



GASTRO ZINĀS

nozāres jaunumu apskats, diskusijas, analīze

GASTRO ZIEMASSVĒTKOS

**Ziemassvētku tradīcijas
mūsu galdā. Ko iesaka ārsti?**

GASTRO LIELĀ INTERVIJA

**Veselības aprūpes sistēma: ko gaidīt
nākotnē? Intervija ar Hosamu Abu Meri.**

GASTRO TĒMA

**Anestēzija un endoskopijas. Kā
anestēzija attīstījusies gadu gaitā?**

KLĪNISKAIS GADĪJUMS

**Onkomarķieri un mikrobioma
nozīme vēža ārstēšanā.**



GASTRO ZIŅAS

nozares jaunumu apskats, diskusijas, analīze

KOMENTĀRS

Par stāvokli veselības aprūpes sistēmā

– Ivars Tolmanis, GASTRO CENTRA valdes priekšsēdētājs, ārsts gastroenterologs, endoskopists.

[2. lpp.](#)

AKTUALITĀTES

◆ GASTRO CENTRĀ tiek testēta mobilā e-veselības stacija;

◆ ārsti rezidenti pilna laika rezidentūrai var izvēlēties privātās medicīnas iestādes, GASTRO CENTRĀ divas pirmā gada rezidentes;

◆ vai endoskopijas jāveic ar anestēziju? Stāsta Viktors Saule, GASTRO CENTRA ārsts endoskopists;

◆ GASTRO CENTRA komandu papildina Elīna Vašuka, ārste interniste, rezidente gastroenteroloģijā.

[3.–6. lpp.](#)

GASTROTECH

Turpinās projekta “GastroTech” realizācija:

◆ **Eduards Krustiņš**, PSKUS ārsts gastroenterologs, komentē starptautiskās vadlīnijas endoskopiskajos izmeklējumos.

◆ **Jānis Ansons**, GASTRO CENTRA digitālo produktu vadītājs, par projekta tehniskajām niansēm;

◆ **Olga Sjomina**, GASTRO CENTRA ārste rezidente gastroenteroloģijā, par vadlīniju izstrādi un paveikto projekta norisē;

[7.–11. lpp.](#)

LIELĀ INTERVIJA

Veselības aprūpes sistēma: ko gaidīt nākotnē? –

intervija ar Hosamu Abu Meri, veselības ministru, ārstu gastroenterologu.

[12.–18. lpp.](#)

TĒMA

Anestēzija un endoskopijas. Kā anestēzija

attīstījies gadu gaitā – stāsta Jānis Zaķis, GASTRO CENTRA galvenais ārsts, anesteziologs-reanimatologs, un Arvīds Bērziņš, GASTRO CENTRA ārsts anesteziologs-reanimatologs.

[19.–24. lpp.](#)

KLĪNISKAIS GADĪJUMS

Onkomarķieri un mikrobioma nozīme

vēža ārstēšanā. Andrejs Pčolkins, Latvijas Onkoloģijas centra galvenais ārsts, un Diāna Lisova, GASTRO CENTRA ārste gastroenteroloģe.

[25.–26. lpp.](#)

INFOGRAFIKA

Biežāk izmantotie onkomarķieri onkoloģijā –

Kristīne Muceniece, GASTRO CENTRA medicīnas studente.

[27. lpp.](#)

ZIEMASSVĒTKOS

Ziemassvētku tradīcijas mūsu galdā.

Ko iesaka ārsti?

[28.–33. lpp.](#)

NOPIETNIE JAUTĀJUMI

Eksotiskie ēdieni: ko tie nozīmē mūsu kuņģim?

[34. lpp.](#)



Kas svarīgs veselības aprūpes sistēmā

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

Ir klāt 2024. gada noslēdzošais "GASTRO Ziņu" numurs. Un, kā jau šajā laikā ierasts, ir jāatskatās uz aizejošā gada svarīgākajiem notikumiem, jāizdara secinājumi, lai turpinātu virzību uz priekšu, nodrošinātu attīstību un plānotu darbus. Tieši tādēļ šajā numurā esam izvēlējušies intervēt veselības ministru Hosamu Abu Meri – mūsu kolēģi ārstu gastroenterologu, kuram šobrīd ir uzticēts arī vadīt visas veselības aprūpes nozares procesus, veidot veselības aprūpes politiku.

Nenoliedzami, veselības aprūpes nozare ir viena no vissarežģītākajām ne vien tautsaimniecībā, bet arī visas sabiedrības normālā un veselīgā funkcionēšanā. Izaicinājumu te netrūkst. Un problēmu loks ir skaidrs jau gadiem – nozares finansējums, medicīniskā personāla trūkums, paaudžu nomaiņa, sabiedrības izglītošana par veselīgu dzīvesveidu un rūpēm pašiem par savu veselību. Tie ir tikai pamati un stūrakmeņi, ap kuriem būvēt visu veselības aprūpes sistēmas māju.

Ikdienā strādājot ar pacientiem, ar partneriem – ģimenes ārstiem un speciālistiem –, mēs labi redzam tās problēmas, kuras steidzami jārisina. Tehnoloģiskā attīstība un jaunāko metožu ieviešana, profilakses un agrīnas diagnostikas joma, valsts un privātā sektora sadarbība kopējā mērķa – pacientu veselības – labā, digitālie risinājumi, pacientu datu bāžu veidošana un

savietojamība, profilakse... Šie ir tikai daži no jautājumiem, kuru risināšanu nevar atlikt uz "nezināmu nākotni".

Ministrs savā intervijā uzsver, ka kopumā mūsu veselības sistēma nav tik slikta, kā dažkārt tiek uzskatīts, tomēr, lai sasniegtu ilgtspējīgus rezultātus un saglabātu virzību uz priekšu, ir nepieciešams ne tikai valsts atbalsts un visu medicīnas iestāžu – gan valsts, gan privāto – kopīgs darbs, bet arī sabiedrības līdzdarbība un veselības aprūpes profesionāļu atbalsts attīstības stratēģijai.

GASTRO CENTRS sadarbībā ar Nacionālā veselības dienestu ir uzsācis projektu "GastroTech", kuru noteikti varam uzskatīt par nopietnu soli šādas – nākotnē vērstas – attīstības stratēģijas virzienā. Par to, kas ir "GastroTech" un ko šī projekta realizācija dos sabiedrībai, mediķiem, valsts veselības aprūpes sistēmai var plašāk lasīt šajā "GASTRO Ziņu" numurā, taču noteikti vietā ir piebilst: vienota, skaidri saprotama un, kas nav mazsvarīgi, ērti



lietojama digitālās veselības sistēma ir tas virziens, kurā mums jāvirzās. Un ar vārdu "mums" es saprotu gan visus sabiedrības locekļus, gan pacientus, gan valsts veselības aprūpes sistēmas iestādes, gan valsts un privātās klīnikas, gan mediķus. Es patiesi ceru, ka "GastroTech" būs kā paraugs un piemērs, ka mēs varam to izdarīt vai vismaz sākt darīt tūlīt un tagad.

Šis ir pirmssvētku laiks. Tāpēc arī "GASTRO Ziņas" šajā numurā piedāvā ne tikai nopietnas sarunas un intervijas, bet arī kādu pārsteigumu visiem mūsu kolēģiem, partneriem un draugiem. Gribu novēlēt visiem – Jaunajā gadā būsim aktīvi, radoši un profesionāli. Mūsu – mediķu – misija ir darīt visu mūsu pacientu veselības labā, vienlaikus paturot prātā arī kopīgo atbildību par visu veselības nozari. Tikai no mums pašiem lielā mērā atkarīgs, kur un kā virzīsies Latvijas veselības aprūpe.

Lai gaiši Ziemassvētki un laimīgs Jaunais gads!

Uz tikšanos jau nākamajā gadā! 🌟

**AR VĀRDU "MUMS" ES SAPROTU
GAN VISUS SABIEDRĪBAS LOCEKĻUS,
GAN PACIENTUS, GAN VALSTS
VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS
IESTĀDES, GAN VALSTS UN PRIVĀTĀS
KLĪNIKAS, GAN MEDIĶUS.**



GASTRO CENTRS sāks izmantot Latvijā pirmo mobilo diagnostikas staciju

GASTRO CENTRS no Somijas medicīnisko tehnoloģija uzņēmuma "MedicubEX" iegādājies autonomo e-veselības staciju, kas ļauj reāllaikā nodrošināt svarīgāko veselības rādītāju mērījumus.

GASTRO CENTRA valdes priekšsēdētājs Ivars Tolmanis: "Šī sadarbība ļaus mums uzlabot gastroenteroloģijas pakalpojumus, iekļaujot reāllaika vitālo pazīmju monitoringu. Izmantojot modernus digitālos datus, mēs cenšamies paaugstināt diagnostikas precizitāti un uzlabot pacientu aprūpi, piedāvājot autonomus un precīzus pašmērīšanas rīkus. Šī iniciatīva apliecina mūsu apņemšanos

izmantot tehnoloģijas, lai uzlabotu pacientu aprūpi gastroenteroloģijā un saistītajās nozarēs."

"MedicubEX" ir Somijā dibināts medicīnas tehnoloģiju uzņēmums, kas izstrādā autonomas e-veselības stacijas, lai uzlabotu slimību profilaksi un atvieglotu piekļuvi veselības aprūpes datiem un pakalpojumiem. Uzņēmuma galvenais produkts ir "eHealth Station", kas ļauj lietotājiem patstāvīgi veikt svarīgāko vese-



Foto – GASTRO CENTRS



lības rādītāju mērījumus, piemēram, ķermeņa temperatūru, asinsspiedienu, pulsu, EKG un citus tikai piecu minūšu laikā.

Taavi Laukkanens – CRO (galvenais ieņēmumu speciālists) MedicubEX: "Mēs esam ļoti priecīgi par sadarbību ar GASTRO CENTRU," saka Taavi Laukkanens, "MedicubEX" galvenais produktu menedžeris, "GASTRO CENTRS sāks izmantot mūsu risinājumu pacientu pirmsoperācijas skrīningam. Tādējādi visi nepieciešamie mērījumi

vienmēr tiek standartizēti un arī ietaupa laiku veselības aprūpes speciālistiem. GASTRO CENTRS ir vadošais veselības aprūpes sniedzējs Baltijā savā nozarē un ideāls mūsu partneris šajā jomā," uzsver Somijas uzņēmuma pārstāvis.

"MedicubEX" jau ir piegādāta un testa režīmā atrodas GASTRO CENTRĀ. Šī ir pirmā ierīce, kas piegādāta ārpus Somijas. Lielai daļai GASTRO CENTRA pacientiem tā tiks izmantota no Jaunā gada primāro datu skrīninga ietvaros. 🌐



Ārsti rezidenti pilna laika rezidentūrai var izvēlēties privātās medicīnas iestādes

Pateicoties aktīvai Veselības aprūpes darba devēju asociācijas (VADDA), kuras darbā aktīvi piedalās arī GASTRO CENTRS, iniciatīvai un augstskolu atbalstam, 2024. gada 5. martā Ministru kabinets pieņēma grozījumus 2011. gada 30. augusta MK noteikumos Nr. 685 "Rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība".

Šo grozījumu mērķis ir precizēt rezidentūras studiju vietu plānošanu un kārtību, kādā universitātes un ārstniecības iestādes iesaistās rezidentu sagatavošanā. Šie grozījumi paredz, ka, sākot ar 2024. gada rudeni, nosakot no valsts budžeta līdzekļiem finansējamo rezidentūras vietu skaitu, tiks analizēti gan slimnīcu dati, gan dati par ģimenes ārstu nodrošinājumu, kā arī dati no ambulatorajām ārstniecības iestādēm (t.sk. privātā sektora), kuras sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, par rezidentu skaitu, kuriem atbilstoši iestādē pieejamajiem resursiem būs iespējama apmācība rezidentūras programmas ietvaros, slēdzot darba līgumu.

"Ņemot vērā normatīvo aktu izmaiņas, sākot ar 2024. gada rudeni, saskaņā ar līgumu starp Rīgas Stradiņa universitāti un GASTRO CENTRU, mūsu klīnikā pilna laika rezidentūru iziet trīs rezidentes, kuras pašas pēc savas iniciatīvas tieši GASTRO CENTRU ir izvēlējušās par savu darba devēju rezidentūras laikā," stāsta Ansis grantiņš, GASTRO CENTRA valdes loceklis, norādot, ka GASTRO CENTRAM jau ir ilgu gadu pieredze rezidentu apmācībā, gan piedāvājot divu nedēļu gastroenteroloģijas ciklu RSU



un LU ģimenes ārstu un citu ārstu specialitāšu rezidentiem, gan arī 9 mēnešu endoskopiju ciklu RSU un LU gastroenteroloģijas rezidentiem: "Šo iespēju aktīvi izmanto daudzi jaunie mediķi. Bet līdz šim visiem rezidentiem kā darba vieta rezidentūras laikā bija jāizvēlas vai nu kāda no klīniskajām universitāšu slimnīcām vai arī kāda no reģionālajām ārstniecības iestādēm," akcentē GASTRO CENTRA valdes loceklis.

Pašlaik GASTRO CENTRU kā savu pamata darba devēju rezidentūras laikā ir izvēlējušās trīs ārstes rezidentes – Olga Sjomina, Karīna Raloveca un Una Silvija Garleja, par kuru rezidentūru arī ir noslēgts līgums ar RSU. "Vienlaikus ar šīm rezidentēm atsevišķus rezidentūras ciklus GASTRO CENTRĀ iziet liels skaits ģime-

nes ārstu rezidentu, endoskopiju ciklu iziet ārste Linda Mežmale, savukārt sadarbības, pieredzes apmaiņas un GASTRO CENTRA organizētās apmācības programmās tiek iesaistīti vēl virkne citu ārstu rezidentu," norāda Ansis Grantiņš.

"GASTRO CENTRA vadība aktīvi atbalsta jauno mediķu piesaisti un izaugsmi uzņēmumā," GASTRO CENTRA izglītības un attīstības prioritāti uzņēmumā akcentē Ivars Tolmanis, GASTRO CENTRA valdes priekšsēdētājs, ārsts gastroenterologs, "jo medicīnā sevišķi svarīga ir sadarbības visu ieinteresēto pušu starpā, un tas ietver arī jauno speciālistu integrāciju komandā."

GASTRO CENTRA vadība apņemas veicināt jauno speciālistu attīstību un integrāciju, nodrošinot viņiem iespējas profesionālai izaugsmei un pieredzes apmaiņai. Jāņem vērā, ka GASTRO CENTRA priekšrocība un stiprā puse ir iespēja organizēt teorētisko un arī praktisko apmācību komandās, kurās jaunajiem mediķiem ir iespēja strādāt kopā un mācīties no pieredzējušajiem kolēģiem gan procedūrās, gan ārstu konsīlijos, gan klīniskajos un akadēmiskajos pētījumos. "Tāpat esam uzsākuši ieviest mentoringa pieeju, kad pieredzējušie GASTRO CENTRA ārsti aktīvi iesaistās jauno kolēģu apmācībās un praktiskās pieredzes nodošanā. Tas ļauj nodrošināt pacientiem nemainīgi augstas kvalitātes pakalpojumu," uzsver Ansis Grantiņš, GASTRO CENTRA valdes loceklis. 🌟



Vai endoskopijas jāveic ar anestēziju?

Beidzamajā laikā vairākos mediķu semināros un diskusijās ir aktualizējusies tēma par anestēzijas lietošanas nepieciešamību endoskopiskajos izmeklējumos. "GASTRO Ziņām" šādus jautājumus lūdz skaidrot arī mūsu lasītāji – ģimenes ārsti. Lai viestu skaidrību pašlaik aktuālajā pieejā anestēzijas izmantošanā endoskopiskajos izmeklējumos, jautājumu skaidro Viktors Saule, pieredzējušais GASTRO CENTRA ārsts endoskopists.

Kāpēc vispār šāda diskusija ir aktuāla? Jo būtu taču jābūt tā, ka mūsdienās anestēzijai šādā procedūrā it kā būtu jābūt pašsaprotamai.

Diskusija, man šķiet, ir normāla prakse noteiktu lietu virzības panākšanai. Arī endoskopiju aizsākumos un vēl dažas desmitgades pēc tam, bija diskusija par sedācijas pamatotību. Dažādās valstīs pieeja veidojās dažādi. Kaut vai nazofaringeāla pieeja augšējās endoskopijas veikšanā, kas attīstīja veselu līniju ar tievajiem gastroskopiem. Un, protams, bija diskusija speciālistu vidē, kā iegūt pilnvērtīgāku izmeklējumu un – vienlaikus – kas pacientam ir drošāk. Otra diskusija veidojas arī pacientu pusē. Un pat šeit secinājumi nav viennozīmīgi, jo atsevišķos pētījumos parādās dati, ka apmēram 15–20% pacientu labprāt augšējo endoskopiju veiktu tikai lokālā anestēzijā.

Kā šobrīd pārsvarā Latvijā tiek veiktas endoskopijas – ar anestēziju vai bez? Un kāda šī anestēzija ir?

Šis nav viegls jautājums. Gadījumos, kur pacients ierodas ar iepriekšēju izmeklējumu protokoliem, mēs redzam: ir izmeklējumi tikai lokālā anestēzijā, ir tādi, kas veikti lokālā anestēzijā un intravenozā sedācijā, un, visbeidzot, izmeklējumi, kas veikti vispārējā intravenozā anestēzijā. Kāda ir šī proporcija, to tik viegli nevar atšifrēt.

Kāds no šiem veidiem, jūsuprāt, ir labāks un atbalstāmāks?

Jā, šeit, protams, mana subjektīvā atbilde viennozīmīgi ir par labu vispārējai anestēzijai. Tas sevi ietver gan ļoti optimālus apstākļus kvalitatīvam izmeklējumam, gan augstu pacienta komforta stāvokli izmeklējuma laikā. Tomēr jāatgādina, ka var būt situācijas, kur medicīniskas indikācijas pieprasa endoskopijas veikšanu lokālā anestēzijā. Turklāt vēl ir tādi pacienti, kuru pieredze ir tik pozitīva, ka viņi paši izvēlas izmeklējuma veikšanu lokālā anestēzijā, vai pat vispār bez jebkādas medikācijas. Tā kā speciālistam ir jābūt gatavam darboties visās šādās situācijās.

Kā endoskopijas veic GASTRO CENTRĀ?

GASTRO CENTRA struktūra un aprīkojums ir organizēti tā, lai endoskopiskos izmeklējumus veiktu vispārējā intravenozā anestēzijā. Bet, kā jau minēju, vai nu medicīniskas indikācijas vai pacienta izvēle pieļauj arī šos reducētos variantus. Šīs situācijas tiek risinātas ar katru konkrēto pacientu individuāli.

Vai eksistē kādas vispārpieņemtas vadlīnijas un ieteikumi no starptautiskajām speciālajām organizācijām? Kā pārsvarā notiek Eiropas Savienības dalībvalstīs?

- Profesionālu līmenī gan Eiropas Gastrointestinālās endoskopijas asociācija, gan Eiropas Gastroenterologu un endoskopiju māsu asociācija vad-



līniju veidā akceptē un veicina endoskopisko izmeklējumu veikšanu īslaicīgā intravenozā anestēzijā. Mums tikai jāatceras, ka katra ES dalībvalsts ir ar savu likumdošanu, un no tās izrietošajām iespējām veidot ārstu anesteziologu, anestēzijas māsu un endoskopiju māsu tiesības veikt vispārēju intravenozu anestēziju.

Piemēram, ungāru speciālisti uzskata, ka šādai procedūrai anestēzija ir "pārāk dārgs" prieks.

Te gan var tikai minēt, vai Ungārija, būdama postsociālisma valsts, arī šodien vēl virknē jomu velk stipri tuvāk totalitāri pārvaldītai nekā atvērtai sabiedrībai.

Ir zināms, ka starptautiskās diskusijās un semināros pārsvarā par bez-anestēzijas procedūrām uzstāj reģioni, kuros vispār ir problēmas ar anestēzijas pieejamību. Vai tā ir taisnība?

Pēc analogijas ar domāšanas inerci citās dzīves jomās, man šķiet, ka sabiedrības empātijas līmenis saistībā ar sāpēm, diskomfortu, stresu bieži tiek nomaskēts ar nepietiekamu finansējumu. Šeit arī ir īstais diskusiju lauks no sabiedrības puses. 🗣️



Mūsu komandai pievienojusies Elīna Vašuka, ārste interniste un rezidente gastroenteroloģijā

Ar prieku paziņojam, ka mūsu komandai pievienojusies Elīna Vašuka, ārste interniste un rezidente gastroenteroloģijā.

Viņa sniedz konsultācijas, veic ārstēšanu un dinamisko novērošanu gremošanas orgānu slimību gadījumos. Pacienti var vērsties ar tādiem simptomiem kā diskomforts, sāpes, dedzināšana vēderā, vēdera izejas traucē-

jumi (caureja vai aizcietējumi), slikta dūša, vemšana, svara zudums un citi kuņģa-zarnu trakta simptomi.

Daktare Elīna Vašuka pieņem pacientus no 18 gadu vecuma.

Elīna Vašuka,

ārste interniste un rezidente gastroenteroloģijā

Absolvējusi Rīgas Stradiņa universitātes Medicīnas fakultāti.

Sertificēta interniste, un šobrīd ir rezidentūrā gastroenteroloģijā RSU Rezidentūras studiju fakultātē.

Laipni aicinām pieteikties konsultācijām un izmantot Elīnas Vašukas profesionālo atbalstu jūsu veselības uzlabošanā!



GASTRO CENTRS
VESELĪBA UN MEDICĪNA

JAUNUMS!

ELĪNA VAŠUKA

Ārste interniste, rezidente gastroenteroloģijā.

Sniedz konsultācijas, veic ārstēšanu un dinamisko novērošanu gremošanas orgānu slimību gadījumos. Pieņem pacientus no 18 gadu vecuma.





Projekts «GastroTech»: starptautisks skats, vadlīnijas, digitālās platformas attīstība

GASTRO CENTRS sadarbībā ar Nacionālo veselības dienestu (NVD) realizē pilotprojektu “GastroTech”, kas vērstas uz gremošanas sistēmas izmeklējumu pieejamības un efektivitātes uzlabošanu Latvijā. Pilotprojekts ietver digitālās platformas izstrādi, kas sniegs gan pacientiem, gan veselības aprūpē iesaistītajiem speciālistiem inovatīvus risinājumus, lai nodrošinātu savlaicīgu un precīzu endoskopijas nosūtījumu sagatavošanu un pacientu riska novērtēšanu.

“GASTRO Ziņas” regulāri informē par projekta norises gaitu, sasniegtajiem rezultātiem un viedokļiem, kā, vērtējot no “GastroTech” skatupunkta, šobrīd darbojas un funkcionē veselības aprūpes organizācijas sistēma.

Šodien piedāvājam trīs ar projektu cieši saistītu speciālistu viedokļus.

Projektam jānodrošina esošās nosūtījumu sistēmas modernizācija

**Eduards Krustiņš,
PSKUS ārsts gastroenterologs,
“GastroTech” projekta eksperts**

Šobrīd Latvijai specifisku klīnisko vadlīniju endoskopijā nav – neliels iedzīvotāju skaits to izstrādi un regulāru atjaunināšanu padara neracionālu, jo literatūras analīze, vadlīniju izstrāde prasa ļoti lielus resursus un laiku.

Tādēļ praksē tiek izmantotas dažādu Eiropas organizāciju (ESGE, UEG, ECCO, NICE) vadlīnijas, kas kalpo kā “ceļa karte” par vēlamo rīcību un ietver pamatnostādnes, kādos ga-

dījumos endoskopiskie izmeklējumi ir medicīniski nepieciešami, kā arī nosaka pamatprasības pacientu sagatavošanai. Tāpat šīs vadlīnijas nosaka prioritātes, piemēram, akūtu stāvokļu gadījumos. Tomēr, nenoliedzami, vietēji apstākļi un iespējas ne vienmēr ļauj šīm starptautiski pieņemtajām vadlīnijām sekot pilnībā. Visuzskatāmāk to ilustrē specifiski vietējie normatīvie akti, kas jau ir rīkojuma formā un prasa konkrētu rīcību noteiktās situācijās tieši Latvijā. Piemēram, par kolorektālā vēža skrīningu, zaļā koridora izmeklējumiem u.t.t.



TURPINĀJUMS 8. LPP.

GastroTech

Digitālie risinājumi medicīniskās diagnostikas uzlabošanai

Pilotprojekts “Digitālie risinājumi pamatotiem uz medicīniskām indikācijām un riska kalkulatoriem balstītiem nosūtījumiem uz gastrointestinālo endoskopiju. “Eiropas Savienības Atveseļošanas un noturības mehānisma plāna 4. komponentes “Veselība” 4.3. reformu virziena “Veselības aprūpes ilgtspēja, pārvaldības stiprināšana, efektīva veselības aprūpes resursu izlietošana” 4.3.1.r. reformas “Veselības aprūpes ilgtspēja, pārvaldības stiprināšana, efektīva veselības aprūpes resursu izlietošana, kopējā valsts budžeta veselības aprūpes nozarē palielinājums” projekta “Veselības aprūpes pakalpojumu modeļu attīstības laboratorija” ietvaros.



GASTRO CENTRS
VESELĪBA UN MEDICĪNA



Projektam jānodrošina esošās nosūtījumu sistēmas modernizācija

TURPINĀJUMS NO 7. LPP.

Tādēļ "GastroTech" projekts nevar būt uzskatāms par vadlīnijām burtiskajā šī termina izpratnē, bet gan par konkrētu rīcības ceļu, kam sekot arī citu medicīnas nozaru pārstāvjiem un politikas veidotājiem. "GastroTech" tiek veidots, lai modernizētu esošo nosūtījumu sistēmu.

Un tā ir problemātiska no daudziem aspektiem. Mērķis ir plašā speciālistu lokā vienoties par to, kuras no dažādās vadlīnijās pieejamajām atziņām ir izmantojamas Latvijā, izveidojot algoritmisku pieeju, lai, balstoties uz simptomiem, laboratorisko rādītāju novirzēm un citiem datiem, standartizētu pacientu nosūtīšanu uz endoskopiju. Ideālā gadījumā pacientiem ar vienādu klīnisko ainu izmeklējums būtu jāsaņem vienādā laikā. No vienas puses tas mazinātu nepamatotus izmeklējumus, bet no otras puses nodrošinātu, ka uz endoskopiju savlaicīgi nokļūst tie pacienti, kam tā patiesi nepieciešama.

Ja pavisam īsi un koncentrēti jāraksturo ieguvumi no šāda projekta realizācijas un digitālās platformas izveides, tad tas noteikti dos ieguvumu visām iesaistītajām pusēm vai, kā angļu valodā saka, būs win-win projekts, ieguvēji būs visi. Varu tikai nosaukt galvenos ieguvumus:

- ģimenes ārstiem, lai vienkāršotu un strukturētu nosūtījumu procesu, atvieglotu pacienta vajadzību novērtēšanu;
- ārstiem speciālistiem, lai skaidrāk novērtētu pacienta stāvokli un labāk lemtu par nepieciešamo ārstēšanu/novērošanu;
- pacientiem, nodrošinot, ka viņi saņem piemērotus izmeklējumus, kas balstīti uz medicīniskiem pierādījumiem;

GASTRO TECH PROJEKTS IR KĀ KONKRĒTS RĪCĪBAS CEĻŠ, KAM SEKOT ARĪ CITU MEDICĪNAS NOZARU PĀRSTĀVJIEM UN POLITIKAS VEIDOTĀJIEM.

• veselības aprūpes organizatoram – Nacionālajam veselības dienestam (NVD), lai tas saņemtu precīzus datus par veiktajiem izmeklējumiem, slimību biežumu u.c.

Šis uzskaitījums, protams, ir ļoti īss un vispārīgs, taču precīzi ieskicē virzienu, kurā dodamies "GastroTech" projekta realizācijā. Ilustrācijai varu jau precīzāk ieskicēt ieguvumus vienai konkrētai no nosauktajām interesētajām grupām. Piemēram, ģimenes ārstu ieguvums, lai vienkāršotu un strukturētu nosūtījumu procesu, nozīmē:

- precīzāka izpratne par iespējamo nosūtīšanu uz izmeklējumus;
- mazāka atbildība par "klūdaiņiem" nosūtījumiem, pateicoties automatizētai izvērtēšanai.

Savukārt pacienti iegūs:

- ātrāku un precīzāku piekļuvi izmeklējumam;
- mazāku nevajadzīgu procedūru un potenciālu komplikāciju iespējamību.

Patiesībā šis uzskaitījums labi ilustrē

problēmas aktualitāti. Pēdējo gadu statistika norāda, ka līdz 30% endoskopisko izmeklējumu Latvijā tiek veikti bez pietiekama pamatojuma. Bet naudas izteiksmē tas ir krietni pāri vienam miljonam eiro. Tajā pat laikā mums ir garas rindas gan uz plānveida, gan uz skrīninga izmeklējumus. Tāpēc ideālā gadījumā "GastroTech" būtu platforma, kas ļautu, norādot nepieciešamos datus par pacientu (sūdzības, atrade, laboratorie rezultāti), automātiski saņemt pierakstu uz izmeklējumam atbilstoši pacienta prioritātei. Ievadot konkrētus pacienta datus. Sistēma automātiski:

- pielietos vadlīnijas, lai izvērtētu nepieciešamību pēc izmeklējuma;
- piešķirs prioritātes pēc pacienta riska līmeņa.

No speciālista skatupunkta tā būtu iespēja saņemt nepieciešamo informāciju par pacientu vēl pirms izmeklējuma, kas ļautu labāk plānot nepieciešamās darbības, novērtēt un pacientam nodrošināt atkārtotu izmeklējumu, ja tas nepieciešams. 🌐



«GastroTech» tehnoloģiskais mērķis: ātrums, precizitāte, savietojamība

Jānis Ansons,
GASTRO CENTRA digitālo produktu vadītājs

Jau iepriekš minēts, ka “GastroTech” galvenais mērķis ir izveidot digitālu risinājumu, kas ne tikai paātrina un atvieglo gremošanas sistēmas slimību diagnostikas procesu, bet arī nodrošina pacientu prioritizāciju nosūtījumu izveidē, balstoties uz anketu un riska kalkulatoru rezultātiem.

Tas ļaus augsta riska pacientiem savlaicīgāk piekļūt izmeklējumiem, vienlaikus optimizējot veselības aprūpes resursu izmantošanu. Risinājums sniegs ārstiem personalizētu datu un ieteikumu atbalstu lēmumu pieņemšanā, bet pacientiem nodrošinās skaidrību un ātrumu visā diagnostikas un ārstēšanas procesā.

Pilotprojekts ievieš modernu digitālo platformu, kas atvieglo un paātrina piekļuvi endoskopijas pakalpojumiem. It īpaši tiem pacientiem, kuriem tas nepieciešams steidzami. Šis risinājums ne tikai automatizē pieraksta procesu, bet arī sniedz



personalizētus datus un rekomendācijas gan ārstiem, gan pacientiem, kā arī asistē ārstiem speciālistiem darba procesā.

Īpaši izstrādes un testēšanas stadiju laikā nepieciešams skaidrot, kā tad digitālā platforma tiks “uzbūvēta”. Nevar noliegt, ka šis Latvijai būs unikāls produkts, kam jākalpo par

**RISINĀJUMS
NAV IZOLĒTS
PRODUKTS,
BET GAN
INTEGRĒJAMA
PLATFORMA,
KAS
NODROŠINĀS
SAVIETOJAMĪBU
AR ESOŠAJĀM
VESELĪBAS
APRŪPES
SISTĒMĀM.**

paraugu arī tālākai šādu risinājumu attīstībai ne vien gastroenteroloģijā, bet arī citās medicīnas jomās, un, iespējams, arī veselības aprūpes sistēmā kopumā. Turklāt noteikti jāuzsver vēl kāds “GastroTech” nenoliedzams pluss, proti, risinājums nav izolēts produkts, bet gan integrējama platforma, kas nodrošinās savietojamību ar esošajām veselības aprūpes sistēmām.

Risinājuma mērķis ir pastiprināt un uzlabot esošos procesus, padarot datu apmaiņu efektīvāku un vieglāk pārvaldāmu visām iesaistītajām pusēm. Šāda pieeja nodrošina, ka risinājums kļūst par vērtīgu papildinājumu veselības aprūpes ekosistēmai, nevis izolētu vienību. 🌐

TURPINĀJUMS 10. LPP.

“GastroTech” risinājuma galvenās lietotāju grupas

Ģimenes ārsti un speciālisti

- Nodrošināta strukturēta un personalizēta pacienta datu pieejamība.
- Automatizēti riska kalkulatoru rezultāti un pacientu datu kopsavilkumi palīdz efektīvāk pieņemt klīniskos lēmumus.
- Mazinās administratīvais slogs, ļaujot vairāk fokusēties uz pacientu aprūpi.
- Ārstiem speciālistiem risinājums kalpos kā palīgs procedūru veikšanas laikā.

Pacienti

- Ērta piekļuve anketām, riska kalkulatoriem un personalizētai informācijai par nosūtījumu, kā arī nākamajiem soļiem.
- Skaidrība par izmeklējuma norisi un sagatavošanās prasībām.
- Ātrāka diagnostikas pieejamība un prioritizācija atkarībā no riska līmeņa.



Kā darbosies "GastroTech"?

Lietotājam draudzīga digitālā platforma:

- prioritāte mobilajām ierīcēm, nodrošinot pieejamību gan pacientiem, gan ārstiem neatkarīgi no atrašanās vietas;
- piekļuve no datora ekrāniem, piedāvājot lietotājam pielāgotu un intuitīvu saskarni lielāka izmēra ekrāniem, lai nodrošinātu ērtu darbplūsmu ārstiem un administratīvajam personālam.

Datu savietojamība un integrācija:

- strukturēta datu apmaiņa ar API (lietojumprogrammas saskarne, angļu: application programming interface) starpniecību, izmantojot FHIR standartu, kas nodrošina saderību ar dažādām veselības aprūpes sistēmām;
- integrācija ar e-veselību, izmantojot FHIR standartu, datu sinhronizēja caur API starpniecību.

Pacienta un ārstu portāls:

- pacienti varēs piekļūt saviem ar endoskopiju saistītiem datiem, papildinot nevis dublējot esošo sistēmu funkcionalitāti;
- ģimenes ārstiem un ārstiem speciālistiem būs pieejams portāls, kurā var apskatīt pacienta datus strukturētā un viegli pieejamā formātā;
- šis rīks kalpos kā palīgs kopējā darba procesa organizēšanā un efektīvākā pacientu aprūpē.

Mākslīgā intelekta integrācija:

- plānots testēt mākslīgā intelekta iespējas riska faktoru analīzei un datu automatizētai apstrādei, kā arī kopsavilkumu ģenerācijai.

Datu automatizācija un personalizēti rezultāti:

- automatizēta pacienta datu apstrāde, riska kalkulatori un kopsavilkumi balstīti uz medicīniskajām vadlīnijām.

API savienojumi ar citām sistēmām:

- risinājums tiks veidots tā, lai savienotu "GastroTech" platformu ar ģimenes ārstu, speciālistu un citu ārstniecības iestāžu sistēmām, nodrošinot pilnīgu datu savietojamību un izvairoties no manuālās datu ievades.

Ko nosaka «GastroTech» izstrādājamie algoritmi?

Olga Sjomina,
GASTRO CENTRA ārste rezidente,
"GastroTech" projekta eksperte

GASTRO CENTRA un piesaistīto ekspertu komanda šobrīd ļoti intensīvi strādā pie valsts līmeņa projekta – mēs izstrādājam algoritmus, kas ļaus precīzi un pamatoti noteikt nepieciešamību veikt endoskopiskās procedūras.

Mūsu profesionālā pieredze un arī oficiālie statistikas dati skaidri parāda, ka katru gadu liels budžeta apjoms tiek izlietots, nepamatoti nosūtot pacientus uz endoskopijām,

kas ir salīdzinoši dārgs un resursus prasošs izmeklējums.

Kāpēc tā notiek? Līdz šim mums nebija skaidru vadlīniju, medicīnisku algoritmu un ieteikumu, kas palīdzētu gan pacientiem, gan ģimenes ārstiem pieņemt lēmumu par to, vai pacientam patiešām ir nepieciešama gastrokopija vai kolonoskopija, vai tomēr piemērotāki ir citi diagnostikas veidi. Turklāt, ja endoskopija ir vajadzīga, ir svarīgi noteikt, kādā laika posmā tā būtu jāveic – vai procedūra ir neatliekama, vai arī pacients var pagaidīt, lai prioritāti dotu tiem, kuriem izmeklējums ir nepieciešams steidzami.



TURPINĀJUMS 11. LPP.



Ko nosaka «GastroTech» izstrādājamie algoritmi?

TURPINĀJUMS NO 10. LPP.

Mūsu komanda ir apkopojusi pašas nozīmīgākās vadlīnijas no Eiropas, ASV un Austrālijas. Mēs rūpīgi izanalizējām ārzemju kolēģu pieredzi un tos ieteikumus, uz kuriem balstās pasaulē vadošās klīnikas, un šobrīd izstrādājam algoritmus, kas kļūs par ērtu digitālo rīku gan pacientiem, gan ģimenes ārstiem un speciālistiem.

Izmantojot šo aplikāciju, pacientam un viņa ģimenes ārstam būs iespēja, atbildot uz vienkāršiem jautājumiem anketā vai izmantojot īpašus kalkulatorus, uzzināt, cik drīz nepieciešama procedūra. Turklāt aplikācija automātiski ģenerēs nosūtījumu uz izmeklējumu. Šis nosūtījums automātiski pārņems svarīgāko informāciju no anketas, kas būs nepieciešama gan endoskopistam, gan anesteziologam, lai veiktu procedūru. Tādējādi galvenie algoritma lietotāji būs paši pacienti un viņu ģimenes ārsti. Tomēr izstrādātais rīks būs noderīgs arī citiem speciālistiem, kuri vēlas nosūtīt savus pacientus uz izmeklējumiem, kā arī aplikācija un kalkulatori būs vērtīgs resurss arī gastroenterologiem. Tie palīdzēs viņiem efektīvāk konsultēt un vadīt pacientus, balstoties uz skaidriem un pārbaudītiem algoritmiem. Šādā veidā mēs veicinām savstarpēju sadarbību starp dažādu jomu ārstiem un uzlabojam kopējo diagnostikas un ārstēšanas procesu.

Šāda pieeja ne tikai atvieglos ģimenes ārstu un speciālistu ikdienas darbu, bet arī ievērojami ietaupīs laiku, samazinās nevajadzīgus riskus un padarīs procesu ērtāku un drošāku pacientam. Mūsu mērķis ir veidot efektīvu un labi strukturētu sistēmu, kas palīdzēs nodrošināt augstāku

ĢIMENES ĀRSTIEM ŠIS RĪKS ĻAUS DARBOTIES AR LIELĀKU PĀRLIECĪBU UN PRECIZITĀTI, MAZINOT NENOTEIKTĪBU SPECIFISKOS GADĪJUMOS.

aprūpes kvalitāti un resursu optimālu izmantošanu.

Kalkulators šajā gadījumā apvieno vairākus novērtēšanas rīkus, kas palīdzēs precīzi un efektīvi izvērtēt pacienta veselības stāvokli. Piemēram, ASA skala – starptautiski atzīts rīks pacienta pirmsanestēzijas riska novērtēšanai – ļaus endoskopistam un anesteziologam jau iepriekš novērtēt procedūras riskus. Tas nozīmē, ka reģistratūra varēs plānot sarežģītāku pacientu izmeklējumus rīta stundās, kad personāls ir vispieejamākais. Vēl viens piemērs ir kalkulators, kas novērtē iekaisīgu zarnu slimību aktivitāti. Šī ir specifiska joma, kuru ģimenes ārsts varētu nepārzināt tik labi kā gastroenterologs. Tomēr kalkulatora rezultāti kalpos kā vērtīga norāde, izrakstot nosūtījumu un nodrošinot, ka nepieciešamie dati jau ir pieejami. Ģimenes ārstiem šis rīks ļaus darboties ar lielāku pārliecību un precizitāti, mazinot nenoteiktību

specifiskos gadījumos.

Patiesībā ideja par “GastroTech” ir radusies uz, teiksim tēlaini, pašu izbaudītu problēmu pamata. Mēs saskaramies ar situāciju, kurā steidzami nepieciešams izstrādāt racionālākus diagnostikas algoritmus un efektīvāku līdzekļu sadali izmeklējumiem. Pašlaik ir problēmas ar ātras izmeklēšanas pieejamību, kad tā patiešām ir nepieciešama, kā arī ar kvotu trūkumu. Vienlaikus liels skaits endoskopiju tiek veiktas bez pietiekama pamatojuma, radot zaudējumus, kas ik gadu sasniedz vairākus miljonus eiro. Nepamatoti izmeklējumi ne tikai rada papildu izmaksas veselības aprūpes budžetam, bet arī aizkavē piekļuvi tiem pacientiem, kuriem izmeklējumi ir steidzami nepieciešami. Tāpēc mūsu komanda ir ļoti motivēta un cer, ka varēsim radīt būtiskas pozitīvas pārmaiņas gan pacientiem, gan visai veselības aprūpes sistēmai. 🌟



Hosams Abu Meri: "Ir ļoti būtiski saprast – mums nav slikta medicīna, nav slikta sistēma."

Veselības ministrs Hosams Abu Meri ("Jaunā Vienotība") intervijas laikā vairākkārt uzsver, ka mums jābūt domāt citādāk – elastīgāk, atbilstošāk laikam un arī radošāk. Tiesa, medicīnas jomā strādājošie ne reizi vien teikuši, ka cilvēku ārstēšanā radošumam nav vietas, te viss stingri salikts "pa plauktiņiem", ierobežots ar vadlīnijām un indikācijām. Tomēr neviens nav teicis, ka plašāku domas lidojumu nevar izmatot pašas sistēmas sakārtošanā. Jo, kā "GASTRO Ziņām" bilst veselības ministrs: "Mums ir laba medicīna un labi ārsti."



Ja runājam par veselības aprūpi, tad parasti ar to domājam "lielās valsts slimnīcas" un arī pašvaldību vai valsts pārziņā esošās veselības aprūpes iestādes reģionos. Tomēr situācija nebūt nav tik vienkārša. Arvien vairāk šajā sistēmā ienāk arī privātās ārstu prakses, klīnikas un medicīnas centri. Kādai, jūsuprāt, būtu jābūt šai sistēmai kopumā, un kur tajā vieta ir privātajām medicīnas iestādēm?

Privātas medicīnas iestādes Latvijā lielā mērā vairāk strādā ambulatori, viņu pakalpojumi ir labi sakārtoti un ļoti kvalitatīvi. Protams, cilvēki gribētu, lai privātās iestādēs būtu vairāk valsts apmaksātas kvotas un nebūtu jāmaksā no saviem līdzekļiem. Tomēr atcerēsimies, ka savulaik, kad valstij vēl nebija iespēju tik daudz investēt jaunās tehnoloģijās, tieši privātie uzņēmumi riskēja iegādāties modernās iekārtas un uzsāka sniegt pakalpojumus. Privātās iestādes arī šodien sniedz valsts apmaksātus pakalpo-

jumus, šogad no Eiropas Savienības finansējuma piešķirām finansējumu privātām klīnikām, kuras strādā ar onkoloģiskām saslimšanām. Sadarbība kopumā ir laba, bet noteikti jābūt iespējām arvien lielākam skaitam Latvijas iedzīvotāju sniegt tieši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

Valsts apmaksāto pakalpojumu apjoms ir ļoti "karsts kartupelis" diskusijās gan publiskajā telpā, gan mediķu vidū. Vai valsts šobrīd pietiekami atbalsta veselības aprūpes sistēmu ar finansējumu?

Ir skaidrs, ka Latvijas valsts budžetā nekad nepietiks naudas, lai visi 1,9 miljoni iedzīvotāju saņemtu valsts pilnībā apmaksātus medicīnas pakalpojumus. Tāpēc ir ļoti būtiski, lai valsts maksātu par stacionāru pakalpojumiem, onkoloģiju, par bērniem, invalīdiem, maznodrošinātiem iedzīvotājiem un akūtiem gadījumiem. Bet, runājot par specifiskām lietām,

piemēram, vizītēm pie speciālistiem, nākotnē noteikti vairāk jāorientējas uz veselības apdrošināšanu. Diemžēl politiski šai jautājumā līdz šim nesam tikuši uz priekšu, jo par daļu iedzīvotāju nemaz nezinām, vai viņi vispār atrodas Latvijā un maksā nodokļus. Nepieciešams, lai vispārējā veselības apdrošināšana būtu konkrēta un cilvēki, kuri maksā nodokļus, varētu ātrāk tikt pie izmeklējumiem un speciālistiem. Tiem Latvijas pilsoņiem, kuri strādā un nodokļus maksā citās valstīs, bet ārstēties vēlas šeit, vajadzētu gadā iemaksāt noteiktu summu veselības apdrošināšanai. Tādējādi iegūsim gan vairāk naudas budžetā, gan būs arī vairāk valsts finansētu pakalpojumu.

Protams, akūtos gadījumos, pie onkoloģiskas saslimšanas vai par ārstēšanos stacionārā maksātu valsts, bet, piemēram, par konsultācijām, izmeklējumiem, citiem līdzīgiem pakalpojumiem cilvēkam, kurš vēlas izmantot

TURPINĀJUMS 13. LPP.



Hosams Abu Meri: "Ir ļoti būtiski saprast – mums nav slikta medicīna, nav slikta sistēma."

TURPINĀJUMS NO 12. LPP.

Latvijas veselības aprūpes pakalpojumus, būtu jāpiedalās pakalpojumu apmaksā, un, visticamāk, tā varētu būt apdrošināšana. Domāju, nākotnē mēs šādu veselības aprūpes modeli arī piedāvāsim.

Sabiedrību samaksas jautājums ļoti interesē, cilvēki grib zināt, kādos gadījumos labāk izvēlēties maksas pakalpojumu un kad, vienkāršoti sakot, "gaidīt uz valsti"...

Katram, kurš Latvijā maksā nodokļos, ir tiesības saņemt universālo veselības apdrošināšanas pārklājumu un izmantot iespēju ārstēties uz valsts rēķina. Taču hronisku problēmu gadījumā cilvēkam uz viņam nepieciešamo izmeklējumu vai manipulāciju vajadzētu pierakstīties jau laicīgi, kaut vai pusgadu uz priekšu. Šāda prakse ir arī ārzemēs. Piemēram, Kanādā uz kolonoskopiju, ja tā ir skrīninga ietvaros, rindā jāgaida divus gadus. Piecdesmit gadus vecam cilvēkam, kuram nav nekādu sūdzību un nekādu risku, pieraksts būs pēc gada. Vienkāršai kontrolei pieraksts rindā būs pēc diviem gadiem. Tāpēc mēs arī ejam uz vienoto pierakstu digitālā sistēmā, kur visa valsts apmaksātā medicīna ir vienā sistēmā, un līdz ar to arī pierakstu veikt var laikus. Jābūt skaidri redzamam, vai tie ir hroniski pacienti, prevencija, skrīnings, kontrole, akūti gadījumi. Piemēram, onkoloģiskiem pacientiem ir sava atsevišķa rinda, un tā tam arī jābūt. Līdz ar to visi nebūs vienā "katlā" un arī gaidīšanas laiks būs īsāks

Viens no modernajiem medicīnas un veselības aprūpes virzieniem ir



nevis cīnīties ar kādām konkrētām sekām, ārstējot noteiktus simptomus, bet gan meklēt cēloņsakarības pacienta veselības uzlabošanai kompleksi, ne tikai ārstējot, bet arī sniedzot padomus vispārējā veselības stāvokļa uzlabošanā, nodrošinot profilaksi un laicīgu diagnostiku. Kā jūs raksturotu šādu pieeju?

Tas ir ļoti pozitīvi. Baltimorā (ASV), Hopkinsa klīnikā, redzēju, ka, piemēram, aizdomās par plaušu problēmām, viņi izmeklē ne vien plaušas, bet arī vēdera dobumu un mazo iegurni. Jo īpaši cilvēkiem, kuri ir vecāki par 45 vai 50 gadiem un kuriem ģimenes anamnēzē ir bijis vēzis. Tiek veikta arī pārbaude sirdij, un, kā viņi man teica, pārbaudot plaušas, nereti tiek atrasta arī sirds asinsvadu išēmija. Domāju, arī mums jāiet šajā virzienā. Tas ir ļoti labi gan prevencijai, gan arī valstij tādējādi tiek samazinātas medicīnas izmaksas. Vai jāmaksā par trim atsevišķiem datortomogrāfijas izmeklējumiem, ja visu vajadzīgo informāciju var iegūt ar vienu? Tāda izmeklējuma

cena gan būs dārgāka, bet tas noteikti izmaksās lētāk nekā trīs izmeklējumi ar nelielu laika nobīdi.

Vai Latvijā šāda pieeja jau tiek īstenota un kāda te ir iespēja valsts un privātā sektora sadarbībai?

Šāda sadarbība ir ļoti loģiska. No 1. janvāra sāks strādāt metodiskie centri tādās veselības aprūpes jomās kā onkoloģija, sirds slimības, rehabilitācija, bērnu slimības, arī ģimenes ārstu institūts. Šie centri attiecīgo jomu ietvaros nodrošinās vienotu pieeju veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, un iedzīvotājiem tiks nodrošināta iespēja saņemt līdzvērtīgus pakalpojumus – gan satura, gan kvalitātes ziņā, neatkarīgi no to sniegšanas vietas. Šiem metodiskajiem centriem divu gadu laikā jāizstrādā vadlīnijas mērķtiecīgāka ārstēšanas procesa organizēšanai. Piemēram, ja noteikta vecuma cilvēkam tiek veikta endoskopija, tad obligāti nepieciešama arī kolonoskopija.

TURPINĀJUMS 14. LPP.



Hosams Abu Meri: “Ir ļoti būtiski saprast – mums nav slikta medicīna, nav slikta sistēma.”

TURPINĀJUMS NO 13. LPP.

Vai minētās vadlīnijas attieksies arī uz privātajām medicīnas klīnikām vai tikai uz valsts sektorā strādājošajām ārstniecības iestādēm?

Tās attieksies uz visiem, un tās būs jāievēro mediķiem visa Latvijā. Pilnībā šo sistēmu varēs realizēt pēc diviem, trim gadiem. Ir jāizstrādā vadlīnijas, plāni katrai nozarei un jāpasaka: ja cilvēkam ģimenē bijušas onkoloģiskas saslimšanas un viņš vērsies pie ārsta, piemēram, ar sūdzībām par plaušām, tad jāveic noteikts izmeklējumu apjoms. Turklāt tas jā dara tūlīt, nevis kaut kad – pēc gada vai diviem. Mums jā sāk domāt citādāk un jāatklāj saslimšanas laicīgāk. Prevencija ir labāka par jebkuru ārstēšanu.

Viena no lielajām veselības aizsardzības sistēmas problēmām ir garās rindas pie speciālistiem. Pat tad, ja tiek sniegti pakalpojumi par “pilnu maksu”. Protams, valsts apmaksāto pakalpojumu apjomu lielā mērā nosaka finanšu trūkums, taču tas noteikti nav vienīgais iemesls garo rindu esamībai.

Mums nevajadzētu dzīvot ilūzijās, ka kaut kur pasaulē ir daudz ātrāk. Tā nav. Visā pasaulē ir rindas. Nesen biju Dānijā, un tur, piemēram, lai tiktu pie psihiatra, cilvēkam jāgaida rindā no sešiem mēnešiem līdz trim gadiem, pie traumatologa – no trim līdz sešiem mēnešiem. Protams, akūtā situācijā pie ārsta var tikt uzreiz, taču parastā situācijā ar kaulu vai muguras sāpēm jāgaida rindā. Tā kā rindu iemesls nav tikai valsts apmaksātās kvotas vai finansējuma apjoms kopumā, galvenokārt tas ir speciālistu trūkums.



Es pats esmu ārsts gastroenterologs, tāpēc zinu situāciju. Domājat, ka endoskopistu pietiek visā Latvijā? Nē! Domāju, ka arī GASTRO CENTRA speciālisti strādā vairākās vietās. Es pats ārsta praksē arī strādāju vairākās vietās – Rīgā, Jelgavā, braucu uz Jēkabpili, kādreiz uz Saldu. Lai medicīnas speciālistu pietiktu, mums nepieciešami vēl apmēram desmit gadi. Pacientu skaits varbūt ir samazinājies, bet cilvēki dzīvo ilgāk...

...un daudzi no viņiem kļūst arvien slimāki.

Tieši tā. Lielākais izaicinājums Latvijai un Eiropai kopumā ir sabiedrības novecošanās un dzimstības samazināšanās. Mums, Latvijā, nav daudz imigrantu un lielas cilvēku kustības, nav arī tādas mentalitātes, ka jābūt lielai ģimenei. Tādēļ nebūs tā, ka katrā pilsētā, katrā lielākā apdzīvotā vietā būs arī ārsti speciālisti. Zināmā mērā izeja ir izmaiņas Ministru kabineta noteikumos, lai speciālisti var dabūt subspecialitāti ātrāk. Tāpat ir svarīgi palielināt medicīnas māsu un vecmāšu lomu. Mērķis ir panākt, lai cilvēkam kādu sūdzību gadījumā uz-

reiz nav jāiet pie ārsta speciālista. Tā vietā viņš iet pie medicīnas māsas, kas pacientu novirza uz nepieciešamajiem izmeklējumiem, bet pie speciālista viņš dodas jau ar izmeklējumu rezultātiem. Māsa savukārt seko līdz ārstēšanas gaitai un beigās varbūt vēl ir arī attālināta telemedicīnas konsultācija. Tādā veidā mēs samazināsim rindas.

Vēl viens ļoti būtisks rindu veidošanās iemesls ir pacienta neierašanās iepriekš pieteiktā vizītē. Pierakstoties uz vienu un to pašu pakalpojumu vairākās iestādēs pat četras vai piecas reizes, iedzīvotāji paši ir radījuši “mākslīgo rindu”. Statistika liecina, ka šādi veidojas pat 15 līdz 20% no visa gaidīšanas laika! Pēc vienotā digitālā pieraksta izveidošanas vairs nevarēs uz vienu un to pašu pakalpojumu pierakstīties vairākās vietās vienlaicīgi, bet varēs izvēlēties pakalpojuma saņemšanas vietu. Tā mēs viena līdz divu gadu laikā panāksim uzlabojumu.

Protams, ir vajadzīgs arī lielāks finansējums. Apmēram 30 līdz 40 procentu cilvēku atrodas ārpus valsts

TURPINĀJUMS 15. LPP.



Hosams Abu Meri: "Ir ļoti būtiski saprast – mums nav slikta medicīna, nav slikta sistēma."

TURPINĀJUMS NO 14. LPP.

apmaksāto medicīnas pakalpojumu saņēmēju loka, viņi par tiem maksā vai nu no savas kabatas, vai arī ar privāto apdrošināšanu. Taču arī šie cilvēki ik pa laikam grib saņemt valsts apmaksātus pakalpojumus un pieprasījums aug. Arī sabiedrības novecošanās kāpina pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem. Tāpēc mums visu laiku paralēli jāsniedz risinājumi, lai noturētu un uzlabotu līmeni. Vai tad viss būtu perfekti? Nezinu. Es neesmu redzējis nevienu valsti, kur viss būtu perfekti.

Piemēram, Lielbritānijas veselības aprūpes sistēma, kas balstīta uz pacientu vajadzībām, nevis viņu maksātspēju, līdz šim tikusi uzskatīta par veiksmīgāko pasaulē.

Bet cik ilgi viņiem jāgaida? Ātro palīdzību pēdējā laikā viņi gaida divas stundas.

Nācies dzirdēt, ka arī slimnīcu uzņemšanas nodaļās Apvienotajā Karalistē pacientiem jāgaida ievērojami ilgāks laiks, nekā tas ir pie mums, Latvijā.

Mēs runājam par sešām līdz divpadsmit stundām, atkarībā no pacienta stāvokļa nopietnības. Bet esmu redzējis, ka pie mums uzņemšana notiek arī daudz ātrāk. Kad Paula Stračiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā (PSKUS) būs gatavs A2 korpuss, tur arī uzņemšana būs ātrāka. Tāpat ārpus Rīgas slimnīcās nav tik milzīga slodze. Uzņemšanas sistēmu jāskaidrot ar observācijas gultu skaita palielināšanu. Proti, lai pacients varētu atrasties slimnīcā vairākas stundas, dienu vai divas. Piemēram, Rīgas Austrumu



klīniskajā universitātes slimnīcā (RAKUS) ar savu jauno, lielo uzņemšanas nodaļu gatavojas tam, ka observācijas nodaļā pacientu intensīvi var izmeklēt un novērot divas dienas. Jau teicu – mums jāmacās strādāt citādāk. Un tā nav tikai Latvijā, bet visā Eiropā. Es uzskatu, ka varam savu veselības aprūpes sistēmu uzlabot, bet mums jābūt pacietīgiem un jāsaprot, ka neesam unikāli. Un vēl ir ļoti būtiski saprast, un es visu laiku to atkārtuju, mums nav slikta medicīna, nav slikta sistēma. Eiropas Savienībā šai ziņā esam kaut kur pa vidu, bet mūsu digitālā sistēma Eiropā ir astotajā vietā. Piedodiet, bet beidzam nemitīgi teikt, ka viss ir slikti.

Tas bija sociālisma laikos, kad neatliekamā medicīniskā palīdzība brauca uz mājas izsaukumu tikai tādēļ, lai iešpicētu. Bet ir taču iespējams nepieciešamības gadījumā, piemēram, izsaukt ģimenes ārstu uz mājām (pieaugušam pacientam tas ir maksas

pakalpojums – aut.) vai arī zvanīt uz ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni, kurš nodrošina iedzīvotājiem iespēju saņemt medicīniskos padomus ārpus ģimenes ārsta darba laika. Protams, ir gadījumi, kad noteikti jāsauc neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde, taču NMPD nepildīs ne ģimenes ārsta, ne aprūpētāju, ne medicīnas māšas funkcijas.

Runājot ar ārstiem nācies dzirdēt, ka būtu ļoti labi, ja visa informācija par pacientu no dažādām sistēmām būtu vienuviet, tādā kā digitālā veselības kartiņā.

Būs. Slimnīcām līdz nākamā gada vidum būs jāievada sistēmā visa informācija par saviem pacientiem. Kad redzēsīm, ka sistēma šo e-veselību integrē, informācija tajā būs jāievieto pilnīgi visiem ārstiem, tajā skaitā arī ģimenes ārstiem un privātās klīnikās strādājošiem. Bet mēs nevaram to

TURPINĀJUMS 16. LPP.



Hosams Abu Meri: "Ir ļoti būtiski saprast – mums nav slikta medicīna, nav slikta sistēma."

TURPINĀJUMS NO 15. LPP.

prasīt, kamēr sistēma nav pilnībā gatava. Sākam pakāpeniski. Valdība 25. novembrī apstiprināja 25,1 miljona eiro ieguldījumu no Eiropas Savienības fondiem e-veselībā digitalizācijas procesu veicināšanā. Plus varētu piešķirt tam arī papildu finansējumu no valsts. Tādā veidā mēs četrus gadus laikā, līdz 2029. gada beigām, dabūsim sistēmu, ar kuru varēsime lepoties. Taču līdz tam jāuztur arī esošā sistēma un jāizveido tā pilnvērtīgāka un plašāka. Nepieciešams, lai tajā būtu visa pamatinformācija par pacientu, kuru ikviens ārsts jebkurā vietā Latvijā varētu izmantot.

Būtībā nav nozīmes, kur izmeklējumi taisīti – Daugavpilī, Rīgā vai Ventspilī. Tādēļ nav pieņemama situācija, ka izmeklējumi tiek atkārtoti tādēļ vien, ka nav taisīti pie konkrētā ārsta. Piemēram, pacients pirms mēneša bijis uz datortomogrāfiju, aizgājis pie cita ārsta, bet tas sūta viņu uz datortomogrāfiju vēlreiz. Kāpēc? Dubultie izmeklējumi no valsts prasa ļoti lielus, lieki maksātus līdzekļus. Atkārtotās analīzes kontrolei nepieciešamas vien tad, ja iepriekšējās nav normālas. Pretējā gadījumā tādas nevajag.

Ir kāds risinājums tieši sistēmiskiem uzlabojumiem?

Nacionālo veselības dienestu (NVD) plānots pārveidot par fondu. Tas atvieglotu naudas pārdali nozarē, jo katru reizi, kad jāpārvirza līdzekļi starp programmām, vairs nevajadzētu iet garo saskaņošanas ceļu valdībā un Saeimā. Fonds būtu arī stingra apdrošināšana organizācijai, kur maksāts tiek par konkrētām lietām, konkrētām indikācijām. Ja pacients vēlas

Jāsāk domāt citādāk un jāatklāj saslimšanas laicīgāk. Prevencija ir labāka par jebkuru ārstēšanu.

pārbaudīties bez šīm indikācijām, viņš var to darīt, bet tikai par saviem līdzekļiem. Redzot visus izmeklējumus vienuviet, fonds vienmēr varēs uzdot jautājumu – kādēļ pacientam endoskopija veikta trīs reizes, ja vienmēr viss ir normas robežās? Viņš pats to pieprasīja? Lūdzu, bet tad lai pats arī maksā, nevis no valsts vai apdrošināšanas, bet personīgajiem līdzekļiem. Ir lietas, kur vajadzīga labāka kvalitāte, un ir lietas, kuras, sakārtojot digitālo sistēmu, indikācijas, metodisko darbību, mēs trīs gadus laikā varam darīt pilnīgi citādāk.

Viena no nopietnākajām problēmām, ar kurām saskaras gan privātās medicīnas iestādes, gan valsts klīnikas, ir jaunu speciālistu trūkums. Savulaik lielākā sāpe bija jauno ārstu aizplūšana no Latvijas.

Tagad tādu ārstu ir ļoti maz. Ar katru gadu aizbraukušo medicīnas speciālistu skaits samazinās. Vienai daļai aizbraukšanas iemesls bija, ka valsts ne visi jaunajiem ārstiem piedāvāja rezidentūras vietas, bet šogad gandrīz visi, kas beiguši medicīnas fakultātes gan Rīgas Stradiņa universi-

tātē, gan Latvijas Universitātē, dabūja vietas. Šogad piedāvājām rezidentus visām valsts slimnīcām. Darbavietu loks ir plašāks, rezidenti var arī vairāk nopelnīt, ja strādā, piemēram, ārpus Rīgas, dežurē un strādā vairāk. Viņš domā – kāpēc man jābrauc kaut kur prom, ja šeit es varu nopelnīt, ja ir laba darba vide.

Runāsim godīgi. Latvijā jau nav tā, ka ārsts nepelna. Mēs visi to zinām. Es pats esmu ārsts, man kolēģi un draugi ir ārsti, un visi, strādājot vairākos darbos, arī saņem cienīgu atalgojumu. Protams, ir grūti. Bet nav iemesls teikt, ka būtu sliktāk nekā Skandināvijā vai citās Eiropas Savienības valstīs. Labāk ir strādāt trīs vietās un palikt Latvijā, nekā strādāt no rīta līdz vakaram svešas valsts labā, lai nopelnītu to pašu, bet būtu tālu prom no savas valsts un saviem cilvēkiem. Uzskatu, ka šajā ziņā skats uz nākotni uzlabojas.

Un kā ir ar medicīnas māsām?

Tāpat. Esam par 250 vietām palielinājuši budžeta vietu skaitu māsziņībās, bet no nākamā gada sākuma plānojam ieviest jaunu profesionālo

TURPINĀJUMS 17. LPP.



Hosams Abu Meri: "Ir ļoti būtiski saprast – mums nav slikta medicīna, nav slikta sistēma."

TURPINĀJUMS NO 16. LPP.

maģistra programmu māszinībās – paplašinātās kompetences māsas (advanced nurse). Šīs māsas būs orientētas uz vienu medicīnas specialitāti, lai būtu kā starpnieks starp pacientu un ārstu. Paplašinātās prakses māsas spēs patstāvīgi izvērtēt pacienta veselības stāvokli un izskaidrot to pacientam. Tādējādi māsu resurss veselības aprūpes sistēmā tiktu izmantots pilnvērtīgāk. Protams, būtu nepareizi noliegt, ka ir grūti, medicīnas māsu skaita ziņā esam sliktākajā situācijā starp Baltijas valstīm, bet ceru, ka ar laiku situācija mainīsies. Protams, mums jāpanāk, lai arī viņu vidējā alga būtu konkurētspējīga.

Liela problēma medicīnas nozarē un sabiedrības veselībā ir arī pašu cilvēku pārāk vieglprātīgā attieksme pret savu veselību. Bieži pie ārsta cilvēki vēršas tad, kad slimība jau ielaista, kad būtībā notiek cīņa par veselības un pat dzīvības saglabāšanu. Kā, jūsuprāt, panākt sabiedrības attieksmes maiņu, lai varētu panākt daudz savlaicīgāku profilaksi, agrīnāku diagnostiku u.c. jautājumus, kas tieši saistīti ar visas sabiedrības veselību?

Tas ir gan izglītības jautājums, gan arī atgādināšana no valsts puses. Veselības ministrija rīkojusi vairākas kampaņas gan par onkoloģiju, gan sirds asinsvadu slimībām, gan arī par sportošanu. Tāpat atgādinām, ka jauniem cilvēkiem savs ģimenes ārsts jāapmeklē reizi trijos gados, pēc četrdesmit gadu vecuma – vienu reizi gadā, pēc piecdesmit gadu sliekšņa šī viena reize jau ir obligāta, ja vien cilvēkam jau nav kādu saslimšanu.

Latvijā ir pacienti, kuru medikamenti mums maksā 100 tūkstošus, ir arī pacienti, kuru medikamenti izmaksā 600 tūkstošus.

Arī ģimenes ārstam pašam jābūt aktīvākam, tāpēc viņiem no šī gada esam piešķīruši finansējumu papildu darbinieka apmaksai. Šis darbinieks atvieglo ģimenes ārstu un māsu no pacientu reģistrācijas, kā arī cita birokrātiskā sloga. Līdz ar to ģimenes ārstiem ir arī iespēja apzināt savus pacientus un aicināt uz skrīningu. Esam sākuši veidot arī jaunu, pacientiem domātu aplikāciju, caur kuru var saņemt atgādinājumu, kāds valsts apmaksāts skrīnings cilvēkiem pienākas. Mums jādomā plašāk un jāizglīto sabiedrība.

Piemēram, krūts vēža skrīningu veic 30–32% sieviešu, citi skrīningi ir vēl daudz mazāk apmeklēti. Kolo-rektālā jeb zarnu vēža skrīningu veic tikai 14% iedzīvotāji, taču mēs darām visu, lai beigu beigās sasniegtu 70% skrīningu aptveri. Tāpēc tas skar gan iedzīvotāju izglītošanu, gan prevenciju, gan kampaņas un arī ārstniecības personu lielāku iesaistīšanos šo jautājumu skaidrošanā.

Viena no problēmām ir veselības apdrošināšanas sistēmas un valsts apmaksāto pakalpojumu sistē-

mas sakārtošana. Piemēram, nav iespējama "kombinēta" pakalpojuma saņemšana – ja ir valsts apmaksāts pakalpojums, tad nav iespējams izmantot to apvienojumā ar maksas pakalpojumu. Kā var šo problēmu risināt?

Tas ir jautājums par apdrošināšanu. Jābūt sadarbībai starp valsti un apdrošināšanu. Šobrīd apdrošināšana lielā mērā sedz piemaksas vai vizīti pie ārsta, bet par ļoti dārgiem medicīnas pakalpojumiem viņi nemaksā. Jo, ja apdrošinātājiem būtu pilnībā jāmaksā par stacionāru vai dārgiem izmeklējumiem, polise maksātu dažus tūkstošus eiro. Tomēr ir daudz lietas, par kurām cilvēkiem jāsaprot, ka mums ir laba medicīna. Piemēram, par ārstēšanos diennakts stacionārā, sākot ar otro dienu, jāmaksā līdzmaksājums 10 eiro dienā, tas ir par gultu un ēdināšanu. Par izmeklējumiem un ārstēšanu maksā valsts. Nesen biju vakariņās ar dažādu valstu vēstniekiem un viņi saka: nezinājām, ka jums ir tik laba medicīna! Un mēs pirms tam apmeklējām tikai publiskā sektora slimnīcas, nevis privātās klīnikas.

TURPINĀJUMS 18. LPP.



Hosams Abu Meri: “Ir ļoti būtiski saprast – mums nav slikta medicīna, nav slikta sistēma.”

TURPINĀJUMS NO 17. LPP.

Protams, kādreiz ir jautājumi par atieksmi, komunikācijas problēmas ar personālu, cilvēki ir noguruši, viņiem ir psiholoģiskais stress, māsa, ārsts vai sanitāri var dažādi izturēties pret pacientu. Bet, runājot par sistēmu kopumā, valsts maksā par ļoti daudzām lietām un ļoti liels skaits iedzīvotāju ir izārstēti un laimīgi. Diemžēl mums nav piecu, sešu miljardu eiro liels veselības budžets, lai varētu tērēt miljoniem eiro inovatīvos medikamentos un visus izārstēt.

Tanī pašā laikā mēs lasām medijos, ka pasaulē tapuši ļoti efektīvi medikamenti onkoloģijas ārstēšanai un likumsakarīgi uzdodam jautājumu: kāpēc pie mums to nav?

Jāsaprot, ka medicīna attīstās ļoti ātri un katru dienu ir kaut kas jauns. Attiecībā uz šiem inovatīvajiem medikamentiem ir trīs aspekti – vai ražotājs ir gatavs mums šos medikamentus piegādāt, kāda ir to cena un vai attiecīgais medikaments pietiekami efektīvi iedarbojas uz visiem attiecīgās slimības pacientiem. Diemžēl ražotāji ne vienmēr ir gatavi tos piedāvāt mazā tirgū, piemēram, desmit retas slimības pacientiem. Vai arī, ja šādi medikamenti tomēr tiek piegādāti, par tiem prasa ļoti augstu cenu. Piemēram, ja no mums par attiecīgu medikamentu ražotājs grib saņemt simt tūkstošus eiro, tad Polijai par tām pašām zālēm jāmaksā uz pusi lētāk. Tas ir tādēļ, ka viņiem ir vairāk nekā 36 miljoni iedzīvotāju un līdz ar to arī daudz, daudz lielāks tirgus. Tāpēc mēs izveidojām individuālās kompensācijas programmu. Līdz šim individuālā zāļu kompensācija vienam

Ar katru gadu aizbraukušo medicīnas speciālistu skaits samazinās.

pacientam 12 mēnešu periodā bija 14 tūkstoši eiro, bet no 1. oktobra tā ir palielināta līdz 30 tūkstošiem eiro. Latvijā ir pacienti, kuru medikamenti mums maksā 100 tūkstošus, ir arī pacienti, kuru medikamenti izmaksā 600 tūkstošus. Pagājušajā gadā budžets kompensējamiem medikamentiem bija 229 miljoni eiro, šo gadu beidzām ar 289 miljoniem, nākamgad būs 310 miljoni. Tātad pusotra gada laikā esam palielinājuši finansējumu kompensējamiem medikamentiem par 100 miljoniem eiro.

Par ko jūs pats savas līdzšinējās ministra darbības laikā visvairāk lepojaties, un kas šobrīd ir jūsu kā ministra nākamie prioritārie darbi?

Nerunāšu par sevi, bet gan par visu Veselības ministrijas komandu kopumā. Mēs esam ļoti mobilizēti, strādājam patiešām daudz, arī brīvdienās un ārpus darba laika. Šogad esam virzījuši uz priekšu vairāk kā desmit projektu, un tie visi tikuši apstiprināti. Ja tā drīkst teikt, tad “populārākais” ir par receptu medikamentu cenu samazināšanu, kas stājas spēkā nākamā gada 1. janvārī. Nav runa par medikamentiem, kuri maksā eiro, to cena par dažiem centiem nesamazināsies. Bet par medikamentiem, kuri tagad maksā 100 eiro, nākamgad būs jāmaksā 80 eiro. Otrkārt, tās ir daudzas lietas saistībā ar primāro aprūpi. Paaugsti-

nāts maksājums par ģimenes ārstu prakšu uzturēšanu, piešķirts finansējums par aizvietošanu un papildu darbinieka algošanu. Par 60 miljoniem eiro šogad esam palielinājuši finansējumu kompensējamiem medikamentiem, no 1. jūlija medikamentiem, kuriem noteikts 50% valsts kompensācijas apmērs, tas paaugstināts līdz 75%, un tagad ir tikai divi kompensācijas apmēri – 75% un 100%.

Esam pieņēmuši stratēģiski ļoti svarīgu lēmumu par Digitālā veselības centra veidošanu, ejam uz priekšu arī ar vienotā pieraksta sistēmu. Izstrādāti daudzi noteikumi par medicīnas māsu darbu, par rezidentiem, pieņemām un sākām realizēt izglītības programmas. Sakārtots Daugavpils reģionālās slimnīcas (DRS) jautājums un Veselības ministrija kļuvusi par 80,58% slimnīcas kapitāldaļu turētāju. Tas ir svarīgi, jo valsts līdzdalība ne tikai uzlabos DRS pārvaldību, bet arī veicinās sadarbību starp klīniskajām universitāšu slimnīcām un citām ārstniecības iestādēm reģionā. Daudzas lietas ir izdarītas un būs jāturpina turpmāk. Pieņemti daudzi ziņojumi par turpmāko piecu gadu laikā veicamajiem uzlabojumiem, un tie arī jau uzlikti “uz sliekšņa”, lai vilciens sāktu kustēties. Ko darīt vēl būs daudz. Rezultāti gaidāmi sākot ar trešo, ceturto un piekto gadu. Ceru, ka nākamie veselības ministri uzsāko turpinās. 🌱



Pacient, tagad jūs čučēsiet!

Saruna par un ap anestēziju

Laikam jau droši var teikt, ka anestēzija jeb, vienkāršoti izsakoties, atsāpināšana dažādu medicīnisku manipulāciju laikā ir viens no visvairāk apspriestajiem un, jā, ko tur liegties, arī "mītu apdvestajiem" medicīniskajiem procesiem. Un ārsti anesteziologi bieži vien atbild uz pat visneprātīgākajiem pacientu jautājumiem, bet interneta plašumos kļīst vis visādas "sazvērestības teorijas", bet vēl kāds pacients kategoriski bilst – man bail nevis no operācijas, bet anestēzijas... Bet kas tad īsti ir anestēzija, kā tā radusies un kā darbojas patiesībā? Lai to noskaidrotu, "GASTRO Ziņas" aicināja uz kopīgu sarunu divus ļoti pieredzējušus anesteziologus-reanimatologus – Jāni Zaķi, GASTRO CENTRA galveno ārstu, un otru GASTRO CENTRA ārstu Arvīdu Bērziņu. Abus – ar plašu pieredzi un zināšanām.

Ievadam – vispārīgs jautājums: vai iespējams īsos vārdos izskaidrot, kā darbojas anestēzija.

Jānis Zaķis: Anestēzijai ir dažādi veidi, bet, ja runājam par tautā visvairāk pieminēto "pilno narkozi", tad tas ir medicīnisks stāvoklis, kurā pacientam ar dažādu medikamentu kombināciju tiek izraisīts miegs un nejutīgums pret sāpēm, lai varētu veikt dažādas medicīniskas manipulācijas (ķirurģiskas, diagnostiskas, terapeitiskas). Anestēzija darbojas tikai konkrētā brīdī un konkrētā situācijā, tā neizraisa atkarību un neatstāj "paliekošas" pēdas uz organismu.

Arvīds Bērziņš: Patiesībā jau šis ir sarežģīts jautājums, uz kuru iespējama ļoti plaša atbilde. Jo tādi ļoti precīzi anestēzijas darbības mehānismi nav aprakstīti, vai ir aprakstīti daļēji. Ir skaidrs, ka dažādas anestēzijā izmantotās vielas ar dažādām darbības īpašībām (ilgums stiprums, konkurence u.t.t.) piesaistās pie galvas smadzeņu receptoriem, piemēram, GABA, NMDA, iespējams, Glicīna (Gly) u.c. receptoriem un nomāc smadzeņu augstāko centru darbību.

J.Z.: Cilvēkam pēc anestēzijas ievades samazinās smadzeņu aktivitāte, un cilvēks aizmie. Atkarībā no izvēlētās metodes (svarīgi to pielāgot procedūrai) cilvēks turpina elpot pats, vai arī tiek nodrošināta mākslīga plaušu ventilācija, jo tas nav fizioloģisks miegs, bet gan tik izteikts un stiprs miegs, no kura nevar pamodināt pat

agresīva ķirurģiska iejaukšanās, nerunājot jau par vienkāršu uzrunu vai "pakratīšanu", kā tas notiek fizioloģiskā miega gadījumā.

A.B.: Jā, daudz vienkāršāk ir aprakstīt, kas notiek ar cilvēku vispārējās anestēzijas laikā. Un vispārējo anestēziju var arī iedalīt apakštipos, ir, tā saucamā, īslaicīgi intravenozā anestēzija (IVA – GASTRO CENTRĀ visbiežāk izmantotā anestēzija), TIVA jeb totāla intravenozā anestēzija, kura parasti ir ilgstošāka un prasa arī mākslīgu plaušu ventilāciju, šķērssvītrotu muskuļu blokāde jeb paralīze u.c. Un tad ir tā saucamā endotraheālā anestēzija ar trahejas intubāciju vai laringeālās maskas lietošanu un gaistošo anestetīķu lietošanu arī ar neiromuskulāro sinapšu bloķēšanu jeb "miorelaksantiem". Vispārējā anestēzija var būt arī relatīvi virspusēja ar saglabātu spontānu elpošanu, tai skaitā endotraheālā (LMA), vai bez spontānas elpošanas saglabāšanas (TIVA, vai endotraheālā ar trahejas intubāciju, var arī LMA).

Šāda anestēzija neaptur sāpju signāla ceļu uz smadzenēm, taču smadzeņu, īpaši garozas nomākums neļauj cilvēkam notiekošo uztvert un apzināti saprast, bet, ja iejaukšanās ir pietiekami agresīva, tad var novērot fizioloģiskus sāpju efektus, tāpēc jau standartā zinot procedūras paredzamo sāpju līmeni tiek doti medikamenti, kas maksimāli cenšas bloķēt arī receptorus sāpju ceļā uz smadzenēm,

TURPINĀJUMS 20. LPP.



**JA PAVISAM ĪSI:
ES UZSKATU,
KA VISPĀRĒJĀ
ANESTĒZIJA
IR PACIENTU
INTERESĒS.
GAN NO
KOMFORTA, GAN
IZMEKLĒJUMA
VIEDOKĻA.
(ARVĪDS BĒRZIŅŠ,
ĀRSTS ANESTEZIOLOGS,
REANIMATOLOGS)**



Pacient, tagad jūs čučēsiet!

Saruna par un ap anestēziju

TURPINĀJUMS NO 19. LPP.

tādējādi arī sāpju signāls nenonāk tik masveidīgi caur tālāma specifiskajiem un nespecifiskajiem kodoliem smadzenēs un šie medikamenti ir tā saucamie narkotiskie analgētiķi, visbiežāk opioīdi, kā arī papildus ne-opioīdu analgētiķi, kas nomāc sāpes gan centrāli (CNS), gan perifēri mazinot ķirurģiskās iejaukšanās traumu efektus.

J.Z.: Kad cilvēks ir iemidzis, deva tiek titrēta, cilvēka vitālie rādītāji monitorēti un mēs reaģējam uz jebkurām neparedzētām izmaiņām un koriģējam medikamentu devas, skābekļa pievades apjomu u.c. Pēc procedūras beigām anestētiķu ievadi pārtrauc, smadzeņu darbības aktivitāte pieaug un cilvēks mostas, tiek pārvests uz pamošanās palātu, bet mēs turpinām monitorēt vitālos rādītājus līdz brīdim, kad cilvēks atguvis skaidru prātu.

Parasti mēs, vienkāršie cilvēki, runājot par anestēziju, uzreiz domājam par vēnā "iešpicētu" kādu šķidrumu, no kura mēs, vienkāršoti runājot, izslēdzamies un pamosamies jau pēc procedūras. Tomēr anestēzijas veidi ir dažādi. Kādi tiek piemēroti GASTRO CENTRĀ? Un kam katrs no tiem domāts?

A.B.: GASTRO CENTRĀ visbiežāk veiktās procedūras nav ar izteiktu sāpju efektu, bet pamatā ir vienkārši nepatīkamas, cilvēks nespēj nogulēt mierīgi procedūras laikā, tādējādi apgrūtinot arī endoskopista darbu un apskates kvalitāti, tāpēc nodrošinām īslaicīgi intravenozo anestēziju, saglabājot pacienta paša elpošanu, nodrošinām papildu skābekļa pievadi un vitālo rādītāju monitorēšanu. Runājot nemedicīniski, jā, mēs ievadām medikamentu vēnā, cilvēks zaudē samaņu, tiek veikta procedūra, pēc kuras pacients mostas. Sarežģītākos gadīju-



mos arī GASTRO CENTRĀ atkarībā no procedūras apjoma tiek veikta vispārējā anestēzija ar trahejas intubāciju, šajā gadījumā miegs parasti ir dziļāks, un ķirurgs, endoskopists vai cits speciālists var veikt savu iepļānoto procedūru, mēs savukārt iegūstam kontroli pār elpceļiem un varam regulēt cilvēka elpošanu atbilstoši fizioloģiskiem parametriem, ko iepriekšējā (IVA) gadījumā nevaram, jo cilvēks pats regulē savu elpošanu, un, ja cilvēks kaut kādu iemeslu dēļ pārstāj elpot, tad trahejas intubācija mums paliek kā galēja glābšanas metode.

J.Z.: Lai būtu skaidrāka aina, es varētu vienkārši uzskaitīt tās metodes, kuras tiek lietotas:

- ir lokāla anestēzija – pacients visu redz, bet nejūt sāpes, skarts neliels reģions

- (zobārsts, kosmētiskas procedūras u.c.);

- intravenoza anestēzija – pacients ir dziļā miegā, sāpes nejūt (kuņģa-zarnu izmeklēšana, nelielas ķirurģiskas manipulācijas);

- reģionāla anestēzija, kas skar jau plašu reģionu, pacients var būt pie apziņas, var arī gulēt (traumatoloģiskas

VECUMS PATS PAR SEVI NAV ŠĶĒRSLIS ANESTĒZIJAS SAŅEMŠANAI. TOMĒR VECĀKIEM CILVĒKIEM VAR BŪT VESELĪBAS STĀVOKĻI, KAS PRASA RŪPĪGĀKU UZRAUDZĪBU UN ANESTĒZIJAS PLĀNOŠANU.

(JĀNIS ZAĶIS,
ĀRSTS ANESTEZIOLOGS,
REANIMATOLOGS,
GASTRO CENTRA GALVENAIS
ĀRSTS)

operācijas, dzemdību atsāpināšana, pēcooperāciju atsāpināšana);

- vispārēja anestēzija – apziņa un sāpju sajūta ir pilnībā "izslēgta" (lielas operācijas un manipulācijas, kur nepieciešama pilnīga organisma medicīniska kontrole). GASTRO CENTRĀ saviem pacientiem mēs pārsvarā piedāvājam intravenozo "kokteili"

Anestezioloģija laikam ir viena no tām medicīnas sastāvdaļām, kura piedzīvojusi visnopietnāko izaugsmi. Kādi ir bijuši tie galvenie atslēgas punkti anestēzijas kā nozāres attīstībā? Sākot no pirmajiem atsāpināšanas paņēmieniem un

TURPINĀJUMS 21. LPP.



Pacient, tagad jūs čučēsiet!

Saruna par un ap anestēziju

TURPINĀJUMS NO 20. LPP.

**ēteri, beidzot ar mūsdienīgām vie-
lām, ko saņem pacienti?**

J.Z.: Runājot par anestēziju un tās izaugsmi, vienmēr pamatā ir bijis jautājums par pacienta drošību. Sākot no ētera un hloroforma narkozes, kur nebija vietas izvēlei, līdz šodienas anestēzijai ar tās daudzajām iespējām gan medikamentu izvēles ziņā, gan tehnisko iespēju dēļ. Tādēļ mūsu pacienti var būt pārliecināti, ka saņems labāko "miegu" un atsāpināšanu pasaulē. Nozares attīstībā lielu ieguldījumu deva jaunu miega, muskulatūru atslābinošu un stabilu hemodinamiku uzturošu medikamentu parādīšanās. Un jau iepriekšminētie daudzveidīgie anestēzijas tehnikas veidi.

A.B.: Labs jautājums, par šo varētu sarakstīt veselu grāmatu, tāpēc lai ko es atbildētu, kādam lasītājam noteikti liksies, ka kaut kas līdz galam nav pateikts. Uzskatu, ka pēdējos 50 gadu laikā attīstība ir bijusi īpaši strauja, un es, iespējams, par laimi, tos "vecos" laikus neesmu piedzīvojis, tāpēc jo īpaši interesanti šeit ir uzklaut stāstus no vecāka gadagājuma kolēģiem. Kā vienu no svarīgākajiem medikamentiem, kas šobrīd tiek lietoti un netika lietoti agrāk, ir propofols, kam ir salīdzinoši ļoti maz blaknes, tas nav alerģisks, ir ļoti labi paredzams darbības ilgums un viegli rēķināma nepieciešamā deva, ātra iemigšana un ātra pamošanās ar "skaidru galvu". Vēl viens svarīgs aspekts ir monitorēšanas attīstība, vēl nesenā pagātnē nebija pieejams mums tik ļoti svarīgais pulsa oksimētrs, kas tagad pieejams jau cilvēkiem mājas apstākļos vai viedpulksteņos un viedtelefonos. Arī laringeālās maskas izveide un attīstība tagad ļauj neveikt trahejas intubāciju, bet gan nodrošināt lielu daļu anestēzijas ar laringeālo masku, izvair-

**VARU DROŠI APGALVOT, KA
PĀRLIECINOŠI LIELĀKĀ DAĻA NEREDZ
NE MURGUS, NE HALUCINĀCIJAS UN
NERUNĀ MUĻĶĪBAS, KĀ TO REDZAM
"TIKTOKĀ" VAI "YOUTUBE".**

**(ARVĪDS BĒRZIŅŠ,
ĀRSTS ANESTEZIOLOGS, REANIMATOLOGS)**

roties no nevajadzīga traumatisma un medikamentu ievades. "High-flow" skābekļa pievades sistēmas ir bijušas īpaši svarīgas Covid-19 pandēmijas laikā, un šobrīd nodrošina arvien drošāku anestēziju pacientiem ar potenciāli grūtiem elpceļiem. Īpaši strauji šobrīd attīstās reģionālās tehnikas, tai skaitā USG iekārtu attīstība un arvien drošāka reģionālā anestēzija u.t.t.

Kādi ir galvenie ārsta anesteziologa pienākumi procedūras (piemēram, endoskopijas) laikā? Kas jānodrošina anesteziologam?

J.Z.: GASTRO CENTRĀ pie augšējām un apakšējām endoskopijas procedūrām pacientiem tiek nodrošināts dziļš miegs. Visu procedūras norises laiku sekojam līdzī pacienta pamatrādītājiem – asinsspiedienam, sirds ritmam, elpošanas dziļumam, skābekļa daudzumam (saturācijai) organismā. Anesteziologs piedalās sarunā ar pacientu pirms procedūras, lai noskaidrotu esošās slimības, medikamentu lietošanu, alerģisku reakciju iespējamību. Anesteziologs endoskopijas procedūrā uzņemas atbildību par pacienta veselību, ja tā var teikt, no "galvas līdz kājām". (Smejas.)

A.B.: Jā, kolēģis jau pamatā aprakstīja notiekošo procedūras laikā. Mums

jānodrošina perioperatīvā perioda risku izvērtējums, pacienta novērtēšana, atbilstoši tam jānodrošina anestēzijas plāns ar anestēziju, monitorējam pacientus, nodrošinām skābekļa pievadi, titrējam medikamentu devu, ja ir brīvas rokas brīvas un nepieciešams asistēt endoskopistam, tad darām to. Bet galvenais mums ir, lai pacients ir drošībā un ar labu komforta līmeni.

Cik bieži vispār cilvēks drīkst saņemt, piemēram, "pilno narkozi"? Eksistē mīts, ka to gandrīz nedrīkst saņemt biežāk kā reizi dzīvē... Kamēr mediķi teic, ka principā mūsdienu anestēzijas līdzekļi vairs nav nekāds novokains vai sausā narkoze – lauznis. Un to var taisīt teju katru dienu...

A.B.: Tieši tā, nepieciešamības gadījumā anestēzija tiek nodrošināta ilgstoši, piemēram, cilvēkiem pēc smagas traumas, medikamentozs miegs var tikt uzturēts ļoti ilgi, bet tā vairāk ir intensīvās terapijas specifika. Ir pētījumi, kuri min, ka jaundzimušā vai zīdaiņa vecumā varētu notikt kāda ietekme uz attīstību, pie atkārtotām ilgstošākām anestēzijām, bet pieaugušajiem šādu pētījumus balstītu pierādījumu nav, un arī tie, kas ir, ar

TURPINĀJUMS 22. LPP.



Pacient, tagad jūs čučēsiet!

Saruna par un ap anestēziju

TURPINĀJUMS NO 21. LPP.

relatīvi zemu pierādījumu līmeni.

J.Z.: Katru dienu būt anestēzijas iespaidā nav labi, kaut ir cilvēki, kam tas mēdz būt dabisks stāvoklis. (Smejas.) Bet, ja runājam nopietni, anestēziju vajag izmantot tad, kad tā ir patiešām nepieciešama. Katrā ziņā, zinātniskajā literatūrā par medicīnu neesmu atradis nevienu pētījumu vai rakstu, ka anestēzija saīsina mūsu dzīvi, iespaido atmiņas funkcijas, miegu vai pasliktina veselību.

A.B.: Skaidrs ir viens, ka, ja anestēzija ir nepieciešama, tad mēs to nodrošinām, bet šeit vietā frāze: "nepamata medikamentu lietošana ir kaitīga jūsu veselībai".

Vai eksistē kādi vecuma, dzimuma vai veselības stāvokļa ierobežojumi, kad anestēzijas lietošana ir nevēlama vai nerekomendējama? Un ko darīt, ja kādam cilvēkam tādi apstākļi ir, bet, piemēram, nopietnāka operācija vai procedūra jāveic?

J.Z.: Vecums pats par sevi nav šķērslis anestēzijas saņemšanai. Tomēr vecākiem cilvēkiem var būt veselības stāvokļi, kas prasa rūpīgāku uzraudzību un anestēzijas plānošanu. Anesteziologi ņem vērā šos faktoros un pielāgo anestēzijas plānu un medikamentu devas atbilstoši katra pacienta vajadzībām. Arī hroniskām slimšanām, piemēram, paaugstināts asinsspiediens, bronhiālā astma, cukura diabēts u.c., ir savi algoritmi drošai anestēzijai. Situācija, kad anestēzija kādu apstākļu dēļ nav pieļaujama, ir grūti iedomājama. Ja tāda tomēr ir, to mēs risināsim katrā konkrētā gadījumā individuāli, visu izrunājot un saskaņojot ar pacientu.

A.B.: Mēs, anesteziologi, nereti nonākam situācijā, kad nav jau īsti varianti, jo indikācijas operācijas veikšanai

RUNĀJOT PAR ANESTĒZIJU UN TĀS IZĀUGSMI, VIENMĒR PAMATĀ IR BIJIS JAUTĀJUMS PAR PACIENTA DROŠĪBU. SĀKOT NO ĒTERA UN HLOROFORMA, KUR NEBIJA VIETAS IZVĒLEI, LĪDZ ŠODIENAS ANESTĒZIJAI.

(JĀNIS ZAKIS,

ĀRSTS ANESTEZIOLOGS, REANIMATOLOGS,
GASTRO CENTRA GALVENAIS ĀRSTS)

nosaka ķirurgs vai ārstējošais ārsts. Kā piemēru varu minēt, situāciju, kad cilvēks gūst nopietnas traumas. Tādos gadījumos ir jāveic operācija un jānodrošina anestēzija, un nereti mēs pat neuzzinām par faktoriem, kas mums būtu jāzina normālos apstākļos. Vienkārti tā iemesla dēļ, ka cilvēks nav spējīgs atbildēt uz jautājumiem, vai arī nav laika tos uzdot. Respektīvi, neatkarīgi no tā kādus medikamentus pacients lieto vai ar kādām slimībām slimo, ja viņš ir dzīvs, viņam var nodrošināt anestēziju. Protams, būs drošāk, ja mums šī informācija būs, jo tad attiecīgi spēsim sagatavoties un riskus minimalizēt. Tāpēc, piemēram, plānveida anestēzijas mēs varam atteikt, lai mazinātu riskus plāna operācijai. Rezumējot jāsaka, ka anesteziologs nosaka riskus, bet risku-ieguvumu attiecību vērtē gan ārsts, kurš vēlas veikt procedūru, gan pats pacients, ja tas ir iespējams. Un tad pieņem lēmumu par to, vai procedūra nepieciešama, vai varbūt iespējama kāda cita operācija, procedūra, izmeklēšana pirms tās.

Vai ir pierādījumos balstīti secinājumi par potenciālajām anestēzi-

jas sekām veselībai? Kādas tās var būt, ja vispār ir? Vai šajā gadījumā ir starpība starp anestēzijas ietekmi uz bērniem un pieaugušajiem?

J.Z.: Ir vispārzināmas biežākās ar anestēziju saistītās blakusparādības:

- sliktā dūša, vemšana – pēc zinātniskās literatūras datiem var gadīties katram trešajam pacientam pie vispārējās anestēzijas. Parasti pāriet dažu stundu līdz dienas laikā pēc operācijas;

- sāpīgums kaklā – augšējo elpceļu nodrošināšana ar speciālu ierīci (intubācija), kas bieži tiek veikta vispārējās anestēzijas laikā. Arī šie simptomi parasti izzūd dažu stundu līdz dažu dienu laikā;

- muskuļu sāpes - dažas anestēzijas zāles var izraisīt paaugstinātu muskuļu jutīgumu pēc operācijas;

- drebuļi vai trīce – salīdzinoši bieži sastopama parādība pie vispārējās anestēzijas. Parasti pāriet drīz pēc pacienta pamošanās.

Izmantojamie medikamenti anestēzijas nodrošināšanai pieaugušajiem un bērniem ir līdzīgi, tomēr atšķirības ir pielietojamās zāļu devās un anestēzijas tehnikās. Bērni bieži baidās no

TURPINĀJUMS 23. LPP.



Pacient, tagad jūs čučēsiet!

Saruna par un ap anestēziju

TURPINĀJUMS NO 22. LPP.

baltajiem halātiem un medicīnas procedūrām, tāpēc ārstniecības personāls izmanto īpašas pieejas, lai mazinātu mazajos pacientos trauksmi un radītu drošības sajūtu. Vecāku klātbūtne pirms un pēc operācijas vai procedūras ir ļoti svarīga, un sarunā ar bērnu mēs izmantojam viņiem saprotamus terminus un paskaidrojumus. Jā, bērni ir īpaša pacientu daļa, tāpēc palīdzību saņem īpašā medicīnas centrā – Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā.

A.B.: Kā jau minēju, ir pētījumi par to, ka ļoti maziem bērniem varētu būt mācīšanās traucējumi vēlākā periodā, ja jaundzimušā vai zīdaiņa periodā saņemtas atkārtotas ilgstošas anestēzijas. Taču arī šeit tie pierādījumi nav ļoti pārliecinoši, pieaugušajiem īsti tādi pierādījumi nav. Bet šeit gribu uzsvērt, ka neviens jau tāpat to anestēziju maziem bērniem nedos.

Atmošanās no narkozes dažādiem cilvēkiem ir dažāda, arī pašsajūta pēc narkozes mēdz būt visāda, citi redz ģeometriskas figūras (vai domā, ka redz), vēl kāds ir stāstījis par murgiem. Jautājums ir tāds – kas to nosaka un cik lielā mērā anesteziologs var ietekmēt narkozei sekojošo pašsajūtu? (Viens no stereotipiem ir, ka cilvēki mēdzot mirt kā mušas vai kā ļaudis Midsummerā no slavenā seriāla.)

A.B.: (Smejas.) Cilvēki nūdien mirst kā mušas. Tagad ziemā pilnīgi visas "piedzimušās" mušas līdz šim ir mirušas. Un, kā mēs visi zinām, tieši tāpat arī cilvēki – pilnīgi visi līdz šim dzimušie cilvēki ir miruši vai mirs pārskatāmā nākotnē. Taču ir skaidrs, ka tas nenotiek anestēzijas, bet gan dabiskās kārtības dēļ. Respektīvi, ja kādam cilvēkam, kuram bija smaga pataloģija un ļoti augsta riska operācija ar

AR KĀDU NOSKAŅOJUMU PACIENTS ATNĀK UZ OPERĀCIJU VAI PROCEDŪRU, TĀ VIŅŠ IEMIGS, TĀDUS SAPŅUS REDZĒS UN TIEŠI TĀPAT ARĪ PAMODĪSIES. VISS IR VIENKĀRŠI. ESAM POZITĪVI.

(JĀNIS ZAKIS,
ĀRSTS ANESTEZIOLOGS, REANIMATOLOGS,
GASTRO CENTRA GALVENAIS ĀRSTS)

augsta riska anestēziju, skaidrs, ka šī pacienta iespēja nomirt operācijas vai pēcoperācijas periodā ir augstāka, un, protams, ka gan pasaulē, gan Latvijā diemžēl ir bijuši ar anestēziju saistīti nāves gadījumi. Tie diemžēl ir tie riski, ar kuriem nākas sadzīvot. Par laimi jāsaka, ka riski ir ļoti, ļoti zemi, un ļoti reti izpaužas ar vistraģiskākajām sekām. Un ģimenēm vai cilvēkiem, kas saskārušies ar šo ļoti reto situāciju, atliek izteikt vien līdzjūtību, izmeklēt gadījumu, saprast faktoros, kas pie tā varēja novest, un censties to novērst, kad vien tas ir iespējams.

J.Z.: Anestēzijas efekts var atšķirties atkarībā no pacienta vecuma, veselības stāvokļa, zāļu lietošanas vēstures un citiem faktoriem. Manā skatījumā noteicošais ļaunā anestēzijai un ļaunā atmodai, tomēr ir paša pacienta pozitīvs skatījums uz dzīvi. Ne velti ir tāds novērojums – ar kādu noskaņojumu pacients atnāk uz operāciju vai procedūru, tā viņš iemigs, tādus sapņus redzēs un tieši tāpat arī pamodīsies. Viss ir vienkārši. Esam pozitīvi.

A.B.: Piekritu, jo, kas attiecas par pašsajūtu, tā lielā mērā ir atkarīga gan no paša pacienta, gan ievadītās

devas, gan izvēlēta medikamenta, ka arī profilakses, piemēram, zāļu pret sliktu dūšu lietošanas u.t.t. Tāpēc katrā individuālā gadījumā pateikt iemeslus, kāpēc tā notiek, ne vienmēr ir iespējams. Bet varu droši apgalvot, ka pārliecinoši lielākā daļa neredz ne murgus, ne halucinācijas un nerunā muļķības, kā to redzam "TikTokā" vai "YouTube".

Kas jāņem vērā pacientam, stāstot ārstam anesteziologam par savu veselības stāvokli pirms procedūras ar anestēziju? Kādas sekas var radīt tas, ka pacients kaut ko nav izstāstījis, vai arī domājis, ka kaut kāda informācija ir mazsvarīga?

J.Z.: Pacienta iztaujāšana ir viena no svarīgākajām lietām, lai procedūra anestēzijā noritētu veiksmīgi. Anestēzija nepiedod paviršības un nenopietnu attieksmi. Pacienti reizēm sašutuši prasa, nu, ko jūs man uzdodat šos daudzus jautājumus, tas taču ir vienkāršs izmeklējums un mēs velti tērējam laiku, es visu jau uzrakstīju pacienta anketā. Reālā dzīve parāda pretējo: kas pacientam liekas mazsvarīgs un

TURPINĀJUMS 24. LPP.



Pacient, tagad jūs čučēsiet!

Saruna par un ap anestēziju

TURPINĀJUMS NO 23. LPP.

nepieminēšanas vērts, ārstam palīdz visu iegūto informāciju apkopot, un izstrādāt tikai šim pacientam atbilstošu, efektīvu anestēzijas plānu. Ja nav zināmi visi riski, pacientam var rasties alerģiskas vai citas nopietnas reakcijas uz anestēzijas līdzekļiem, nezināmas veselības problēmas var radīt sarežģījumus operācijas vai procedūras laikā, anesteziologs var ievadīt nepareizu devu, kas var būt nepietiekama vai pārmērīga, kas var apdraudēt pacienta veselību un paildzināt atveseļošanās laiku. Mans aicinājums – uztveram sarunu ar anesteziologu ļoti nopietni!!!

A.B.: Galvenais, ko vajadzētu saprast, ir tas, ka anesteziologs darīs visu iespējamo, lai pacienta procedūru, operāciju padarītu maksimāli drošu un komfortablu. Tāpēc slēpt kādu informāciju, ko jautā anesteziologs, nevajag, jo tas ir paša pacienta drošības jautājums. Jā, anesteziologs var pieņemt lēmumu, piemēram, veikt anestēziju un operāciju dienas beigās, jo pacients, izrādās, ir paēdis brokastis – tas būs nepatīkami pacientam, jo jāgaida. Taču, ja pacients samelos, un ievadanestēzijas laikā kuņģa satur nonāks plaušās, tad, ticiet man, tas ir stipri “nepatīkamāk”, parasti ar nepatīkamām procedūrām – papildus anestēzijām, intensīvo terapiju antibiotikām. Un var beigties arī letāli.

Ko jūs kā anesteziologi ieteiktu: vai endoskopijās ir nepieciešams izmantot anestēziju (tostarp, “pilno narkozi”)?

A.B.: Te man gribas teikt vienkārši: ir ārstu līmeņu diskusija un pacientu līmeņa diskusija. Un, lai ko izlemtu ārsti, ja pacients anestēziju nevēlas, tad nevēlas. Un viss. Jautājums jau patiesībā ir cits: vai mēs spējam un kuras

ES UZSKATU, KA VISPĀRĒJĀ ANESTĒZIJA IR PACIENTU INTERESĒS. GAN NO KOMFORTA, GAN IZMEKLĒJUMA VIEDOKĻA.
(ARVĪDS BĒRZIŅŠ,
ĀRSTS ANESTEZIOLOGS, REANIMATOLOGS)

tieši procedūras spējam nodrošināt bez narkozes un kuras nē. Varbūt jāizvēlas cita iestāde, kur neskatoties ne uz kādiem argumentiem, visu darīs, kā pacients vēlas.

J.Z.: Pats izvēlējos šo procedūru veikt miegā. (Smaida.) Kāpēc to darīt anestēzijā? Lai ārsts endoskopists var kvalitatīvi veikt šo izmeklējumu, jo vajag ne tikai apskatīt izmeklējamo orgānu, bet, ja nepieciešams, paņemt biopsijas (audu paraugi) vai noņemt izaugušu veidojumu. Tas prasa laiku, un, esot nomodā, tik mierīgi neviens nevar nogulēt, ja mutē ir kustīgs instruments. Jūs pamēģiniet ar parasto zobu “diegu” pakairināt sev kakla gļotādu...

A.B.: Kopumā uzskatu, ka augšējo endoskopiju var veikt arī bez vispārējās anestēzijas (nepieciešama laba lokālā anestēzija, kas tāpat var būt nepatīkama), bet te atkal jautājums – vai tas ir izmeklējums vai procedūra, polipu noņemšana vai kas cits, bet apakšējai endoskopijai noteikti rekomendētu vispārējo narkozi. Tāpat jāņem vērā psiholoģiskais faktors. Ja ārsts redz, ka cilvēks ir diskomfortā, viņš gluži reflektīvi cenšas visu izdarīt ātrāk. Pat tad, ja cenšas nesteigties. Bet mēs savukārt gribam saglabāt augstu izmeklējumu kvalitāti, kad pacients iespēju robežās nekustas vai kustas minimāli. Ja pavisam īsi:

es uzskatu, ka vispārējā anestēzija ir pacientu interesēs. Gan no komforta, gan izmeklējuma viedokļa. Savukārt, ja anesteziologi trūks, tad, iespējams, piedzīvosim laikus, kad daudz ko darīsim bez anestēzijas. Un tad varēsim salīdzināt... Lai gan daudzi pacienti droši vien jau tagad var salīdzināt tos laikus, kad agrāk procedūras notika bez anestēzijas, ar to, kā ir tagad GASTRO CENTRĀ ar anestēziju.

Katrs, kurš kaut reizi saņēmis vispārējo anestēziju, mēdz atcerēties, ka pirms iemigšanas ir kaut ko teicis, un tas pašam šķitis jocīgi. Ja iespējams, padalieties ar frāzēm, ko cilvēki ir sacījuši, pirms iemieg?

A.B.: Nav daudz tādu konkrētu frāžu. Parasti cilvēks pirms iemigšanas sāk censties it kā kaut ko piemirstu pateikt. Taču vienreiz viens “alfa” vīrietis man, pirms sāku anestēzijas ievadi, pilnā pārliecībā sāka teikt, ka viņš visu zina, viņu nekas “neņem”... un tad viņš pamodās! (Smejas.)

J.Z.: Ir jau arī tādi “standarta jautājumi”. (Smejas.) Piemēram,

- vai cik laba sajūta, varētu tā katru nakti, pirms iemiegu;
- kur šīs zāles nopērkamas?
- skaita 1, 2, 3, 4, 5, 6... un tad pamostas;
- beidzot varēšu izgulēties;
- Vai redzēšu krāsainus sapņus? 🌙



50 gadu veca sieviete ar nespecifiskām dispeptiskām sūdzībām

Diāna Lisova,
GASTRO CENTRA ārste
gastroenteroloģe

Uz konsultāciju GASTRO CENTRĀ griezās 50 gadu veca sieviete ar nespecifiskām dispeptiskām sūdzībām – meteorismu, vēdera burbuļošanu, putrveida konsistences vēdera izeju bez vizuālām asinīm.

Slimību anamnēze: 2019. gadā pacientei diagnoze – vairogdziedzera vēzis, veikta totāla tireoīdektomija, radioaktīvā joda I131 terapija. Citas saslimšanas – dislipidēmija, glikozes tolerances traucējumi, veikta dzemdes leiomiomas mezgla izlobīšana.

Paciente kopš 2023. gada periodiski veikusi dažādu onkomarķieru kontroli, t.sk. CEA, CA19-9, CA-125, kuri bijuši normas robežās.

2024. gada jūlijā pirmreizēji noteikts

onkomarķeris CA 72-4, kas izrādījies paaugstināts – 95 IU/ml (norma < 6.9).

Dinamikā 2024. gada oktobrī CA 72-4 līmenis mazinājies līdz 21 IU/ml.

Tā kā onkomarķeris CA 72-4 var būt paaugstināts kuņģa, kolorektālas karcinomas un ginekoloģisku karcinomu gadījumos, paciente veikusi sekojošus izmeklējumus:

- augšējā endoskopija – kuņģa kardiņas daļas nepietiekama slēgšanās;
- histoloģiski – hronisks gastrīts ar glotādas atrofiju +, H.pylori pozitīvs;
- kolonoskopija – bez vizuālas patoloģijas;
- RTg plaušām – bez patoloģijas;
- MR vēdera dobuma orgāniem – sīka hemangioma aknu lb daivā, lb nierēs augšpola complicēta cista;
- USS vairogdziedzerim – neliela ductus thyreoglossus cista;
- mammogrāfija – bez konstatētas malignitātes pazīmēm.



Paciente sakarā ar anamnēstisko vairogdziedzera malignitāti jutās satraukta paaugstinātā onkomarķiera dēļ. 🌐

Onkomarķieri un mikrobioma nozīme vēža ārstēšanā

Andrejs Pčolkins,
Latvijas Onkoloģijas centra
galvenais ārsts

Onkomarķieri

Audzēju marķieri ir vielas, bieži vien proteīni, kurus producē audzēja šūnas vai cilvēka organisms, kā atbildes reakciju uz vēzi. Šie marķieri var tikt atrasti asinīs, urīnā, audzēja audos vai organisma audos dažiem pacientiem ar vēža saslimšanu.

Ne visiem vēža pacientiem būs paaugstināta audzēja marķieri. Pārsvārā audzēja marķierus nosaka diagnostikai un slimības uzraudzībai. Bieži vien audzēja marķierus izmanto, lai noteiktu prognozi: piemēram, ļoti augsts CEA (karcinoembrionālais antigēns) līmenis var liecināt par sliktu prognozi.

Tāpat audzēja marķierus var izmantot terapijas efektivitātes novērtēšanai vai recidīva diagnostikai.

Audzēju marķieri nav pilnībā specifiski vienam vēža veidam, tomēr dažī ir biežāk saistīti ar noteiktiem vēža veidiem nekā citi.

Šeit ir dažī piemēri:

- PSA – prostatas specifiskais antigēns primāri ir saistīts ar prostatas vēzi, taču var būt arī paaugstināts pie citām prostatas saslimšanām – labdabīga prostatas hiperplāzija un prostatīts;
- CA-125 – bieži paaugstināts olnīcas vēža gadījumā, taču var būt paaugstināts pie ascīta un peritonīta;
- CEA – paaugstināts pie gastrointestināliem, krūts, plaušu, olnīcu un dau-



Foto – kirurgija.lv no dr. Pčolkina arhīva

dziem citiem audzējiem;

- alfa-fetoproteīns (AFP): saistīts ar aknu vēzi un noteiktiem sēklinieku vēža veidiem, bet var būt arī paaugstināts ar vēzi nesaistītu aknu slimību gadījumā;
- CA-15.3 – bieži vien paaugstināts krūts vēža gadījumā;

TURPINĀJUMS 26. LPP.



Onkomarķieri un mikrobioma nozīme vēža ārstēšanā

TURPINĀJUMS NO 25. LPP.

- CA-19.9 – paaugstinās aizkuņģa vēža, kuņģa-zarnu trakta vēža gadījumā, bet var arī paaugstināties pie iekaisīgiem procesiem.

Ir svarīgi atzīmēt, ka audzēja marķierus parasti neizmanto atsevišķi vēža diagnosticēšanai, jo tie var būt paaugstināti ne-vēža apstākļos vai nepaaugstināti visiem pacientiem ar noteiktu vēža veidu. Tādējādi tos parasti izmanto kopā ar citiem testiem un klīniskajiem izmeklējumiem.

Ja jums ir paaugstināts kāds no audzēja marķieriem, tas nozīmē, ka jums ir jākonsultējas ar savu ģimenes ārstu, kurš var nozīmēt papildu izmeklējumus, ja būs nepieciešamība. Ja jums ir paaugstināti audzēja marķieri un pastāv sūdzības, piemēram: svara zudums, slikta dūša, vēderizejas traucējumi, asiņošana no gastrointestināla trakta vai dzimumceļiem, ilgstošs nogurums, sāpes u.c., tad jums noteikti nepieciešama ģimenes ārsta vai speciālista konsultācija.

Audzēju marķieri parasti netiek uzskatīti par ļoti uzticamiem agrīna vēža diagnostikai. Parasti izvēlas citu metodi – attēldiagnostiku, endoskopiju, biopsiju u.c.

Biežāk izmantotos audzēja marķierus neizmanto ārstēšanas efektivitātes prognozēšanai, taču ir specifiski biomarķieri, kuri tiek noteikti jau diagnosticētu vēža saslimšanas gadījumos ar mērķi pielāgot konkrētu ārstēšanu.

Parasti terapijas laikā tiek noteikti tie marķieri, kas bijuši informatīvi terapijas sākumā. Tos nosaka kopā ar pārējām asins analīzēm pirms ķīmijterapijas, lai izvērtētu terapijas efektivitāti. Ja audzēju marķieri samazinās, tad tas liecina par efektīvu ārstēšanu, savukārt, ja paaugstinās, tad par nejutīgumu un ķīmijterapijas efektivitātes samazināšanos. Ja audzēja marķierus izmantos onkoloģisko pacientu novērošanā pēc ārstēšanas, tad tos nosaka katrus 3–6 mēnešus 5 gadu garumā, atkarībā no audzēja stadijas un veida.

Audzēju marķieri nav specifiski, līdz

ar to ne vienmēr atspoguļos reālo situāciju. Bieži vien audzēja recidīvs var tikt novērots ar audzēja marķieru normālām robežvērtībām, savukārt to palielinājums ne vienmēr liecinās par slimības recidīvu. Audzēju marķieri vienmēr jāizvērtē kopā ar klīnisko situāciju un citiem izmeklējumiem.

Atkarībā no vēža veida tiek izmantoti dažādi izmeklējumi – datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse, endoskopijas, asins analīzes, audu paraugu histoloģiskā izmeklēšana u.c., taču katram vēža veidam ir noteikti izmeklējumi, kas jāveic, lai apstiprinātu diagnozi – šos izmeklējumus piesaka ģimenes ārsts vai ārsts speciālists.

Iekaisums var būtiski ietekmēt dažu audzēju marķieru paaugstināšanos.

Tas ir atkarīgs no vēža veida, ar ko ir slimojuši jūsu ģimenē, tāpēc labāk konsultēties ar onkologu par iespējamu pārmantotu vēžu diagnostiku.

Audzēja marķieri jānosaka, tad, kad tos nozīmē speciālists.

Smēķēšana, alkohols un citi faktori var ietekmēt audzēja marķieru līmeņus, taču parasti šīs izmaiņas nav būtiskas. Šādas izmaiņas ir jāvērtē dinamiskā – pēc noteikta laika intervāla jāatkārto audzēju marķieri un jāvērtē, vai tie būtiski palielinās.

Vienmēr jākonsultējas ar savu ģimenes ārstu vai onkologu/ķirurgu, kurš veic dinamisku uzraudzību.

Mikrobioms

Ir pierādījumi, ka mutes dobuma baktērijas var ietekmēt kolorektālā vēža attīstību. Pētījumi ir atklājuši, ka noteiktas mutes dobuma baktērijas, piemēram, *Fusobacterium nucleatum*, spēj migrēt uz zarnām un iesaistīties vēža veicināšanā. Tās veicina hronisku iekaisumu, kas bieži vien ir vēža attīstības riska faktors. Tāpat baktērijas spēj nomākt imūno reakciju, kas ikdienā cīnās pret vēža šūnām. Mutes dobuma baktērijas var ietekmēt zarnu mikrobioma sastāvu, kas var mainīt vidi tā, lai tā kļūtu labvēlīgāka vēža attīstībai.

Lai gan šī saistība ir daudzsološs

pētījumu virziens, vēl ir nepieciešami turpmāki pētījumi, lai pilnībā izprastu mehānismus un to ietekmējošus faktorus.

Piemēram, ir zināms, ka daži pārtikā lietojamie emulgatori var veicināt kolorektālā vēža attīstību. Emulgatori tiek izmantoti pārtikas rūpniecībā, lai uzlabotu tekstūru, stabilitāti un pagarinātu produktu glabāšanas laiku. Emulgatori, piemēram, karboksimetilceluloze (CMC) un polisorbāts-80, var mainīt zarnu mikrobioma sastāvu, veicinot potenciāli kaitīgu baktēriju vairošanos un mazinot labvēlīgo baktēriju daudzumu. Šis mikrobioma disbalanss var radīt hronisku zarnu iekaisumu, kas ir riska faktors kolorektālā vēža attīstībai.

Tāpat emulgatori var radīt bojājumus zarnu gļotādas barjerā, veicināt hronisku iekaisumu un apgrūtināt imūnsistēmas darbību pret vēža šūnām. Respektīvi, viss, kas var ietekmēt mikrobiomu, caur to var arī ietekmēt patoloģisko procesu attīstību. Tomēr lielākā daļa no pētījumiem nāk no dzīvnieku modeļiem, kuros novēro saistību starp emulgatoru lietošanu un paaugstinātu kolorektālā vēža attīstības risku. Tuvākā nākotnē būs arī jauni atklājumi ar cilvēkiem, kas, iespējams, ļaus apstiprināt šo hipotēzi.

Pieaugoša gremošanas sistēmas audzēju sastopamība, īpaši kolorektālā vēža gadījumā, cilvēkiem vecumā līdz 50 gadiem var būt saistīta ar diētu un dzīvesveida izmaiņām. Diētai ir būtiska loma šo audzēju attīstības riskā. Aizvien biežāk un agrāk mēs lietojam pārstrādāto sarkano gaļu, biežāk izvēlamies ātrās ēdināšanas pārtiku, mazkustīgs dzīvesveids, aptaukošanās – tas viss ietekmē mikrobioma kompozīciju un ir saistīts ar augstāku kolorektālā vēža attīstības risku.

2019. gada pārskats žurnālā "The Lancet Gastroenterology & Hepatology" norādīja, ka agrīna kolorektālā vēža sastopamības pieaugumu var skaidrot ar uzturu, aptaukošanās un dzīvesveida izmaiņām pēdējo dekadžu laikā. 🍌

Biežāk izmantotie onkomarķieri onkoloģijā

Audzēja marķieris	Vēža tips	Analizētais paraugs	Nozīme
PSA (Prostatas specifiskais antigēns)	Prostatas ļaundabīgs audzējs	Asinis	Diagnostika, terapijas efektivitātes novērtēšana un recidīvu noteikšana
CA 125	Olnīcu, peritoneja ļaundabīgs audzējs. Gastrointestinālu ļaundabīgu audzēju peritoneāla diseminācija	Asinis	Terapijas efektivitātes un slimības progresijas novērtēšana, recidīvu noteikšana
HER2/Neu	Krūts, kuņģa un barības vada ļaundabīgs audzējs	Audzēja šūnas	Terapijas izvēle
CEA (karcinoembrionālais antigēns)	Resnās zarnas, aizkuņģa dziedzera, krūts un plaušu ļaundabīgs audzējs	Asinis	Terapijas efektivitātes un recidīvu noteikšana
KRAS mutācija	Resnās zarnas un plaušu ļaundabīgs audzējs	Audzēja šūnas, plazma	Terapijas izvēle
AFP (alfa-fetoproteīns)	Aknu vēzis, germinālo šūnu ļaundabīgi audzēji	Asinis	Diagnostika, stadijas noteikšana, prognoze un terapijas efektivitātes novērtēšana
CA19-9	Aizkuņģa dziedzera, žults ceļu un kuņģa ļaundabīgs audzējs	Asinis	Terapijas efektivitātes un slimības progresijas novērtēšana
Beta-hCG	Germinālo šūnu audzēji, horionkarcinoma	Asinis, urīns	Stadijas noteikšana, prognoze un terapijas efektivitātes novērtēšana
BRCA1/BRCA2 mutācijas	Krūts, olnīcu, aizkuņģa dziedzera un prostatas ļaundabīgs audzējs	Asinis, audzēja šūnas	Iedzimta vēža riska noteikšana un terapijas izvēle
HE4 (cilvēka epididimis proteīns 4)	Olnīcu ļaundabīgs audzējs	Asinis	Diagnostika (Kopā ar CA-125), terapijas efektivitātes un slimības progresijas novērtēšana
CA 15-3	Krūts ļaundabīgs audzējs	Asinis	Slimības progresijas un terapijas efektivitātes novērtēšana, recidīvu noteikšana

Kristīne Muceniece, **GASTRO CENTRS**

Informācijas avoti:

- U. S. National Institutes of Health, National Cancer Institute (2024)
<https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/diagnosis/tumor-markers-list>
- Desai S, Guddati AK. Carcinoembryonic Antigen, Carbohydrate Antigen 19-9, Cancer Antigen 125, Prostate-Specific Antigen and Other Cancer Markers: A Primer on Commonly Used Cancer Markers. World J Oncol. 2023;14(1):4-14. doi:10.14740/wjon1425
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9990734/>
- E. Gulbja Laboratorija: Medicīniskās analīzes (2024)
<https://www.egl.lv/analizes>
- Roh SY, Hong SH, Ko YH, et al. Clinical characteristics of primary peritoneal carcinoma. Cancer Res Treat. 2007;39(2):65-68. doi:10.4143/crt.2007.39.2.65
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2739319/#:~:text=Currently%2C%20the%20CA%2D125%20antigen,Skates%20et%20al.>



Ar straujiem soļiem tuvojas Ziemassvētki un Jaunā gada sagaidīšana. Un, kā jau ik gadu šajā laikā, plašsaziņas interneta portāli, avīzes, žurnāli, TV un radio raidījumi publicē gardum gardās svētku laika īpašās receptes. Ar tradicionālo piebildi – lai Ziemassvētku un Jaungada svinības nestu laimi visa nākamā gada laikā, svētku cienastā galdā jāliek 12 ēdieni. Ne vēsturnieki, ne folkloristi nav īsti izsekojuši, no kurienes cēlies šis ticējums, taču tieši tādā, vai mazliet pārfrāzētā veidā tas “ir spēkā” ne vienai vien Eiropas tautai – gan tuvākai, gan tālākai. Tiesa gan, ēdienu daudzums, vērtējot no gastroenteroloģiskā viedokļa, var šķist nedaudz pārspīlēts.

Tāpēc “GASTRO Ziņas” šajā svētku laikā lūdz konsultāciju Lindai Mežmalei, GASTRO CENTRA ārstei rezidentei gastroenteroloģijā, kā pareizi rīkoties, ja tomēr gribas solīto 12-ēdienu laimi “saķert aiz astes”, bet saņemt dāvanā vēdera problēmas – nē. Un, protams, īpaši šim – 2024. gada beidzamajam – “GASTRO Ziņu” numuram esam sagatavojuši speciālu Ziemassvētku tradicionālo recepšu “pavārgrāmatu”. Lai labi un samērīgi garšo! Un priecīgus Ziemassvētkus!



Padomi svētku galda “lietošanā”

Svētku sezona bieži vien piedāvā daudz gardu ēdienu. Un diemžēl ar gastronomiskajiem piedzīvojumiem bieži ir viegli pārsniegt mēru. Lai saglabātu labu pašsajūtu Ziemassvētku laikā, ievērojiet šīs rekomendācijas, lai izvairītos no pārēšanās, un uzziniet, ko darīt, ja tas tomēr notiek. Ieteikumi palīdzēs jums izbaudīt svētku sezonas priekus, vienlaikus saglabājot kontroli pār ēšanas paradumiem un veselību.

Kā pareizi izbaudīt svētku galdu?

1. Neizlaidiet ēdienreizes.

Izvairīšanās no ēdienreizēm, lai “ietau-pītu vietu” vēlākajām svinībām, var izraisīt pārspīlētu izsalkumu, kas palielina iespēju pārēsties pie svētku galda. Ievērojiet regulāras ēdienreizes arī svētku dienās, lai labāk kontrolētu apetīti.

2. Ēdiet no mazākiem šķīvjiem.

Mazāki šķīvji palīdz samazināt porciju lielumu, kas attiecīgi veicina mazāku ēdiena patēriņu. Protams, tā tas ir ar noteikumu, ja tas maziņš šķīvītis netiek regulāri papildināts.

3. Pusi šķīvja aizpildiet ar dārzeņiem.

Prioritējiet augļus un dārzeņus, kas ir bagāti ar šķiedrvielām un palīdz radīt sāta sajūtu, mazinot kārdinājumu ēst kalorijām bagātus ēdienus.

4. Ēdiet lēni un apzināti.

Lēna košļāšana un katra kumosa izbau-dīšana dod organismam laiku sajūst sāta sajūtu, tādējādi novēršot pārēšanos.

5. Ierobežojiet alkohola patēriņu.

Alkohols var palielināt apetīti un mazi-nāt pašdisciplīnu, kas savukārt var izraisīt pārēšanos.

6. Esiet aktīvi.

Arī svētku laikā nevar aizmirst par fizis-kām aktivitātēm. Pēc gardas maltītes do-dieties pastaigā vai padejojiet, lai patērētu uzņemtās kalorijas.

Ko darīt, ja pārēšanās notiek?

1. Izvairieties no vainas apziņas.

Tā vietā, lai pārdzīvotu, koncentrējieties

uz atgriešanos pie ierastajiem veselīgas ēšanas paradumiem.

2. Nodarbojieties ar vieglu fizisko ak-tivitāti.

Mierīga pastaiga var palīdzēt gremoša-nai un regulēt cukura līmeni asinīs. Pat īsa 5 minūšu pastaiga var būt noderīga.

3. Uzturiet ķermeni hidratētu.

Svētkos obligāti jāatceras par ūdeni, kas ir vitāli nepieciešams mūsu organismam. Daudz ēdot un lietojot alkoholu, ūdens ir jo īpaši svarīgs, pretējā gadījumā orga-nisms var sākt dehidrēties, bet uzņemtā pārtika lēnāk pārstrādāties.

4. Atgriezieties pie normāliem ēša-nas paradumiem.

Neizlaidiet ēdienreizes vai neierobežo-jiet uzturu, jo tas var palielināt izsalkumu un izraisīt pārēšanos vēlāk. Tā vietā atgrie-zieties pie regulāriem un sabalansētiem ēdieniem.

5. Izvēlieties šķiedrvielām bagātus produktus.

Iekļaujiet ēdienkartē augļus, dārzeņus un pilngraudu produktus, lai veicinātu sāta sajūtu un atbalstītu gremošanas sistēmu.

Dažas “detoksikācijas” metodes pēc svētkiem

Pēc svētkiem cilvēki bieži jūtas “uzpūs-ti” vai noguruši no neveselīgas pārtikas un alkohola. Lai gan ķermenim jau ir dabiskas detoksikācijas sistēmas (aknas, nieres, āda, gremošanas sistēma), ir vei-di, kā atbalstīt šos procesus un uzlabot pašsajūtu.

1. Palieliniet šķidruma uzņemšanu.

Dzeriet daudz ūdens, lai izvairītos no dehidratācijas, kas bieži rodas pēc alko-hola lietošanas. Iekļaujiet zaļu tēju, pie-mēram, piparmētru vai kumelīšu tēju, lai nomierinātu gremošanas sistēmu.

2. Palieliniet augļu un dārzeņu dau-dzumu.

Iekļaujiet uzturā zaļos dārzeņus (spinā-tus, kāpostus, brokoļus), kas bagāti ar antioksidantiem. Citrusaugļi (citroni, apelsīni, greipfrūti) satur C vitamīnu, kas veicina imūnsistēmas darbību. Izvēlieties produk-tus ar augstu šķiedrvielu saturu, lai uzla-botu gremošanu, piemēram, burkānus, seleriju, ābolus un bumbierus.

3. Samaziniet apstrādātu pārtikas produktu un cukura patēriņu.

Izvairieties no sāļiem un taukainiem produktiem, kas var izraisīt ūdens aizturi un vēdera meteorismu. Aizvietojiet cuku-rotos dzērienus un uzkodas ar dabīgiem produktiem, piemēram, riekstiem vai svai-giem augļiem.

4. Samaziniet alkohola un kofeīna lietošanu.

Aizstājiet alkoholu un kafiju ar zaļu tē-jām vai tīru ūdeni, lai izvairītos no dehid-ratācijas.

5. Ievērojiet sabalansētu dienas režīmu.

Pietiekami izgulieties, jo miega laikā or-ganisms atjaunojas.

6. Ievērojiet vieglas ēdienreizes.

Šajās ēdienreizēs lieciet uzsvāru uz lie-siem proteīniem, dārzeņiem un pilngrau-diem.

GASTRO CENTRS

Ziemassvētkos

Kā vēsta ticējumi, tad kārtīgam latviešu tradīcijās ieturētām Ziemassvētku galdam jābūt bagātīgam. Svētku cienasts jāveido **vismaz no 12 ēdieniem** (katram mēnesim līdz nākamajiem Ziemassvētkiem – pa vienam). Protams, netiek aizliegts cienastu veidot vēl bagātīgāku.

“GASTRO Ziņas” sagatavoja ieteikumus 12 tradicionāliem Ziemassvētku ēdieniem. Ņemot vērā faktu, ka mūsu dzīve kļuvusi daudz “internacionālāka”, pusi no mūsu Ziemassvētku galda veidojām no latviešu, bet otru pusi – no cittautu tradicionālajiem Ziemassvētku ēdieniem. **Lai labi garšo!**

Latviešu tradicionālie ēdieni

Vinegrets


Sastāvdaļas:

- 100 g skābētu kāpostu;
- 4 ar mizu vārīti kartupeļi;
- 4 marinēti vai sāļīti gurķi;
- 3 ar mizu vārīti burkāni;
- 2 ar mizu vārītas sarkanās bietes;
- 1 sīpols;
- 4 ēd.k. konservētu zaļo zirnīšu;
- 4 ēd.k. saulespuķu eļļas;
- sāls.

Pagatavošana:

- Kartupeļus, burkānus un bietes nomizo un sagriež mazos gabaliņos. Arī gurķus sagriež gabaliņos. Sīpolu smalki sakapā. Kāpostus sagriež smalkāk.
- Visus sagrieztos dārzeņus liec bļodā, pievieno zirnīšus un samaisi.
- Pielej eļļu, pieber sāli un vēlreiz kārtīgi samaisi.
- Ja vēlies, pārkaisi vinegretu ar sakapātiem lociņiem, selerijām vai pētersīļiem.


Porcijas:
6–8 personām


Pagatavošanas
laiks:
20 minūtes



Klasiskie Olivjē salāti

Sastāvdaļas:

- 400 g vārītas gaļas vai vārītās desas;
- 5 vārītas olas;
- 3–4 vidēji kartupeļi;
- 3–4 sāļīti gurķi;
- 2 lieli burkāni;
- 1 bundžiņa (400 g) konservētu zaļo zirnīšu;
- 100 ml majonēzes;
- sāls, malti pipari.

Pagatavošana:

- Kartupeļus ar visu mizu un burkānus izvāri gatavus un atdzesē. Kartupeļus nomizo un sagriež mazos gabaliņos. Arī burkānus sagriež mazos gabaliņos.
- Gaļu vai desu un gurķus sagriež tādos pašos gabaliņos.
- Olas sakapā, zirnīšus notecini.
- Visu ber lielā bļodā, pievieno majonēzi, sāli un piparus un samaisi.
- Atstāj, lai vismaz 15 minūtes ievilks.


Porcijas:
6–8 personām


Pagatavošanas
laiks:
1 stunda



Olu salāti ar āboliem un marinētiem gurķīšiem


Sastāvdaļas:

- 8 cieti vārītas olas;
- 2 āboli;
- 2 marinēti gurķi;
- 1 sīpols;
- 100 g majonēzes;
- 80 g jogurta bez piedevām;
- 1½ ēd.k. maīga etiķa (etiķa vietā ļoti labi der arī gurķu marināde);
- ½–1 tēj.k. karija pulvera;
- sāls, malti pipari;
- sakapāti zaļumi.

Pagatavošana:

- Olas nolobi un sakapā.
- Ābolus un gurķus sagriež mazos gabaliņos. Nomizotu sīpolu ļoti smalki sakapā.
- Majonēzi sakul ar jogurtu, etiķi un garšvielām.
- Bļodā ieber olas, ābolus, gurķus un sīpolu. Pārlej mērci un izcilā.
- Pārkaisi ar zaļumiem.


Porcijas:
4 personām


Pagatavošanas
laiks:
25 minūtes



Bukstiņputra

Sastāvdaļas putrai:

- 400 g miežu putraimui;
- 5 vidēji kartupeļi, mizoti, sagriezti gabaliņos;
- ½ l piena;
- 200 ml salda krējuma;
- 2 ēd.k. sviesta;
- 1,5 ēd.k. sāls;
- 1,5 l ūdens.

Sastāvdaļas mērci:

- 300 g kūpinātas cūkgaļas krūtiņas;
- 200 ml piena;
- 150 g skābā krējuma;
- 1 ēd.k. miltu;
- malti pipari.

Pagatavošana:

- Palielā katlā uzvāri ūdeni. Pievieno kartupeļus, sāli un vāri kartupeļus mīkstus.
- Katlā ber putraimui, samazini karstumu zem katla, nosedz ar vāku un vāri uz lēnas uguns aptuveni 40 minūtes.
- Uzvāri pienu kopā ar krējumu un sviestu. Pievieno putrai, kārtīgi samaisi un ļauj karstumā stāvēt vēl aptuveni stundu. Katlu vari neturēt uz plīts, bet ielī avīzēs un segās, lai neatdziest.
- Lai pagatavotu mērci, pannā sacepini sīki sagrieztu krūtiņu. Pieber miltus, samaisi, pievieno skābo krējumu un pienu. Mērci sakul un uzkarsē, līdz tā sabiezē. Pēc garšas pievieno maltus piparus.

- * **Daļu miežu putraimui vari aizstāt ar grūbām – biežputrai būs lieliska tekstūra. Putraimui vari arī cepeškrāsnī nedaudz apgraudēt, garšai pievienojot patīkamu maizes noti.**

Porcijas:
10–12 personām

Pagatavošanas laiks:
2 stundas



Sutināti kāposti

Sastāvdaļas:

- 800 g skābētus kāpostus;
- 100 g cauraugušas cūkgaļas;
- 2–3 sīpoli;
- buljons vai ūdens;
- smaržīgie pipari, lauru lapa, ķimenes;
- sāls, cukurs.

Pagatavošana:

- Gaļu un sīpolus sagriez smalkos gabaliņos.
- Katlā apcep gaļu, ieber sīpolus un pārīs minūtes pasautē.
- Pievieno kāpostus un maisot cep aptuveni 5 minūtes. Pielej nedaudz šķidruma, pieliec garšvielas un, ik pa laikam apmaisot, sautē, līdz kāposti mīksti.

- * **Šo pamatrecepti var papildināt ar visdažādākajām piedevām, bet, ja nelieto dzīvnieku produktus, cūkgaļas vietā labi der eļļa.**

Porcijas:
4 personām

Pagatavošanas laiks:
1 stunda



Cūkas cepetis ar dārzeņiem un baltvīnu

Sastāvdaļas:

- 1½ kg cūkas muguras gabala ar ādu;
- 800 g kartupeļu;
- 250 ml baltvīna;
- 2 burkāni;
- 1 puravs;
- 100 g saldā krējuma;
- 6 ķiploka daiviņas;
- 2 ēd.k. sviesta;
- 2 ēd.k. eļļas;
- 3 rozmarīna zariņi;
- 2 salvijas zariņi;
- sāls, cukurs, malti pipari.

Pagatavošana:

- Kartupeļus un burkānus nomizo un sagriez paprāvos gabalos. Puravus notīri un sagriez pabiezās rīpiņās. Nomizotus ķiplokus, rozmarīnu un salviju sakapā.
- Gaļas gabalu rūpīgi nosusini un ar asu nazi ādā iegriez rombeveida rakstu. Ādā ierīvē 1 tēj.k. sāls. Gaļas pusi arī ierīvē ar sāli un pipariem.
- Cepešpannā sakarsē eļļu un ieliec gaļu ar mīksto pusi uz leju. Uz straujās uguns cep aptuveni 5 minūtes, pēc tam izņem no pannas.
- Pannā ieber dārzeņus un ķiplokus un cep 3–4 minūtes. Pievieno garšaugus, pielej vīnu. Uzvāri un pārīs minūtes pavāri.
- Pielej 500 ml ūdens un vēlreiz uzvāri. Pieber sāli, piparus un šķipsniņu cukura. Iemaisi sviestu.
- Uz dārzeņiem liec gaļu ar ādu uz augšu. Ievieto 180 grādu karstā cepeškrāsnī un cep aptuveni 1,5 stundas.
- Gaļu izņem no cepešpannas un ar ādu uz augšu uzliec uz plāts. Ievieto atpakaļ krāsnī pēc iespējas tuvāk augšpusei. Ja ir grila funkcija, ieslēdz to un cep gaļu vēl 5–10 minūtes.
- Tikmēr mērci ar dārzeņiem uz plīts uzvāri, iemaisi krējumu, sāli un piparus.
- Gaļu sagriez šķēlēs un ieliec mērcē.

- * **Cepeša pagatavošana ir samērā laikietilpīga, tomēr ciemiņi novērtēs ieguldītās pūles. Ja cepšanas laikā šķiet, ka šķidruma par maz, pielej vēl vīnu vai vienkārši ūdeni.**

Porcijas:
6 personām

Pagatavošanas laiks:
**2 stundas
20 minūtes**



Viltotās irbītes

Sastāvdaļas:

- 1 kg teļa gaļas mīkstumam;
- 200 g žāvēta speķa;
- 100 g sviesta;
- 50 g skābā krējuma;
- 1–2 ēd.k. miltu;
- ūdens vai buljons;
- sāls, malti melnie pipari.

Pagatavošana:

- Gaļu sagriez gļītās šķēlēs un izklapē. Speķi sagriez sīkās, plānās strēmeliņās un ietin apparotās un apsālītās gaļas šķēlēs. Veltņišus apsien ar diegu.
- Pannā sakarsē sviestu un apcep veltņišus brūnus.
- Pārīliec katliņā, pielej šķidrumu no pannas un uz lēnas uguns izsutini mīkstus. Izņem laukā un noņem diegus.
- Katliņā ielej ūdeni vai buljonu – atkarībā no tā, cik biezu vai plānu mērci vēlies. Vāri, līdz visi gaļas krīkumiņi ir atdalījušies no malām. Iemaisi miltus un krējumu un uzvāri. Salej mērces traukā.
- Irbītes kārto garenā traukā un pārlej ar mērci. Līdzās kārto vāritus kartupeļus.

Porcijas:
4 personām

Pagatavošanas laiks:
**1 stunda
30 minūtes**



Viltotie nēģi

Sastāvdaļas:

- 1 kg nelielu reņģu;
- 4 ēd.k. majonēze;
- 1 ēd.k. sinepes;
- 2 ēd.k. sasmalcinātu zaļumu;
- 1 ola;
- 4 ēd.k. miltu;
- sāls, malti melnie pipari;
- 1 lauru lapu;
- 5 piparu graudi;
- 8 g želatīna.

Pagatavošana:

- Reņģēm nogriez galvas un astes, izķidā, noskalo ar aukstu ūdeni. Pusei reņģu izņem asaku.
- Sajauc majonēzi, sinepes un zaļumus. Reņģes bez asakas no iekšpuses pārklāj ar maisījumu un pārloki. Liec uz stundu ledusskapī marinēties.
- Šķīvi ieber miltus, pievieno sāli un maltos piparus. Olu ar dakšiņu sakul. Katru marinēto reņģi apviļā miltos, iemērc olā un vēlreiz apviļā miltos, liec pannā sakarsētā eļļā un apcep no abām pusēm zeltainu. Lieko eļļu nosusini ar papīra salvetēm.
- Otru pusi reņģu liec katliņā, pārlej ar aptuveni 600 ml ūdens, pievieno lauru lapu, piparus un vāri 40 minūtes buljonu. Buljonu izkās, pievieno sāli un uzbriedinātu, izkausētu želatīnu, samaisi un atdzesē.
- Reņģes kārto seklā trauciņā ar malu, pārlej ar buljonu un stindzini 2 stundas ledusskapī. Saželējušam buljonam jābūt nedaudz irdenam.



Porcijas:
4-6 personām



Pagatavošanas
laiks:
4 stundas



Silķe kažokā

Sastāvdaļas:

- 300 g silķu filejas;
- 300 g sarkano biešu;
- 300 g kartupeļu;
- 300 g burkānu;
- 150 g sīpolu;
- 4 vārītas olas;
- majonēze;
- sakapāti zaļumi.

Pagatavošana:

- Kartupeļus un burkānus ar mizu liec verdošā sālsūdenī un izvāri gatavus.
- Bietes ar mizu izvāri citā katlā.
- Dārzenus atdzesē, nomizo un sarīvē smalkās skaidiņās.
- Olas nolobi un arī smalki sarīvē.
- Sīpolus nomizo un sakapā.
- Silķi sagriez mazos gabaliņos.
- Dziļā traukā liec kartupeļu kārtu un izlīdzini. Apzied ar majonēzi.
- Virsū liec silķu kārtu un atkal apzied ar majonēzi.
- Uzber sīpolus un izlīdzini.
- Liec burkānu kārtu, izlīdzini un apzied ar majonēzi.
- Virsū liec biešu kārtu, pārkaisi ar olām, uzmanīgi apzied ar majonēzi un pārber zaļumus.



Porcijas:
4 personām



Pagatavošanas
laiks:
**40 minūtes +
iestāvēšanās laiks**



Ko Ziemassvētkos ēd citās zemēs?

Zemēs, kur ievēro katoliskās tradīcijas, daudzviet Ziemassvētku vakarā galdā liek ēdienus, kas gatavoti bez gaļas un trekna buljona, piemēram, ceptas, tvaicētas, vārītas zivis vietumis ir iecienītākas nekā gaļas ēdieni. Īstenībā, jo lielāka valsts, jo daudzveidīgāka Ziemassvētku maltītes ēdienkarte. Tā kā vairums recepšu saglabājušās kopš seniem laikiem, nereti ēdiena pagatavošana prasa ilgāku laiku. Tas tāpēc, ka agrāk ļaudis prata baudīt procesu un ēdiena gatavošanas prieku. Un tas ir iespējams arī tagad!



Ungāru tradicionālā zivju zupa

Sastāvdaļas:

- 500 g mazu, zupai piemērotu zivtiņu;
- 1-1,2 kg karpas (vai kādas citas lielās zivs);
- 2 lieli sīpoli;
- 2 lieli tomāti;
- 1 svaiga sarkanā asā paprikas pāksts;
- 1 svaiga zaļā paprikas pāksts;
- 1 ēd.k. vidēji asa paprikas pulvera;
- sāls.

Pagatavošana:

- Karpu izķidā, sagriez paprāvos gabalos, nogriez galvu un asti. Sīpolus nomizo un smalki sakapā. Tomātus un paprikas sagriez gabaliņos.
- Dziļā pannā liec mazās zivtiņas kopā ar karpas galvu un asti un pievieno sīpolus.
- Pielej tik daudz ūdens, lai pārklātu zivis. Uz lēnas uguns vāri aptuveni stundu. Tad visu saspaidi un izkās caur sietiņu.
- Izkāstajam šķidrumsam pielej 1 l ūdens un uzvāri.
- Tiklīdz uzmet burbuli, pievieno malto papriku, tomātus, kā arī sarkanās paprikas gabaliņus. Liec klāt ar sāli apkaisītu karpas gabalus.
- Uzliec vāku un uz lēnas uguns vāri aptuveni 15 minūtes. Beigās ieliec zaļās paprikas gabaliņus. Ja vajag, pievieno vēl sāli.
- Zupu pasniedz tajā pašā katlā, kurā tā vārjusies.



Porcijas:
4 personām



Pagatavošanas
laiks:
**1 stunda
40 minūtes**



Zupai piedevās pasniedz tradicionālo ungāru baltmaizi, sagrieztu prāvās šķēlēs. Tā palīdzēs arī gadījumā, ja zupa sanākusi mazliet par ugunīgu.

Čehu kartupeļu salāti

Sastāvdaļas:

- 1 kg ar mizu vārītu kartupeļu;
- 300 g burkānu;
- 300 g sakņu pētersīļu;
- 300 g sakņu seleriju;
- 200 g skābētu gurķu;
- 200 g majonēzes;
- 150 g konservētu zaļo zirniņu;
- 100 g skābā krējuma;
- 1 liels sīpols;
- citronu sula pēc garšas;
- sāls.

Pagatavošana:

- Nomizotus pētersīļus, selerijas un burkānus liec verdošā sālsūdenī un izvāri mikstus. Atdzesē un sagriež mazos gabaliņos.
- Kartupeļus nomizo un sagriež mazos gabaliņos. Sagriež arī nomizotu sīpolu un gurķus.
- Sagrieztos produktus un zirnišus liec lielā bļodā. Pievieno majonēzi un krējumu, citronu sulu un sāli un rūpīgi samaisi.

Šie salāti Čehijā ir ļoti iecienīti, tos liek uz baltmaizes, pasniedz pie ceptām gaļas šķēlēm un siera, bet Ziemassvētku laikā – pie tradicionāli ceptas karpas.



Porcijas:
4-6 personām



Pagatavošanas
laiks:
50 minūtes



Madeiriešu vīnā un ķiplokos marinēta cūkgaļa

Sastāvdaļa:

- 1 kg cūkgaļas;
- 1 kg kartupeļu;
- 600 ml sausā baltvīna + 1 ēd.k. etiķa;
- 1 ķiploka galviņa;
- 1 rozmarīna zariņš;
- 1 ēd.k. rupjā sāls;
- 1 ēd.k. balzamiķa;
- 1 lauru lapa;
- 5 pupmētras zariņi;
- 5-6 piparu graudiņi;
- 1-2 tēj.k. maltas saldās paprikas;
- dažas saziēdējušas baltmaizes šķēles;
- šķēlītēs sagrieztu apelsīni.

Pagatavošana:

- Gaļu sagriež gabaliņos. Ķiploku sadali daiviņās, katru daiviņu viegli saspied.
- Lielā traukā – vēlams, katlā, kausē sviestu un ielej vīnu un 1 ēd.k. etiķa, pievieno gaļu un garšvielas un rūpīgi samaisi. Ja šķidrums nepārklāj visus produktus, pielej vēl nedaudz vīna. Uzliec vāku un uz 2-3 dienām ieliec ledusskapī.
- Nomizotus kartupeļus sagriež gabaliņos.
- Gaļu ar visu marinādi liec uz uguns un, ik pa laikam apmaisot, sautē aptuveni 30 minūtes. Tad pielej balzamiķi un pieber kartupeļus. Turpini sautēt, līdz kartupeļi miksti.
- Pāris minūtes pirms sautēšanas beigām ieliec katlā maizes šķēles un uzliec vāku. Tad izņem, liec sakarsētā pannā un apcep no abām pusēm.
- Pēc iespējas saudzīgāk izņem gaļu un kartupeļus no katla un liec citā dziļā pannā. Uzmanīgi apcep un pārlej ar mērci, kas bija izveidojusies katlā.
- Pasniedz galdā kopā ar maizi un apelsīnu šķēlītēm.

Madeirā šo sautējumu parasti ēd Ziemassvētku pusdienās. Klasiskajā variantā izvēlas cūkas pavēderi, taču liesākam variantam var ņemt karbonādi un ribiņas – pusi uz pusi.



Porcijas:
4 personām



Pagatavošanas
laiks:
**1 stunda
40 minūtes**



Franču sīpolzupa

Sastāvdaļas:

- 600 g sīpolu;
- 50 g sviesta;
- 850 ml dārzeņu buljona;
- 150 ml sausā baltvīna;
- sāls, drupināti baltie pipari.

Pagatavošana:

- Sīpolus nomizo un sagriež plānās šķēlītēs. Katlā izkausē sviestu, ieber sīpolus, un, uz nelielas uguns maisot, sautē zeltaini dzeltenus. Pielej buljonu un uzvāri. Katlam uzliec vāku un turpini vārīt 10-15 minūtes. Pielej vīnu un pieber sāli un piparus.
- Zupu tradicionāli pasniedz ar apgrauzdētu bageti, kuru mēdz pārkaisīt ar rivētu cietu, pikantu sieru: bagetes šķēles liek uz cepešplāts, kas izklāta ar cepampapīru, un pārkaisa ar sieru, ievieto 220 grādu karstā krāsnī un cep aptuveni 5 minūtes. Pēc tam vienkārši ieliek zupā.



Porcijas:
4 personām



Pagatavošanas
laiks:
45 minūtes





Angļu Ziemassvētku pudiņš

Sastāvdaļas:

- 200 g gaišo rozīņu;
- 300 g tumšo rozīņu;
- 150 g žāvētu dzērveņu;
- 100 g cukurotu citrusaugļu miziņu;
- 150 g žāvētu melno plūmju, sagrieztu gabaliņos;
- 70 g cukurota ingvera;
- 130 g kokteiļķiršu;
- 300 g auksta sviesta, sagriežta sīkos gabaliņos;
- 100 g brūnā cukura;
- 200 g baltā cukura;
- 100 g maltu mandeļu;
- 200 g miltu;
- 4 tējk. cepamā pulvera;
- 150 g rupjmaizes drupaču;
- sula no viena citrona;
- ½ tējk. rīvēta muskatieksta;
- ½ tējk. sāls;
- 4 olas, viegli sakultas;
- 200 ml portera alus;
- ½ ābola sīkos gabaliņos;
- 1 neliels burkāns, rīvēts;
- rīvēta miziņa no 1 apelsīna;
- + nedaudz sviesta un miltu formas iesmērēšanai;
- + sauja lobītu mandeļu, ko iebērt formas apakšā;
- + būs vajadzīgi 2 katli ar vāku, kuros ietilpst pudiņa formas.

Pagatavošana:

- Liec visas sastāvdaļas lielā bļodā un ar rokām samaisi, lai veidojas vijīga masa un nav miltu vai sviesta kunkuļu.
- Sagatavo karstumizturīgas formas (labi der arī bieza stikla bļodas), iesmērē tās ar sviestu. Izgriez ripulīti no cepamā papīra, ko ieklāj formas apakšā. Izkaisi tās ar miltiem un katrā iebēr pussaujiņu lobīto mandeļu.
- Sadali pudiņa masu pa formām un nolīdzini virsmu. Izgriez no cepamā papīra ripuļus, kas atbilst virspusei un pārsedz pudiņus ar tiem.
- Sameklē lina vai kokvilnas auduma gabalus un izgriez no tiem kvadrātus, kuru diagonāles ir vismaz 2,5 reizes lielākas nekā formas diametrs. Vari lietot arī marli, tikai tad to ņem divās kārtās. Pārsedz ar to formu un apmēram centimetru zem formas malas apvien ar izturīgu auklu (nevajadzētu sintētiska materiāla). Auduma stūrus novēl un sasien katrus divus pretējos pudiņa virspusē. Sējumam jābūt tik ciešam, lai aiz tā var pacelt pudiņu.
- Cel katru pudiņu katlā, kur apakšā paliec vai nu metāla vāciņu, vai lupatiņu, – lai forma nesēž tieši uz katla dibena. Pielej karstu ūdeni tā, lai forma ir vismaz 2/3 ūdenī. Liec virsū vāku un ūdeni uzvāri. Uz lēnas uguns turpini pudiņu sutināt vismaz 5 stundas. Pa reizei katlā būs nepieciešams papildināt ūdeni. Jo ilgāk pudiņu sutināsi, jo tas būs aromātiskāks un tumšāks. Vairāk par 8 stundām gan to nevajadzētu darīt.
- Kad gatavs, pudiņu izcel no ūdens, nosien drānu un izgāz to uz šķīvja. Paspiedz siltu.



Porcijas:
divi, ~1,2 l tīlpuma pudiņi



Pagatavošanas laiks:
**1/2 stunda sagatavošanai,
5 stundas sautēšanai**



Ir neskaitāmi daudz pudiņa receptu. Šī ir viena no vienkāršākajām. Nebaidies no sastāvdaļu saraksta – tas ir garš, bet visas pieejamas un pazīstamas.

Žāvētos augļus izvēlies pēc savas patīkšanas, ievēro tikai to kopējo svaru.

Ņem vērā! Pudiņu vari sagatavot jau iepriekš, pat 2–3 mēnešus iepriekš. To uzglabā, iefītu drānā, ledusskapī, palaikam aplaistot ar brendiju vai citu stipru alkoholu.

Pirms pasniegšanas to vēlreiz sautē katlā aptuveni 1 stundu.

Šāds nobriedināts pudiņš būs garšām vēl bagātīgāks un aromātiskāks.

Itāļu piparkūku biscotti

Sastāvdaļas:

- 270 g miltu;
- 150 g riekstu, apgrauzdētu un kapātu vai baltās un tumšās šokolādes, kapātas;
- 100 g tumšā brūnā (muscavado) cukura;
- 100 g baltā cukura;
- 100 g sviesta, miksta;
- 2 lielas olas + 1 liela olas baltums;
- 2 tējk. cepamā pulvera;
- 2 tējk. malta ingvera;
- 2 tējk. malta kanēļa;
- 2 tējk. vaniļas ekstrakta vai 2 vaniļas pāksts mikstuma un sēkliņu;
- ½ tējk. sāls;
- pa šķipsnai maltu krustnagliņu, melno piparu, kardamona.

Sastāvdaļas kanēja cukuram:

- 70 g cukura;
- 1 ēd.k. malta kanēļa.

Pagatavošana:

- Uzkrāsē cepeškrāsnī līdz 175 grādiem. Ar cepampapīru izoderē cepampannu. Lielā bļodā iesijā miltus, cepamo pulveri, garšvielas. Citā traukā saputo abas olas, brūno un balto cukuru un vaniļu, pievieno riekstus vai šokolādes gabaliņus un visu rūpīgi sajauc ar miltu mikslī. Mikslai jāsanāk mikstai un lipīgai.
- Sadali miklu uz pusēm. Ar iemiltotām rokām miklas pikuci uzliec uz cepampapīra un izveido garenu klaipu. Ar otru rīkojies tāpat. Liec abus uz izoderētas cepamplātes pietiekami atstatu vienu otru un no plāts malām. Pārsimē ar sakultu olbaltumu.
- Cep, līdz klaipi ir zeltaini brūni, aptuveni 25 minūtes. Izņem no krāsns un aptuveni 25 minūtes atdzesē. Ar asu nazi, atdarinot zāģēšanu, sagriez klaipu ½ cm biezās rīkās.
- Sajauc cukuru un kanēli un ar šajā mikslī apvārti rīkas. Liec rīkas uz vieniem sāniem atpakal cepamplāti un cepeškrāsnī cep vēl 10–12 minūtes, līdz tās kļūst zeltainas. Apgriez uz otriem un cep vēl 6–8 minūtes. Izņem no krāsns un atdzesē. Piemērotā traukā istabas temperatūrā tos var glabāt mēnesi.

Piparkūku receptes katrai saimniecei ir savas, taču eksistē arī klasiskas receptes. Šī ir itāļu versija.

Derēs tiem, kam netiek darboties ar plānu miklu un formiņām.



Porcijas:
30–34 cepumi



Pagatavošanas laiks:
**1 stunda
30 minūtes**





Eksotiskie ēdieni: ko tie nozīmē mūsu kuņģim?

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 komentēja mūsu ārsti. Uzreiz uzsversim, ka ārstu "balsojums" bija "par" vai "pret" šāda apgalvojuma pareizību.

"GASTRO Ziņas" šajos "nopietnajos jautājumos" nekādi nemēģināja oponent mākslīgajam intelektam, tāpēc lasītājus uzreiz brīdinām: mākslīgā intelekta ģenerētās atbildes jāuztver ar kritisko domāšanu, un tās nav uzskatāmas par rīcības recepti!

Šoreiz pievēršamies populārākajiem mītiem, kas saistīti ar eksotiskajiem ēdieniem, kurus savam Ziemassvētku un Jaunā gada sagaidīšanas galdam noteikti izvēlēties arī ne viens vien latvietis. Vai un kā tie ietekmē "kārtīga latvieša" gremošanas sistēmu. Un, izpētot diskusijas interneta vidē, atlasījām sešus populārākos apgalvojumus pašmāju sociālo mediju lietotāju vidū.

Apgalvojums nr. 1.

Ļoti asi, eksotiskie (īpaši Āzijas virtuves) ēdieni ir dezinficējoši mūsu kuņģim, jo asās garšvielas ēdienos iznīcina visas kaitīgās baktērijas un "piededzina" kuņģa bojājumus.

ATBILDE: Asi ēdieni satur antibakteriālas īpašības (piemēram, kapsaicīnu), taču tas nav pietiekams, lai pilnībā iznīcinātu visas kaitīgās baktērijas. Tie var kairināt kuņģa gļotādu, īpaši cilvēkiem ar gastrītu vai čūlām, radot diskomfortu vai pastiprinot esošos bojājumus. Kaut arī asi ēdieni varētu šķist kā "iekšējā dezinfekcija", diemžēl tie nav tik efektīvi kā "tīrīšanas līdzeklis". Ja tā būtu, mēs visus kuņģa problēmu pacientus ārstētu ar čili pipariem – un tam vēl pievienotu rēķinu par "papildu karsēšanu"! Pareizāk būtu ievērot mērenību.

GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Der – 8.

Neder – 4.

Apgalvojums nr. 2.

Pat tad, ja mēs ceļojumos vai Latvijas eksotisko valstu virtuvju restorānos ēdam ēdienus, kuros ir mums zināmas un pieejamas sastāvdaļas, tas negatīvi ietekmē mūsu vēderu (kuņģi un zarnas), jo ēdienu sastāvdaļu savienojumi nav mums pierasti un neatbilst mūsu kuņģa-zarnu trakta mikroflorai.

ATBILDE: Protams, mūsu mikroflora ir ļoti konservatīva un, ieraugot kaut ko eksotisku, sāk piketēt: "Nē, mēs pieprasām kotletes un kartupeļus!" Realitātē veselīga mikroflora spēj pielāgoties, ja vien ēdiens ir kvalitatīvi pagatavots.

GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Der – 3.

Neder – 9.

Apgalvojums nr. 3.

Ceļojumos vienmēr jāpagaršo vietējās virtuves ēdieni, lai cik tie liktos nepazīstami, jo, ja jau vietējiem tie nekādu skādi neno dara, arī mums tas nav riskanti. Galu galā cilvēka organisms un tā darbība pašos pamatos ir vienāda.

ATBILDE: Tā nav pilnīgi taisnība. Vietējie iedzīvotāji bieži ir pieraduši pie konkrētās mikrofloras un ēdienu sastāva. Tomēr tūristiem šī mikroflora var būt sveša, radot kuņģa-zarnu trakta problēmas. Tāpēc piesardzība ir svarīga, īpaši pirmo reizi nobaudot eksotiskus ēdienus.

GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Der – 12.

Neder – 0.

Apgalvojums nr. 4.

Ēdot asākus ēdienus tepat, Latvijā, nerodas nekādas nejaukas sajūtas kuņģī, bet, tiklīdz nobaudīts kas asāks no eksotiskajiem ēdieniem, uzreiz ir dedzinoša sajūta kuņģī, bieži caureja vai pat atvēršanās.

ATBILDE: Asi ēdieni var kairināt jutīgu gremošanas traktu. Vietējie asi ēdieni var atšķirties no eksotiskajiem garšvielu un sastāvdaļu dēļ, radot spēcīgāku reakciju, piemēram, dedzināšanu, caureju vai skābes atvēršanos.

GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Der – 9.

Neder – 3.

Apgalvojums nr. 5.

Lai nerastos problēmas ar dedzināšanu kuņģī, caureju vai citiem vēdera darbības traucējumiem ceļojumos uz eksotiskām valstīm vai pēc eksotisku ēdienu baudīšanas, jau laicīgi jālieto spēcīgi pretcaurejas līdzekļi (piemēram, "Imodium"), kas novērsīs caureju (un citus traucējumus) jau preventīvi.

ATBILDE: Protams, ja vēlaties pārvērst savu zarnu par istu "ceļa bloku", profilaktiska pretcaurejas līdzekļu lietošana ir istā izvēle! Realitātē tas var būt kaitīgi, jo organisms nespēs dabiski atbrīvoties no iespējamiem toksīniem.

GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Der – 11.

Neder – 1.

Apgalvojums nr. 6.

Ceļojumos uz siltām, eksotiskām valstīm, lai izvairītos no vēdera problēmām un saindēšanās, noteikti jāizvairās no kokteiļu un citu dzērienu baudīšanas ar ledu.

ATBILDE: Šis ieteikums ir pamatots, jo ledus bieži tiek gatavots no nefiltrēta ūdens, kas var saturēt kaitīgas baktērijas vai vīrusus. Izvēloties dzērienus bez ledus, iespējams samazināt saindēšanās risku. Tāpēc labāk malkot dzērienus, kas ir silti vai pu-delēs, nevis riskēt ar "pievienotajiem piedzīvojumiem".

GASTRO CENTRA ārstu gastroenterologu verdikts:

Der – 11.

Neder – 1. 🔄