praktiskajā "pusē".

Jūs esat GASTRO CENTRA galvenā māsa. Kādus papildu pienākumus tas uzliek, un kādi darba pienākumi ir jāveic galvenajai mācai?

Pirmkārt, tie ir administratīvie pienākumi, lai nodrošinātu GASTRO CENTRA darba nepārtrauktību. Otrkārt, manā tiešā uzraudzībā ir māsas un māsu palīgi, tāpēc viens no, manuprāt, svarīgākajiem un atbildīgākajiem pienākumiem ir mācēt atbalstīt un sniegt praktisku padomu.

MANĀ UZRAUDZĪBĀ IR MĀSAS UN MĀSU PALĪGI, TĀPĒC VIENS NO SVARĪGĀKAJĒM PIENĀKUMIEM IR MĀCĒT ATBALSTĪT UN SNIEGT PRAKTISKU PADOMU.



Karolīne Pedčenko: “Mūsu māsas ir kā universālais kareivis.”

TURPINĀJUMS NO 21. LPP.

Tāds provokatīvs jautājums: mēdz teikt, ka dzīvē nereti par visām skolām daudz vērtīgāka ir dzīves skola, respektīvi, tiešajā darbā iegūtā pieredze. Kā jūs komentētu šo apgalvojumu, un cik lielā mērā darbs GASTRO CENTRA mūsu komandā šādu “dzīves skolu” vai pieredzi spēj sniegt?

Darbs sieviešu kolektīvā sniedz ļoti labu “dzīves skolu”, īpaši medicīnā. (Smejas.) Bet, ja nopietnāk, tad GASTRO CENTRA māsas ir ar ļoti dažādu pieredzi. Dažām māsām, kuras strādā jau no GASTRO CENTRA pirmsākumiem, pieredzes bagāža ir milzīga. Citām savukārt ir tik tikko pabeigta augstskola, un šī ir viņu pirmā darba vieta. Manuprāt, tas ir ļoti vērtīgi, jo no katras var paņemt vērtīgu un dažāda veida pieredzi.

Būtībā māsas medicīnas iestādē – slimnīcā, klīnikā, diagnostikas centros – ir tāds universālais kareivis, līderis pacientu aprūpē un palīdzībā ārstiem. Nav noslēpums, ka GASTRO CENTRA māsas var un spēj iesaistīties endoskopiju veikšanā, sadarbībā ar ārstiem, spēj risināt nestandarta situācijas. Citiem vārdiem, izsakoties modernā terminoloģijā, līderības problēma mūsu komandā nav. Kā izdodas to panākt?

Ļoti vienkārši – ārsti bez māsām nevar. Kā jau pieminējāt, māsas ir universāls kareivis, mūsu māsas tiešām spēj daudz, un, pats galvenais, ir vēlme apgūt un iesaistīties dažādos procesos.

Lai arī ir labi zināma senā anekdote, ka “katra iniciatīva ir sodāma”, tomēr GASTRO CENTRĀ

**IR JĀMĀK TIKT GALĀ
AR SAVAM EMOCIJĀM,
JĀMĀK UZKLAUSĪT UN,
PATS SVARĪGĀKAIS,
DZIRDĒT.**

tas tā nestrādā. Un iniciatīva tiek atbalstīta... Vai un kā tas palīdz augt māsām un visai komandai kā profesionāļiem un arī cilvēcis-kā ziņā?

Savu personisku iniciatīvu ir iespēja izrādīt jebkurā jomā. Es personīgi esmu vienmēr gatava uz klausīt māsas un viņu iniciatīvas, vienmēr kolēģēm atgādinu, ka viņas var nākt pie manis ar savam domām un idejām.

Kāda ir tā pieredze no darba GASTRO CENTRĀ, ko jūs gribētu un varētu nodot nākamajai mediķu paaudzei, jaunajām topošajām medicīnas māsām, kuras vēl tikai sāk savu ceļu medicīnā?

Nebaidīties izrādīt iniciatīvu, iet līdzi laikam, jaunām tehnoloģijām un mūsdienu standartiem.

Kas un kāpēc ir jāzina medicīnas māsai tādā specializētā klīnikā kā GASTRO CENTRS? Piemēram, salīdzinājumā ar māsām citās medicīnas iestādēs.

Es nevarētu kaut kā īpaši izcelt GASTRO CENTRA māsas no kolēģēm citviet, jo medicīna kopumā strauji attīstās, parādās jaunas tehnoloģijas, tāpēc māsai ir jābūt vienmēr gatavai apgūt jaunas zināšanas un tehnoloģijas, spējot tās pielietot savā darbā.

Mediķi ir slaveni ar savu melno humoru un nezinātājiem daž-



kārt šķietamo cinismu. Arī jums noteikti ir kāds savs šī “žanra” stāsts no darba dzīves GASTRO CENTRĀ vai citur, tā teikt, “mediķu stāstiņi”... Vai varat kādu šādu gadījumu pastāstīt?

Jā, mediķiem ir daudz šādu “stāstiņu”... Taču tos noteikti nedrīkst izplatīt un tiem jāpaliek mediķu lokā.

Jūsu novēlējums saviem kolēģiem un visam GASTRO CENTRAM?

Es novēlu mums visiem turpināt attīstīties un strādāt kā vienotai komandai, jo tikai, strādājot kopā, mēs varam sasniegt lieliskus rezultātus. Lai darbs iet viegli, bet mērķi un uzdevumi ir sasniedzami. 🌱



Kas ir anorektālā manometrija un kāpēc tas ir svarīgi?

Šajā rakstā apskatām anorektālo manometriju – testu, ar kuru diagnosticē dissinērgisku defekāciju (DD) kā vienu no biežākajiem hroniska aizcietējuma iemesliem, kas izriet no taisnās zarnas un anālās funkcijas problēmām.

Svarīgi uzsvērt, ka analizēt tikai simptomus ir nepietiekoši DD atšķiršanai no citiem aizcietējuma cēloņiem un ka šie traucējumi labāk reaģē uz iegurņa pamatnes bioatgriezeniskās saites terapiju nekā uz caurejas līdzekļiem, tādējādi norādot uz specifisku pieeju to ārstēšanā.

DD kā hroniska aizcietējuma iemesls

Pamatojoties uz anorektālo testu un zarnu tranzīta novērtējumu, pacientus ar hronisku aizcietējumu var iedalīt trīs grupās:

- normāla tranzīta aizcietējums;
- lēna tranzīta aizcietējums;
- defekācijas traucējumi (DT) jeb dissinērgiska defekācija (DD).

Sinērgisku no dissinērgiskas defekācijas atšķir koordinēta mazā iegurņa pamatnes muskuļu darbība, kas ietver spiediena veidošanu un muskuļu, tostarp tūpļa kanāla sfinkteru, relaksāciju. Sinērgiskas defekācijas laikā pacients rada virzošu spēku, kas izriet no taisnās zarnas spiediena palielināšanās virs 45 mmHg, kas sinhronizējas ar puborektālā muskuļa un ārējā sfinktera relaksāciju.

Savukārt DD gadījumā nav vēdera, taisnās zarnas, mazā iegurņa pamatnes un tūpļa muskuļu koordinācijas, kā rezultātā ir paradokšāls spiediena gradienta pieaugums tūpļa kanālā, nenotiek sfinktera relaksācija vai arī taisnajā zarnā nerodas virzošie spēki. DD iepriekš tika aprakstīta ar vairākiem terminiem: “anisms”, “mazā iegurņa pamatnes dissinērgija”, “obstruktīvā defekācija”, “paradoksāla puborek-

tālā muskuļa kontrakcija”, “iegurņa izvades šķērslis”, “spastisks iegurņa pamatnes sindroms” u.c. Balstoties uz anorektālās manometrijas izmeklējuma rādījumiem, visi šie sindromi tika klasificēti un apvienoti ar vienu terminu – dissinērgiska defekācija.

Pirms tiek apskatīta DD klasifikācija un tās veidi, svarīgi atzīmēt, ka dissinērgiska defekācija var rasties gan pacientiem bez strukturālām izmaiņām abdominālajā zonā, zarnās, anālajā kanālā un mazā iegurņa muskulatūrā, gan arī tiem, kam ir šādas izmaiņas. Ja nav strukturālu izmaiņu, DD ir funkcionāla problēma, kuru vairumā gadījumu var novērst ar mazā iegurņa rehabilitācijas un atgriezeniskās saites fizioterapijas palīdzību.

Gadījumos, kad DD ir sekundāra reakcija uz strukturālām pārmaiņām, funkcijas atjaunošana ir iespējama tikai ierobežotā apjomā, atkarībā no esošajām strukturālajām iespējām. Līdz ar to ir svarīgi analizēt anorektālās manometrijas izmeklējuma rezultātu esošās patoloģijas rašanās kontekstā un, iespējams, kopā ar citiem izmeklējumiem – anorektālu USG, MRI un EMG.

DD iedala 4 grupās:

- I tips: pacients var radīt adekvātu spiešanas spēku (pieaug spiediens vēdera dobumā) kopā ar anālā sfinktera spiediena paradoksālu pieaugumu;
- II tips: pacients nevar radīt adekvātu spiešanas spēku (taisnajā zarnā spiediens nepieaug), bet anālā sfinktera spiediens paradoksāli pieaug;
- III tips: pacients var radīt adekvātu spiešanas spēku (taisnajā zarnā spiediens pieaug), bet vai nu trūkst



Guntis Ancāns,

GASTRO CENTRA ķirurģs-proktologs, onkologs.

vai ir nepilnīga (<20%) sfinktera atslābuma (tas ir/nav samazinājums anālā sfinktera spiedienā);

- IV tips: pacients nevar radīt adekvātu spiedienu un demonstrē iztrūkstošu vai nepilnīgu anālā sfinktera atslābumu.

Pastāv uzskats, ka funkcionālas dabas DD ir uzvedības traucējumi, kuru pamatā var būt dažādi faktori, tādi kā zarnu-smadzeņu refleksa disfunkcija, higiēnas apmācības trūkumi, defekācijas apmācības iztrūkums bērnībā (uzvedības traucējumi vai vecāku un bērnu konflikts) u.c. Tāpat nozīme var būt arī stresam un/vai trauksmei, kā arī seksuāla trauma var veicināt DD attīstību.

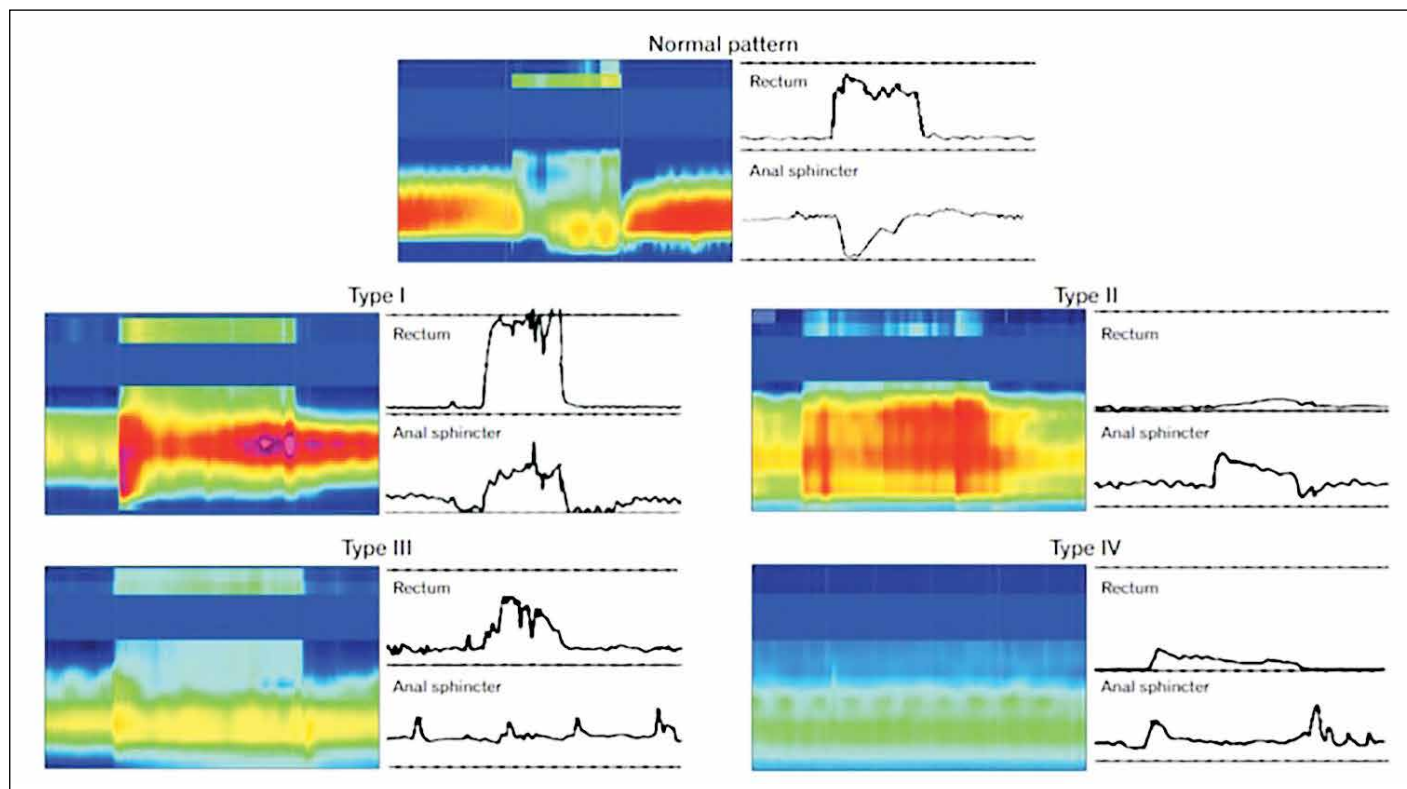
Muskuļu dissinērgija, nepietiekami virzības spēki un abu traucējumu vienlaicīga esamība nav savstarpēji saistīti. Tas liecina, ka paradoksāla anālā kontrakcija vai nekontrolēta anālā spazma defekācijas laikā var izraisīt šo problēmu. Līdz ar to, veicot anālā kanāla iekšējā sfinktera miotomiju pacientiem ar spastisku sfinkteru, var rasties situācijas, ka šī procedūra ir neefektīva. Savukārt līdzekļi, kas relaksē sfinkteru, piemēram, botulīna injekcijas, pacientiem ar paralītisku anālo sfinkteru būs mazefektīvi.

TURPINĀJUMS 24. LPP.



Kas ir anorektālā manometrija un kāpēc tas ir svarīgi?

TURPINĀJUMS NO 23. LPP.



Attēls ilustrē normālu ANM ierakstu un 4 dissinēģiskas defekācijas veidus.

Anorektālā manometrija un augstas izšķirtspējas manometrija

Anorektālā manometrija ir diagnostikas metode muskuļu spēka un funkcijas novērtēšanai ap anālo atveri, veicama klīnikā vai laboratorijā ar nomodā esošiem pacientiem. Tas ir efektīvs tests fekālās inkontinences un aizcietējuma diagnostikā, nodrošinot informāciju par anorektālajiem muskuļiem, rectoanālo inhibējošo refleksu, taisnās zarnas sajūtu un elastību.

Testā izmanto dažādas metodes, tostarp pārnēsājamo un stacionāro tehniku. Jaunākās trīsdimensiju un augstas izšķirtspējas tehnoloģijas palielina manometrijas precizitāti un lietderību. Lai veiktu anālo manometriju, pacienti tiek novietoti kreisajā sānu stāvoklī. Manometrijas katetrs, kuram nav pievienots iztukšots

lateksa balons, tiek kalibrēts iekārtai pie anusa līmeņa. Šis katetrs tiek ievietots anālajā kanālā no 6 līdz 10 cm dziļumā un uzturēts šajā pozīcijā ar mehānisko atbalstu, kur tas paliek 30 sekundes pirms jebkādu mērījumu veikšanas. Tiek reģistrēti gan miera, gan saspiešanas spiedieni, un tiek aprēķināti vidējie spiedieni. Spiediens katras saspiešanas laikā tiek reģistrēts nepārtrauktas 30 sekunžu ilguma laikā.

Anorektālā manometrija ar balona uzpildīšanas testu

Balona uzpildīšanas tests (BUT) anorektālās manometrijas variants, ko veic ambulatori, ir ieteikts kā sākotnējā sijāšanas procedūra zarnu evakuācijas spējas izvērtēšanai. Pacientu novietojot uz kreisā sāna ar saliektiem ceļiem un gūžām, taisnajā zarnā tiek

ievadīts lubrikēts balons — vēlams, izgatavots no nelateksa materiāla. kas pieslēgts pie plastikāta katetra un piepildīts ar gaisu vai siltu ūdeni. Balons taisnajā zarnā pakāpeniski tiek piepildīts ar gaisu pa 10 ml solim, līdz pacients izjūt pirmo sajūtu. Tālāk balona tilpums tiek palielināts par 20 ml katrā solī līdz augstākajam apjomam, ko pacients spēj panest, bet ne vairāk kā 400 ml. Katra piepūšana tiek uzturēta vismaz 30 sekundes. Pacientiem tiek lūgts aprakstīt savas sajūtas (pirmā sajūta, vēlme defekēt, tūlītēja nepieciešamība defekēt un visintensīvākā pieļaujamā sajūta).

Taisnās zarnas sienas piepūšana izraisa refleksīvas motoriskas reakcijas, ko kontrolē gan iekšējā, gan ārējā nervu apgāde. Rektoanālais inhibējošais reflekss (RAIR) ir reflekss, kas

TURPINĀJUMS 25. LPP.



Kas ir anorektālā manometrija un kāpēc tas ir svarīgi?

TURPINĀJUMS NO 24. LPP.

izraisa īslaicīgu iekšējā anālā sfinktera atslābināšanos atbildē uz taisnās zarnas izstiepšanos, palīdzot signalizēt par vajadzību defekēt, vienlaikus saglabājot kontinenci. Konstatēts, ka rektoanāls inhibējošais reflekss (RAIR) ir traucēts cilvēkiem, kas cieš no hroniska aizcietējuma, fekālās inkontinences, sklerodermijas, diabētiskas neiropātijas un pēc radikālas histerektomijas. Turklāt, kad taisnā zarna ir izstiepta, tas izraisa īslaicīgu ārējā anālā sfinktera refleksīvu kontrakciju, ko sauc par rektoanālu kontraktīlo refleksu (RACR). Šis reflekss darbojas vai nu apzināti, vai kā iedzimta reakcija, un ir vērsts uz nevēlamas taisnās zarnas satura izvadīšanas novēršanu. To nodrošina iegurņa autonomās nervu sistēmas viscerāli un pudendālie nervi.

Anorektālās manometrijas mērījumi

Tūpļa kanāla spiediens miera stāvoklī galvenokārt ir atkarīgs no iekšējā anālā sfinktera (IAS), kā arī no ārējā anālā sfinktera (EAS) un hemoroīdālo vēnu pinuma līdzdalības. Spiediens tiek reģistrēts laika posmā līdz 60 sekundēm, kas, visticamāk, ir pārāk īss

laiks ultrazemu viļņu cikliskās aktivitātes ietekmes novērošanai un sponģānas īslaicīgas IAS atslābināšanās novērtēšanai, kas teorētiski var palielināt fēcū inkontinences risku. Palielināts tūpļa kanāla spiediens miera stāvoklī liecina par muskuļu spazmu vai sāpēm, savukārt samazināts spiediens norāda uz iespējamu iekšējā sfinktera bojājumu vai deģenerāciju.

Tūpļa kanāla saspiešanas spiediens

Ar apzinātu saspiešanu novērtē ārējā anālā kanāla sfinktera (ĀAS) kontrakcijas spējas. Pazemināts maksimālais saspiešanas spiediens un nespēja uzturēt saspiešanu liecina par pacienta nelīdzestību vai sfinktera vājumu, ko izraisa muskuļa vai nerva bojājums. Anorektālā manometrija (ARM) identificē kontinentus un inkontinentus pacientus, mērot samazinātu saspiešanas spiedienu.

Klepus reflekss

Intraabdominālā spiediena palielināšanās, ko izraisa klepus, parasti vajadzētu izraisīt ārējā anālā sfinktera (ĀAS) kontrakciju ar sakrālo refleksu loka starpniecību. Samazināts saspiešanas spiediens kopā ar normālu

klepus refleksu var liecināt par traucētu ĀAS brīvprātīgo kontroli un/vai bojājumu virs sakrālās mugurkaula daļas. Savukārt pazemināts saspiešanas spiediens kopā ar traucētu klepus refleksu norāda uz bojājumu zem sakrālās daļas, piemēram, Cauda equina sindromā.

Defekācijas simulācija

Pacientiem tiek lūgts imitēt defekācijas procesu, izdarot spiedienu uz leju (it kā mēģinot izspiest katetru). Šai metodei ir ierobežojumi, kas saistīti ar pacientu pozicionēšanas atšķirībām (vai tie atrodas uz gultas vai uz tualetes poda), izmantotā katetra/balona veida un pacientu iesaistes, ko var ietekmēt kauns. Tomēr defekācijas stimulācijas laikā tiek iegūti divi nozīmīgi rādītāji:

- rektālais spiediens mīnus anālais spiediens ir vienāds ar rektoanālo gradientu (pozitīva vērtība norāda uz normālu defekācijas manevru);
- maksimālais intrarektālais spiediens, dalot ar minimālo reziduālo spiedienu, simulējot defekāciju, veido defekācijas indeksu (indeksa vērtība zem 1,2 tiek uzskatīta par patoloģisku un norāda uz iespējamu disinergisku defekāciju (DD)).

Indikācijas ARM kā diagnostikas testam

Medicīniskais stāvoklis	Prevalences novērtējums	ARM un anorektālās funkcijas testu rezultāti
Fekāla inkontinence	Fekālā inkontinence tiek novērota 14,4% vīriešu un 18,8% sieviešu	- Vājš spiediens miera stāvoklī norāda uz sfinktera vājumu. - Vājš saspiešanas spiediens norāda uz sfinktera vājumu. - Novirzes klepus refleksā norāda uz neiropātiju vai mugurkaula savainojumu. - Rektāla hiposensitivitāte vai rektāla hipersensitivitāte. - Ietekmēta rektāla adaptācija. - Lumbālā un sakrālā pinuma neiropātija.

TURPINĀJUMS 26. LPP.



Kas ir anorektālā manometrija un kāpēc tas ir svarīgi?

TURPINĀJUMS NO 25. LPP.

Medicīniskais stāvoklis	Prevalences novērtējums	ARM un anorektālās funkcijas testu rezultāti
Aizcietējums	Liela mēroga daudznacionālajā pētījumā, izmantojot Romas IV diagnostikas kritērijus, funkcionālie zarnu traucējumi bija visbiežāk sastopamie, savukārt funkcionālais aizcietējums bija visizplatītākais zarnu traucējums, ietekmējot gandrīz 9% no ASV iedzīvotājiem.	- Hiperotonisks miera sfinktera spiediens. - Rektāli-anālā inhibitorā refleksa defekts liecina par Hiršprunga slimību. - Rektālā hiposensitivitāte vai rektālā hipersensitivitāte. - Pagarināts balona uzpildīšanas testa laiks.
Rektālo sajūtu traucējumi	Rektālie sajūtu traucējumi var ietekmēt 4%–19% no fekālās inkontinences pacientiem (rādītāji atšķiras atkarībā no dzimuma).	- Rektālā hiposensitivitāte. - Rektālā hipersensitivitāte.
Dissinēģiska defekācija	Dissinēģiskas defekācijas izplatība vispārējā iedzīvotāju grupā nav zināma. Dissinēģiska defekācija ietekmē starp trešdaļu un pusi no aizcietējuma pacientiem, kuri tiek nosūtīti uz anorektālo testēšanu.	- Hiperotonisks miera spiediens. - Novirzes defekācijas veidā, I-IV tipa dissinēģija. - Rektālā hiposensitivitāte vai hipersensitivitāte. - Pagarināts balona uzpildīšanas laiks.
Starpenes noslīdēšanas sindroms	Starpenes noslīdēšanas sindroms tiek novērots 7,7% no pacientiem ar aizcietējumiem.	- Pārmērīga starpenes noslīdēšanās. - Rektālā gļotādas intususepsija. - Vājš spiediens miera stāvoklī. - Vājš saspiešanas spiediens. - Dissinēģiska defekācija. - Pagarināts balona uzpildīšanas laiks.
Anorektālas sāpes	Funkcionālās anorektālās sāpes, <i>levator ani</i> sindroms un <i>proktalgia fugax</i> izplatība tiek lēsta attiecīgi 11,3%, 6,0% un 7,9% pacientiem.	- Vājš spiediens miera stāvoklī. - Vājš saspiešanas spiediens. - Taisnās zarnas sajūtas anomālija. - Hipertonisks anālais sfinkteris. - Jostas un sakrālā nervu pinuma neiropātija.
Taisnās zarnas prolaps	Taisnās zarnas prolapsa sastopamība ir zema (<0,5%).	- Taisnās zarnas gļotādas invaginācija vai prolapsa. - Taisnās zarnas paaugstināta jutība. - Vājš spiediens miera stāvoklī.

Īsi par anorektālo manometriju: jautājumi un atbildes

Kāpēc ir svarīgi veikt anorektālos funkcionālos testus?

Anorektālo funkciju pārbaudes tiek veiktas ar diviem galvenajiem nolūkiem:

- nodrošināt speciālistiem iespēju uzstādīt precīzas diagnozes;

- palīdzēt ārstēšanas procesā.

Anorektālā manometrija un taisnās zarnas balona uzpildīšanas tests ir galvenie sākotnējie anorektālās funkcionālās izmeklēšanas testi, šobrīd ir pieejami dažādi sistēmu veidi. Augstas izšķirtspējas intrarektālie manometrijas katetri uzlabo anorek-

tālā spiediena telpisko analīzi, taču tie ir trauslāki un dārgāki, nesniedzot papildu klīniskas atziņas salīdzinājumā ar standarta katetriem. Standarta katetri ir izturīgi, pārnēsājami un tos var izmantot, lai veiktu manometriju pie pacienta gultas vai ārsta kabinetā.

TURPINĀJUMS 27. LPP.



Īsi par anorektālo manometriju: jautājumi un atbildes

TURPINĀJUMS NO 26. LPP.

Ko var diagnosticēt un atklāt ar anorektālās funkcijas pārbaudēm?

Anorektālās funkcijas testēšana var identificēt plašu klīnisku diagnožu klāstu, piemēram, fekālo inkontinenci, hronisku aizcietējumu, tūpļa gļotādas plīsumus, taisnās zarnas prolapsu un funkcionālus anorektālus traucējumus, piemēram, dissinergisku defekāciju. Cilvēki ar hronisku aizcietējumu iedalās trīs kategorijās: normāla tranzīta, lēna tranzīta un defekācijas traucējumi.

Pēdējā grupa izjūt šķēršļus izkārnījumu izvadīšanā, kas nav tipisks izaičinājums pirmajām divām grupām. Šo grupu atšķiršana vienīgi pēc simptomiem ir sarežģīta, un katrai grupai ir nepieciešama atšķirīga ārstēšana. Mazā iegurņa bioatgriezeniskā (biofeedback) terapija ir efektīvāka dissinergiskas defekācijas traucējumu ārstēšanai nekā caurejas līdzekļi. Tāpēc anorektālā manometrija ir būtiska, lai noteiktu, kuriem pacientiem būtu ieguvums no šī konkrētā ārstēšanas veida

Vai pārbaudes rezultāti parasti ir galīgi, vai ir nepieciešams tos apvienot ar papildu diagnostikas metodēm?

Lielākoties anorektālajai manometrijai ar taisnās zarnas balona testu pacientiem pietiek. Nepārliciecināšu vai klīniskajām atradnēm neatbilstošu rezultātu gadījumā, kā arī aizdomās par iegurņa orgānu prolapsu vai defekācijas mehāniskiem šķēršļiem, ieteicams veikt defekogrāfiju. Sfinkteru bojājumu aizdomu gadījumā izmanto anorektālo ultrasonogrāfiju.

Kā risināt emocionālo aspektu, apspriežot šo traucējumu testus ar pacientiem?

Situācijās, kad pacientiem parāda šādas pazīmes, ārstiem nereti jā-sāk dialogs un jānodrošina pacientu komforta sajūta. Katram medicīnas speciālistam ir savs individuāls veids, kā to izdarīt. Ievērojams pacientu skaits jūtas neērti saistībā ar fekālo inkontinenci, kas viņus noved pie to simptomu noslēpšanas pat no tuvu-kajiem radniekiem vai draugiem, bet īpaši no ārsta. Daudzi pacienti atklāj, ka grūtākais ir par savām sūdzībām runāt ar svešu cilvēku. Šis sākotnējais atklāšanas solis bieži nāk kopā ar smagu noslēpumības un kauna slogu. Tomēr, pārvarot šo šķērslī un apspriežot savas problēmas atklāti, viņi parasti ir pārsteigti, uzzinot, ka viņu stāvokli ir daudz izplatītāki, nekā sākotnēji domāts. Šī atklāsmē var ievērojami mazināt izolācijas sajūtu, ko viņi varētu būt izjutuši, saprotot, ka viņi šajā pieredzē nav vieni.

Vai ir kādas būtiskas izmaiņas pēdējā laikā publicētajās vadlinijās?

Lielbritānijas un Īrijas Koloproktoloģijas asociācijas 2023. gada vadlīnijas par anālās plaisas ārstēšanu ieteic anorektālo manometriju izmantot hronisku anālās gļotādas plīsumu izmeklēšanā un ārstēšanas plānošanai. Tūpļa gļotādas plīsumi var būt gan ar augstu, gan ar zemu sfinktera spiedienu.

Pacientiem ar zema sfinktera spiediena tipa anālajām plaisām var apsvērt bioatgriezeniskās terapijas izmantošanu. Ārstēšanas stratēģijas, kuru mērķis ir samazināt iekšējā

anālā sfinktera spiedienu, šiem pacientiem nebūs noderīgas un no tām vajadzētu šajos gadījumos izvairīties.

Fekālās nesaturēšanas un defekācijas problēmām jaunākās vadlīnijas lielā mērā atkārto iepriekšējās, taču tās ir papildinātas ar papildu pierādījumiem.

Anorektālās izmeklēšanas ir izšķirošas hroniska aizcietējuma gadījumos, kas nereaģē uz caurejas līdzekļiem, lai identificētu un ārstētu defekācijas traucējumus ar bioatgriezenisko terapiju, nevis ar caurejas līdzekļiem. Līdzīgi arī anorektālā izmeklēšana, kam seko bioatgriezeniskā terapija, ir ieteicama fekālās nesaturēšanas gadījumos, kad sākotnējās ārstēšanas metodes nedarbojas.

Kas notiek, ja šie pacienti netiek ārstēti?

Defekācijas traucējumu gadījumā ārstēšanas mērķis ir uzlabot sinhronizāciju starp vēdera un iegurņa pamatnes muskuļiem. Daudzi pacienti mēģina novērst dissinergiju jeb koordinācijas trūkumu starp taisnās zarnas un anālā sfinktera muskuļiem, pārmērīgi piepūloties defekācijas laikā. Tomēr šāda pārmērīga piepūle joprojām traucē koordināciju un var pakāpeniski noved pie iegurņa pamatnes vājināšanās. Tas savukārt pacientiem palielina iegurņa orgānu prolapsu un rektocēles progresijas risku. Pārmērīga piepūle defekācijas laikā arī palielina iespēju saslimt ar hemoroīdu slimību. Šī iemesla dēļ, mēs bieži vērojam progresējušu hemoroidālo vēnu varikozu pacientiem ar hronisku aizcietējumu, rektocēli un dissinergisku defekāciju. Hemoroīdu ārstēšana, neievērojot cēloņsakarības, visticamāk, novedīs pie neveiksmes. 🔄



Kas ir "lenteņu diēta" un kāpēc tā ir bīstama?

"GASTRO Ziņas" uzsāk jaunu rubriku "GASTRO Pacients jautā", kurā atbildēsim uz mūsu pacientu, mājaslapas un sociālo tīklu sekotāju uzdotajiem interesantākajiem vai medicīniski nozīmīgiem jautājumiem.

Šoreiz GASTRO CENTRA kontā "Facebook" esam saņēmuši jautājumus no vidusskolnieces Kristiānas par t.s. "lenteņu diētu". Jauniete vēlas sīki un smalki uzzināt, kas tā ir, vai tādu vispār var izmantot svara zaudēšanai un ko tas nozīmē veselībai. Uz jaunietes jautājumiem atbild Danute Ražuka-Ēbela, GASTRO CENTRA ārste-gastroenteroloģe.

Kā lenteņu diēta ietekmē cilvēku veselību, kādi ir ieguvumi un riski?

T.s. "lenteņu diētas teorijas" pamatā ir pieņēmums, ka, apēdot kapsulu ar lenteņa olām, tas izšķīļas cilvēka zarnā, piestiprinās pie zarnas sienas un tad, kad ir izaudzis, "apēd" daļu cilvēka uzņemta ēdiena, tādējādi novedot pie svara zuduma. Taču šeit gribu uzsvērt uzreiz un, kā saka, lieliem burtiem – "lenteņu diētai" ieguvumu NAV.

"Lenteņu diēta" ir bīstama, un risku ir daudz. Lenteņi ir parazīti, tas cilvēka ķermenim ir svešs un izraisa infekciju. Norijot kapsulu ar lenteņa olām, tajā tik pat labi var būt cilvēkam bīstamāku lenteņa paveidu olas, kā arī citi parazīti. Infekcija var izraisīt caureju un vemšanu, taču var rasties daudz, daudz nopietnākas problēmas. Atkarībā no tā, kas par parazītu tiek ieņemts, tas var izplatīties arī uz citiem orgāniem, radot to nopietnus bojājumus un pat cilvēka nāvi. Parazitāro infekciju sekas neatšķiras no tā, vai cilvēks nejauši iegūst parazītu, apēdot ko netīru, vai cilvēks to apēd tišām.

Zinātniskos žurnālos ir aprakstīti vairāki gadījumi ar bēdīgām beigām. Gadījumi lielākoties nāk no Āzijas valstīm, jo tur interese par "lenteņu diētu" ir lielāka.

Piemēram, 2021. gadā aprakstīts gadījums, kur 20-gadīga jauniete ar lieko svaru internetā izlasīja par "lenteņu

diētu", pasūtīja un ieņēma kapsulas ar lenteņu oliņām, lai zaudētu svaru. Pēc 4 mēnešiem viņa vērsās pēc palīdzības klīnikas uzņemšanas nodaļā ar nepārejošām sāpēm galvā un vēderā. Diagnoze bija neskaidra, viņa saņēma ārstēšanu, jutās labāk un tika izrakstīta, bet jau smagākā stāvoklī pēc pāris mēnešiem atgriezās slimnīcā. Otro reizi nonākot slimnīcā, tika atklāts, ka lenteņa pēcnācēji bija izplatījušies uz jaunietes smadzenēm, muskuļiem un aknām. Jaunietei bija ilgstoši jālieto nopietni medikamenti. Šī gadījuma aprakstā arī iekļautas magnētiskās rezonanses bildes, kur dažādos orgānos redzamas cistas, ko izveidojuši parazīti.

Ja ir vēlme sīkāk uzzināt par šo būtībā "sazvērestības teoriju" par t.s. "lenteņu diētu", tad var iepazīties ar rakstiem dažādos interneta resursos (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8832885/>, <https://doi.org/10.3390/parasitologia2030015>, <https://www.mdpi.com/2673-6772/2/3/15>). Vienā no rakstiem, piemēram, apcerēta arī sazvērestības teorija par to, ka slavenā operdziedātāja Marija Kallasa izmantojusi "lenteņu diētu", lai mazinātu svaru. Interesanti aprakstīta arī "lenteņu teorijas" vēsture ārzemju popkultūrā.

Kāda ir jūsu pieejamā informācija par Latvijā praktizētu "lenteņu diētu"?



Nav dzirdēts, ka kāds būtu praktizējis "lenteņu diētu". Strādājot medicīnā, ir gadījies tikai viens pacients, kurš ir interesējies par "lenteņu diētas" lietderību.

Kādu saturu, no ūsu skatupunkta raugoties, būtu vērtīgi sniegt vidusskolas skolēniem par "lenteņu diētu"?

Svarīgi uzsvērt, ka lenteņu diētai ieguvumu nav un tā ir bīstama. Veselībai ir nepieciešams daudzveidīgs, sabalansēts uzturs un regulāra fiziskā aktivitāte.

Ieskatu veselīga uztura pamatprincipos iespējams iegūt Slimību profilakses un kontroles centra un Veselības ministrijas mājaslapās rubrikā "Veselīga uztura ieteikumi". Jāņem vērā, ka detaļas nedaudz atšķirsies bērniem un pieaugušajiem, tāpat tās ir atkarīgas no katra konkrētā cilvēka fiziskās aktivitātes līmeņa un dzīvesveida, tāpēc jāseko līdz, kādai vecuma grupai domāti konkrētie ieteikumi. Jauniešiem ar lieko svaru ir jāvērsas pie ārsta, lai izslēgtu citas slimības, kas to varētu izraisīt, un pēc tam, ja vajadzīga papildu palīdzība ēdienkartes sastādīšanā, pie dietologa vai uztura speciālista. Svarīgi arī saprast, ka cilvēki ir dažādi, un tāpēc arī pieeja veselīga uztura un dzīvesveida nodrošināšanai ir jāpielāgo katram individuāli. 🌱



GASTRO TEHNOLOĢIJAS

Elektromiogrāfijas (EMG) atgriezeniskās saites terapija ar MAPLe

Elektromiogrāfijas (EMG) atgriezeniskās saites terapija ar MAPLe GASTRO CENTRĀ tiek izmantota kā daļa no fizioterapijas procesa GASTRO CENTRA fizioterapeitam risinot pacientu mazā iegurnņa slimības un problēmas.

Elektromiogrāfijas (EMG) atgriezeniskās saites terapija ar MAPLe ir svarīga sastāvdaļa, realizējot GASTRO CENTRA vīziju par multidisciplināru diagnostiku un ārstēšanu, fizioterapiju ar jaunākās paaudzes "biofeedback" ierīci.

Indikācijas:

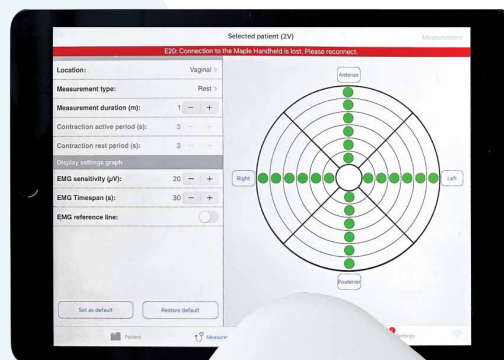
- stresa urīna nesaturēšana;
- steidzama urīna nesaturēšana;
- fekālā nesaturēšana;
- pārkārtīva urīnpūšļa sindroms;
- astes kaula sāpes (kokcigodīnija);
- prolaps;
- sāpes iegurnī un tā apkārtnē;
- hronisks tūpļa gļotādas plīsums;
- dissinēģiska defekācija (anisms, mazā iegurnņa pamatnes dissinēģija, obstruktīvā defekācija, paradoksāla puborektālā muskuļa kontrakcija, iegurnņa izvades šķērslis (pelvic outlet obstruction), spastisks iegurnņa pamatnes sindroms).

Kontrindikācijas:

- grūtniecība;
- mazā iegurnņa onkoloģiska slimības;
- neirostimulators (Sakrālā neiromodulācija);
- kardiostimulators;
- psihogēnas sāpes;
- akūti iekaisumi;
- smags atrofisks vaginīts;
- pacienta nespēja tolerēt terapiju;
- masīva vagināla un/vai rektāla asiņošana.

Kopsavilkums:

- bioatgriezeniskā saites terapija ar elektromiogrāfijas iekārtām (EMG) ir efektīva vairāk nekā 70% gremošanas un urīnizvada sistēmas funkcionālo traucējumu gadījumos, neizraisot blakusparādības;
- terapijas ilgums ir 6 kursi ar intervālu 1 reizi nedēļā.





“GASTRO Ziņu” reportāža: viena diena ar ārstiem–endoskopistiem

Šajā “GASTRO Ziņu” numurā turpinām tradīciju – sekot līdž GASTRO CENTRA speciālistu darbam, darba ikdienai un mūsu pacientu apkalpošanai. Šoreiz pievērsāties GASTRO CENTRA galvenajam “vilcējspēkam” – ārstiem–gastroenterologiem un ārstiem–endoskopistiem. “GASTRO Ziņu” fotogrāfe un žurnāliste sekoja līdž ārstu darbam, sākot no ierašanās uz procedūru un līdz pat procedūras noslēgumam. Ieskatieties mūsu ārstu ikdienā arī jūs.

GASTRO CENTRS – šis vārdu savienojums mūsu pacientiem asociējas ar drošību, uzticību un zinātnes sasniegumiem. Viena no GASTRO CENTRA ikdienas sastāvdaļām ir tieši endoskopiju veikšana. Endoskopija ir daudz vairāk nekā tikai medicīnas procedūra – tā ir gluži kā ceļojums cauri cilvēka gremošanas sistēmai.

Mūsu darbinieki, kas ik dienas rūpējas pār pacientiem,

ir vairāk nekā vienkārši ārsti un medmāsas – viņi ir klausītāji, mākslinieki un pētnieki. Mūsu pacienti – tie ir stāsti, kas sastāv no neskaitāmām niansēm. Katra no tām ārstam ir jāizjūt un jāizprot. Ar katru endoskopijas procedūru mēs ne tikai meklējam atbildes uz medicīniskiem jautājumiem, bet arī dalāmies cilvēciskajā pieredzē un emocijās.



Gatavošanās endoskopijai ir process, kur katrs solis ir tikpat nozīmīgs kā pati procedūras izpilde. Tieši šī iemesla dēļ konsultācija pirms endoskopijas ir tik īpaša katram pacientam. Tā ir iespēja, kurā ārsts un pacients satiekas ne tikai kā medicīnas profesionālis un klients, bet kā divas cilvēciskas būtnes, kuras apvieno kopīgs mērķis – pacienta veselība un labsajūta.

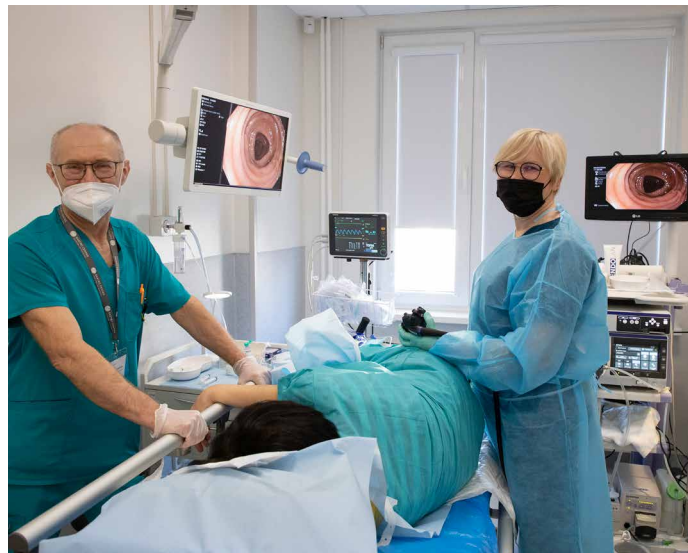
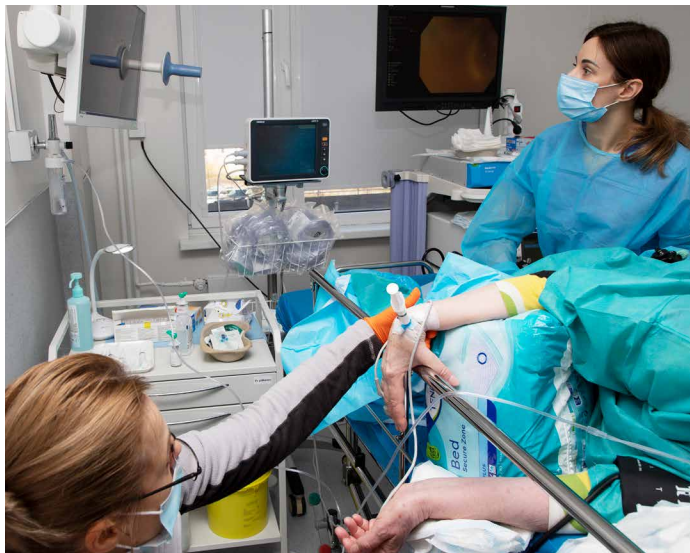
Kad ārsts sēžas blakus pacientam, viņš ne tikai uzskaita tehniskus norādījumus vai brīdina par iespējamām procedūras komplikācijām, bet arī veic sarunu, kas balstās uz uzticēšanos, empātiju un atbalstu. Tas ir brīdis, kad tiek izvērtēts ne tikai pacienta veselības stāvoklis, bet arī pacienta emocijas un bažas, ko rada gaidāmā procedūra.

Endoskopijas procedūras uzsākšana ir brīdis, kas iezīmē rūpīgas sagatavošanās kulmināciju. Katrs ārsta solis šajā posmā ir pārdomāts un svarīgs, jo tas nosaka ne tikai procedūras sekmīgu norisi, bet arī pacienta drošību un labsajūtu. Pirms ārsts var sākt endoskopiju, viņš rūpīgi pārskata pacienta medicīnisko vēsturi, lai pilnībā izprastu un novērtētu visus iespējamus riskus. Tad ārsts uzvelk sterilu halātu, kas simbolizē pāreju no ikdienas rutīnas uz medicīniskās procedūras sākumu. Arī cimdu uzvilkšana ir svarīga rituāla sastāvdaļa, tā ir gan aizsardzības, gan apņemšanās žests – aizsargāt gan pacientu, gan sevi, lai procedūra būtu pēc iespējas drošāka. Apziņa, ka ārsta rokās ir cilvēka veselība, piešķir ārstam darbam īpašu nozīmi. Tālāk ārsts pievēršas endoskopijas instrumentiem, sākot procedūru.

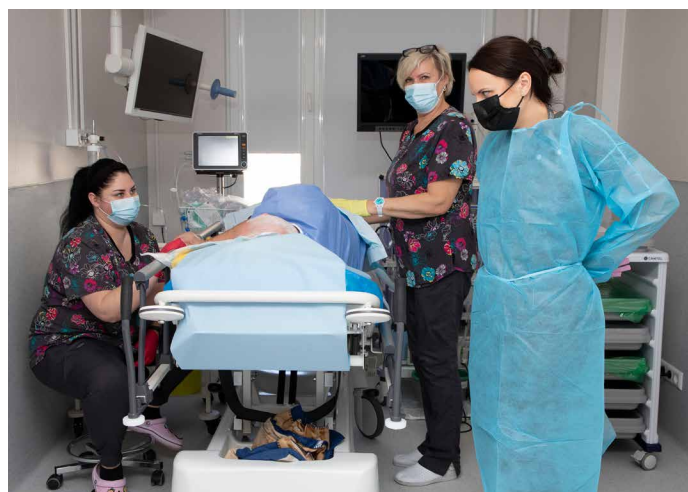




“GASTRO Ziņu” reportāža: viena diena ar ārstiem-endoskopistiem



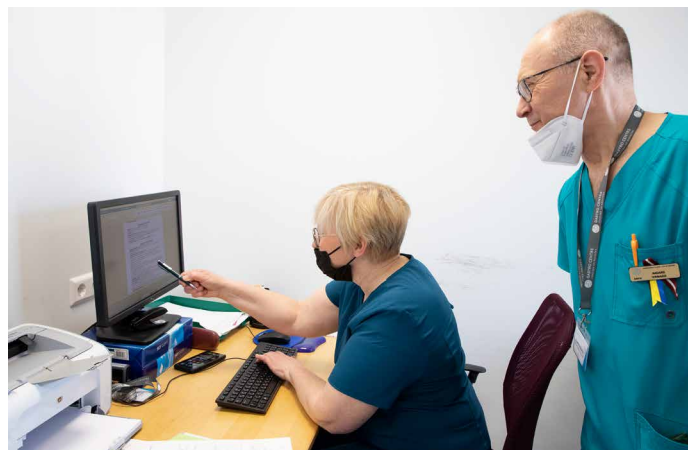
Procedūras laikā gastroenterologs kļūst par gidu pacienta gremošanas trakta labirintos. Izmantojot augstas klases endoskopisko aprīkojumu, ārsts rūpīgi pēta un izvērtē gremošanas sistēmu, atklājot jebkādas novirzes no normas. Un, ja nepieciešams, speciālists veic biopsiju – mazu audu paraugu ņemšanu, kas pēc tam tiks nosūtīta uz laboratoriju turpmākai izmeklēšanai. Tas viss tiek veikts ar lielāko piesardzību un precizitāti, lai nodrošinātu, ka katrs nākamais solis veselības atgūšanas ceļā ir pamatots uz visprecīzākajiem un uzticamākajiem datiem. Reportāžas laikā ārstam-endoskopistam jautājām: “Ko tad īsti jūs meklējat katras procedūras laikā?”. Un saņēmām fantastisku atbildi: “Vesalajiem cilvēkiem mēs meklējam sirdsmieru, savukārt pārējiem problēmu sakni, lai palīdzētu atveseļoties pēc iespējas ātrāk.”



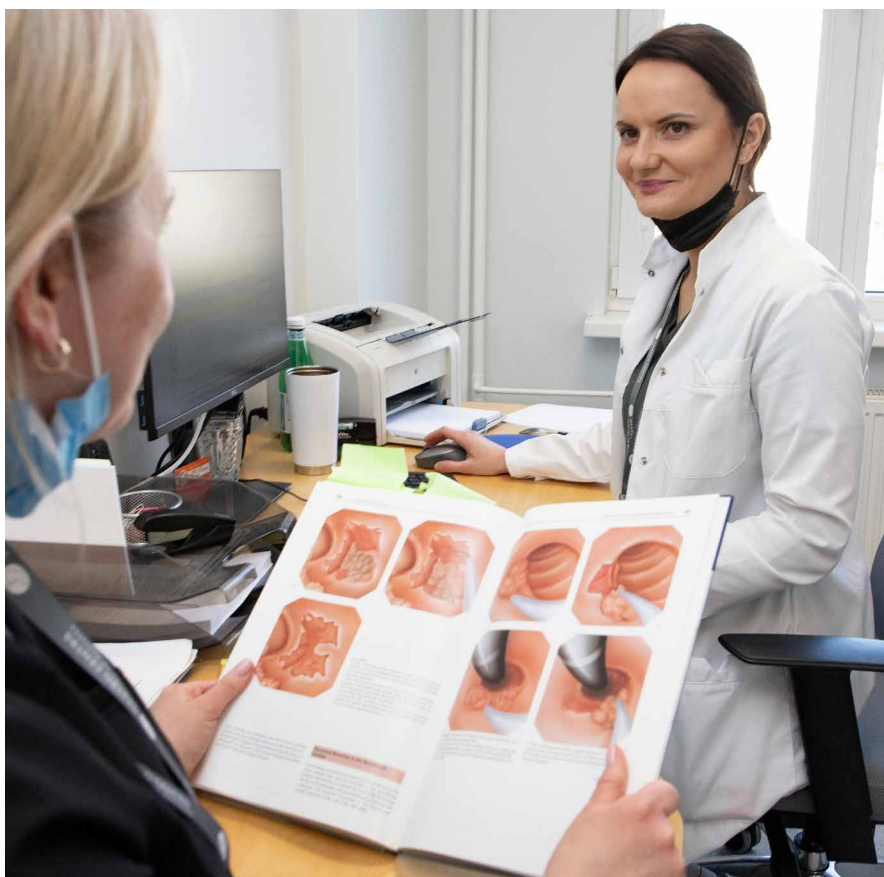
Endoskopijas procedūras veiksmīga izpilde ir atkarīga ne tikai no ārsta, bet gan visa komandas darba, kurā katram dalībniekam ir svarīga loma. Procedūras gaitā gastroenterologs, kas veic endoskopiju, cieši sadarbojas ar anesteziologu, medicīnas māsām un tehnisko personālu. Katra no šīm lomām ir izšķirīga, lai nodrošinātu pacienta drošību un procedūras efektivitāti. Anesteziologs ir atbildīgs par pacienta komfortu un drošību procedūras laikā, medicīnas māsa sagatavo pacientu procedūrai un sniedz nepieciešamo atbalstu gan ārstam, gan pacientam, savukārt tehniskais personāls pārliecinās, ka visa endoskopiskā aprīkojuma darbība ir nevainojama un droša. Pirms procedūras komanda apspriež un plāno katru konkrēto gadījumu, lai nodrošinātu pilnīgu sagatavotību un izpratni par pacienta vajadzībām un īpatnībām. Pēc procedūras ārsti un medicīnas personāls kopīgi izvērtē iegūtos datus, lai izstrādātu turpmāko ārstēšanas plānu.



“GASTRO Ziņu” reportāža: viena diena ar ārstiem–endoskopistiem



Arī pēc endoskopijas komandas darbs neapstājas, jo tieši pēc procedūras seko rūpīgs un svarīgs posms – rezultātu apstrāde un dokumentācijas aizpildīšana. Vispirms, ja procedūras laikā tika ņemti audu paraugi, tie tiek nosūtīti histoloģiskai izmeklēšanai uz laboratoriju. Katrs paraugs tiek marķēts un reģistrēts, lai nodrošinātu tā identificējamību un sekotu līdzi izmeklējumu rezultātiem. Laboratorijā speciālisti veic detalizētu audu analīzi, kas palīdz noskaidrot, vai apstiprināt diagnozi un izlemt par turpmāko ārstēšanas plānu. Tajā pašā laikā ārsts aizpilda medicīnisko dokumentāciju, kurā tiek fiksēta visa veiktā procedūra, novērojumi un sākotnējie secinājumi. Šī dokumentācija ir būtiska pacienta medicīniskajā vēsturē, jo tā nodrošina precīzu informācijas nodošanu starp dažādiem veselības aprūpes speciālistiem, ļaujot sekot pacienta veselības stāvokļa izmaiņām laika gaitā. Pēc izmeklējumu rezultātu saņemšanas no laboratorijas, ārsts izvērtē datus, integrē tos kopējā pacienta veselības ainā un plāno turpmākās darbības – vai nu izslēdzot konkrētas veselības problēmas, vai arī izstrādājot detalizētu ārstēšanas plānu.



Vēl viens svarīgs faktors pacientu aprūpē ir ārstu nepārtraukta izglītošanās. Tas ir process, kas nekad nebeidzas, un GASTRO CENTRS ir lielisks piemērs šim principam. Šeit rezidenti – topošie speciālisti – gūst neatsveramu pieredzi, strādājot blakus pieredzējušiem jomas speciālistiem. Tas ir savstarpējas mācīšanās process, kurā jaunie ārsti ne tikai apgūst jaunākās procedūras un izmeklēšanas metodes, bet arī iemācās svarīgas komunikācijas un pacientu aprūpes prasmes. Tāpat arī pieredzējuši speciālisti attīsta savas prasmes semināros, konferencēs un pat starptautiska līmeņa pasākumos. Medicīnas joma attīstās ik dienu un ir svarīgi apgūt jaunas zināšanas, kas veicina profesionālo izaugsmi un inovācijas medicīnā. Šī mācīšanās kultūra veido dinamisku vidi, kurā pastāvīga zināšanu un prasmju pilnveide ir pamatā visu iesaistīto speciālistu profesionālajai attīstībai.



“GASTRO Ziņu” reportāža: viena diena ar ārstiem–endoskopistiem



Šajā reportāžā iemūžināta tikai maza daļa no lielās GASTRO CENTRA ārstu komandas, kas katru dienu velta savu laiku un prasmes, lai rūpētos par jūsu veselību. Daudzi no viņiem foto tapšanas brīdī strādā endoskopiju kabinetos, demonstrējot savu apņemšanos sniegt pacientiem augstāko aprūpes līmeni, un, protams, fotogrāfijām laika neatliek. Mēs lepojamies ar katru no mūsu ārstiem un to nozīmīgo darbu, ko viņi veic. Šī profesija prasa ne tikai zināšanas un prasmes, bet arī lielu sirds siltumu un empātiju. Esam gandarīti, ka esat izvēlējušies mūsu centru kā uzticamu sabiedroto jūsu veselības atjaunošanas ceļā. Mūsu ārstu un visa personāla apņemība ir jūsu labsajūtas un veselības garantija.

Foto (no kreisās uz labo) – Aigars Vanags, ārsts–endoskopists, anesteziologs, Jānis Zaķis, GASTRO CENTRA galvenais ārsts, Laura Veide, ārste–gastroenteroloģe, un Ivars Tolmanis, GASTRO CENTRA valdes priekšsēdētājs, ārsts–gastroenterologs.

“GASTRO Ziņas” saka paldies par palīdzību reportāžas organizēšanā Karolīnei Pedčenko, GASTRO CENTRA galvenajai māsai, un Ilonai Zālmanei, sabiedrisko attiecību speciālistei un veselīga uztura projekta vadītājai. Un, protams, visiem ārstiem, kuri ļāva ielūkoties savā ikdienas darbā.