



# GASTRO ZINAS

nozares jaunumu apskats, diskusijas, analīze

GASTRO KOMENTĀRS

Kvalitatīva izglītība, mākslīgais  
intelekts un digitālā transformācija

GASTRO DISKUSIJA

Digitālā revolūcija medicīnā: vai mākslīgajam  
intelektam var uzticēt mūsu veselību?

GASTRO LIELĀ INTERVIJA

Juris Gaiķis par to, kā Latvijai veicas  
ar “digitālās veselības” ieviešanu

GASTRO TĒMA

Privātā un publiskā sektora sadarbība kvalitatīviem  
medicīnas pakalpojumiem Latvijas reģionos

## SATURS

## KOMENTĀRS

3. lpp.

**Kvalitatīva izglītība, mākslīgais intelekts un digitālā transformācija: kā Latvijas veselības sistēmai iet šo attīstības ceļu?** – Ivars Tolmanis, ārsts gastroenterologs, GASTRO CENTRA valdes priekšsēdētājs

## AKTUALITĀTES

4.-5. lpp.

Ceļā uz efektīvu un pieejamu gastroenteroloģisko aprūpi Latvijā – pārskats par gastroenteroloģijas pakalpojumu apmaksu Eiropas valstīs

## INFOGRAFIKA

6. lpp.

Cik maksā valsts par gastroenteroloģijas pakalpojumiem Eiropā?

## NUMURA INTERVIJA

7.-10. lpp.

**Kā Latvijai veicas ar “digitālās veselības” ieviešanu** – intervija ar Juri Gaiķi, Latvijas Digitālās veselības centra valdes locekli

## GASTRO TĒMA

11.-12. lpp.

**Publiskā un privātā sektora sadarbība medicīnā: skaidrs lomu un atbildību sadalījums** – Māra Skrastiņa, SIA “Preiļu slimnīca” galvenā ārste, par sadarbību ar GASTRO CENTRU un kvalitatīvu veselības aprūpes pieejamību Latvijas reģionos

## GASTRO DISKUSIJA

13. lpp.

**Uroloģija ir precizitāte, dinamika un uz rezultātu vērsta sadarbība**

Kitija Meilande, uroloģe, GASTRO CENTRS

## DISKUSIJA

14.-15. lpp.

**Digitālā revolūcija medicīnā:** vai algoritmiem un mākslīgajam intelektam var uzticēt mūsu veselību?

## REZIDENTIEM UN STUDENTIEM

16.-22. lpp.

**Baltijas diagnoze: kā top jaunie gastroenterologi Baltijas valstīs?**

Pieredzē dalās Juozs Kupčinskis, Dr. med., Lietuvas Veselības zinātņu universitātes profesors, Pēcdiploma studiju centra dekāns, Gastroenteroloģijas katedras un Gremošanas pētniecības institūta vadītājs; Helēna Tammela, gastroenteroloģe, Austrumu Tallinas Centrālā slimnīca; Linda Anarkulova, gastroenteroloģijas rezidente, GASTRO CENTRS

## KLĪNISKAIS GADĪJUMS

23.-24. lpp.

**Par pilonidālās cistas ārstēšanas metodēm stāsta un klīnisku gadījumu apraksta**

Guntis Ancāns, ķirurgs - proktologs, ķirurgs - onkologs, GASTRO CENTRS

## NOPIETNIE JAUTĀJUMI

25.-26. lpp.

Vai arī vasaras pikniki, aktīvā atpūta un tūrisms var radīt “piedzīvojumus” arī mūsu vēderiem?

KOMENTĀRS

# Kvalitatīva izglītība, mākslīgais intelekts un digitālā transformācija: kā Latvijas veselības sistēmai iet šo attīstības ceļu?

**Ivars Tolmanis,**  
**ārsts gastroenterologs,**  
**GASTRO CENTRA**  
**valdes priekšsēdētājs**

Mākslīgā intelekta un digitalizācijas ienākšana mūsu ikdienā pastiprina diskusijas par to ietekmi uz sabiedrību kopumā un katru no mums. Viedokļi, kā jau ierasts lielu izmaiņu gadījumos, dalās no apokaliptiskiem scenārijiem par “robotiem, kas pakļaus cilvēku un dabīgo intelektu” līdz sajūsmām, ka, lūk, tūlīt visas cilvēces problēmas tiks ar vienu rāvienu atrisinātas. Patiesība, droši vien un kā vienmēr, atrodas kaut kur pa vidu.

Tomēr var itin droši apgalvot, ka tāda nozīmīga nozare kā veselības aprūpe visā pasaulē atrodas nepārtrauktas attīstības procesā. Mūsdienu tehnoloģijas piedāvā vēl nebijušas iespējas uzlabot pakalpojumu kvalitāti, efektivitāti un pieejamību. Veselības sistēmas digitalizācija un mākslīgā intelekta (MI) integrēšana diagnostikā un terapijā ir neatliekami nepieciešama. Tieši šiem jautājumiem pievēršam pastiprinātu uzmanību šajā, jau 21. “GASTRO Ziņu” numurā.

Digitalizācija nav tikai modes kliedziens, tā ir stratēģiska nepieciešamība, lai mēs spētu nodrošināt mūsdienīgu, kvalitatīvu un pieejamu veselības aprūpi. Patlaban joprojām ir daudz birokrātisku šķēršļu un manuāli veicamu procesu, kas palēnina izmeklēšanu un ārstēšanu, rada lieku slogu gan pacientiem, gan mediķiem. Iedomājieties situāciju, kad ģimenes ārsts, lai nosūtītu pacientu pie speciālista vai uz izmeklējumiem, saskaras ar neskaitāmām sistēmām, kuras savstarpēji “nesazinās”. Tas izraisa darbu dublēšanos, palielina kļūdu iespējamību un, pats galvenais, paildzina laiku līdz precīzas diagnozes noteikšanai un ārstēšanas uzsākšanai.

Viena no digitalizācijas galvenajām priekšrocībām ir iespēja efektīvi izmantot MI risinājumus, kuri var revolucionizēt medicīnisko diagnostiku un terapiju, īpaši jomās, kur tiek apstrādātas milzīgas datu plūsmas. Piemēram, izmeklējumu rezultā-



tus MI algoritmi jau šobrīd spēj analizēt daudz ātrāk un precīzāk nekā cilvēks, piemēram, atklāt retu slimību vai onkoloģisku saslimšanu. Tas nenozīmē, ka MI aizstās ārstus, gluži pretēji – tas viņiem kļūs par neatsveramu palīgīdzekli.

Gastroenteroloģijā, kur nepieciešama endoskopisko izmeklējumu attēlu analīze, MI spēj identificēt agrīnas vēža pazīmes vai iekaisuma procesus, tādējādi uzlabojot skrīninga programmu efektivitāti. MI var apstrādāt milzīgus laboratorisko analīžu datus, meklēt likumsakarības un brīdināt par potenciālām problēmām, pamatojoties gan uz konkrētu pacientu medicīnisko vēsturi un riska faktoriem ilgtermiņā, gan atrodot sakarības medicīniskos metadatos, kur ņemti vērā daudzu pacientu veselības dati un marķieri konkrētām saslimšanām.

Tomēr, ieviešot MI, ir jāņem vērā arī ētiskie un drošības aspekti. Ir jānodrošina datu aizsardzība, algoritmu caurspīdīgums un atbildība. Vienmēr jāatceras, ka MI ir rīks, nevis gala lēmuma pieņēmējs. Gala lēmumu vienmēr pieņem ārsts, balstoties uz MI sniegto informāciju, savām zināšanām un pieredzi, komunikāciju ar pacientu.

Veselības sistēmas digitalizācija un MI integrēšana ir dārgs un komplekss process. Bezjēdzīgi ir katrai klīnikai vai medicīnas iestādei ieviest lielus digitālos risinājumus atsevišķi. Tā vietā kompleksai

sistēmai jānodrošina ātra un efektīva informācijas apmaiņa, un šādas sistēmas izveide nav iespējama bez ciešas valsts, pašvaldību un privāto medicīnas iestāžu sadarbības. Šobrīd, kad katrai iestādei ir sava informācijas sistēma, efektīva datu apmaiņa ir apgrūtināta. Mums ir nepieciešama vienota, savietojama digitālā platforma, kas ļautu iesaistītajām pusēm apmainīties ar informāciju reāllaikā, ievērojot visus datu aizsardzības noteikumus.

Ideālajā variantā sistēmai būtu jānodrošina pieeju pacienta medicīniskajai vēsturei, ātrāku konsultāciju un izmeklējumu pieejamību, efektīvāku mūsu ierobežoto resursu izmantošanu, attālināto veselības aprūpes attīstību. Pareiza sistēmas arhitektūra, datu savietojamība un ērta lietojamība gan ārstiem, gan pacientiem ir trīs stūrakmeņi veiksmīgam digitalizācijas procesam.

Valstij ir jāuzņemas līdera loma šajā procesā, nodrošinot nepieciešamo infrastruktūru, normatīvo bāzi un finansējumu, primārās veselības aprūpes digitalizāciju un vietējo resursu koordinēšanu. Savukārt privātās medicīnas iestādes ar savu pieredzi un inovatīvo pieeju sniegs būtisku ieguldījumu jaunu tehnoloģiju ieviešanā. Ir jāveicina publiskās un privātās partnerības attīstība, lai kopīgi izstrādātu un ieviestu efektīvus risinājumus. Šajā ziņā pozitīvs piemērs ir dažādi pilotprojekti, un vienu tiem – “Gastro Tech” – sadarbībā ar Nacionālo veselības dienestu realizē arī GASTRO CENTRS.

Kopumā digitalizācija un mākslīgā intelekta izmantošana Latvijas veselības aprūpē ir neizbēgams un nepieciešams solis uz priekšu. Tas ļautu mums efektīvāk izmantot resursus, uzlabot diagnostikas un terapijas precizitāti un ātrumu, samazināt administratīvo slogu un, pats galvenais, nodrošināt kvalitatīvu veselības aprūpi Latvijas iedzīvotājiem. Tas prasa drosmīgus lēmumus, investīcijas un, galvenais, visu iesaistīto pušu – valsts, pašvaldību un privāto medicīnas iestāžu – kopīgu redzējumu un sadarbību. Mēs esam gatavi šim izaicinājumam. 🤝



AKTUALITĀTES

# Ceļā uz efektīvu un pieejamu gastroenteroloģisko aprūpi Latvijā: Eiropas pieredzes mācības



**Ansis Grantiņš,**  
**GASTRO CENTRA valdes loceklis**

Gastroenteroloģijas joma Latvijā, īpaši gastrointestinālo endoskopiju pieejamība, pēdējos gados kļuvusi par aizvien aktuālāku tematu. Ilgas rindas uz augšējām endoskopijām un kolonoskopijām, nevienlīdzīga pakalpojumu pieejamība reģionos un vienotu, starptautiskās vadlīnijās noteiktu nozares kvalitātes kritēriju trūkums iezīmē acīmredzamas iespējas sistēmas pilnveidei. Salīdzinošs deviņu Eiropas valstu (no Baltijas līdz Ziemeļeiropai un Rietumeiropai) pieredzes pētījums piedāvā vērtīgus risinājumus, kurus Latvija varētu integrēt.

**Rindas uz valsts apmaksātiem pakalpojumiem veicina situāciju, kad persona, nevēloties gaidīt rindu, apmaksā pakalpojumu pilnā apmērā.**

**Šis modelis rada finansiālas barjeras, kas atsevišķos gadījumos var būt šķērslis pacientu savlaicīgai izmeklēšanai un ārstēšanai.**



## Universāla aprūpe – atšķirīgas līdzmaksājumu stratēģijas

Visās analizētajās valstīs gastroenteroloģijas pamatpakalpojumi (gastroskopijas, kolonoskopijas, konsultācijas un stacionārā ārstēšana) tiek finansēti no valsts budžeta vai obligātās apdrošināšanas. Tomēr līdzmaksājumu organizācijas pieeja būtiski atšķiras.

Piemēram, Dānijā un Vācijā ārstēšana ir praktiski bez maksas, jo pacientam nav jāsedz izmaksas par konsultācijām vai procedūrām. Savukārt Somijā un Norvēģijā tiek piemēroti fiksēti līdzmaksājumi ar noteiktiem gada griestiem (attieci aptuveni 683 eiro un 230 eiro), pēc kuru sasniegšanas visi turpmākie pakalpojumi kļūst bezmaksas. Francijā un Nīderlandē daļa izmaksu tiek segta no obligātās apdrošināšanas, bet atlikusi daļa – no

brīvprātīgās papildu apdrošināšanas vai paša pacienta līdzekļiem.

Latvijā pacienta līdzmaksājumi valsts apmaksāto pakalpojumu gadījumā ir relatīvi zemi (4-7 eiro robežās par vienu konsultāciju vai procedūru), pie tam ir plašs no līdzmaksājumiem atbrīvoto personu loks. Vienlaicīgi rindas uz valsts apmaksātiem pakalpojumiem veicina situāciju, kad persona, nevēloties gaidīt rindu, apmaksā pakalpojumu pilnā apmērā.

Šis modelis rada finansiālas barjeras, kas atsevišķos gadījumos var būt šķērslis pacientu savlaicīgai izmeklēšanai un ārstēšanai.

## Gaidīšanas laika garantijas teorijā un praksē

Savlaicīga piekļuve pakalpojumiem ir tikpat būtiska kā to finansējums. Vairums valstu ir ieviesušas normatīvi noteiktas gaidīšanas laika garantijas. Zviedrijā darbojas tā sauktais "0-7-90-90" princips, kas paredz, ka no pirmās saziņas ar ārstu līdz ārstēšanas uzsākšanai nedrīkst pāriet vairāk par 180 dienām. Igaunijā noteikts sešu nedēļu limits speciālista konsultācijai un līdz astoņiem mēnešiem – plānveida ārstēšanai. Norvēģijā termiņi tiek individuāli noteikti atkarībā no steidzamības. Ja ārstniecības iestāde nespēj tos

TURPINĀJUMS 5. LPP.

AKTUALITĀTES

# Ceļā uz efektīvu un pieejamu gastroenteroloģisko aprūpi Latvijā: Eiropas pieredzes mācības

## TURPINĀJUMS NO 4. LPP.

ievērot, iesaistās HELFO (Norvēģijas Veselības ekonomikas pārvalde, kas atbild par dažādiem veselības aprūpes finansēšanas un pacientu tiesību īstenošanas mehānismiem) un nodrošina ārstēšanu citā iestādē.

Lai arī Latvijā ir atsevišķa rinda zaļā un dzeltenā koridora pacientiem (pacientiem ar aizdomām par onkoloģisku saslimšanu vai atkārtotu onkoloģisku saslimšanu), kā arī kolorektālā vēža skrīninga pacientiem, pārējām pacientu grupām šādas gaidīšanas laika garantijas nav noteiktas. Citu valstu pieredze apliecina, ka pacientu skrīnēšana medicīnisku simptomu dēļ, kā arī mehānismi, kas ļauj pacientam vērsties citā valsts vai pat privātajā sektorā ar valsts finansējumu, būtiski uzlabo pakalpojumu pieejamību un sabiedrības uzticēšanos. GASTRO CENTRS sadarbībā ar Nacionālo veselības dienestu un daudziem partneriem pašlaik realizē Atjaunošanas un noturības finanšu instrumenta projektu "GastroTech", kura mērķis ir izveidot digitālu, uz simptomu analīzi vērstu pacientu nosūtījumu uz endoskopijām. Projekta rezultātu ieviešana valsts līmenī ļautu būtiski uzlabot gaidīšanas laiku.

## Kvalitātes uzraudzība: no kvantitātes uz rezultātiem

Kvalitātes rādītāji ir kļuvuši par obligātu standartu Eiropas medicīnas praksē. Zviedrijā, piemēram, tiek uzskaitīti un publiskoti detalizēti endoskopijas indikatori, tostarp ADR (adenomu noteikšanas rādītājs), komplikāciju biežums un procedūras pilnīgums.

Vācijā ārstniecības iestādēm tiek noteikts minimālais gadījumu skaits konkrētām procedūrām, lai tās saglabātu valsts finansējumu. Savukārt Nīderlandē kvalitātes nodrošināšanai tiek izmantoti kvalitātes reģistri un neatkarīgas akreditācijas iestādes.

Somijā, Zviedrijā un Dānijā sarežģītākie gastroenteroloģiskie pakalpojumi tiek sniegti specializētos reģionālajos centros, kur pieejams augsti kvalificēts

**“Gastroenteroloģija, īpaši gastrointestinālo endoskopiju pieejamība Latvijā, pēdējos gados kļuvusi par aizvien aktuālāku tematu. Ilgas rindas, nevienlīdzīga pakalpojumu pieejamība reģionos un vienotu, starptautiskās vadlīnijās noteiktu nozares kvalitātes kritēriju trūkums iezīmē acīmredzamas iespējas sistēmas pilnveidei. Salīdzinošs Eiropas valstu pieredzes pētījums piedāvā vērtīgus risinājumus, kurus Latvija varētu integrēt.” (Ansis Grantiņš)**

personāls un moderns aprīkojums. Šāda pakalpojumu koncentrācija ne tikai uzlabo procedūru kvalitāti, bet arī optimizē izmaksas.

Latvijā ir ieteicams attīstīt līdzīgu pieeju, veidojot spēcīgus nacionālos endoskopiju centrus, kuros ambulatori pieejams plašs, tai skaitā vissarežģītāko endoskopiju spektrs, kā arī reģionālos endoskopijas centrus, kur pieejamas kvalitatīvas standarta diagnostiskās un terapeitiskās procedūras. Šādi centri ļautu racionālāk izmantot gan aparatūru, gan cilvēkresursus.

## Pakalpojumu koncentrācija kā efektivitātes un pieejamības stūrakmens

Tendence centralizēt specializētos medicīnas pakalpojumus ir raksturīga visām analizētajām valstīm. Somija, Dānija un Zviedrija ir reorganizējušas savus slimnīcu tīklus, veidojot kompetences centrus sarežģītām endoskopiskajām procedūrām, kamēr rutīnas procedūras tiek veiktas reģionos. Latvijā ir nepieciešams attīstīt reģionālos endoskopijas centrus, kas apvieno augstas kvalitātes aprīkojumu un speciālistu kapacitāti. Šādi sadarbības modeļi jau pastāv, piemēram, GASTRO CENTRS sniedz endoskopijas pakalpojumus Jēkabpils un Preiļu slimnīcās. Šāds modelis būtiski samazina pacientu ceļošanas nepieciešamību un nodrošina augstāku pakalpojumu kvalitāti. Vienlaicīgi sarežģītās endoskopijas jākoncentrē Rīgā, maksimāli tās veicot ambulatori un tikai gadījumos, kad tas nav iespējams, stacionārā.

## Stratēģiska izvēle ir efektivitāte esošo resursu ietvaros

Lai gan daudzi no iepriekš minētajiem risinājumiem prasa papildu finansējumu, virkne iniciatīvu ir īstenojamas esošo resursu ietvaros. Piemēram, mobilo ārstu brigāžu izveide sadarbībā ar reģionālajām slimnīcām, ko jau praktizē atsevišķas specializētās klīnikas Latvijā, vai elektroniski algoritmi, kas palīdz ģimenes ārstiem precīzāk virzīt pacientus uz endoskopiskajām procedūrām, var tikt ieviesti tuvākajā laikā. Latvijā šāda kvalitātes rādītāju sistēma jau ir izstrādes stadijā. Iepriekš jau minētais projekts "GastroTech" paredz digitālu kvalitātes datu ievākšanu un algoritmizāciju, un šī procesa paātrināšana ir kritiski svarīga. Bez šādiem rādītājiem nav iespējams nodrošināt vienmērīgu pakalpojumu kvalitāti visā valstī.

Latvijai ir unikāla iespēja nevis cēsties nodrošināt "pa druskai visur", bet gan mērķtiecīgi koncentrēt endoskopijas pakalpojumus efektīvos centros, būtiski uzlabot kvalitātes uzraudzību, noteikt minimālos procedūru apjomus, ieviest gaidīšanas laika garantijas un pacientu līdzmaksājumu griestus. Citu valstu pieredze pārliecinoši demonstrē, ka ar efektīvu pārvaldību un stingru politisko gribu ir iespējams panākt vienlaikus augstāku kvalitāti, ātrāku pieejamību un lielāku sabiedrības apmierinātību pat bez būtiska papildu finansējuma. Gastroenteroloģijas jomā tas tieši nozīmē agrīni diagnosticētu vēzi, samazinātu komplikāciju skaitu un, kas vissvarīgāk, - glābtas dzīvības. 🍌

# Gastroenteroloģijas pakalpojumi Eiropā

## Kādu ceļu izvēlēties Latvija?

### Kā gastroenteroloģijas pakalpojumus apmaksā un organizē Eiropā?

| Valsts     | Līdzmaksājumi pacientam                                    | Gaidīšanas garantija | Kvalitātes kontrole   | Koncentrācija centros |
|------------|------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Dānija     | ✗ Nav                                                      | ✓ 30 d.              | ✓ stingra             | ✓ jā                  |
| Zviedrija  | ⚠ Mēreni                                                   | ✓ 90+90              | ✓ reģistri, audits    | ✓ jā                  |
| Vācija     | ⚠ Simboliski                                               | ✗ Nav normatīvu      | ✓ minimālie apjomi    | ✓ jā                  |
| Francija   | ⚠ 30% sedz <i>mutuelle</i> (veselības papildapdrošināšana) | ✗ Nav formālu        | ✓ indikatori          | ⚠ daļēji              |
| Somija     | ⚠ Līdz 683 €/gadā                                          | ✓ 3-6 mēn.           | ✓ datu uzskaitē       | ✓ jā                  |
| Norvēģija  | ⚠ Līdz 230 €/gadā                                          | ✓ Individuāli        | ✓ HELFO uzraudzība    | ✓ jā                  |
| Nīderlande | ⚠ 385 € pašrīks                                            | ✓ 4+7 ned.           | ✓ Treek, akreditācija | ✓ jā                  |
| Igaunija   | ✓ ~5 € par vizīti                                          | ✓ 6 ned./8 mēn.      | ⚠ sākotnēja           | ⚠ daļēji              |
| Lietuva    | ✓ Nelieli vai nav                                          | ✗ Nav                | ⚠ svārstīgi           | ⚠ daļēji              |

✓ Izstrādāts un darbojas labi    ⚠ Pastāv daļēji vai ar ierobežojumiem    ✗ Nav ieviests

### Cik maksā gastroenterologa apmeklējums?

| Valsts     | Max līdzmaksājums gadā (€)     |
|------------|--------------------------------|
| Dānija     | 0 €                            |
| Zviedrija  | ~100 €                         |
| Vācija     | ~230 €                         |
| Francija   | ~683 €                         |
| Somija     | 385 € (pašrīks)                |
| Norvēģija  | ~7.5 € / vizīte (30% segums)   |
| Nīderlande | ~280 € (10 €/dienā stacionārā) |
| Igaunija   | ~5 € / konsultācija            |
| Lietuva    | 0-5 € vai bez maksas           |

### Kur pacientiem jāgaida vismazāk?

| Valsts     | Max. gaidīšana uz speciālistu |
|------------|-------------------------------|
| Dānija     | 90 dienas                     |
| Zviedrija  | 30 dienas                     |
| Vācija     | 6 nedēļas                     |
| Francija   | 4 nedēļas                     |
| Somija     | 3 mēneši                      |
| Norvēģija  | Medicīniski pamatots termiņš  |
| Nīderlande | ✗ Nav garantiju               |
| Igaunija   | ✗ Nav garantiju               |
| Lietuva    | ✗ Nav                         |

### Ceļš uz labāku aprūpi Latvijā

#### Pakalpojumu koncentrācija

- Spēcīgi nacionālie endoskopiju centri, kur ambulatori pieejams plašs, tai skaitā vissarežģītāko endoskopiju spektrs
- Reģionālie endoskopijas centri, kur pieejamas kvalitatīvas standarta diagnostiskās un terapeitiskās procedūras

#### Kvalitātes indikatori un audits

- ADR, aklās zarnas kupola sasniegšana, komplikāciju biežums

#### Gaidīšanas garantijas

- 30-60 dienas uz konsultāciju/kolonoskopiju

### Nākotnes ieguvumi Latvijai

#### Rīcība

Rindu regulēšana

Kvalitātes kontroles ieviešana

Koncentrācija centros

#### Rezultāts

Savlaicīga vēža diagnostika

Mazāk komplikāciju, labāki iznākumi

Efektīvāka aprīkojuma izmantošana, kvalitāte (katram ārstam pietiekami liels endoskopiju skaits)



NUMURA INTERVIJA

# “Vairs neesam sākumā, bet arī līdz briedumam vēl jāaug” – Juris Gaiķis par digitālās veselības attīstību Latvijā

Latvijas Digitālās veselības centrs ir uzsācis mērķtiecīgu, standartizētu un funkcionāli bagātāku veselības nozares digitalizācijas jeb tā sauktās digitālās veselības attīstību. Sarunā ar LDVC valdes locekli Juri Gaiķi noskaidrosim, kur šobrīd atrodas Latvijas digitālās veselības sistēma, kādi praktiski ieguvumi jau ir redzami gan pacientiem, gan ārstniecības personām, un kādi ir tuvākie soļi – tostarp e-nosūtījumu reforma, slimnīcu izrakstu digitalizācija un SNOMED CT (medicīniskās terminoloģijas sistēma). Pārrunāsim arī profesionāļu līdzdalību, digitālās uzticības izaicinājumus un sadarbības potenciālu ar ārstiem un privāto sektoru.

**Kā jūs raksturotu pašreizējo digitālās veselības ieviešanas posmu Latvijā: vai esam sākuma stadijā, attīstības fāzē, vai jau tuvināmies briedumam?**

Latvija digitālās veselības ieviešanā atrodas pa vidu starp sākuma un attīstības fāzi. Galvenie attīstības etapi, arī sākuma stadija, iezīmējas ar institucionālām reformām, tostarp Latvijas Digitālās veselības centra (LDVC) izveidi – kopš 2025. gada 1. janvāra E-veselības politikas īstenošana un attīstība ir nodota LDVC rokās. Esam kā centrālā institūcija, kas rūpējas un rūpēsies par informācijas un komunikāciju tehnoloģiju (IKT) risinājumiem veselības jomā Latvijā. Kā vairākkārt esam minējuši, LDVC mērķis ir vienot digitālo risinājumu pārvaldību, veicot datu standartizāciju, un paplašināt digitālo pakalpojumu ekosistēmu veselības nozarē.

Teikt, ka esam brieduma fāzē, ir pārāgri, taču arī pašā sākuma stadijā neesam. Ne velti jau 2023. gadā tika apstiprināta Digitālās veselības stratēģija



Juris Gaiķis

laika posmam līdz 2029. gadam, kas ir kā bāka digitālās veselības attīstībā Latvijā. Strādājam pie jaunām funkcionalitātēm, standartizētas IKT infrastruktūras un vienota digitālās veselības redzējuma.

**Kādi ir galvenie panākumi, ko Latvijas Digitālās veselības centrs ir gu-**

**vis pēdējā gada laikā, strādājot pie digitālās veselības attīstības?**

Nemot vērā, ka LDVC ir, kā paši sakām “jaunuzņēmums”, jo izveidots tikai 2025. gada 1. janvārī, šobrīd esam uzņēmuma sākumposma darba procesā ne tikai

TURPINĀJUMS 8. LPP.

NUMURA INTERVIJA

# “Vairs neesam sākumā, bet arī līdz briedumam vēl jāaug” – Juris Gaiķis par digitālās veselības attīstību Latvijā

## TURPINĀJUMS NO 7. LPP.

pie LDVC izveides kā tādas, kas paņem savu daļu resursa, bet arī pie vienotas veselības nozares arhitektūras izveides, lai apzinātu to, kā varam kopīgi – valsts institūcijas, privātais sektors – virzīties digitālās veselības attīstības virzienā.

Norādot uz pāris praktiskajiem soļiem jeb funkcionalitātēm veselības digitalizācijas virzienā, būtiska ir laboratorisko izmeklējumu rezultātu obligāta pieejamība E-veselības sistēmā, iedzīvotājiem un profesionāļiem sniedzot iespēju vienuviet bez maksas un bez laika noilguma apskatīt laboratorisko izmeklējumu rezultātu pārskatus, kurus iesūta E-veselības sistēmā jau 29 uzņēmumi un iestādes. Ik mēnesi E-veselībā tiek pievienoti vairāk nekā 400 000 laboratorisko izmeklējumu rezultātu pārskatu, un laboratorijas savu darbu veic teicami.

Jāmin arī veiksmīgais pienesums digitalizācijā, ko noteica normatīvā regulējuma izmaiņas, no šī gada 1. aprīļa paredzot slimnīcām vadīt E-veselības sistēmā (digitalizēt) slimnīcu izrakstus jeb epikrīzes. Epikrīžu pieejamība elektroniskā veidolā nodrošina pacientiem un viņu ārstējošajiem ārstiem visaptverošas informācijas pieejamību digitālā formātā par veikto izmeklēšanu un ārstēšanu, kas ir svarīgs priekšnosacījums turpmākajā pacienta veselības stāvokļa uzraudzībā un nozīmētās terapijas ievērošanā. Vēra ņemams ir fakts, ka, ja gada pirmajos mēnešos ievadītie slimnīcu izraksti nepārsniedza 10–20 tūkstošus mēnesī, tad pēc normatīvā regulējuma izmaiņām šis ievadītais datu apjoms palielinājās līdz teju 45 tūkstošiem mēnesī.

2025. gada rudenī – septembrī, oktobrī – ārstiem būs jāuzsāk izrakstīt nosūtījumi tikai e-formātā. No esošajiem digitālajiem nosūtījumiem jaunie e-nosūtījumi atšķirsies ar pievienoto unikālo kodu, kas sniegs iespēju iedzīvotājam pierakstīties tikai pie viena speciālista vienā ārstniecības iestādē, mākslīgi neveidojot šobrīd esošās rindas pie speciālista. Mēs,



protams, nevaram garantēt, ka e-nosūtījums būs panaceja tam, lai izskaustu garās rindas pie ārstiem, taču būtisks solis pretī veselības aprūpes pieejamībai tas būs.

Tāpēc ceram uz ārstniecības personu atbalstu un proaktīvu rīcību digitalizācijā, kas neprasa īpašas izmaiņas normatīvajā regulējumā, lai veicinātu datu ievadi.

**Ar kādiem lielākajiem izaicinājumiem Latvijai jāsaskaras, ieviešot digitālās veselības risinājumus, un kā tos pārvarēt?**

Lielākie izaicinājumi Latvijai digitālās veselības ieviešanā ir gan tehniski, gan sociāli.

Pirmkārt, uzmanība ir jāvērs uz datu savietojamību un standartizāciju, ņemot vērā, ka ārstniecības iestādes izmanto atšķirīgas IKT sistēmas un vēsturiski uzkrātie dati ir strukturēti dažādos formātos vai pat, precīzāk sakot, – nestrukturēti. Tāpēc šobrīd rodas grūtības nodrošināt kvalitatīvu datu apmaiņu.

Būtisks solis datu standartizācijas virzienā ir SNOMED CT terminoloģijas sistēmas ieviešana, tādējādi sakārtojot medicīnisko dokumentāciju, iezīmējot jaunu ēru pacientu aprūpes kvalitātē un datu apstrādes efektivitātē. SNOMED CT ir kā universāla valoda medicīnai jeb milzīga vārdnīca, kas ietver vairāk nekā 350 000 klīnisko ter-

minu, sinonīmu, definīciju un procedūru nosaukumu, nodrošinot, ka neatkarīgi no tā, vai ārsts atrodas Rīgā, Liepājā vai jebkur citur pasaulē, konkrēta diagnoze, piemēram, “akūts apendicīts”, tiks kodēta un saprasta vienādi.

Otrkārt, digitālo risinājumu validēšana jeb pārliedzināšanās no A līdz Z, ka risinājums ir pilnīgs. Mēs, sēžot pie galda un izstrādājot risinājumu, nevaram būt 100 % droši par visiem iespējamajiem scenārijiem un problēmām, kas var izkristalizēties, lietojot risinājumu. Tāpēc būtiska ir sadarbība starp lietotāju un izstrādātāju – mūsu gadījumā starp izstrādātāju, pacientu un ārstniecības profesionāli.

TURPINĀJUMS 9. LPP.



NUMURA INTERVIJA

# “Vairs neesam sākumā, bet arī līdz briedumam vēl jāaug” – Juris Gaiķis par digitālās veselības attīstību Latvijā

TURPINĀJUMS NO 8. LPP.

Apzinoties to, ka medicīnai laiks ir jāvelta pacientam, nevaram arī prasīt pilnīgu iesaisti risinājumu testēšanas nodrošināšanā, tāpēc nereti atliek to darīt jau reālajā vidē, un tas bieži vien rada pārpratumus vai kļūdas, kas nebija prognozējamās testējot. Tai pašā laikā, strādājot pie jaunā iedzīvotāju portāla prototipa, esam uzsākuši ciešu sadarbību ar ārstniecības personām, piemēram, ģimenes ārstiem, uzklusot sniegtās rekomendācijas un vajadzības no profesionāļu viedokļa. Saredzam to kā labu un veiksmīgu ceļu, lai stiprinātu esošos digitālos risinājumus.

Treškārt – stipri iesakņojusies stigma par digitālo veselību ārstu un pacientu vidū, kas rada neuzticību jaunajiem risinājumiem, tādējādi rezultējoties zemās digitālajās prasmēs. Vairākkārt dzirdam, ka ārsti izsaka neticību tam, ka E-veselība var būt viņiem kā atbalsts. Tāpat arī no pacientu puses redzam, ka izpratne par sistēmas darbu ir balstīta stereotipos, nevis reālā digitālajā pieredzē. Pacienti bieži neizmanto visas E-veselības portāla sniegtās iespējas, piemēram, apskatot jau iepriekš minētos laboratorisko izmeklējumu rezultātus vai E-veselības portālā pieejamos vizuālās diagnostikas datus.

Lai to kļiedētu, esam ceļā uz praktiska, lietotājiem draudzīga risinājuma – jaunās paaudzes E-veselības iedzīvotāju portāla – izstrādi, kas šobrīd ir visiem pieejama prototipa veidolā tīmekļvietnē [www.teste.lv](http://www.teste.lv). Pamata mērķis ir radīt intuitīvu un ērti lietojamu lietotni iedzīvotājiem, kas laika gaitā aizstās esošo E-veselības portālu.

Taču iedzīvotāji ir tikai viena no galvenajām auditorijām. Otrā ir ārstniecības personas un ārstniecības iestāžu informāciju sistēmu uzturētāji jeb integratori, kuriem vēlamies sniegt pilnvērtīgas apmācības, izglītojošus materiālus, lai darbu ar digitālajām sistēmām atvieglotu, nevis radītu papildu slogu.

**Projekts “GastroTech” ir ļoti nozīmīgs piemērs tam, kā privātā sektora medicīnas profesionāļi var veicināt digitālās veselības inovāciju.**

Visbeidzot, datu drošība un privātums, apzinoties, ka veselības dati ir sensitīvi un pacientiem nereti ir bažas par to, kurš var piekļūt viņu datiem. Tāpēc mūsu, LDVC, mērķis ir stiprināt kiberdrošības prasības un nodrošināt pārskatāmu piekļuves kontroli (kurš ārsts, ārstniecības atbalsta persona ir skatījusi datus, kad tas darīts u. tml.) pacientiem jeb auditāciju.

**Kā jūs vērtējat sadarbību starp valsts institūcijām, privāto sektoru un medicīnas profesionāļiem digitālās veselības jomā?**

Latvijā šī sadarbība pēdējos gados uzlabojas, taču vēl nav sasniegusi optimālu efektivitāti. Uzteikt varam to, ka valsts institūcijas ir uzsākušas koordinētu rīcību kopumu, ejot prom no sadrumstalotības veselības nozarē. Tostarp, izveidojot LDVC, kas plānos, īsteno un uzraudzīs veselības nozares IKT attīstību, pārņemot arī E-veselības sistēmas attīstības vadību. Tiesa, process nav ātrs un joprojām prasa dažādu iepriekš iesaistīto iestāžu (piemēram, NVD, VM) funkciju pārņemšanu un saskaņošanu.

Attiecībā uz sadarbību ar medicīnas profesionāļiem saredzam, ka lielākais izaicinājums ir proaktīva profesionāļu iesaiste lēmumu pieņemšanā. Jau šobrīd ārsti un ārstu biedrības tiek iesaistītas e-rīku izstrādē, kā arī, ja nepieciešams, konsultētas. Taču redzam vietu uzlabojumiem, lai medicīnas profesionāļi tiktu iesaistīti izstrādājumu ieviešanas procesā, ne tikai testa vidē, kurā sniegtās ārstu rekomendācijas var tikt sadzirdētas pārāk vēlu, bet jau pie izstrādes posmiem.

Sadarbība ar privāto sektoru šobrīd nav strukturēta. Protams, privātās la-

boratorijas, aptiekas un klīnikas pievienojas E-veselības sistēmai, taču iztrūkst skaidras partnerības formas jeb PPP – publiskās un privātās partnerības modeļa. Tāpat arī jānorāda uz birokrātiskiem šķēršļiem, kas ir barjera privātā sektora sadarbībai ar valsti, ņemot vērā ilgo lēmumu pieņemšanas ciklu.

**Kādas ir jūsu prognozes par digitālās veselības attīstību Latvijā tuvāko piecu gadu laikā un galvenie mērķi, ko vēlaties sasniegt?**

Ar prognozēm digitālās veselības attīstības laukā gribētu būt piesardzīgi optimistisks, jo panākumi būs atkarīgi no politiskās gribas, finansējuma stabilitātes un visu pušu iesaistes.

LDVC galvenais fokuss ir uz E-veselības sistēmas stabilizāciju un modernizāciju, pārveidojot novecojušo E-veselības platformu un radot vienlīdz ērtu risinājumu kā iedzīvotājiem, tā ārstniecības profesionāļiem.

Paredzu, ka piecu gadu laikā tiks veikti uzlabojumi arī personalizētu risinājumu izstrādē. Piemēram, iepriekš minētajā E-veselības portālā, uzlabojot pacienta pieredzi un sniedzot iespēju sekot līdzi analīzēm, vakcinācijām, medikamentiem, ārstu vizītēm vienuviet. Un, visbeidzot, proaktivitāte veselības uzraudzībā un preventīvajā aprūpē, datu analītiku izmantojot agrīnai risku identificēšanai, piemēram, skrīningi.

**Runājot par GASTRO CENTRA projektu “GastroTech”, kā jūs redzat šāda veida iniciatīvu lomu digitālās veselības attīstībā Latvijā?**

TURPINĀJUMS 10. LPP.

## NUMURA INTERVIJA

# “Vairs neesam sākumā, bet arī līdz briedumam vēl jāaug” – Juris Gaiķis par digitālās veselības attīstību Latvijā

TURPINĀJUMS NO 9. LPP.

**Vai GASTRO CENTRA pieredze ar “GastroTech” var kalpot kā precedents vai piemērs citiem medicīnas centriem vai specialitātēm, lai veicinātu digitālo inovāciju ieviešanu?**

GASTRO CENTRA projekts “GastroTech” ir ļoti nozīmīgs piemērs tam, kā privātā sektora medicīnas profesionāļi sadarbojoties var veicināt digitālās veselības inovāciju. Šādi pilotprojekti ir stratēģiski svarīgi, lai kalpotu kā izmēģinājuma vide, reālos klīniskos apstākļos pārbaudot dažādus digitālos risinājumus. LDVC skatījumā šādi projekti visnotaļ palīdz samazināt riskus pirms risinājumu ieviešanas valstiskā mērogā, mēra to efektivitāti praksē, nevis tikai teorijā, kā arī izprot ārstu un pacientu pieredzi.

Šādi projekti ir kā tilts starp privātā sektora inovācijām un valsts institūcijām, tostarp politikas veidotājiem, un LDVC visnotaļ atbalsta to attīstību, ņemot vērā plašo pierādījumu bāzi pēcāk veidotiem politikas un investīciju lēmumiem.

Un ņemot vērā, ka Latvijā joprojām trūkst uz rezultātu vērstas inovāciju ekosistēmas veselības nozarē, šie pilotprojekti rāda piemēru, ka ārsti paši var būt inovāciju līderi, nevis tikai gala patērētāji, kā arī norāda uz digitālo risinājumu potenciālu tik specifiskās nozarēs kā gastroenteroloģijā vai, piemēram, onkoloģijā.

**Kā Digitālās veselības centrs var atbalstīt un veicināt līdzīgus projektus nākotnē, lai paātrinātu digitālās veselības risinājumu integrāciju Latvijas veselības aprūpes sistēmā?**

Šādās iniciatīvās LDVC saredz sevi kā potenciālus partnerus pilotēšanā, datu validēšanā un tālākā risinājumu ieviešanā. Viennozīmīgi LDVC var sniegt atbalstu datu integrācijā un testēšanā ar E-veselības sistēmu, ja vien sniegtie dati ir salāgojami un iekļaujami E-veselības datu plūsmā. Šādi pro-

**Digitālās veselības nākotne Latvijā būs veiksmīga tikai ar profesionāļu iesaisti un līdzdalību. Jo vairāk ārstu, māsu, farmaceitu, atbalsta personāla iesaistīsies risinājumu lietošanā, testēšanā, uzlabošanā, jo ātrāk mēs panāksim tādu digitālās veselības aprūpi, kas palīdz, nevis rada slogu.**

jekti var būt arī kā veiksmīga koprades telpa – platforma nākamās paaudzes klīniskajiem rīkiem gastroenteroloģijā vai citās specialitātēs.

**Kā redzat digitālās veselības projektu ilgtspēju, ņemot vērā gan valsts budžeta iespējas, gan potenciālo privāto investoru piesaisti? Vai pašreizējais finansējuma modelis digitālās veselības projektu attīstībai Latvijā ir pietiekams, lai nodrošinātu ilgtspējīgu attīstību?**

Digitālās veselības projektu ilgtspēja Latvijā ir iespējama, un tai ir perspektīva, taču vienlaikus tai ir jābalstās uz diviem galvenajiem smagsvariem – gudras un stratēģiskas publisko līdzekļu izmantošanas un privātā sektora līdzdalības, kurā ir skaidrs ieguvuma modelis.

Šī brīža izaicinājums ir tas, ka lielākā daļa no veselības budžeta tiek novirzīti ārstniecībai, nevis digitālajai infrastruktūrai, un vairāki digitālie projekti ir vienreizēji ES fondu projekti, kuri neparedz ilgtermiņa uzturēšanas izmaksas. Attiecīgi, projekta ietvaros tiek saņemts būtiska apmēra finansējums, izveidots digitāls risinājums, taču turpmāka risinājuma uzturēšanas finansējuma trūkst, tādējādi neradot nekādu risinājuma ilgtspēju.

Ideālā pasaulē IKT uzturēšana kā patstāvīga budžeta pozīcija veselības aprūpē

būtu kā primārais solis, lai veicinātu digitālās veselības projektu ilgtspēju.

**Ko jūs vēlētos pateikt Latvijas medicīnas profesionāļiem par digitālās veselības nākotni Latvijā?**

Digitālā veselība nav par tehnoloģijām, bet par medicīnas profesionāļiem un pacientiem. Digitālās veselības nākotne Latvijā nevar būt veiksmīga tieši bez profesionāļu iesaistes un līdzdalības. Jo vairāk ārstu, māsu, farmaceitu, atbalsta personāla iesaistīsies risinājumu lietošanā, kā arī, protams, testēšanā, uzlabošanā, izteiks viedokli par tiem, jo ātrāk mēs panāksim tādu digitālās veselības aprūpi, kas palīdz, nevis rada slogu.

Tieši medicīnas profesionāļi ik dienu sastopas ar reālajām problēmām, piemēram, dubultiem izmeklējumiem, neredzamiem pacienta datiem, laiktietlīgām procedūrām, dubultu dokumentēšanu. Tāpēc digitālajiem rīkiem ir jākalpo jums, nevis jums tiem. Ko tas nozīmē? Mūsu kopīgais darbs ir veidot ērtas un saprotamas sistēmas, lai vairāk laika jūs varat veltīt pacientam, nevis sistēmai.

LDVC ir atvērts atgriezeniskās saites saņemšanai, jo pat mazākā iniciatīva var kļūt par lielu un nozīmīgu risinājumu. Palīdziet ikvienam no jums par jau paveikto, un turpinām kopīgi iet digitālās veselības attīstības ceļu! 🤝

## GASTRO TĒMA

# Privātā un publiskā sektora sadarbība ir ceļš uz kvalitatīvu medicīnas pakalpojumu pieejamību Latvijas reģionos

Latvijas medicīnas iestādes šobrīd darbojas gan publiskajā, gan privātajā sektorā. Reģionālās slimnīcas parasti ir valsts vai pašvaldības pārziņā un koncentrējas uz pamata veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu, ietverot ģimenes ārstu prakses, neatliekamo medicīnisko palīdzību, sabiedrības veselības veicināšanu, profilaktiskos pasākumus un vienlīdzīgas piekļuves nodrošināšanu. Privātais sektors savukārt specializējas noteiktās jomās, piemēram, diagnostikā, specifiskās operācijās, rehabilitācijā un estētiskajā medicīnā. Tas bieži piedāvā papildu pakalpojumus, ko publiskais sektors nespēj sniegt garo gaidīšanas rindu vai resursu trūkuma dēļ, kā arī nodrošina inovatīvas tehnoloģijas un modernu aprīkojumu. Tādējādi, veiksmīga un produktīva privātā un publiskā sektora medicīnas iestāžu sadarbība ir būtiska kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšanā. Latvijā šai sadarbībai ir ievērojams potenciāls, taču pastāv arī būtiski izaicinājumi.

Kā panākt, lai pacientiem ārpus galvaspilsētas būtu pieejami tikpat augstvērtīgi veselības aprūpes pakalpojumi un inovācijas? Šajā rakstā mēs analizēsim privāto medicīnas iestāžu un reģionālo klīniku sadarbības nozīmi, balstoties uz Preiļu slimnīcas pieredzi. Detalizētāk aplūkosim, kā Preiļu slimnīca risina izaicinājumus, lai uzlabotu veselības aprūpi reģionā, tostarp sadarbībā ar GASTRO CENTRU, nodrošinot modernus izmeklējumus un personalizētu aprūpi. Preiļu slimnīcas galvenā ārste Māra Skrastiņa dalīsies savā redzējumā par sadarbības principiem, digitalizācijas lomu un valsts atbalsta nozīmi, lai sniegtu maksimālu labumu pacientiem un veselības aprūpes sistēmai kopumā.

## Sadarbības pamatprincipi un ieguvumi

Efektīvas sadarbības pamatā ir atvērta un brīva komunikācija starp privātajām un reģionālajām ārstniecības iestādēm. Daktare Skrastiņa norāda, ka pirms pakalpojumu ieviešanas ir būtiski izvērtēt to nepieciešamību reģionā un aptvert iespējamo pacientu skaitu. "Pēc tam varam piedāvāt kvalitatīvu un mērķtiecīgi izvēlētu pakalpojumu vai pakalpojumu kompleksu par atbilstošu samaksu, tai skaitā valsts kvotētu," saka Māra Skrastiņa.

Viens no galvenajiem ieguvumiem no reģionālās slimnīcas skatupunkta ir iespēja sadarboties ar zinošiem speciālistiem, ieviest inovācijas un piedāvāt pacientiem reģionā kvalitatīvus pakalpojumus un pieredzi. Šāda sadarbība

paplašina piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem plašākam pacientu lokam, īpaši tiem, kuriem ir ierobežotas mobilitātes iespējas un ir grūti nokļūt galvaspilsētā. Kā piemēru Māra Skrastiņa min Preiļu slimnīcas jaunās telpas, kur speciālisti pacientiem var komfortabli veikt izmeklējumus. Slimnīca piedāvā arī dienas stacionāru un iespēju sagatavoties procedūrām stacionārā medicīnas personāla uzraudzībā pacientiem ar sarežģījumiem vai ierobežojumiem.

Personalizētas medicīnas nodrošināšanai ir svarīgi ne tikai veikt izmeklējumus, bet arī saņemt zinātniski pamatotu, multidisciplināru speciālista konsultāciju pēc to veikšanas, lai izveidotu turpmāko izmeklēšanas, ārstēšanas vai rehabilitācijas plānu. Kā piemēru Māra Skrastiņa akcentē šādas iespējas pozitīvo ietekmi darbā ar onkoloģijas slimniekiem, kur pieaugošais vēlu diagnosticētu pacientu skaits rada papildu slogu medicīnas sistēmai. Viņa uzsver, ka savlaicīga slimības diagnostika un terapija, profilakse un skrīnings ir galvenie virzieni, pie kuriem jāstrādā, lai uzlabotu veselības aprūpi kopumā.

## Tehnoloģiju un digitalizācijas loma

Digitalizācija un jauno tehnoloģiju, tostarp mākslīgā intelekta, ienākšana veselības sistēmā ir neizbēgama, un tās jāspēj pielietot Latvijas iedzīvotāju veselības labā. Māra Skrastiņa norāda, ka datu apmaiņa un attālinātās konsultācijas ir iespējas, ko mūsdienās izmanto arvien vairāk. "Tomēr, neraugoties uz tehnoloģiju piedāvātajām iespējām, novēlu



Māra Skrastiņa

neaizmirst par cilvēciņu, klātienē sarunām, tiešu acu kontaktu un atcerēties, ka pacienta inspekcija un izmeklēšana attālināti nav iespējama," viņa uzsver.

## Valsts loma sadarbības veicināšanā

Runājot par valsts atbalstu un sadarbību, galvenā ārste norāda uz nepieciešamību kompensēt pilnu izmeklējumu kompleksu – ne tikai instrumentālos izmeklējumus, bet arī narkozi un anesteziologa klātbūtni. Māra Skrastiņa uzsver, ka, piemēram, gastrokopija bez anestēzijas nebūt nav pacientam patīkama procedūra un varētu novest pie tās atteikšanas vai atlikšanas, tādējādi veicinot ielaistas saslimšanas un komplikāciju rašanos. Tāpat viņa uzskata, ka valsts kompensēto veselības aprūpes pakalpo-

TURPINĀJUMS 12. LPP.



## GASTRO TĒMA

# Privātā un publiskā sektora sadarbība ir ceļš uz kvalitatīvu medicīnas pakalpojumu pieejamību Latvijas reģionos

### TURPINĀJUMS NO 11. LPP.

jumu apjoms varētu būt lielāks gan attiecībā uz ambulatorajiem, gan stacionārajiem pakalpojumiem.

### Pieredze sadarbībā ar GASTRO CENTRU

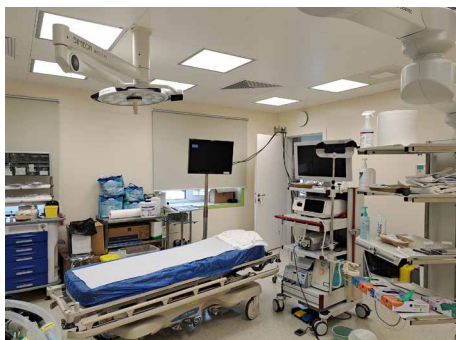
Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Preiļu slimnīca" ir reģiona pašvaldībā piederošs veselības aprūpes un rehabilitācijas uzņēmums. Preiļu slimnīcas un GASTRO CENTRA sadarbība tika uzsākta salīdzinoši nesen, 2024. gada maijā, ar mērķi nodrošināt reģiona iedzīvotājiem piekļuvi mūsdienīgiem un kvalitatīviem endoskopijas pakalpojumiem lokāli. GASTRO CENTRA speciālisti uzsāka darbu Preiļos, veicot gremošanas sistēmas endoskopiskos izmeklējumus Preiļu slimnīcas pacientiem.

Tāpat pērn sadarbības ietvaros GASTRO CENTRS kopā ar Preiļu slimnīcu un novada ģimenes ārstiem organizēja semināru, lai vienotos par kopīgām rīcībām un sekmētu kolorektālā vēža skrīninga veicināšanu Preiļu novadā. Šobrīd GASTRO CENTRS Preiļu slimnīcā piedāvā gastrokopijas un kolonoskopijas izmeklējumus reizi vai divas reizes mēnesī. Papildus tam reizi mēnesī tiek nodrošinātas ķirurga-proktologa, ķirurga-onkologa un mazā iegurņa speciālista konsultācijas.

Sadarbības laikā ir identificēti arī izaicinājumi, piemēram, gastrokopijas iekārtas bojājums. Šādās situācijās īpaši svarīga ir savlaicīga un cieņpilna komunikācija, kas veido pamatu labām savstarpējām attiecībām un produktīvai sadarbībai.

"Preiļu slimnīca ir pateicīga par sadarbības iespēju ar GASTRO CENTRU, kas ļauj nodrošināt mūsu pacientiem modernāko diagnostiku un terapiju. Šos veselības aprūpes pakalpojumus ir novērtējuši ne tikai Preiļi, bet arī kaimiņu novadu iedzīvotāji. Arī stacionāra pacienti tiek rūpīgi un precīzi diagnosticēti. Mēs esam pārliecināti, ka arī iesaiste projektā "Gastro Tech" nāks mums tikai par labu."

Skaidrīte Žukova, SIA "Preiļu slimnīca" valdes priekšsēdētāja



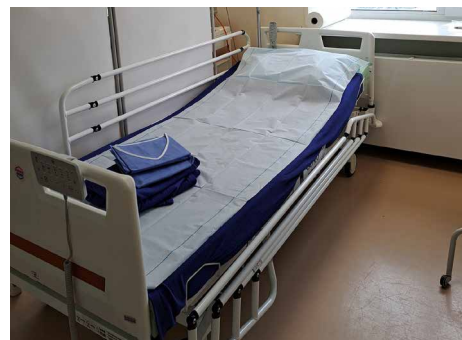
Endoskopiju zāle.

Viena no vērtīgākajām GASTRO CENTRA piedāvātajām iespējām Preiļu slimnīcas pacientiem ir kvalitatīvi izmeklējumi, uz kuriem pieprasījums ir konsekventi augsts un visi pieraksti ir regulāri aizpildīti. Arī sabiedrība tiek informēta par iespēju veikt šādus izmeklējumus, lai pieņemšanas dienās nodrošinātu pilnvērtīgu noslodzi.

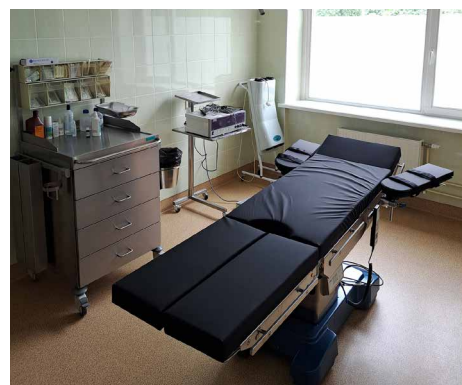
Preiļu slimnīcas speciālisti aktīvi izmanto GASTRO CENTRA organizētās informatīvās lekcijas, lai sekotu līdzi medicīnas inovācijām un nodrošinātu kvalitatīvu pacientu aprūpi.

### Ieteikumi citām reģionālajām slimnīcām un nākotnes plāni

Jautāta par pieredzē balstītiem ieteikumiem citām reģionālajām slimnīcām sadarbībai ar specializētajiem centriem, Māra Skrastiņa iesaka kritiski izvērtēt aktuālo un nepieciešamo pakalpojumu klāstu konkrētajā iestādē un reģionā, kā arī pārliecināties par piemērotu telpu pieejamību. Piemēram, Preiļu slimnīcā ir renovēta endoskopiju zāle, un telpas ir pielāgotas pacientu sagatavošanai un atpūtai. Galvenā ārste uzsver, ka jācen-



Dienas stacionāra gultas vieta.



Ķirurga kabinets.

šas nodrošināt pēc iespējas kvalitatīvākus pakalpojumus pēc iespējas īsākā laika posmā.

Raugoties uz Preiļu slimnīcas un GASTRO CENTRA sadarbību nākotnē, Māra Skrastiņa ir pārliecināta, ka interese attīstīties un tiekties uz izaugsmi ir abiem partneriem. Plānos ietilpst atjaunotās operāciju zāles un ķirurga kabineta izmantošana miniinvazīvām manipulācijām. Tiek plānots attīstīt gan maksas, gan valsts apmaksātu pakalpojumu pieejamību ķirurģijā un proktoloģijā, kā arī nodrošināt gastroenterologa un uztura speciālista klātienas konsultācijas. Arī Rehabilitācijas nodaļas paplašināšana un ciešāka sadarbība ar speciālistiem pacientu rehabilitācijā ir svarīga nākotnes vīzija.

Preiļu slimnīca kā viens no reģionālajiem veselības aprūpes centriem plāno arī turpmāk stiprināt slimnīcas un reģiona speciālistu profesionālo kapacitāti, rīkojot dažādus tālākizglītības pasākumus un aicinot pieredzējušus lektorus.



GASTRO SPECIĀLISTI

# Kitija Meilande: uroloģija ir precizitāte, dinamika un uz rezultātu vērsta sadarbība

Uroloģe Kitija Meilande pārstāv jauno ārstu paaudzi – zinātkāru, daudzpusīgu un orientētu uz starpspecialitāšu sadarbību.

Daktre Meilande ir izvēlējusies uroloģiju – tehnoloģiski attīstītu un dinamisku jomu, kur gandarījumu sniedz pacientu dzīves kvalitātes uzlabošanās ārstēšanas rezultātā. Darbu GASTRO CENTRĀ viņa sāka ar pārliecību, ka starpspecialitāšu sadarbība ir laba rezultāta atslēga nākotnes ārstniecībā.

## Jūsu specialitāte ir uroloģija. Kas bija galvenie iemesli šādai izvēlei?

Uroloģija mani piesaistīja ar to, ka tā ir tehnoloģiski attīstīta, klīniski daudzveidīga un zinātniski plaša. Šī nozare piedāvā iespēju gan subspecializēties, gan darboties komandā, attīstoties kā klīniskajā, tā pētnieciskajā jomā. Uroloģija man šķiet līdzsvarota – tajā apvienojas tehniskā precizitāte ar dinamisku ķirurģiju un būtisku ietekmi uz pacienta dzīves kvalitāti.

## Kuri “pluspunkti” motivē urologu ikdienas darbam?

Man ir svarīgi redzēt ārstēšanas rezultātu uzreiz – tas ir īpašs gandarījums, kad pēc operācijas redzami uzlabojumi pacienta dzīvē. Kā nepacietīgam cilvēkam tas man sniedz profesionālu papildījumu. Uroloģija ļauj strādāt ar plašu pacientu spektru – no ambulatorām situācijām līdz onkoloģiskiem un rekonstruktīviem izaicinājumiem.

## Kādi ir pirmie iespaidi, uzsākot rezidentūru GASTRO CENTRĀ?

Darbu GASTRO CENTRĀ uzsāku šī gada maijā. Jau tagad redzu, cik vērtīga ir iespēja strādāt starpdisciplinārā komandā, kurā cieši savijas zināšanas par gremošanas un urīnceļu sistēmām. Šī pieredze palīdz skatīties uz pacientu problēmām plašāk un padziļina manu klīnisko domāšanu.

## Vai gremošanas un urīnceļu sistēmas ir tik ļoti saistītas, un ar kādiem simptomiem pacienti vēršas pie urologa, kas liecina par to savstarpējo ietekmi?

Lai gan tās ir atsevišķas sistēmas, tomēr cieši saistītas gan anatomiski, gan fizioloģiski. Tām ir kopīgas asinsvadu un limfātiskās struktūras, kā arī molekulārās mijiedarbības, piemēram, zarnu-nieru ass (gut-kidney axis). Klīniski bieži redzams, kā zarnu mikroflora (piemēram,

E. coli) izraisa urīnceļu infekcijas. Biežāk sastopamās sūdzības ir urīnceļu infekcijas, sāpes vēdera lejasdaļā, urīna aizture, kas saistīta ar aizcietējumiem, kā arī nesaturēšana. Dažkārt šie simptomi ir tikai daļa no kompleksākas problēmas.

## Kad starpspecialitāšu sadarbība ir īpaši svarīga?

Tā ir būtiska, kad simptomi nav viegli lokalizējami vai viena sistēma funkcionāli ietekmē otru – piemēram, mazā iegurņa sāpju sindroma vai fistulu gadījumos. Tāpat būtiska sadarbība ir onkoloģijā, kur nepieciešama kopēja ārstēšanas stratēģija.

## Kādas diagnostikas metodes būtu īpaši nozīmīgas sadarbībā ar gastroenterologiem?

Būtiski ir kopīgi laboratoriskie izmeklējumi – asins analīzes (pilna asins aina, aknu funkcionālie rādītāji un gremošanas enzīmi, nieru funkcionālie rādītāji, iekaisuma un infekciju marķieri, specifiskie uroloģiskie testi – PSA, testesterons, LH, FSH), urīna analīze, urīna uzsējums, fēču analīze; vēdera dobuma un iegurņa ultrasonogrāfija vēdera dobuma orgānu un urīnizvadsistēmas orgānu stāvokļa izvērtēšanai; DT/MRI vēderam un iegurnim fistulu, audzēju, abscesu vai struktūrālu bojājumu izvērtēšanai; endoskopiski izmeklējumi, piemēram, kolonoskopija kopā ar cistoskopiju, ja ir aizdomas par urīnpūšļa-zarnas fistulu; urodinamika un anorektālo manometrija – funkcionālu traucējumu izpēti.

## Ko nozīmē holistiska pieeja pacientam urologa praksē?

Tas nozīmē – nevis fokusēties tikai uz vienu orgānu sistēmu, bet skatīties uz pacientu kopumā. Svarīgi ir izprast arī dzīvesveidu, uzturu, stresu un medikamentu ietekmi. Bieži vien jāiesaista arī citi speciālisti – fizioterapeits, psihoterapeits.



Kitija Meilande

## Kādas ir jūsu profesionālās ambīcijas nākotnē?

Mani ļoti interesē uroginiekoloģija un neiouroloģija – tās ir jomas, kas apvieno sarežģītas patoloģijas ar pacientu dzīves kvalitāti. Vēlos specializēties šajās apakšnozarēs, īpaši palīdzot pacientiem ar urīna nesaturēšanu un iegurņa orgānu noslīdējumu.

## Kāds būtu vēlējums medicīnas studentiem, kuri apsver uroloģijas specialitāti?

Mans padoms – jau studiju laikā meklēt klīnisku pieredzi. Uroloģija ir daudz plašāka, nekā šķiet – tā nav tikai par nierakmeņiem vai prostatu. Piedalieties operācijās, uzdodiet jautājumus, iesaistieties pētniecībā! Jo vairāk redzēsiet, jo vairāk iemīlēsiet šo jomu. 🔄



DISKUSIJA

## Digitālā revolūcija medicīnā: vai algoritmiem un mākslīgajam intelektam var uzticēt mūsu veselību?

Pēdējo desmitgažu laikā pasaule piedzīvo bezprecedenta digitālo pārmaiņu vilni, un viens no būtiskākajiem tās skartajiem sektoriem ir medicīna. Mākslīgais intelekts (MI) un algoritmi vairs nav tikai teorētiskas inovācijas, bet jau aktīvi ietekmē veselības aprūpes praksi un pacientu ikdienu. Taču līdzās tehnoloģiskajam entuziasmam parādās arī pamatoti jautājumi: vai šiem algoritmiem var uzticēt mūsu veselību? Kur ir robeža starp efektivitāti un cilvēcību? Un vai ārsts nākotnē būs tikai tehnoloģijas pārraugs?

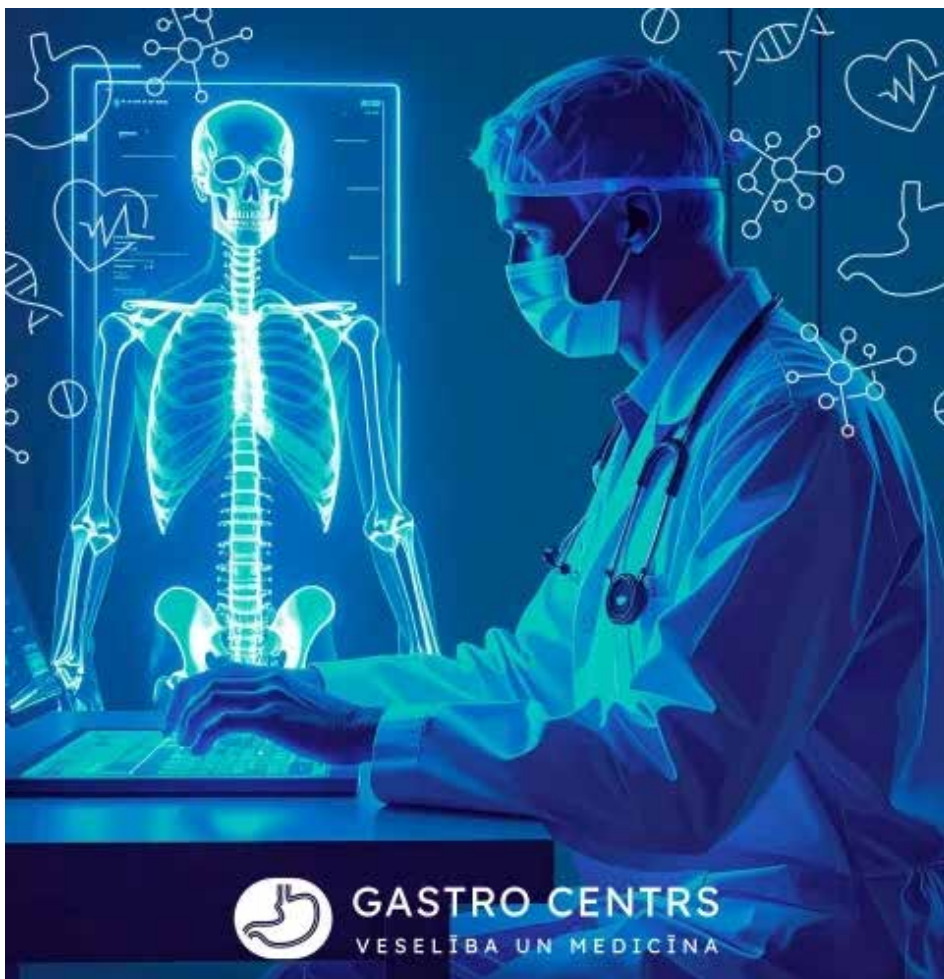
Digitālā transformācija medicīnā maina ne tikai ārstus, bet arī pacientus. Augstas kvalitātes veselības aprūpe sākas ar precīzu, patiesu, laikus sniegtu un apstrādātu informāciju. Vai esam gatavi kļūt līdzatbildīgi un dalīties savos datos, lai saņemtu labāku ārstēšanu? Globālais tīmeklis un mākslīgais intelekts ir ērts un ierasts veids, kā saņemt informāciju par konkrētu problēmu, bet vai labākais? Nupat notikušā sarunu festivāla "Lampa" ietvaros GASTRO CENTRA iniciētā diskusijā tika meklēts līdzsvars starp inovācijām un cilvēcību, uzticēšanos un kontroli, datiem un diagnozi, lai kopā saprastu, kāda būs medicīna, kuras centrā joprojām ir cilvēks.

### Diskusijas dalībnieki:

**Ivars Tolmanis**, gastroenterologs, ārsts endoskopists, GASTRO CENTRA valdes priekšsēdētājs, RSU Iekšējo slimību katedras docents;

**Daiga Behmane**, Ph. d., RSU Sabiedrības veselības un sociālās labklājības fakultātes prodekāne, Sabiedrības veselības institūta direktora vietniece, Studiju programmas vadītāja, Veselības ekonomikas asociācijas valdes priekšsēdētāja;

**Ainis Dzalbs**, ģimenes ārsts, Latvijas



Lauku ģimenes ārstu asociācijas viceprezidents, Valsts Imunizācijas padomes loceklis;

**Līva Pērkone**, inovāciju vadības uzņēmuma "Helve" vadītāja;

**Olga Valciņa**, Latvijas Onkoloģijas pacientu organizāciju apvienības "Onkoaliance" dibinātāja.

**Moderators - Oskars Lepers**, TV3 un radio Star FM raidījumu vadītājs.

### Informācijas asimetrija un digitālā līdzdalība

Kā sarunā tika uzsvērts, pacients, ierodoties pie ārsta, bieži jūtas kā "balta lapa", nespējot noformulēt savas sūdzības vai arī nesaņemot adekvātus jautājumus no ārsta puses. Tā rezultātā nereti ārstēšanas efektivitāti ietekmē nevis klī-

niskās zināšanas, bet sarunas kvalitāte. Šeit MI var sniegt būtisku ieguldījumu – iepriekšējā informācija par pacientu, strukturēti dati, digitālie anketēšanas rīki un viedie algoritmi var ārstam sniegt kopsavilkumu par būtiskāko, tādējādi ļaujot viņam jau pirms vizītes izprast pacienta veselības stāvokli.

Tajā pašā laikā jāņem vērā digitālās atstumtības risks – vecāka gadagājuma pacienti vai tie, kuriem nav piekļuves tehnoloģijām, var nonākt neizdevīgā situācijā. Diskusijā tika izcelta nepieciešamība pēc līdzsvara – digitālajai transformācijai jābūt iekļaujošai, nedrīkst radīt barjeras starp cilvēku un medicīnas sistēmu.

TURPINĀJUMS 15. LPP.



## DISKUSIJA

# Digitālā revolūcija medicīnā: vai algoritmiem un mākslīgajam intelektam var uzticēt mūsu veselību?

**SPIED ŠEIT**

Skaties diskusiju  
sarunu festivālā  
“Lampa” Youtube  
kanālā

TURPINĀJUMS NO 14. LPP.

**Mākslīgais intelekts kā ārsta palīgs**

Šobrīd MI pielietojums medicīnā visbiežāk aprobežojas ar datu analīzi, attēlu atpazīšanu (piemēram, rentgena un tomogrāfijas attēli), ārstēšanas rekomendācijām un simptomu monitorinģiem. Algoritmi palīdz identificēt iespējamus riskus un pat piedāvā diferencētās diagnozes. Taču nozīmīgs uzsvars diskusijā tika likts uz to, ka MI nav konkurents ārstam, bet gan instruments – “palīgs”, kas ļauj ārstam efektīvāk izmantot ierobežoto laiku.

Šajā kontekstā interesants bija piemērs par “Google dakteri” – pacienti bieži ierodas pie ārsta jau iepriekš “apbruņojušies” ar informāciju no interneta, reizēm pat ar konkrētām pašnoteiktām diagnozēm. Šī tendence rada gan izaicinājumus (ārstiem jākorrigē maldīgi uzskati), gan iespējas – komunikācija kļūst līdzvērtīgāka, ja pacients jau interesējas un ir informēts. Mākslīgais intelekts, pareizi integrēts, var kalpot kā filtrs starp haotisko interneta informāciju un kvalitatīvu, personalizētu medicīnas saturu.

**Privātums un uzticēšanās**

Viena no centrālajām problēmām, kas tika aktualizēta diskusijā, ir informācijas drošība un datu privātums. Lai MI darbotos efektīvi, tam ir nepieciešama piekļuve liela apjoma sensitīvu datu – par slimību vēsturi, dzīvesveidu, pat intīmām detaļām, par kurām pacientiem nereti ir grūti runāt klātienē. Kā tika minēts, daudziem pacientiem ir vieglāk konfidencialus jautājumus izklāstīt digitāli – piemēram, caur iepriekšējas anketēšanas sistēmu, ko vēlāk MI var apkopot ārstam. Taču jautājums paliek: kam mēs uzticam šos datus?

Šeit būtiska ir caurspīdīguma un kontroles nepieciešamība. Pacientiem jāzina, kādi dati par viņiem tiek ievākti, kas tos redz un kam ir piekļuve. Ir jāveido tādas sistēmas, kuras aizsargā datus ar visaugstāko iespējamo drošības līmeni,

**“Ja tev ir tā maģija, tad tu esi  
labs ārsts, ja tev nav tās maģijas,  
tad arī esi labs ārsts bet neesi  
tas, kurš izkonkurēs mākslīgo  
intelektu.”**

**(Ivars Tolmanis)**

bet vienlaikus arī dod pacientam iespēju redzēt, kā šie dati tiek izmantoti. Uzticēšanās ir stūrakmens veiksmīgai digitālajai transformācijai medicīnā.

**Ierobežojumi un cilvēciskais faktors**

Sarunas gaitā tika skaidri definēts – lai arī MI var palīdzēt, tas nespēj aizvietot visu. Tehnoloģijām ir savi ierobežojumi. Viens no tiem – nespēja interpretēt cilvēka emocijas, dzīves kontekstu, morālos aspektus. Ārsta un pacienta attiecības ir kas vairāk par informācijas apmaiņu – tās ietver empātiju, uzticēšanos, dažkārt arī terapeitisku klātbūtni. MI šos aspektus tikai imitē, bet nekad pilnībā neaizstās.

Tika arī izcelts, ka ārstēšanas iznākumu nereti ietekmē sarunas kvalitāte, spēja uztvert pacienta neizteikto, viņa bažas, kaunu vai bailes. Šeit algoritmi var kalpot kā atbalsts – piedāvājot ārstam “priekšlasījumu” par pacientu, bet ne kā aizvietotāji.

**Datu strukturēšana – digitālās revolūcijas pamats**

Lai MI sistēmas medicīnā strādātu efektīvi, nepieciešami strukturēti un standartizēti dati. Tieši datu haoss šobrīd ir viens no lielākajiem šķēršļiem, kā norādīja vairāki runātāji. Ja ārsts katrā vizītē sāk kā no nulles, tērējot laiku pārpūlētiem šķīstīšanai, tad tas ir resurss, ko varētu izmantot sarunai ar pacientu vai slimības izpratnei. Digitalizācija piedāvā

risinājumu – MI var strukturēt iepriekšējo slimību vēsturi, izvilkt aktuālos simptomus, veidot hronoloģiju.

Tomēr, lai tas darbotos, nepieciešama pārdomāta sistēma – gan datu ievades kvalitāte, gan platformu savietojamība ir kritiski faktori. E-veselība, kā minēts diskusijā, ir viens no piemēriem, kur progress ir sācies, bet vēl daudz darāmā.

**Vai MI spēs aizstāt ārstu?**

Diskusijas kulminācijā tika uzdots jautājums – vai mākslīgais intelekts kādreiz spēs aizvietot ārstu? Viennozīmīgas atbildes nav. Dažos aspektos – jā. Diagnostikas precizitātē, prognozēšanā, datu apstrādē MI var pārspēt cilvēku. Bet cilvēcisko intuīciju, spēju just, klausīties un iedrošināt – nē. Labākajā gadījumā mēs virzāties uz “kopilotu modeli” – ārsti kā kapteinis, MI kā viņa palīgs, kas monitorē instrumentus, brīdina par riskiem un palīdz plānot lidojumu.

Digitālā revolūcija medicīnā ir jau sākusies – MI un algoritmi kļūst par neatņemamu aprūpes sastāvdaļu. Tie sola efektīvākas vizītes, labāku diagnozi un ātrāku ārstēšanu. Taču, lai šī transformācija būtu veiksmīga, tai jābalstās uz trīs pamatprincipiem: uzticēšanos, datu kvalitāti un cilvēka – ārsta – neaizvietojamību. MI nav jāaizstāj ārsts, bet jāatbrīvo viņu no birokrātijas, lai viņš varētu darīt to, ko neviens algoritms nespēj – būt cilvēks citam cilvēkam. 🧠

REZIDENTIEM UN STUDENTIEM

# Baltijas diagnoze: kā top gastroenterologi Lietuvā, Igaunijā un Latvijā?

Medicīnas specializācija ir sarežģīts, bet būtisks solis ikviena ārsta karjerā, un gastroenteroloģija – nozare, kas aptver gremošanas sistēmas diagnostiku un terapiju – kļūst arvien nozīmīgāka visā pasaulē. Baltijas valstīs šīs specialitātes rezidentūras programmas atšķiras ne tikai pēc ilguma, bet arī pieejas mācībām, praktiskajām iemaņām un atbalsta mehānismiem. Šajā rakstu sērijā iepazīstinām ar trīs dažādām pieredzēm: Latvijas rezidenti atklāj sistēmas elastību un mentoru nozīmi, Igaunijas kolēģi dalās ar strukturētu un Eiropas standartiem pielāgotu izglītību, bet Lietuvas profesionāļi lepojas ar modernu EPA pieeju un digitalizētu rezidentūras kvalitātes kontroli. Kopā šie skatījumi atklāj gan atšķirības, gan kopīgus mērķus – izaudzina augsti kvalificētus, motivētus un starptautiski konkurētspējīgus gastroenterologus.

## Juožs Kupčinskis: gastroenteroloģijas nākotne Lietuvā ir gaiša



Juožs Kupčinskis ir viena no centrālajām figūrām Lietuvas medicīnas izglītībā un tieši gastroenteroloģijā. Gan kā Kauņas Pēcdiploma studiju centra dekānam, profesoram Lietuvas Veselības zinātņu universitātē, gan kā Gastroenteroloģijas katedras vadītājam viņam ir unikāls skatījums uz medicīnas izglītības sistēmas reformām un specializētās apmācības izaicinājumiem un sasniegumiem. Šajā sarunā mēs iedziļināsimies profesora Kupčinska redzējumā par medicīnas studiju programmu struktūru un kvalitāti, rezidentūras sistēmas attīstību tik pieprasītā specialitātē kā gastroenteroloģija. Runāsim par to, kā jauno medicīnu izglītošana Lietuvā saskan ar Eiropas Savienības standartiem un kādas ir valsts ambīcijas nākotnē, veidojot efektīvu un modernu medicīnas izglītības sistēmu.

### Kā jūs raksturotu medicīnas studiju programmas struktūru un kvalitāti Lietuvā?

Mums ir sešu gadu pamatprogramma, no kuras viens gads ir veltīts klīniskajai praksei. Pēc tam nav atsevišķas prakses, viss ir integrēts, un studenti iegūst medicīnisko grādu. Uzskatu, ka šī sistēma labi sagatavo jaunus ārstus darbam ar pacientiem. Protams, vēlāk ir nepieciešama specializācija rezidentūrā, taču mēs esam apmierināti ar pašreizējo sistēmu.

### Lūdzu, raksturojiet rezidentūras programmas struktūru Lietuvā, koncentrējoties uz gastroenteroloģijas rezidentūras ilgumu un galvenajām fokusa jomām.

Nesen pēcdiploma rezidentūras programmas Lietuvā ir piedzīvojušas lielas reformas, par ko esmu atbildīgs kā dekāns. Tagad visu programmu rezidentūras apmācības ilgums atbilst ES ieteikumiem. Piemēram, gastroenteroloģijas rezidentūra agrāk ilga četrus gadus, bet tagad tā ir sešus gadus gara apmācība.

### Kādi, jūsuprāt, ir galvenie izaicinājumi, ar ko saskaras ārsti Lietuvā, īpaši gastroenteroloģijā, ņemot vērā apmācību, darba slodzi un karjeras izaugsmi?

Es domāju, ka situācija ar katru gadu uzlabojas. Rezidentūras apmācību programma atbilst tam, ko gastroenterologi iegūst

Rietumvalstīs. Mums ir strukturēta programma, kas balstīta uz "The Blue Book".\*

Lietuva izceļas ar to, ka ir tikai trešā valsts, kurā ir ieviests EPA modelis (Entrustable Professional Activities jeb uzticamās profesionālās darbības). Tā ir izglītības sistēma, kas tiek izmantota rezidentūras apmācībā, tostarp gastroenteroloģijā, un tā ļauj rezidentiem pakāpeniski apgūt programmu. Lietuvas sistēma lielā mērā balstās uz Nīderlandes, Amerikas un Kanādas modeļiem. Kauņas Veselības zinātņu universitātē rezidenti studē, pamatojoties uz EPA modeli, viņiem ir digitālā rezidentūras dienasgrāmata (žurnāls), kurā viņi ieraksta savas darbības un saņem novērtējumus. Turklāt ir ieviesta rezidentūras kvalitātes kontroles sistēma, kas integrēta e-portfolio rezidentiem.

Esam veikuši daudz pozitīvu soļu rezidentūras apmācībā, un tagad mums ir pietiekami daudz laika, lai apmācītu rezidentus noteiktās jomās, jo ar četriem gadiem bija par maz, bet seši gadi ir labs laiks, lai apgūtu visas starptautiskajām rekomendācijām un ES prasībām atbilstošās prasmes.

### Kā jūs salīdzinātu medicīnisko izglītību un rezidentūras sistēmu Lietuvā ar Latviju un Igauniju, un vai Lietuvas medicīnas izglītība tiek atzīta citās Baltijas valstīs?

TURPINĀJUMS 17. LPP.

## REZIDENTIEM UN STUDENTIEM

# Juozs Kupčinskis: gastroenteroloģijas nākotne Lietuvā ir gaiša

TURPINĀJUMS NO 16. LPP.

Medicīnisko grādu atzīšana ir saistīta ar Eiropas kvalifikācijas direktīvu. Visi medicīnas doktori, kas iegūst grādu kādā no ES valstīm, automātiski tiek akreditēti jebkurā citā Eiropas valstī. Protams, lai strādātu un praktizētu kā speciālisti, ir nepieciešams valodas sertifikāts. Apmācību regulē ES direktīva. Iespējams, ir dažas atšķirības, piemēram, es nezinu, cik ilga ir rezidentūra gastroenteroloģijā Latvijā un Igaunijā vai kā ir strukturētas programmas šajās valstīs, bet esmu pārliecināts, ka mēs esam vienīgā valsts, kurā ir šis uzticamās profesionālās darbības modelis rezidentūras izglītībā. Katras valsts ziņā ir izlemt, kā apmācīt speciālistus. Vissvarīgākais ir tas, ka beigās viņi iegūst visas attiecīgās prasmes.

## Kas piesaista jaunos Lietuvas ārstus tādai specialitātei kā gastroenteroloģija?

Gastroenteroloģija ir ļoti populāra nozare, un mums ir liela konkurence starp studentiem, kuri vēlas iestāties mūsu programmā. Tās pievilcība izriet no lielās nepieciešamības un iespējas sniegt daudzveidīgus gastroenteroloģijas pa-

kalpojumus – veikt endoskopiju, ultrasonogrāfiju, ambulatoro un stacionāro darbu publiskajā un privātajā sektorā. Tāpēc ir daudz iespēju karjeras attīstībai pēc rezidentūras pabeigšanas. Nav šaubu – gastroenteroloģija ir viena no populārākajām rezidentūras programmām mūsu universitātē.

## Kā jūs redzat medicīniskās izglītības un tieši gastroenteroloģijas nākotni Lietuvā? Kādi ir jūsu ieteikumi šīs sistēmas uzlabošanai jūsu valstī?

Es domāju, ka galvenās izmaiņas jau ir veiktas. Mēs ieviesām uzticamās profesionālās darbības sistēmu (EPA), kas ļauj rezidentiem pakāpeniski iziet cauri programmai. Mēs balstījām savu sistēmu uz Nīderlandes, Amerikas un Kanādas modeļiem, un tā darbojas divus gadus.

Galvenais izaicinājums tagad ir nodrošināt, ka sistēma darbojas labi. Kauņas Veselības zinātņu universitātes rezidentūras apmācības programmā mēs esam ieviesuši kvalitātes kontroles sistēmu. Tas nozīmē, ka rezidentiem ir jāizvērtē savas rotācijas, slimnīcas, kurā viņi ir strādājuši, un vai rotācija ir noderīga un atbilst viņu vajadzībām. Mums ir arī modelis, kurā viņi novērtē savus mentorus.

Galvenais izaicinājums būs identificēt pašreizējās apmācības nepilnības un veikt uzlabojumus. Mums ir ikgadēji ziņojumi no e-portfolio, un mēs rīkojam sanāksmes, lai apspriestu problēmas un izaicinājumus. Es domāju, ka kvalitātes nodrošināšanas sistēma ļaus mums nākotnē vēl vairāk uzlabot rezidentūras apmācības programmas. Mēs esam ļoti lepnī par to, ko esam paveikuši ar mūsu apmācības modeli līdz šim.

Vissvarīgākais, ko mums izdevās paveikt, ir divas lietas: pagarināt rezidentūras izglītību, pamatojoties uz ES prasībām, un ieviest uzticamās profesionālās darbības sistēmu Kauņā. Esam ļoti apmierināti ar to. Gastroenteroloģijas nākotne Lietuvā ir gaiša. 🌟

\*"The Blue Book" ir neformāls vai saīsināts nosaukums vadlīnijām daudzās jomās, tostarp medicīnā. Gastroenteroloģijā par "The Blue Book" sauc "Specialty Training Programme and Curriculum for Gastroenterology and Hepatology", ko izstrādājusi Eiropas Gastroenteroloģijas un Hepatoloģijas padome (EU-BOGH). Šis dokuments nosaka apmācības standartus gastroenteroloģijas jomā visās Eiropas valstīs.

# Rīga–Tallina: ceļš, kur ved aicinājums un mīlestība

**Helēna Tammela ir dzimusi un augusi Latvijā, medicīnas studijas pabeigusi Rīgas Stradiņa universitātē. Un paiet tikai pāris nedēļu pēc studiju beigšanas, kad Helēna pārceļas uz dzīvi Igaunijā, lai tur uzsāktu jaunu posmu dzīvē, arī gaitas gastroenteroloģijas rezidentūrā. Šobrīd Helēna dzīvo Tallinā un strādā kā gastroenteroloģe Austrumu Tallinas Centrālajā slimnīcā.**

## Kas pamudināja izvēlēties tieši gastroenteroloģiju?

Sākotnēji es plānoju kļūt par uztura speciālistu, nevis studēt medicīnu. Man šī tēma ļoti patika un šķita svarīga. Zināju, ka gremošanas problēmas būs vienmēr aktuālas, jo mēs taču ēdam katru dienu. Tomēr nolēmu stāties medicīnā – kļūt par gastroenterologu un iegūt plašākas zināšanas.

Uz gastroenteroloģiju mērķtiecīgi gāju jau universitātes laikā. Man ļoti patika šī tēma, tāpēc vairāk tai pievērsos, brīvprātīgi strādājot gastroenteroloģijas nodaļās un veicot zinātniskos darbus. Manuprāt, ja zini, ko vēlies sasniegt, studijas kļūst vieglākas. Biju savākusi visus nepieciešamos punktus, lai iestātos rezidentūrā Latvijā, un viss jau bija izplānots. Tomēr dzīve ieviesa savas korekcijas. Latvijā satiku savu topošo vīru – pēc tautības igauņi. Izlēmām pārcelties uz dzīvi Igaunijā, tāpēc rezidentūrā iestājos tur.

## Kāda bija pieredze Igaunijas gastroenteroloģijas rezidentūrā?

Pieredze bija fantastiska. Igaunijā rezidentūra nozīmē pilnas slodzes darbu – katru dienu no pulksten 8.00 līdz 16.00, kā arī dežūras. Lai gan ir mentora vadība, mēs strādājam diezgan patstāvīgi – uzraugām pacientus, veidojam ārs-

tēšanas plānus, veicam endoskopijas. Tiek uzskatīts, ka, uzsākot rezidentūru, jūs jau esat ārsts un jums jāārstē savi pacienti. Tomēr, ja nepieciešama palīdzība, vadītājs vai cits kolēģis vienmēr to sniegs.

Man ļoti patika attieksme pret rezidentiem – visi ir ārkārtīgi draudzīgi un pieklājīgi. Igaunijā ir populāri visus uzrunāt uz "tu" neatkarīgi no ieņemamā amata, un tas veicina kopīgu darbu un vienlīdzīgu attieksmi. Lai gan hierarhija pastāv, neviens nejūtas zemāk stāvošs tikai tāpēc, ka ir rezidents. Manuprāt, rezidentūra Igaunijā atbilst visaugstākajiem standartiem, jo mūsu gastroenteroloģijas rezidentūras programma tiek veidota pēc Eiropas vadlīnijām un mācību programmas gastroenteroloģijā un hepatoloģijā, kas aprakstītas tā saucamajā "The Blue Book".

TURPINĀJUMS 18. LPP.



## REZIDENTIEM UN STUDENTIEM

# Rīga–Tallina: ceļš, kur ved aicinājums un mīlestība

TURPINĀJUMS NO 17. LPP.

### Cik ilga ir rezidentūra Igaunijā, un kādi ir uzņemšanas kritēriji?

Rezidentūra Igaunijā ilgst četrus gadus – atšķirībā no Latvijas, kur tā ir piecus gadus. Pirmais gads pārsvarā sastāv no izvēles cikliem iekšējo slimību jomā, taču vairāki mēneši tiek pavadīti arī gastroenteroloģijā. Pārējie gadi pārsvarā ir veltīti gastroenteroloģijai, papildinot to ar obligātajiem cikliem, piemēram, patoloģijā, bērnu gastroenteroloģijā, ķirurģijā, intensīvajās terapijās un radioloģijā.

Uzņemšana rezidentūrā Igaunijā sastāvēja no testa un intervijas. Tests bija igauņu valodā un aptvēra gastroenteroloģijas tēmu. Intervijas laikā man jautāja par iepriekšējiem sasniegumiem, pieredzi, mērķiem un motivāciju studēt gastroenteroloģiju. Nebija neviena teorētiskā jautājuma, galvenais bija redzēt manu motivāciju un iepriekšējo pieredzi. Visticamāk, nozīme bija arī studiju noslēguma eksāmena atzīmei, taču tas nebija noteicošais. Tā ir liela atšķirība no Latvijas, kur, lai iestātos rezidentūrā, tiek ņemta vērā vidējā atzīme, starptautiskās publikācijas, brīvprātīgais darbs un daļība studentu pulciņos. Turpretī Igaunijā galvenais bija iestāšanās tests un intervija. Valodas sertifikāts nebija nepieciešams, jo manas valodas prasmes novērtēja intervijas laikā.

Konkurence rezidentūrā ir atkarīga no gada. Piemēram, kad es stājos, bija divas gastroenteroloģijas vietas un tikai viens kandidāts – es. Latvijā tajā pašā gadā arī bija divas vietas, taču kandidātu skaits sasniedza, ja nemaldos, piecus vai vairāk. Nākamajā gadā Igaunijā uz divām vietām jau pieteicās pieci pretendenti, apliecinot, ka situācija var mainīties. Igaunijā lielāka konkurence novērojama ortopēdijas, dermatoloģijas, ķirurģijas un kardioloģijas rezidentūrā, kas, manuprāt, ir līdzīgi kā Latvijā.

### Lūdzu, pastāstiet par savu rezidentūras plānu un iegūto pieredzi dažādās slimnīcās!

Visu rezidentu plāni ir līdzīgi. Pirmo gadu pavadīju Tallinā, apgūstot izvēles ciklus, tostarp trīs mēnešus gastroenteroloģijā. Otro un trešo gadu pavadīju



Helēna Tammela

Tartu, kur galvenokārt koncentrējos uz gastroenteroloģiju, papildus apgūstot patoloģiju, bērnu gastroenteroloģiju un radioloģiju. Ceturto gadu atkal pavadīju Tallinā, kur bija ķirurģijas, intensīvās terapijas un gastroenteroloģijas cikls.

Pieredze bija ļoti laba, jo strādāju gan Tartu Klīniskajā universitātes slimnīcā, gan visās trīs Tallinas slimnīcās. Tas ļāva iepazīties ar praktiski visiem Igaunijas gastroenterologiem, kuru skaits te ir mazāks nekā Latvijā. Lai gan Igaunijā ir gastroenterologu deficīts, gūtā pieredze ir fantastiska – iepazīsti kolēģus un redzi, kā strādā dažādas slimnīcas. Piemēram, Tartu nozīmīga tēma ir aknu transplantācija, jo šī ir vienīgā slimnīca Igaunijā, kur tā tiek regulāri veikta.

Mums nebija atsevišķa endoskopijas cikla, jo endoskopiju apmācības visu laiku notiek paralēli gastroenteroloģijas ciklam. Igaunijā ir standarts, ka rezidents gastroenteroloģijā veic endoskopijas jau

no otrā gada, tāpēc atsevišķs endoskopijas cikls nav nepieciešams. Arī ķirurģijas cikla laikā veicām endoskopijas. Var teikt, ka visvienkāršākās endoskopijas (gastroskopija un kolonoskopija) rezidentūras laikā ir ļoti labi apgūstamas. Ja rezidentam ir padziļināta interese par sarežģītākām endoskopiskām procedūrām, piemēram, par endoskopisku retrogrādu holangiopankreatogrāfiju (ERCP), endoskopisku ultrasonogrāfiju vai lielāku polipu izgriešanu, tad to arī rezidentūras laikā var mācīties. Es arī pēdējā rezidentūras gadā mācījies ERCP, taču tā bija iespēja saprast, ka šis tomēr nav mans aicinājums. Nav jāzina un jāizmācās pilnīgi viss – labāk specializēties tajā tēmā, kas interesē vairāk.

### Vai jutāties pilnībā sagatavota darbam ar pacientiem pēc rezidentūras?

Protams, uzreiz pēc rezidentūras

TURPINĀJUMS 19. LPP.

## REZIDENTIEM UN STUDENTIEM

# Rīga–Tallina: ceļš, kur ved aicinājums un mīlestība

TURPINĀJUMS NO 18. LPP.

pabeigšanas ir uztraukums, kā es tikšu galā, vai esmu gatava. Bet patiesībā rezidentūras laiks ļoti neatšķiras no darba pēc tās, jo jūs strādājat tajā pašā slimnīcā, apkārt ir tie paši kolēģi, tie paši pacienti. Ja kaut ko neprotat vai nezināt, vienmēr var palūgt padomu vai palīdzību kolēģiem. Principā nekas būtiski nemainās, bet, protams, atbildība ir lielāka.

Kopumā varu teikt, ka esmu labi sagatavota. Pieredzes ir pietiekami, lai uzsāktu patstāvīgu darbu ar pacientiem, kuru ir ļoti daudz. Darbs ir intensīvs, jo pacienti ir arī ļoti dažādi. Rezidentūras laikā gandrīz katru dienu nākas lasīt vadlīnijas, mācīties un meklēt informāciju. Protams, vienmēr ir nedrošības sajūta par to, kā būs, kad sāksu ārstēt pacientus patstāvīgi, perfekti zināt visu arī nav iespējams, taču pamata bāze ir ļoti laba. Un pats galvenais – ir ļoti atsaucīgi kolēģi, kas nekad neatteiks palīdzību. Un tie nav tikai kolēģi, ar ko strādāju vienā kabinetā – varu piezvanīt uz Tartu, uz citu Tallinas slimnīcu. Mēs visi viens otru pazīstam, un tas dod drošības sajūtu. Kā man teica kāds kolēģis darbā: “Nav manu un tavu pacientu – ir mūsu pacienti.”

### Vai rezidentūras laikā bija iespējas papildus apmācībām vai konferencēm?

Studiju laikā bija iespēja iepazīt dažādas slimnīcas. Rezidentūras pēdējā gadā man piedāvāja strādāt ambulatori ar gastroenteroloģijas profila pacientiem vienā no reģiona slimnīcām, pastrādāju arī kādā privātajā klīnikā. Tas deva jaunu pieredzi un iespēju salīdzināt darba specifiku dažādās iestādēs.

Mūsu rezidentūrā Igaunijā nenotika regulāras lekcijas, kā tas, iespējams, ir Latvijā. Mācāmies nepārtraukti darba laikā – mums regulāri notiek konsiliji, sanāksmes, kurās apspriežam pacientus, lasām vadlīnijas. Rezidentūras laikā piedalījos dažādosursos, piemēram, Gastroenterologu vasaras skolā, kas notiek UEG (United European gastroenterology) ietvaros. Reizi rezidentūras laikā mums ir iespēja apmeklēt arī ECCO konferenci (European Crohn's and Colitis Organisation) un tās ietvaros jauno gastroenterologu seminārus. Reizi gadā



*Pat ar šādu instrumentu rokās ir svarīgi saglabāt humora izjūtu. Selfijs ar kolēģēm ir tapis ar kolonoskopu.*

notiek Iekšķīgo slimību konference, lai pārrunātu biežākās saslimšanas, ar kurām nākas saskarties dežūru laikā, jo paralēli rezidentūrai veicam iekšķīgo slimību dežūras. Tāpat Gastroenterologu asociācijas sēdēs kolēģi iepazīstina ar aktualitātēm nozares attīstībā.

### Ko varētu piebilst par Igaunijas rezidentūras kvalitātes standartiem?

Igaunijas rezidentūrā atbilstoši “Zilajai grāmatai” (“The Blue Book”) gastroenterologi apgūst ne tikai kuņģa un zarnu trakta slimību ārstēšanu, bet arī ar aknu, aizkuņģa dziedzera un žultspūšļa slimības, ārstē arī vīrushepatītus. Gastroenterologi var vairāk specializēties hepatoloģijā vai citās apakšnozarēs, taču katram gastroenterologam vajadzētu pārzināt arī aknu, aizkuņģa dziedzera un žultsceļu slimības, kas ir Eiropas standarts.

Bieži vien žultsceļu un aizkuņģa dziedzera slimību ārstēšanai ir nepieciešamas tieši endoskopiskās manipulācijas, piemēram, žultsakmeņu izņemšana no kopējā žultsvada vai aizkuņģa dziedzera cistu drenāža. Šīs procedūras Igaunijā pārsvarā veic gastroenterologi, bet ir arī ķirurgi, kas ir apguvuši, piemēram, ERCP.

### Kāda ir mentora loma rezidentūrā?

Tā ir ļoti nozīmīga jau no paša pirmā gada. Rezidentam ir savi pacienti, ko patstāvīgi ārstē. Protams, visu viņš dara kopā ar vadītāju jeb mentoru, piemēram, iepazīstas ar pacientu, izstrādā terapijas un diagnostikas plānu un tad apspriež to, lai ko uzlabotu vai mainītu. Tā ir ļoti vērtīga pieredze, jo rezidents, būdams jauns, nezina tik daudz, cik pieredzējuši ārsti. Katrā ciklā ir cits vadītājs, līdz ar to

paplašinās kontakti un komunikācija ar kolēģiem. Ja ir kādas problēmas vai ja ko neprotat, vienmēr saņemsiet palīdzību. Jūs nekad nepaliekat viens pats.

### Kādas ir galvenās atšķirības starp rezidentūru Latvijā un Igaunijā?

Lielākās atšķirības starp Latviju un Igauniju gastroenteroloģijas rezidentūrā būtu šādas.

Igaunijā endoskopijas tiek veiktas paralēli gastroenteroloģijas ciklam jau no otrā gada, kas nodrošina lielisku papildu pieredzi. Pacientu lielā skaita dēļ Igaunijā rezidenti veic ievērojami vairāk endoskopiju, nekā noteikts “Zilajā grāmata”, kas nodrošina nepārtrauktu zināšanu pielietošanu praksē. Manuprāt, katram gastroenterologam, pabeidzot rezidentūru, būtu jāprot veikt gastroskopiju un kolonoskopiju. Tādējādi, veicot endoskopijas saviem pacientiem, arī atvieglojam darbu paši sev, jo varam labāk izveidot tālākās ārstēšanas plānu.

Gastroenteroloģijas rezidenti Igaunijā apgūst arī aknu, aizkuņģa dziedzera un žultsceļu slimību ārstēšanu.

Igaunijā rezidentiem ir pilnas darba dienas no plkst. 8.00 līdz 16.00. Latvijā ciklu garumi un dienas grafiki, cik zinu, var būt mainīgi, tāpēc rezidenti bieži strādā vairākās darbavietās, kas Igaunijā būtu grūti iespējams.

Mācības rezidentūrā Igaunijā ilgst četrus gadus, Latvijā – piecus.

Igaunijā rezidenti strādā nodaļā un nevada paralēli lekcijas vai nodarbības studentiem.

Rezidentūras laikā ir nepieciešams strādāt visās lielākajās Igaunijas slimnīcās, kas atrodas Tartu un Tallinā.

Igaunijā ir arī iespējas papildus mācīties dažādas specifiskas procedūras: ERCP, endoskopisko ultrasonogrāfiju, sarežģītākas polipu izgriešanas metodes, neatliekamās endoskopijas u. tml.

Vēl viens atklājums man bija par atšķirīgo 6. studiju gadu. Latvijā savulaik, kad es vēl biju studente, 6. gads bija līdzīgs pārējiem, ar nelielu praksi. Savukārt Igaunijā viss 6. gads ir tīra prakse – studenti fiziski atrodas slimnīcā, strādājot līdzīgi kā ārsti vai rezidenti. Tas ir liels bonuss, jo ļoti labi sagatavo rezidentūrai. Igaunijas pēdējā gada studenti,

TURPINĀJUMS 20. LPP.



## REZIDENTIEM UN STUDENTIEM

# Rīga–Tallina: ceļš, kur ved aicinājums un mīlestība

TURPINĀJUMS NO 19. LPP.

manuprāt, bija pat labāk sagatavoti par mani, kad iestājos rezidentūrā, jo viņiem tikko bija beigusies intensīva prakse.

### Vai ir iespējas piedalīties apmaiņas programmās vai starptautiskās konferencēs?

Universitātes laikā man bija iespēja piedalīties apmaiņas programmās. Ar Latvijas Medicīnas studentu asociācijas (LaMSA) palīdzību es devos apmaiņas braucienā uz Horvātiju, kur mēnesi pavadīju Rijekas slimnīcas gastroenteroloģijas nodaļā. Savukārt, izmantojot Latvijas ārstu un zobārstu apvienības piešķirto stipendiju, man bija iespēja aizbraukt uz Templas pilsētu Teksasas štatā, ASV, kur desmit dienas pavadīju “Baylor Scott and White” slimnīcas gastroenteroloģijas nodaļā, mācoties un praktizējoties.

Šī gada jūnija sākumā Tallinā notika “75. ECCO Educational Workshop”, kur piedalījās kolēģi no visām Baltijas valstīm. Tēma bija iekaisīgās zarnu slimības, kas ir ļoti aktuāla gastroenteroloģijā, jo šobrīd šādu pacientu ir daudz. Tā ir hroniska slimība ar dažādām terapijas iespējām, taču izmeklēšana un ārstēšana var būt diezgan sarežģīta.

Bija ļoti interesanti dzirdēt kolēģu pieredzi par to, kā šīs slimības ārstē Latvijā un Lietuvā. Igaunija un Lietuva, iespējams, ir soli priekšā šo slimību ārstēšanā, jo terapija ir vairāk un ātrāk pieejama. Bija ļoti interesanti redzēt šīs atšķirības un diskutēt ar kolēģiem. Piemēram, bioloģisko preparātu nozīmēšana Igaunijā ir ļoti vienkārša un ātra – gastroenterologi jebkurā mirklī un vietā var sasaukt konsīliju un ātri izlemt par zāļu nozīmēšanu. Esam uzsākuši mācīties intestinālo ultrasonogrāfiju, kas lieliski papildina iekaisīgu zarnu slimību pacientu monitorēšanu, un man ir prieks, ka Igaunijā šajā ziņā virzāties diezgan ātri un labi uz priekšu.

**Mēs visi viens otru pazīstam, un tas dod drošības sajūtu. Perfekti zināt visu nav iespējams. Kā man teica kāds kolēģis darbā: “Nav manu un tavu pacientu – ir mūsu pacienti.”**



Kopā ar kolēģiem slimnīcā.

Igaunijas rezidenti nedodas apmaiņas braucienos pārāk bieži, jo darba pieredze tepat, uz vietas, ir visaptveroša un ļoti laba. Man pašai pieredze Igaunijā liekas kā garš apmaiņas un pieredzes brauciens.

### Cik svarīga ir sadarbība ar kolēģiem, arī Latvijā?

Esmu tai ļoti atvērta. Man ir svarīgi uzturēt šos kontaktus ar viņiem, jo nekad neaizmirsīšu Latviju un Latvijas kolēģus. Prieks, ja arī man kādreiz kāds piezvina

un prasa padomu; esmu zvanijusi arī kolēģiem uz Latviju. Šī kontaktu uzturēšana ir ārkārtīgi vērtīga, jo mēs nedzīvojam tikai savā nodaļā vai slimnīcā. Piemēram, pirms divām nedēļām ciemojos GASTRO CENTRĀ, kur vairāk iepazīnos ar kolēģiem, skatījos, kā tiek veiktas endoskopijas. Tāpat arī Latvijas kolēģi ir braukuši pie mums. Tas ir ļoti vērtīgi, un tā vajadzētu darīt biežāk – šādi sadarboties, redzēt un gūt pieredzi citur.

Mums Igaunijā ir izveidojies arī savs jauno gastroenterologu “čatiņš”, kur mēs apspriežamies un dalāmies ar padomu, mācāmies “šeit un tagad”.

Esmu ļoti priecīga par ceļu, ko esmu izvēlējusies. Jo, kā jau teicu, gastroenteroloģija ir ļoti plaša un tik interesanta, un es to pilnībā izbaudu! Jā, darba ir daudz, tas nav viegls, bet ļoti interesants. 🤝



## REZIDENTIEM UN STUDENTIEM

### Linda Anarkulova par rezidentūras izaicinājumiem un iespējām Latvijā

**Rezidentūra ir viens no nozīmīgākajiem posmiem ārsta profesionālajā izaugsmē – laiks, kad teorētiskās zināšanas pārtop praktiskās iemaņās un topošais ārsts kļūst par pilnvērtīgu veselības aprūpes profesionāli. Latvijā rezidentūras sistēma turpina attīstīties, un jaunajiem ārstiem joprojām nākas saskarties gan ar iespējām, gan izaicinājumiem. Par to, kāda ir ikdienu rezidentūrā, kādas ir Latvijas priekšrocības un trūkumi salīdzinājumā ar citām Baltijas valstīm, kādu lomu spēlē mentori, pieredzē dalās Linda Anarkulova, gastroenteroloģijas rezidente GASTRO CENTRĀ.**

#### **Kā kopumā vērtējat medicīnas studiju programmas kvalitāti Latvijā, un cik lielā mērā tā, jūsuprāt, atbilst starptautiskiem standartiem?**

Latvijā rezidentūru gastroenteroloģijā iespējams apgūt Latvijas Universitātē un Rīgas Stradiņa universitātē. Turklāt katrs rezidents ir piesaistīts konkrētai studiju bāzei. Iepriekš tā bija viena no universitātes slimnīcām – Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca vai Rīgas Austrumu Klīniskā universitātes slimnīca, taču šobrīd kā studiju bāzi iespējams izvēlēties arī citas ārstniecības iestādes, piemēram, GASTRO CENTRU. Svarīgi pieminēt, ka rezidenti nereti rotē starp iepriekš minētajām ārstniecības iestādēm, kas dod gan stacionārā, gan ambulatorā darba pieredzi, tādējādi sagatavojot augsta līmeņa jaunos speciālistus gastroenteroloģijā.

#### **Kādi bija galvenie uzņemšanas kritēriji, cik liela bija konkurence, salīdzinot ar citām populārām studiju programmām?**

Latvijā rezidentūras konkurss uz gastroenteroloģijas vietām ir gana liels – parasti tiek piedāvātas vien dažas rezidentūras vietas, taču pretendentu ir krietni vairāk. Tā, piemēram, šim gadam indikatīvi norādīta viena gastroenteroloģijas rezidentūras vieta. Iespēju studēt rezidentūrā gastroenteroloģijā nodrošina intervija, kurā piedalās nozares pārstāvji, kā arī jau iepriekš paveiktais studiju laikā – sekmes, voluntēšana, zinātniskā darbība, dalība studentu zinātniskajos pulciņos.

#### **Cik daudz prakses iespēju jums bija studiju laikā, un vai to bija pietiekami, lai sagatavotu jūs darbam ar pacientiem?**

Latvijā gastroenteroloģijas rezidentūra ilgst piecus gadus pilnu darba laiku – no plkst. 8.00 līdz 16.00. Pirmie divi gadi tiek pavadīti rotācijās dažādās iekšējās slimību nodaļās (piemēram, kardioloģi-

jas, pneimonoloģijas, nefroloģijas nodaļa), neatliekamās medicīnas centrā, kas dod plašāku ieskatu ne tikai gastroenteroloģijā, bet arī citās nozarēs, lai varētu pacientu “saskatīt” arī no citiem aspektiem. Tāpat ir obligātās dežūras. Atlikušos trīs gadus ir rotācijas tieši gastroenteroloģijā, kas ietver gan ciklus gastroenteroloģijas nodaļā, gan endoskopisko procedūru apgūšanu.

#### **Kā jūs novērtētu studiju laikā pieejamos resursus un atbalstu no universitātes?**

Rezidentūras laikā ir pieejami gan elektroniski mācību materiāli, gan simulācijas, taču visvērtīgāko pieredzi dod tieši darbs ar pacientiem pieredzējušu ārstu uzraudzībā gan gastroenteroloģijas nodaļā, gan apgūstot endoskopijas. Tāpat universitāte nodrošina piekļuvi plašam e-resursu spektram, kur iespējams iepazīties ar aktualitātēm gastroenteroloģijā.

#### **Kāda ir apmācības kvalitāte rezidentūras laikā – vai ir pieejami pietiekami resursi un cik svarīga ir mentora loma jūsu apmācībā?**

Apmācību kvalitāte lielā mērā ir atkarīga no paša rezidenta ieinteresētības gūt maksimālo labumu no attiecīgā rezidentūras cikla. Tomēr ne mazāk nozīmīga ir mentora loma – ir svarīgi, lai mentoram būtu vēlme apmācīt rezidentu un nodot



Linda Anarkulova

savu pieredzi. Esmu pateicīga, ka manā rezidentūras ceļā ir bijuši tikai vislabākie mentori. Katrs no viņiem ir “dedzis” par medicīnu un gastroenteroloģiju, tādējādi nododot man ne tikai zināšanas, bet arī daļu no savas degsmes. Ikdienā gan stacionārā, gan ambulatori strādājam visai patstāvīgi, taču katrā jautājumā ir iespēja konsultēties ar mentoru.

#### **Kādas, jūsuprāt, ir galvenās atšķirības rezidentūras sistēmā starp Latviju, Lietuvu un Igauniju, un kurās jomās Baltijas valstis varētu mācīties cita no citas?**

Komunicējot ar kolēģiem no Lietuvas un Igaunijas, ir zināms, ka rezidentūras programmas gastroenteroloģijā starp

TURPINĀJUMS 22. LPP.

## REZIDENTIEM UN STUDENTIEM

## Linda Anarkulova par rezidentūras izaicinājumiem un iespējām Latvijā

TURPINĀJUMS NO 21. LPP.

valstīm nedaudz atšķiras. Tā, piemēram, Lietuvā rezidentūra gastroenteroloģijā ilgst sešus gadus, Latvijā – piecus, savukārt Igaunijā – četrus. Tāpat ir atšķirīgs ciklu sadalījums, piemēram, kaimiņvalstīs iekšējgo slimību cikli ir īsāki. Igaunijā endoskopiju cikls norit paralēli darbam nodaļā, tikmēr Latvijā, apgūstot endoskopijas, paralēls darbs nodaļā netiek veikts.

**Kādi ir galvenie izaicinājumi vai trūkumi, ar kuriem mūsu jaunie ārsti saskaras studiju, apmācību vai rezidentūras laikā?**

Izaicinājums, ar kuru Latvijā plaši saskaras gastroenteroloģijas rezidenti, ir speciālistu trūkums valstī. Gastroenteroloģijas rezidentūru var apgūt tikai divās universitātes slimnīcās, kā arī GASTRO CENTRĀ. Būtiski apzināties, ka katra no iestādēm dod cita veida pieredzi, kas, manuprāt, ir nepieciešama katram gastroenterologam, jo gastroenteroloģiskie pacienti stacionārā un ambulatori ļoti atšķiras, taču ne visiem jaunajiem speciālistiem ir iespēja sevi pilnveidot gan ambulatorā iestādē, gan stacionārā. Turklāt Latvijā gastroenterologi lielākoties ir plaša profila, kamēr citās valstīs biežāk specializējas kādā no virzieniem, piemēram, iekaisīgās zarnu slimībās, hepatoloģijā u. c. Iespēja jau studiju laikā tikt ievirzītam sevi interesējošā virzienā būtu ļoti vērtīga. Tāpat liels mīnuss ir tas, ka gastroenterologs

**Tas ir lieliski, ka pēc medicīnas studiju absolvēšanas, katrs ārsts var iepazīties ar rezidentūras iespējām un programmu kaimiņvalstīs un, ja tā ir vilinoša, to apgūt arī, piemēram, Igaunijā.**

nevar saņemt USG metodes sertifikātu, pabeidzot rezidentūru, kā tas notiek citās valstīs.

**Vai jaunie ārsti dodas strādāt uz citām Baltijas valstīm vai ārpus tām?**

Savā paziņu lokā zinu vienu ārsti, kura rezidentūru gastroenteroloģijā apguvis Igaunijā – daktare Helēna Tammela, kura nesen arī viesojās GASTRO CENTRĀ un dalījās ar savu rezidentūras un darba pieredzi Tartu un Tallinā. Domāju, tas ir lieliski, ka pēc medicīnas studiju absolvēšanas, katrs ārsts var iepazīties ar rezidentūras iespējām un programmu kaimiņvalstīs un, ja tā ir vilinoša, to apgūt arī, piemēram, Igaunijā.

**Ko vajadzētu uzlabot Latvijas medicīnas izglītības un apmācības sistēmā, lai tā kļūtu efektīvāka un pievilcīgāka jaunajiem ārstiem?**

Iepazīstoties ar apmācības iespējām citās Baltijas valstīs, ir vilinoši rezidentūras laikā apgūt ultrasonogrāfiju un pielietot to ikdienas praksē arī pēc gastroenterologa sertifikāta iegūšanas.

Latvijā gastroenteroloģijas rezidentiem ir iespēja apgūt ultrasonogrāfiju, veicot izmeklējumus saviem pacientiem gan stacionārā, gan ambulatori, jo tehniskais nodrošinājums ir pieejams. Tas tomēr nedod metodes sertifikātu – to iespējams iegūt, tikai apgūstot šo metodi pie radiologiem, kas prasa papildu finansējumu no saviem līdzekļiem. Radioloģijas cikls gastroenteroloģijas rezidentiem šobrīd ilgst divas nedēļas, kas nodrošina tikai virspusēju ieskatu visās radioloģijas metodēs. Tomēr ir zināms, ka šo ciklu ir plānots pagarināt.

**Vai rezidents Latvijā var justies pilnībā sagatavots neatkarīgai praksei?**

Pēc rezidentūras esam pilnībā sagatavoti patstāvīgam darbam, tomēr ir patīkami apzināties, ka apkārt ir izpalīdzīgi kolēģi, kas sniedz padomu. Turklāt, piemēram, GASTRO CENTRĀ reizi nedēļā, darba dienas sākumā, ir atvēlēts laiks ārstu konsīlijam, kurā savus klīniskos gadījumus var prezentēt gan rezidenti, gan sertificēti ārsti. Tas ir pamācoši pārējiem kolēģiem un ļauj uzkrāt pieredzi arī rezidentiem. 🔄

## Trīs valstis – trīs ceļi, viena profesija

**Gastroenteroloģijas rezidentūra Latvijā, Lietuvā un Igaunijā atšķiras pēc struktūras, uzsvaram organizatoriskajiem risinājumiem, tomēr visās trīs valstīs redzams vienots mērķis – izaudzināt kompetentus un starptautiski konkurētspējīgus speciālistus.**

Latvijā akcentēta praktiskā pieredze dažādās ārstniecības iestādēs un mentoru loma, kas veido personisku un profesionālu pamatu topošajiem gastroenterologiem.

Igaunijā rezidentūra vairāk līdzinās pilna laika darbam, kur rezidentiem uzticas un viņi jau no agrīna posma tiek iesaistīti reālā klīniskā praksē, tostarp endoskopiju veikšanā.

Savukārt Lietuvā izceļas sistēmiska un digitāli vadīta pieeja, kurā integrēta EPA (Uzticama profesionālā darbība) koncepcija, kas soli pa solim attīsta klīniskās prasmes.

Katra valsts piedāvā unikālu pieredzi un risinājumus – Lat-

vija var ieviest strukturētāku progresijas kontroli, Igaunijā – iedvesmot ar uz pacientu orientētu darba kultūru, bet Lietuva demonstrē, kā digitālā dokumentācija un apmācību kvalitātes kontrole var pacelt izglītības līmeni. Visās valstīs redzama vēlme pēc mūsdienīgas un ilgtspējīgas medicīniskās izglītības, kur kvalitāte ir svarīgāka par kvantitāti.

Neatkarīgi no robežām vai valodas jaunos gastroenterologus vieno kopīgs aicinājums, entuziasms un vēlme palīdzēt pacientiem risināt vienu no sarežģītākajiem medicīnas nozares izaicinājumiem – uzlabot gremošanas sistēmas veselību. 🔄

KLĪNISKAIS GADĪJUMS

# Klīniskā gadījuma analīze: pilonidālās cistas ārstēšana

**Guntis Ancāns, ķirurgs –  
proktologs, ķirurgs – onkologs,  
GASTRO CENTRS**

Pilonidālā cista ir hroniska, iekaisīga saslimšana, kas visbiežāk skar gados jaunus vīriešus. Tai raksturīgi ar strutaini izdalījumi un diskomforts gluteālās krokas rajonā. Šajā rakstā aplūkots klīniskais gadījums ar pilonidālās cistas eju un hronisku iekaisumu, kā arī sniegts ieskats mūsdienu ārstēšanas metodēs un to efektivitātē.

## Klīniskais gadījums

19 gadus vecs vīrietis, students, vērsās pie proktologa ar sūdzībām par nedzīstošu iekaisumu un ilgstošiem (vairāk nekā 6 mēnešus) strutainiem izdalījumiem gluteālās krokas rajonā. Anamnēzē hroniskas slimības tiek nolietgatas.

Objektīvā apskatē tika konstatēts sāpīgs pietūkums sakrālajā rajonā, kā arī izdalījumi no vairākām fistulas ejām, kas bija savstarpēji savienotas un pildītas ar matiem. Pacients noliedza drudzi. Rektoskopijā (17.04.2025.) netika atklātas nozīmīgas patoloģiskas atradnes.

Laboratoriskie izmeklējumi (09.05.2025.) uzrādīja:  
eritrocītus:  $5.0 \times 10^{12}/L$ ;  
leikocītus:  $9.64 \times 10^9/L$ ;  
CRP: 2.3 mg/L.

Ņemot vērā klīnisko ainu un laboratoriskos datus, tika nolemts veikt ķirurģisku ārstēšanu.

## Operācija un pēcoperācijas periods

Operācija notika 2025. gada 13. maijā, un tās laikā tika veikta pilonidālās cistas ekscīzija, izmantojot *Karydakis* metodes modifikāciju. Histoloģiskais slēdziens (20.05.2025.) apstiprināja epiteliālu eju ar strutainu iekaisumu, un tika aprakstīts ādas lēveris  $8 \times 2,2$  cm, zemādā līdz 3 cm, kā arī ievilkums virsmā (3 cm garumā), kas pildīts ar matiem.

Pēcoperācijas periods noritēja veiksmīgi. To apliecina pēcoperācijas attēli (3. un 4. attēls),



Guntis Ancāns

TURPINĀJUMS 24. LPP.



1. attēls. Pirmsoperācijas atradne: komplicēta pilonidālā cista ar fistulu ejām un hronisku strutainu iekaisumu.



2. attēls. Ekscidēta pilonidālā cista – operācijas loža ar mīksto audu defektu.



3. attēls. Pēcoperācijas brūce.



## KLĪNISKAIS GADĪJUMS

# Klīniskā gadījuma analīze: pilonidālās cistas ārstēšana

TURPINĀJUMS NO 23. LPP.

kuros redzama brūces dzīšana un rētas stāvoklis trīs nedēļas pēc operācijas.

## Pilonidālās cistas izplatība un riska faktori

Pilonidālā cista ir salīdzinoši bieži sastopama slimība ar aptuveni 26,1 līdz 39,6 gadījumiem uz 100000 cilvēku. Visbiežāk tā skar jaunus cilvēkus vecumā no 15 līdz 30 gadiem. Vīrieši slimo aptuveni trīs reizes biežāk nekā sievietes, ko skaidro ar izteiktāku apmatojumu un dziļāku gluteālo kroku.

Augsta riska grupās ietilpst militārpersonas (piemēram, ASV vai Izraēlas armijā, kur incidence var sasniegt pat 190 gadījumus uz 100000). Tas saistīts ar ilgstošu sēdēšanu, berzi un sliktiem higiēnas apstākļiem.

## Ārstēšanas metodes

Mūsdienās ir pieejamas vairākas pilonidālās cistas ārstēšanas metodes, kas atšķiras ar invazivitāti, dzīšanas laiku un recidīvu risku:

**Bascoma metode (Bascom I un II / Bascom cleft lift tehnika):** šī



4. attēls. Pēcoperācijas rēta – 3 nedēļas pēc operācijas.

ir audus saglabājoša pieeja, veicot abscesa drenāžu laterāli un saglabājot sinusa traktu (*Bascom I*) vai sinusa ekscīziju ar viduslīnijas izlīdzināšanu, ārpusviduslīnijas brūces slēgšanu (*Bascom II/ Bascom cleft lift* tehnika). Priekšrocības ietver mazākas sāpes, ātrāku dzīšanu un zemu recidīvu risku (~23,9 %). Indikācijas ir hroniska slimība ar viduslīnijas atverēm vai neveiksmīgi ārstēti recidīvi.

**Pit picking tehnika:** minimāli invazīva metode, ko veic vietējā anestēzijā, izgriežot redzamās viduslīnijas atveres un veicot eju kiretāžu vai skalošanu. Tā nodrošina ātru dzīšanu un ir ambulatora procedūra. Indikācija ir ierobežota, nekomplicēta slimība.

**SiLAC (Sinus Tract Laser Closure):** lāzerterapija, kuras laikā radiālā lāzera šķiedra tiek ievietota traktā, termiski to aizverot. Tā ir minimāli traumatiska, bez griezumiem vai šuvēm, taču ar recidīvu risku. Bieži tiek kombinēta ar pit picking tehniku.

**Endoskopiska pilonidālā sinusa ārstēšana (Endoscopic Pilonidal Cyst Treatment (EPSiT)):** EPSiT procedūra, izmantojot Storz instrumentu, ir minimāli invazīva metode pilonidālā sinusa ārstēšanai. Tā sastāv no divām fāzēm: diagnostiskās – sinusa un tā atzaru endoskopiskas vizualizācijas – un terapeitiskās – trakta iznīcināšanas ar lāzeru vai elektroinstrumentu tiešā redzes kontrolē. Procedūra tiek veikta caur nelielu griezumumu, bieži vien ambulatori un vietējā anestēzijā. Tai raksturīgas zemas pēcoperācijas sāpes, ātra atveseļošanās (2–4 dienas) un augsta pacientu apmierinātība. Recidīva risks ir 5–15 %.

**Limberga fasciokutāna lēvera metode (romboīdais lēveris):** ietver romboīdveida izgriezumumu, iekļaujot visas viduslīnijas atveres, un defekta pārklāšanu ar transpozīcijas lēveri no sēžas zonas. Nodrošina spriegumu nesaturošu slēgšanu ārpus viduslīnijas ar recidīvu risku aptuveni 3 % un labu dzīšanu. Indikācija ir plaša vai vairākkārt recidivējoša slimība.

**Karydakis metode (defekta slēg-**

**šana ar fasciokutānu lēveri):** izmantota šajā klīniskajā gadījumā. Metode ietver asimetrisku sinusa un apkārtējo audu ekscīziju, slēdzot defektu ar fasciokutānu lēveri un pārvietojot rētu no viduslīnijas. Tā samazina matu uzkrāšanos un krokas dziļumu, nodrošinot zemu recidīvu (<5 %) un labu kosmētisko iznākumu. Indikācija ir primāra vai recidivējoša slimība.

Pilonidālā cista ir izplatīta slimība, kas prasa individuālu pieeju ārstēšanā, izvēloties piemērotāko metodi atkarībā no slimības smaguma pakāpes un pacienta blakusslimībām. Šajā klīniskajā gadījumā veiksmīgi tika pielietota *Karydakis* metodes modifikācija, kas apliecina tās efektivitāti hroniska iekaisuma gadījumos.

## Literatūras avoti

- Petersen S, Koch R, Stelzner S, Wendlandt TP, Ludwig K. Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus: a survey of the results of different surgical approaches. *Dis Colon Rectum*. 2002 Nov;45(11):1458-67. doi: 10.1007/s10350-004-6451-2. PMID: 12432292.
- Hardway RM. Pilonidal Cyst—Neither Pilonidal Nor Cyst. *AMA Arch Surg*. 1958;76(1):143-147. doi:10.1001/archsurg.1958.01280190145027
- Kaad Faurshou I, Erichsen R, Doll D, Susanne Haas Time trends in incidence of pilonidal sinus disease from 1996 to 2021: A Danish population-based cohort study. *Colorectal Dis*. 2025 Jan; 27(1): e17227. Published online 2024 Nov 3. doi: 10.1111/codi.17227
- Levinson T, Sela S, Chencinski S, Derazne E, Tzur D, Elad H, Kreiss Y. Pilonidal Sinus Disease: A 10-Year Review Reveals Occupational Risk Factors and the Superiority of the Minimal Surgery Trephine Technique *Mil Med*. 2016 Apr;181(4):389-94. doi: 10.7205/MIL-MED-D-14-00729.
- Meinero P, Stazi A, Carbone A, Fasolini F, Regusci L, La Torre M. Endoscopic pilonidal sinus treatment: a prospective multicentre trial. *Colorectal Dis*. 2016 May;18(5):O164-70. doi: 10.1111/codi.13322. PMID: 26946340.

NOPIETNIE JAUTĀJUMI

# Vasara klāt. Arī vasaras vēderkaites

Turpinot tradīciju, “GASTRO Ziņas” pievēršas arī jautājumiem, par kuriem bieži jautā pacienti, tie tiek apspriesti “interneta diskusijās”, nereti arī komentēti dažādos medijos.

Lai noskaidrotu atbildes uz šiem jautājumiem, vispirms tos uzdevām mākslīgajam intelektam, bet tad jau MI ģenerētās atbildes vērtēja mūsu ārsti. Uzreiz uzsvēsim, ka ārstu “balsojums” bija tikai “par” vai “pret” šādas MI dotās atbildes pareizību.

“GASTRO Ziņas” brīdina: šajos “nopietnajos jautājumos” nekādi nemēģinājam oponēt mākslīgajam intelektam, tāpēc tā ģenerētās atbildes jāuztver ar kritiski, un tās nav uzskatāmas par rīcības modeli vai recepti.

Kaut arī jūnijs mūs nav lutinājis ar īpaši vasarīgu laiku, tomēr meteorologi sola, ka jūlijs un augusts būs beidzamajos gados ierasti karsts. Tādēļ pievēršamies populārākajiem mītiem, kas saistīti ar vasaras laika ierastajām vēdera kaitēm, par kuru “ārstēšanu” vai “profilaksi” ierasti tiek doti daudzi un dažādi tautas medicīnā balstīti padomi un ieteikumi. Kā ierasts, atlasījām sešus populārākos apgalvojumus pašmāju sociālo mediju lietotāju vidū.

## Apgalvojums Nr. 1.

Latviešu tradicionālais ēdiens uzreiz pēc sklandraušiem un pelēkajiem zirņiem ir šašliks. Un tā nepareiza pagatavošana vai, diplomātiski sakot, ne visai labas gaļas izmantošana ierasti saistās ar vēdersāpēm, caureju un tamlīdzīgām ligām. Tāpēc sociālo tīklu ietekmēji iesaka: gadījumos, ja nav īstas pārliecības par pašu meistarību šašlika pagatavošanā vai veikalā pirktā šašlika kvalitāti, cepšanas procesā šašliku apcept tā, lai gaļas gabaliņiem rastos arī neliels apdegums (proti, apogļoti gali). Tādējādi, apēdot šašlika gabaliņu, apdegušie gali pildīs “aktīvās ogles” funkcijas un ļaus jums izvairīties no caurejas.



### Atbilde:

Apgalvojums, ka apdeguši šašlika gali darbojas kā aktīvā ogle un novērš caureju, ir mīts bez zinātniska pamatojuma. Aktīvā ogle ir speciāli apstrādāta viela ar porainu struktūru, kas spēj adsorbēt toksīnus, savukārt apogļoti gaļas gabali šādu funkciju nepilda. Turklāt apdegušā gaļā veidojas kaitīgas vielas – HCA un PAO –, kas var palielināt vēža risku. Tādēļ šāda “profilakse” ir ne tikai neefektīva, bet arī kaitīga veselībai.

### GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Pareizi – 12.  
Nepareizi – 1.

## Apgalvojums Nr. 2.

Vasaras spirdzinošākajā ēdienā – aukstajā zupā – tiek izmantots kefīrs un bietes. Taču daudziem cilvēkiem šī abu produktu kombinācija izraisa vēdera izejas problēmas, proti, caureju. Tāpēc aukstā zupa patiesībā nav veselīgs, bet gan vēderam kaitīgs ēdiens, un tā lietošana ir ļoti jāierobežo.

### Atbilde:

Apgalvojums, ka aukstā zupa ir kaitīga vēderam un tās lietošana jāierobežo, ir pārspīlēts. Lielākajai daļai cilvēku aukstā zupa ir veselīga, barojoša un atspirdzinoša maltīte, īpaši vasarā. Tās sastāvā esošais kefīrs satur probiotikas, kas uzlabo gremošanu, savukārt bietes nodrošina šķiedrvielas, kas veicina zarnu darbību. Vēdera traucējumi var rasties tikai atsevišķiem cilvēkiem ar jutību pret konkrētām sastāvdaļām vai gadījumos, ja tiek lietoti nekvalitatīvi produkti.

### GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Pareizi – 13.  
Nepareizi – 0.

## Apgalvojums Nr. 3.

Nav noslēpums, ka karstā laikā pastiprināti ir jālieto šķidrums, lai novērstu organisma atūdeņošanos karstā laikā. Tomēr tīrs ūdens ne visiem iet pie sirds un garšo. Līdz ar to ūdens vietā var izmantot arī atbilstošu daudzumu augļu

TURPINĀJUMS 26. LPP.



NOPIETNIE JAUTĀJUMI

# Vasara klāt. Arī vasaras vēderkaites

TURPINĀJUMS NO 25. LPP.

sulas vai saldinātus dzērienus, kas līdztekus šķidrumam dos arī organismam nepieciešamo vitamīnu un cukura devu, palīdzot novērst organisma dehidrāciju.

## Atbilde:

Viedoklis, ka augļu sulas vai saldināti dzērieni var aizvietot ūdeni dehidrācijas novēršanai, ir maldīgs un potenciāli kaitīgs. Lai gan šķidruma uzņemšana ir svarīga, tīrs ūdens ir labākais risinājums, jo tas ātri uzsūcas un nesatur liekas kalorijas vai vielas, kas var apgrūtināt gremošanu.

Saldināti dzērieni un sulas satur daudz cukura, kas var veicināt dehidratāciju, noslogot nieres un traucēt elektrolītu līdzsvaru. Ja vēlaties ko garšīgāku, ieteicams ūdeni papildināt ar augļu šķēlītēm vai atšķaidīt sulu ar ūdeni.

## GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Pareizi – 13.  
Nepareizi – 0.

## Apgalvojums Nr. 4.

Vasarās izplatīts atpūtas veids ir pikniki, izbraucieni ar teltīm pie dabas un tamlīdzīgi atpūtas pasākumi. Tomēr šādos izbraucienos ne vienmēr iespējams nodrošināt arī līdzpaņemtas pārtikas glabāšanu aukstumā. Tāpēc, lai novērtētu, vai pārtika nav sabojājusies, var izmantot tās pārbaudi pēc smaržas un izskata. Vienkāršojot – ja pārtika labi smaržo (vai arī tai nav sajūtama bojātai pārtikai raksturīgā smaka) un labi izskatās, tad tā ir derīga lietošanai.

## Atbilde:

Ļoti maldīgs ir uzskats, ka pārtikas derīgumu var noteikt tikai pēc smaržas un izskata. Daudzas bīstamas baktērijas, piemēram, Salmonella vai E. coli, var vairoties pārtikā bez redzamām vai jūtamām bojājuma pazīmēm. Tas nozīmē, ka pārtika var izskatīties un smaržot normāli, bet būt veselībai kaitīga. Tāpēc pārtiku, kas nav uzglabāta atbilstoši



Ilustrācija: "Gemini MI" attēli

(īpaši bez dzesēšanas), nevajadzētu lietot tikai pēc "labas smaržas" principa – tas var izraisīt saindēšanos.

## GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Pareizi – 12.  
Nepareizi – 1.

## Apgalvojums Nr. 5.

Vasaras atpūtā un vienkārši karstā laikā glabāta un lietota pārtika var izraisīt caureju. Un tā nav reta parādība arī bērniem, kas pārāk daudz saēdušies, piemēram, zemenes vai augļus. Tāpēc sociālo mediju "guru" iesaka caurejas laikā pēc iespējas mazāk dzert ūdeni, lai neizskalotu organismu vēl vairāk, kā arī ēst tikai sausu un rīsus, kas palīdzēs vēderam "atgūties".

## Atbilde:

Ieteikums caurejas laikā ierobežot ūdens dzeršanu un ēst tikai sausu vai rīsus ir nepareizs un bīstams. Caureja izraisa šķidruma un elektrolītu zudumu, tāpēc ir svarīgi dzert daudz ūdens nelielās porcijās. Ideāli – lietot rehidrējošos šķidrumus ar sāļiem un glikozi. No saldinātiem dzērieniem jāizvairās, jo tie var pastiprināt caureju. Rīsi un sausiņi var palīdzēt, bet tie nedrīkst būt vienīgais uzturs – organisms caurejas laikā prasa arī citas barības vielas atveseļošanās procesam.

## GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Pareizi – 13.  
Nepareizi – 0.

## Apgalvojums Nr. 6.

Ierastie karstas vasaras pavadoņi ir auksti produkti un našķi. Piemēram, auksti gāzēti dzērieni un auksts saldējums. Taču teju pie visiem vasaras laikā dabūtiem vēdera vīrusiem pie vainas ir tieši šie aukstie produkti – gāzētie dzērieni un saldējums, jo aukstie produkti ievērojami palielina vēdera vīrusu iegūšanas iespēju.

## Atbilde:

Uzskats, ka aukstie dzērieni un saldējums izraisa vēdera vīrusus, ir mīts. Zarnu infekcijas izraisa vīrusi un baktērijas, nevis pārtikas temperatūra. Problēmas rodas no slikti uzglabātas pārtikas vai higiēnas trūkuma – piemēram, atkārtoti sasaldēta saldējuma vai netīrām rokām. Pats aukstums nepalielina saslimšanas risku, drīzāk infekciju izplatība vasarā palielinās augstās temperatūras un pārtikas bojāšanās dēļ.

## GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Pareizi – 13.  
Nepareizi – 0.