Lietuvos infektologų draugija

Leidėjas
Lietuvos infektologų draugija

REDAKTORIUS
Dr. Danguolė Važnaisienė

REDAKCINĖ KOLEGIJA
Prof. Auksė Mickienė
Prof. Raimonda Matulionytė
Dr. Rolanda Valintėlienė
Prof. Arvydas Ambrozaitis
Prof. Ligita Jančorienė
Prof. Alvydas Pranas Laiškonis
Prof. Kęstutis Žagminas
Dr. Juozas Belickas (ortopedija-traumatologija ir infekcijos)
Prof. Vytautas Kuzminskis (nefrologija ir infekcijos)
Doc. Rita Šulcaitė (endokrinologija ir infekcijos)
Prof. Limas Kupčinskas (gastroenterologija ir infekcijos)
Prof. Saulius Čaplinskas (epidemiologija)
Dr. Milda Rudžianskienė (hematologija ir infekcijos)
Prof. Meilė Minkauskienė (akušerija-ginekologija ir infekcijos)
Doc. Ieva Tolmane (Latvija)
Prof. Kęstutis Malakauskas (pulmonologija ir infekcijos)
Doc. Regina Jonkaitienė (kardiologija ir infekcijos)
Dr. Loreta Pilipaitytė (plastinė chirurgija ir infekcijos)
Dr. Kristina Laučkaitė
(East Kent Hospitals University NHS foundation Trust)
Prof. Kęstutis Petrikonis (neurologija ir infekcijos)

RUBRIKOS *MOKSLINIAI DARBAI* STRAIPSNIAI YRA SPAUSDINAMI RECENZUOTI

RECENZENTAI
Nuoširdžiai dėkojame asmenims, 2021 metais recenzavusiems žurnalui *Infekcinės ligos* pateiktus rankraščius:
prof. Vytautui Kuzminskiui (LSMU),
prof. Alvydui Pranui Laiškoniui (LSMU),
doc. Jolitai Pakalnienei (LSMU),
dr. Kristinai Laučkaitei (*East Kent Hospitals University NHS foundation Trust*),
dr. Danguolei Važnaisienei (LSMU)
prof. Kęstučiui Petrikoniui (LSMU)

BIG
BALTIJOS IDĖJŲ GRUPĖ IR PARTNERIAI

Redakcijos adresas
Olimpiečių g. 5–12, 09237 Vilnius
Redakcijos tel. (8 5) 210 71 39

Reklama Jurgita Dukavičienė, mob. 8 611 37 967
El. paštas jurgita@idejugrupe.lt

Kalbos redaktorė Sonata Liekytė

Dizaineris Vaidotas Zaleckis

Visos teisės saugomos. Autorių teisės į šio leidinio formatą ir turinį priklauso UAB „Baltijos idėjų grupė ir partneriai“. Kopijuoti visą tekstą ar bet kurias jo dalis bet kuriuo būdu, negavus raštiško UAB „Baltijos idėjų grupė ir partneriai“ sutikimo, draudžiama. Redakcijos nuomonė nebūtinai sutampa su straipsnių autorių nuomone.
Šiame leidinyje pateikta informacija skirta tik specialistams. Redakcija neatsako už reklamos turinį

Leidykla UAB „Baltijos idėjų grupė ir partneriai“

INFEKCINĖS LIGOS

žurnalo INTERNISTAS priedas 2021 / 1 (15)

TURINYS

Redaktoriaus žodis 2

Lietuvos infektologų draugijos informacija
Sukaktys 3

Gydytoja Vida Joneliūnienė: *Kartais šiltas žodis ir nuoširdus dėmesys yra svarbiau už vaistą* 4

Irena Palionienė: *Klinikinis darbas – atsakomybė už darbą su ligoniais, administracinis – už visą kolektyvą* 7

Infektologų veiklos įvertinimas 10

Aktualijos ir naujienos
Pacientų patirtys persirgus COVID-19 12

Pasiskiepyti nuo gripo, pneumokokinės infekcijos ir COVID-19 galima tą pačią dieną 13

Moksliniai darbai

Lėtinio hepatito C gydymas sergant lėtine inkstų liga 15

Keliautojų pasiutligė. Klinikinis atvejis 19

COVID-19 liga ir Guillaino-Barre sindromas: klinikiniai atvejai 21

COVID-19 ir pneumotoraksas: klinikiniai atvejai 26

Informacija iš konferencijų, stažuočių
Vienuoliktosios tarptautinės AIDS asociacijos konferencijos naujienos 30

Naujų gairių apžvalga
Dėl persirgusiųjų covid-19 skiepijimo rekomendacijų 36

Lietuvos alergologų ir klinikinių imunologų rekomendacijos dėl alergiškų asmenų skiepijimo vakcinomis nuo COVID-19 ir jų ištyrimo dėl alergijos vakcinos sudedamosioms dalims 38

Bazinės infekcinių ligų žinios
Pasiutligė 39

Naudingos lentelės, schemos ir algoritmai 44

Pasitikrink žinias 46

Tai įdomu 47

Laiškai redakcijai
Pokariniai Vilniaus infekcinės ligoninės vadovai (II dalis) 48

Nauji leidiniai, anonsai 51

Priedas
Lietuvos infektologų draugijos 39



Kolegos,

nepaisant šiais metais nesibaigiančių sunkumų, norime Jus pakviesti atsiversti dar vieną žurnalo *Infekcinės ligos* numerį. Jame rasite informacijos iš nuotolinių konferencijų, kurių buvo nemažai. Daug laiko praleidžiama rengiant puikius pranešimus. Galbūt ne visi suspėja laiku viską išklausyti. O jeigu ir spėja, norisi, kad įdomi medžiaga išliktų ilgam. Žurnalas puikiai atlieka šį vaidmenį. Juolab kad yra galimybė turėti ne tik popierinį, bet ir elektroninį variantą. Nuo kitų metų planuojama atnaujinti elektroninę versiją, padaryti, kad dar patogiau ir labiau būtų matomi bei skaitomi straipsniai. Netolimoje ateityje planuojama pereiti ir prie elektroninės recenzavimo sistemos.

Šį kartą turime keturis įdomius recenzuojamus straipsnius, kurių informacija buvo jau girdėta konferencijose, o dabar dar išliks ilgam ir žurnalo puslapiuose. Nenuostabu, kad didelė dalis tiek recenzuojamų straipsnių, tiek kitos aktualios informacijos vis dar yra COVID-19 tema.

Tęsiame tradicijas, kalbiname mūsų jubiliatus, džiaugiamės laimėjimais, dalijamės naujienomis iš konferencijų, infekcinių ligų istorija Lietuvoje, kita naudinga ir įdomia informacija.

Atsiradus skiepams nuo COVID-19, nors ir su ribojimais, pamažu kartais jau grįžtame į *normalų* gyvenimą. Jau rengiamos hibridinės konferencijos, kurios ypač žavi pavargusius nuo perteklinės nuotolinės informacijos ir ekranų. Jų didžiausias privalumas – tiesioginis bendravimas, dalijimasis patirtimi, mokslo bendradarbių suradimas.

Su nekantrumu laukiame mūsų tiesioginės metinės konferencijos, kuri visada buvo ne tik mokslinis praktinis renginys, bet ir socialinis reiškinys. 2022 metais ji bus jubiliejinė. Sukanka 50 metų nuo Lietuvos infektologų draugijos įkūrimo.

Be abejo, dabartinis laikotarpis turi ir privalumų. Į kai kurias konferencijas labai sudėtinga nuvažiuoti. Turėjome galimybę greitai ir patogiai paklausyti garsiausių pasaulio lektorių pranešimų. Galėjome greitai suorganizuoti nuotolinius susitikimus ir pasitarimus svarbiais klausimais, sutaupyti laiko. Kaip niekada daug bendradarbiavome su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Gavome daug klausimų, bandėme atsakyti ir padėti. Kai kurie Lietuvos infektologų draugijos nariai dalyvavo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos darbo grupėse. Perprastos technologijos padės ir ateityje tiek keliant kvalifikaciją, tiek bendradarbiaujant svarbiais klausimais, tiek sprendžiant draugijos klausimus.

Eiliniame Lietuvos infektologų draugijos suvažiavime buvo nutarta nukeltus Valdybos rinkimus suorganizuoti pagal galimybę nuotoliniu būdu po Lietuvos infektologų draugijos įstatų pakeitimo patvirtinimo, pagal kuriuos būtų galima organizuoti rinkimus tokiu būdu. Tad jau netrukus linkėsime sėkmės naujai išrinktajai Valdybai.

Linkiu kantrybės ir nepamiršti gyvenimo džiaugsmo.

Vyriausioji redaktorė
dr. Danguolė Važnaisienė



Šaltinis *pexels.com. Džiaugsmas*

Didžiausias gyvenimo džiaugsmas – jausti, kad esi reikalingas ir artimas žmonėms.

Antonas Čechovas

Jubiliejaus proga nuoširdžiai sveikiname Lietuvos infektologų draugijos narius Vidą Joneliūnienę ir Ireną Palionienę. Dėkojame už pokalbius.

Gražios šventės proga sveikiname ir kitus Lietuvos infektologų draugijos narius – Larisą Zajac, Bronislavą Putriuvienę, Jolantą Vokietienę, Ievą Baliūtytę, Kotryną Krupeckaitę, Jurgitą Urbonienę, Justiną Vertelytę.

Gydytoja Vida Joneliūnienė: *Kartais šiltas žodis ir nuoširdus dėmesys yra svarbiau už vaistą*

Žurnalo *Infekcinės ligos* viešnia – 80 metų jubiliejų atšventusi gydytoja infektologė Vida Joneliūnienė. Medikė nestokoja energijos, o užsiėmimų ir pomėgių gausa gali pralenkti daugelį jaunesnių kolegų. Profesinių žinių atnaujinimas ir domėjimasis medicinos laimėjimais, choras, spektakliai, knygos, Trečiojo amžiaus universitetas – tai tik dalis V. Joneliūnienės gyvenimo. Kaip pavyksta neprarasti smalsumo ir neaptingti? Koks yra tikras gydytojas ir kaip kito infektologija pašnekovei bedirbant? Apie visa tai ir dar daugiau kalbamės su šio numerio viešnia.



Kaip ir kodėl pasirinkote mediciną ir infektologiją? Ar niekada nesigailėjote?

Užaugau Žemaitijos kaime, daugiavaikėje aštuonių vaikų šeimoje. Būdama 10 metų susirgau tymais. Nuo manęs užsikrėtė ir susirgo visi mažesnieji. Be tymų, manęs neaplenkė ir kitos vaikų ligos – persirgau raudonuke, kokliušu. Privalomų skiepų tuomet dar nebuvo. Dvi mano sesutės sirgo net difterija. Buvau vyriausia iš vaikų, todėl pasveikusi kartu su tėveliais slaugydavau jaunesniuosius. Tuomet, prižiūrint brolius ir seses, veikiausiai pirmą kartą ir kilo mintis, kad galėčiau būti gydytoja. Ta mintis neapleido ir baigus mokyklą. Galiausiai svajonė išsipildė – 1966 metais gavau gydytojos diplomą, o specializacija pasirinkau infektologiją. Galbūt šį pasirinkimą lėmė vaikystės prisiminimai, mano pačios persirgtos ligos... Niekada dėl to nesigailėjau.

Didelį proveržį infektologijoje padarė skiepai, išnyko daug sunkių užkrečiamųjų ligų. Susirgę infekcinėmis ligomis pacientai dažniausiai pasveiksta, retai ligos pereina į lėtinę formą, tačiau, be abejo, atvejų pasitaiko įvairių.

Kaip keitėsi infekcinės ligos ir infektologija, kaip specialybė, jums dirbant?

Infektologija, kaip ir apskritai medicinos mokslas ir praktika, keitėsi ir tobulėjo. Naujos technologijos, žinios leido geriau valdyti ir gydyti ligas. Didelę įtaką infekcijoms valdyti padarė vakcinacija. Skiepai prilyginami vienam didžiausių pasaulio atradimų. Man bedirbant išnyko tokios infekcinės ligos kaip raupai. Lietuvoje beveik nėra sergančiųjų vidurių šiltine, iki pavienių atvejų sumažėjo sergamumas šigelioze, trichinelioze, hepatitu A. Tačiau atsirado naujų ligų – žmogaus imunodeficito virusas, sunkus ūminis respiracinis sindromas.

Kito ligų diagnostikos būdai ir galimybės, įdiegti nauji diagnostikos ir gydymo metodai, pavyzdžiui, virusiniam hepatitui, erkiniam encefalitui, herpetinei infekcijai diagnozuoti ir gydyti. Taigi tokie pokyčiai įvyko man bedirbant.

Kokius įvardytumėte didžiausius savo rezultatus? Gal kažko norėjote, bet nepavyko pasiekti?

Didžiausias gyvenimo laimėjimas, kad tapau gydytoja. Turiu aukščiausias gydytojo infektologo ir sveikatos

apsaugos organizatoriaus kvalifikacines kategorijas. Taigi profesiniai norai išsipildė. Vertinant iš buitinės perspektyvos, matyt, kaip ir visiems, yra likę neišsipildžiusių norų, neįvykusių susitikimų, neaplankytų šalių ar neįsigytų geidžiamų daiktų.

Manau, kad esu nemažai apkeliavusi. Lietuvą su vyru apvažiavome bene du kartus. Tokie buvo mūsų įprasti savaitgaliai ar atostogos. Sužinome apie naują įdomią vietą ir skubame ja pasigrožėti. Europa aplankyta praktiškai visa – iki karantino kasmet vis naują kampelį atrasdavau. Norėčiau keliauti toliau, labai žavi Australija, taip pat būtų įdomu aplankyti Jungtines Amerikos Valstijas, Pietų Amerikos žemyno šalis.

Kalbant apie neįvykusius susitikimus, turiu omenyje vaikystės, studijų draugus, bendradarbius, su kuriais bendravimas yra nutrūkęs. Taigi labai norėčiau su jais susitikti. Tikiuosi, kad pavyks.

Kokiai sričiai skyrėte didžiausią darbo dalį – praktinei, mokslinei, pedagoginei, administracinei? Ar įmanoma suderinti visas šias veiklas?

1966 metais baigiau Vilniaus universiteto Medicinos fakultetą ir buvau paskirta dirbti Utenos medicinos mokyklos direktore. Taigi nuo pat pirmųjų darbo dienų teko derinti administracinį ir organizacinį darbą su klinikine gydytojo infektologo praktika Utenos ligoninėje. Vėliau, 1975 metais persikėlus gyventi į Kauną, gydytoja infektologe dirbau Kauno klinikinėje ligoninėje ir kartu Kauno medicinos institute, kuris vėliau tapo Lietuvos sveikatos mokslų universitetu, dirbau asistente, dėsčiau medicinos studentams infektologijos praktiką. Taip vėl pedagoginį darbą su studentais ir mokslinį darbą derinau su praktika Infekcinių ligų klinikoje. Buvau mokslinių straipsnių su prof. Stefanija Gruodyte, prof. Vitalija Bagdoniene, doc. Salomėja Stankaityte, doc. Vida Marija Bareišiene, prof. Alvydu Laiškoniu, doc. Daiva Vėlyvyte ir Danguole Važnaisiene, kuri tuo metu buvo aktyvi studentų mokslinės draugijos infekcinių ligų būrelio narė, o dabar Lietuvos infektologų draugijos pirmininkė, bendraautorė. Tyrėme įvairias ligas, rinkome medžiagą apie hepatitą (sergamumas juo anuomet buvo labai didelis), kitas dažnas infekcines ligas, tokias kaip vidurių šiltinė, trichineliozė, salmoneliozė.

Manau, kad daug veiklų galima suderinti. Pavyko ir man, nes pasisekė dirbti draugiškuose kolektyvuose.

Veikiausiai turite linksmų atsiminimų iš darbo? Pasidalykite jais su skaitytojais.

Iš tiesų, kuriozinių atvejų pasitaikydavo. Vienas tokių, iš vienos pusės, lyg ir linksmas, bet, iš kitos pusės, ir susirūpinimą keliantis atsitikimas. Mano budėjimo priėmimo skyriuje metu pagalbos kreipėsi pirmojo kurso užsienietis studentas medikas. Jis manė, kad jam įsisiurbė erkė, ir prašė ją ištraukti. Pasiruošus šiai procedūrai, apžiūros metu nustačiau, kad tai ne erkė, o gaktinė utėlė. Istorija atrodė anekdotinė – studentas medikas užsikrėtė pedikulioze! Kita vertus, tai rodė, kad šeimoje ir mokykloje per mažai dėmesio buvo skiriama higieninių įgūdžių ugdymui, lytiniam švietimui. Studentas pasisakė turėjęs atsitiktinių lytinių santykių, bet, jo supratimu, panelės užkrėsti jo negalėjo, nes *buvo gražios ir išsipuošusios*.

Pasižymėjote kaip labai geranoriškai padedanti studentams mokslinėje veikloje. Ar dirbdama pastebėjote studentų kartų kaitą? Galbūt kiekviena kita studentų laida yra vis drąsesnė, reiklesnė, ne tokia empatiška?

Dirbti pedagoginį darbą man patiko. Be dėstomų dalykų, su studentais teko dirbti ir mokslinį darbą. Rinkome duomenis iš ligos istorijų, literatūros šaltinių, surinktą medžiagą aptardavome, analizuodavome. Kokių nors neigiamų pokyčių nepastebėjau. Studentai visada buvo ir drąsūs, ir smalsūs, ir empatiški.

Darbas su studentais man teikė malonumą. Noriu tikėti, kad jiems mano užsiėmimai taip pat buvo įdomūs. Beje, prisiminiau dar vieną mielą ir linksmą atsitikimą. Infekcinės ligos studentams dėstomos ketvirtame kurse. Vieno užsiėmimo metu, jau baigus nagrinėti temą, pasveikinau juos su Tarptautine studentų diena. Tai buvo lapkričio 17-oji. Surengiau nedideles vaišes – paruošiau kavos, saldainių. Dėkingi studentai plojo atsistoję ir sakė, kad per ketverius mokslo metus niekas nebuvo jų sveikinęs su studentų diena.

Ar spėdavote atlikti darbus darbo metu, ar pasilikdavote ilgiau?

Paprastai visus darbus spėdavau atlikti darbe, į namus nesinešdavau. Retkarčiais, dėl tam tikrų priežasčių, pasitaikydavo pasėdėti po darbo.

Kaune pradėjau dirbti Infekcinėje ligoninėje, kai ji buvo dar Aukštaičių gatvėje. Vėliau persikėlė į Giedraičių gatvę, po to – jau į Šilainių mikrorajoną. Jau minėjau, kad mano darbo pradžioje sergančiųjų infekcinėmis ligomis buvo labai daug. Ypač daug sirgo hepatitu, vienu metu gydydavome 60 ligonių. Jų nebūdavo kur guldyti – visos palatos būdavo pilnos, o nauji ligoniai jau laukdavo koridoriuje. Tuomet ir gydymas nebuvo toks pažangus, hepatitą A, B gydydavome ilgai – apie tris savaites.

Ką veikdavote po darbo, laisvalaikiu?

Mano laisvalaikis labai įvairus. Dalyvavau ir dalyvauju Lietuvos infektologų draugijos mokslinėse konferencijose. Jau minėjau, kad mėgstu keliauti. Smalsu atrasti dar

nepažintus kraštus. Teatras, koncertai, knygos – dar vienas pomėgis. Kadangi nesu abejinga muzikai, visada kokiame nors kolektyve dainuoju. Dirbdama Infekcinėje ligoninėje – šios ligoninės moterų ansamblyje. Dabar dainuoju Kauno artrito organizacijos moterų vokaliniame ansamblyje *Viltis*.

Kol buvo gyvas vyras, mėgau žvejoti. Labiausiai patikdavo žvejoti žiemą, nes meškerė maža. Apsirengi šiltai vatinėmis kelnėmis, apsiauni veltinius – ir lauki laimikio. Beje, pagaudavau daugiau nei vyras.

Kokia ryškiausia Jūsų veikla buvo Lietuvos infektologų draugijoje? Kas skatino pasilikti joje net ir baigus praktinį gydytojos darbą?

Ypatingais nuopelnais šioje veikloje negaliu pasigirti. Tiesa, dalyvauju Lietuvos infektologų draugijos veikloje jau daugiau kaip 40 metų. Įstojau dirbdama Utenos centrinėje ligoninėje, keletą kartų buvau išrinkta Revizijos komisijos nare. Beje, galbūt galiu pasigirti tuo, kad nuo pat įstojimo į Lietuvos infektologų draugiją nepraleidau nė vienos jos organizuotos mokslinės konferencijos. Ir visai nesvarbu, kur jį vyktų – Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje ar kitur.

Pasilikti Lietuvos infektologų draugijos veikloje skatina noras neatsilikti nuo pažangos. Smalsumo nepraradau (*Juokiasi*.). Manau, kad gydytojas, kaip ir mokytojas, savo profesijoje išlieka iki gyvenimo pabaigos. Nėra buvusių gydytojų ar mokytojų. Todėl ir naujienos domina. Bet juk iš tiesų įdomu stebėti, kaip pažengė medicina, smalsu sužinoti, kokios šiandien yra pažangios galimybės diagnozuoti ir gydyti infekcines ligas, ką naujo mokslas sužino apie paslaptingus virusus.

Medicina sparčiai tobulėja. Pavyzdžiui, man dirbant, gana ilgai padidėjusias kepenis nustatydavome apčiuopdami jas rankomis. Tik vėliau į pagalbą atėjo echoskopai. Iš esmės pakito supratimas apie hepatitą, daug sužinojome apie šią infekciją ir išmokome ją gydyti. Nuolat ateina naujų žinių, technologijų. Ir nesvarbu, kad praktiniame darbe jų nepritaikysiu. Labai smagu žinoti, kad infekcinės ligos valdomos geriau.

Kuo šiuo metu užsiimate? Galbūt dabartinė veikla yra susijusi su infektologija?

Praktinio darbo nedirbu ketverius metus. Dabartinė mano veikla su infektologija susijusi tiek, kad nenoriu atsilikti nuo pažangos ir, pagal galimybes, seku šios srities naujienas, dalyvauju Lietuvos infektologų draugijos veikloje.

Bet ir be darbo mano darbotvarkė gana įtempta. Netinginiauju, ant sofos neguliu (*Juokiasi*.). Kaimynai sako, kad retai kada mane namuose gali rasti. Taigi vasarą mėgstu sukišti rankas į žemę. Draugai davė tris lysves, kuriose auginu braškes, gėles – jurginus, kardelius. Vyras mėgo gėles, tad tęsiu jo darbus. Jau minėjau, kad dainuoju ansamblyje, einu į teatrą, koncertus, skaitau knygas. Paskutinė perskaityta knyga – Kristinos Sabaliauskaitės *Petro imperatorė*. Labiau mėgstu klasikinę literatūrą, tačiau manau, kad reikia būti susipažinusiai ir su šiuolaikine kūryba.

Patinka bibliotekose organizuojami susitikimai su įvairiais žmonėmis, pavyzdžiui, vienas tokių buvo su apie Žemaitę knygą parašiusia kauniete rašytoja Aldona Ruseckaite. Namuose turiu nemažą biblioteką, bet vis dar nusiperku ir naujų knygų. Kadangi vyro regėjimas buvo silpnas, kartu su juo eidavau į Kauno aklųjų biblioteką. Likusi viena, nenutraukiu ryšių ir su šia biblioteka, padedu jos lankytojams. Lankau Trečiojo amžiaus universitetą ir esu šio universiteto Baltosios lazdelės fakulteto seniūnė. Taigi veiklos netrūksta. Svarbu, kad sveikata leidžia.

Ko norėtumėte palinkėti jauniems infekcinių ligų gydytojams?

Norėčiau palinkėti, kad jauni gydytojai iki pat gyvenimo pabaigos išliktų verti Hipokrato priesaikos, kad būtų tikri gydytojai ir norėtų padėti žmonėms iš *dūšios*. Tikras gydytojas, mano galva, tai gydytojas, kuris stengiasi išsiaiškinti negalavimo priežastį, išgydyti ligą ir padėti ligoniui šiame kelyje. Tikras gydytojas dirba ne dėl pinigų, nesitikėdamas, kad jam už tai bus atsilyginta ir padėkota. Jis dirba dėl pašaukimo, dėl to, kad nori padėti žmogui. Manau, mediku negali būti žmogus, kuris nemyli žmonių. Tikras gydytojas neskirsto pacientų pagal jų turtus, užimamas pareigas, socialinį sluoksnį ar amžių. Jis visiems stengiasi suteikti pagalbą. Senatvė – ne liga ir ne diagnozė. Senatvė laukia visų. To turėtų nepamiršti ir jauni gydytojai. Neretai kaimynai pasakoja, kad nuėję pas gydytoją išgirsta – *Ko jūs norit, juk jūsų toks amžius!* Tikras gydytojas taip nepasakys. Amžius juk irgi nėra diagnozė. Gydytojas pacientą turėtų nuraminti ir paaiškinti, kaip elgtis, ką daryti, kad jo nevargintų negalavimas, kad žmogus gyvendamas jaustųsi laimingas.

Ne visada gydytojas gali išgydyti, tačiau suteikti vilties ir ją palaikyti gali ir turi visada. Juk žinoma, kad optimistai ir sveiksta greičiau, ir gyvena ilgiau, palyginti su pesimistais. Gydytojas visada yra ir psichologas, kuris turi adekvačiai reaguoti ir į piktą ligonį. Pacientų tikrai būna įvairių. Kai kurie leidžia sau aprėkti gydytoją. Tačiau gydytojas tam ir yra, kad viską išklausytų ir priimtų, kaip pridera, o ne šoktų į konfliktą su ligoniu. Juk gydo ne tik vaistai, o ir žodis. Kartais žodis yra net svarbesnis už vaistą, nes suteikia vilties. O blogas žodis gali ir nužudyti.

Dėkojame už pokalbį

Kalbėjosi Natalija Voronaja

Irena Palionienė: *Klinikinis darbas – atsakomybė už darbą su ligoniais, administracinis – už visą kolektyvą*

Šie metai gydytojai infektologei Irenai Palionienei atnešė keletą gražių sukakčių. Vasarą medikė atšventė 70 metų jubiliejų. Kita sukaktis – 45 metai atsakingo praktinio gydytojos ir administracinio vadovaujamo darbo. Radviliškio centrinės ligoninės Infekcinių ligų skyrius tapo pirmąja gydytojos darboviete. Keitėsi pareigos, didėjo atsakomybė, tačiau Radviliškio I. Palionienė nepaliko. Už gerus darbus, veiklą, pagrįstą tolerancija ir meile žmogui, medikė apdovanota Radviliškio savivaldybės *Gerumo angelo* statulėle, jai suteiktas Radviliškio krašto garbės piliečio vardas. Turi medikė ir kitų apdovanojimų. Ir ne tik už rezultatus sveikatos apsaugos srityje, nes yra aktyvi Lietuvos politinių kalinių ir tremtinių sąjungos bei rajono visuomeninio gyvenimo dalyvė.

Kiekviena sukaktis – proga nueitam keliui, nuveiktiems ir dar tik planuojamiems darbams įvertinti, apmąstyti. Su gydytoja I. Palioniene kalbamės apie infektologo specialybės pokyčius, karjerą, laimėjimus ir iššūkius.



Ką galėtumėte papasakoti apie savo, kaip infekcinių ligų gydytojos, karjerą? Kaip ją pasiekėte?

1975 metais baigiau Kauno medicinos institutą (KMI) ir įstojau į infekcinių ligų internatūrą. Buvau viena iš penkių pirmųjų internų, nes iki tol infekcinių ligų internatūros KMI nebuvo. Stodama jau žinojau, kur dirbsiu – buvo numatytos penkios darbovietės jauniems specialistams. Pasirinkau Radviliškio centrinę ligoninę, nes ji buvo arčiau tėviškės.

Kai rinkausi specializaciją, infekcinių ligų buvo daug, o sergamumas – didelis. Specialybė neatrodė monotoniška. Infektologija patraukė ir tuo, kad nors šios ligos dažniausiai yra ūminės, tačiau daugeliu atvejų sėkmingai gydomos. Gydytojas mato savo darbo rezultatus – pasveikusius pacientus. Tai, be abejo, gerai nuteikia. Niekada nesigailėjau dėl šio pasirinkimo.

Internatūra vyko Kauno infekcinėje ligoninėje, kuri tuomet buvo Aukštaičių gatvėje. Ligoninėje buvo trys infekciniai skyriai, ir kiekvienas internas, nepaisant to, kuriame skyriuje dirbo, privalėjo žinoti apie visuose skyriuose gydomų sunkių ligonių būklę, dalyvauti visuose konsiliumuose, kur klinikinius atvejus nagrinėjo ir aptarė skyrių vedėjai, profesoriai. Tai iš tiesų davė neįkainojamos patirties. Labai šiltai prisimenu internatūros metus. Pasisekė, kad turėjau puikius mokytojus. Tai visoje Lietuvoje žinomi pedagogai mokslininkai – prof. Alvydas Laiškonis, doc. Juozas Gimžauskas, doc. Vida Marija Bareišienė, Kauno infekcinės ligoninės pavaduotojas gydymo reikalams Eliziejus Čepulis ir nuostabūs šios ligoninės Infekcinių ligų skyrių vedėjai. Visi jie buvo draugiški, geranoriški, nuoširdžiai dalijosi patirtimi. Apie šią ligoninę – vien geri prisiminimai.

O pirmoji darbovietė – Radviliškio centrinės ligoninės Infekcinių ligų skyrius, kuriam tuo metu vadovavo Dalia Vyšniauskienė. Vėliau, gydytojai išvykus, perėmiau jos pareigas. Infekcinių ligų skyriaus vedėja dirbau iki šio skyriaus uždarymo (1980–2001 metais). Tada nuo 2001 iki 2009 metų ėjau Radviliškio ligoninės direktoriaus pavaduotojos gydymo reikalams pareigas. Vėliau (2009–2017 metais) buvau Greitosios medicinos pagalbos stoties direktorė. Kartu neapleidau ir praktinio darbo – dirbau gydytoja infektologe Radviliškio ligoninėje, ambulatorijos padalinyje. Dabar taip pat dar turiu nedidelį krūvį – teikiu vidaus ligų gydytojos ir gydytojos infektologės paslaugas konsultacinėje poliklinikoje.

Su kokiais didžiausiais iššūkiais teko susidurti?

Važiuodama į Radviliškį maniau, kad atidirbsiu tik trejus metus, ilgiau neužsibūsiu. Nutiko taip, kad Radviliškyje jau dirbu 45 metus. Likau, nes patiko, kad mūsų ligoninė buvo nauja, su izoliatoriais, šalia centrinės ligoninės. Patiko geras kolektyvas, darbo atmosfera. Vedėja D. Vyšniauskienė priėmė mane kaip lygią, visada iš jos sulaukdavau vertingų patarimų, kartu vizituodavome pacientus. Gyvenimas taip susiklostė, kad čia sukūriau šeimą, net apsigyvenau netoli ligoninės, tik 4 min. kelio. Žodžiu, buvo geros sąlygos ir dirbti, ir tobulėti. Džiaugiuosi, kad likau, kad nekėliau sparnų.

Iššūkių, be abejo, buvo. Joks darbas be jų neapsieina. Ypač kai vedėja išvyko dirbti į Kauną ir likau viena, o gydyti reikėjo apie 25–30 ligonių ir dar konsultuoti ambulatorinius pacientus, budėti ligoninėje. Padėjo jauni vidaus ligų gydytojai, tačiau visa atsakomybė už darbą teko man. Dirbau savaitgaliais, vakarais, nes buvo sunkių ligonių, kuriuos reikėjo nuolat stebėti. O ir pati geriau jaučiausi įsitikinusi, kad ligonis sveiksta, jo būklė neblogėja.

Nuo 1990 metų ligonių dar padaugėjo. Vienu metu skyriuje buvo gydoma 50–60 pacientų. Iššūkis buvo ir tai, kad Infekcinių ligų skyrių uždarė remontui, o ligonius perkėlė į laisvas senosios ligoninės patalpas. Krūvis buvo didžiulis, nes 60 ligonių gydė tik du gydytojai. Vienais metais turėjome net 50 ligonių, sergančių erkiniu encefalitu. Rodos, tai buvo didžiausias skaičius tarp rajoninių ligoninių.

Buvo nemažai sudėtingų atvejų, tačiau turėjau gerus mokytojus Kaune, Šiauliuose. Visada su jais galėjau konsultuotis, tartis dėl sunkesnių ligonių perkėlimo gydytis į didžiąsias ligonines. Geras ryšys buvo ir su Vilniaus infektologais. Sostinėje vyko kvalifikacijos kėlimo kursai, taip pat labai draugiškas buvo ir visada noriai patardavo Vilniaus infekcinės ligoninės kolektyvas.

Žinoma, toks įtemptas darbas, didelis ligonių skaičius reikalavo aukojimosi – mažiau laiko likdavo šeimai, poilsiui, pomėgiams. Vien epikrizių pildymas atimdavo daugybę laiko – tuomet jų nebuvo galima įrašyti į diktofoną. Pavargdavau, bet po atostogų laukdavau grįžimo į darbą. Ilgėjausi darbo, ligonių, kolektyvo, nes mylėjau ir myliu savo profesiją.

Uždarius Infekcinių ligų skyrių, buvau paskirta eiti direktoriaus pavaduotojo gydymo reikalams pareigas. Šiame darbe taip pat netrūko iššūkių, nes tuomet vyko sveikatos priežiūros įstaigų pertvarka, keitėsi paslaugos, jų teikimo tvarka. Viršvalandžiai buvo įprastas reikalas. Kartu dirbau ir praktinį darbą – tiek ligoninėje, tiek poliklinikoje. Tad neretai konsultuoti tekdavo ir pasibaigus darbo valandoms. Bet, kai esi jauna, daug ką pakeli, juolab kai dirbi mėgstamą darbą, jauti einanti savu keliu.

Buvote ilgametė Radviliškio ligoninės Infekcinių ligų skyriaus vedėja, vėliau direktoriaus pavaduotoja gydymo reikalams. Ar Infekcinių ligų skyrius, Jūsų nuomone, tapo nereikalingas?

2001 metais Radviliškio ligoninės Infekcinių ligų skyrius buvo uždarytas, o sergantieji infekcinėmis ligomis gydomi Infekcinių ligų poskyryje, kuris įsikūrė Tuberkuliozės ligoninėje. Pagrindinė skyriaus uždarymo priežastis – sumažėjęs ligonių skaičius. Sumažėjo stacionare gydomų ir suaugusiųjų, ir vaikų. Po kurio laiko buvo uždaryta ir Tuberkuliozės ligoninė, o infekcinių ligų gydymas persikėlė į Radviliškio ligoninės Vidaus ligų skyrių.

Mano nuomone, racionalu, kad buvo uždarytas Infekcinių ligų skyrius, nes ligonių srautas iš tiesų sumažėjo. Geresnės higienos sąlygos smarkiai sumažino žarnyno infekcijų, hepatitų protrūkių, o skiepai – erkinio encefalito atvejų.

Kaip pavyko suderinti klinikinį ir administracinį darbą? Kuris labiau prie širdies?

Klinikinis darbas – tai atsakomybė už savo darbo rezultatus, administracinis – ir už savo, ir už kolegų. Galiu pasidžiaugti, kad neblogai sekėsi dirbti direktoriaus pavaduotoja – tiek atlikti administracines pareigas, tiek bendrauti su kolegomis. Vadovaujant Greitosios medicinos pagalbos (GMP) padaliniui, irgi dirbome sklandžiai. Darbas GMP – tai didžiulė visų darbuotojų, ir, be abejo, vadovo atsakomybė. Tai darbas, kuris reikalauja greitų ir tinkamų sprendimų, susikaupimo, kuriame gausu stresinių situacijų.

Taigi tiek administracinis, tiek klinikinis darbas patiko ir sekėsi, tačiau širdžiai mielesnis praktinis gydytojos darbas. Pasveikęs žmogus suteikia džiaugsmo ir pasitenkinimo. Be abejo, ir administracinis darbas to gali suteikti. Tačiau būtent gydytojo darbe įžvelgiu didesnę prasmę.

Kaip pavykdavo išvengti konfliktų? Ar todėl, kad visi darbuotojai buvo supratingi, nekonfliktiški?

Manau, kad kiekvienoje situacijose svarbiausia matyti žmogų, stengtis jį suprasti. Nėra absoliučiai gerų ar blogų žmonių. Kiekvienas turime savo charakterį. Vieni yra impulsyvesni, kiti – ramesni, lėtesni. Tiesiog reikia su kiekvienu kalbėti, rasti jam tinkamą ir suprantamą bendravimo būdą. O klaidų pasitaiko kiekvienam. Svarbu, kad tos klaidos, nesutarimai būtų aptariami asmeniškai arba kolektyve. Svarbu išsaugoti orumą, pagarbą žmogui.

Manau, kolektyvas turi žinoti ne tik savo pareigas, ką privalo atlikti, bet ir darbo planus, perspektyvas, net ir finansinius reikalus – kiek uždirbama, kur pinigai panaudojami. Dirbdama GMP su darbuotojais aptardavau, kaip bus panaudoti pinigai, kiek jų galima skirti atlyginimams didinti. Skaidrumas, atvirumas nepalieka vietos apkalboms, prisideda prie geresnės darbo atmosferos.

Beje, mes, Infekcinio skyriaus darbuotojai, iki šiol kartą per metus susitinkame, pasikalbame, prisimename linksmus nutikimus. Šiemet į susitikimą atėjo 15 darbuotojų. O juk 20 metų kai skyriaus nėra! Toks šiltas ryšys tarp darbuotojų, ne tik dalykinis, darbinis, labai svarbus. Todėl labai džiaugiuosi, kad taip buvo ir kad pavyko tą ryšį išsaugoti.

Kaip šiuo metu prižiūrimi infekcinėmis ligomis sergantys Radviliškio gyventojai? Ar skyriuose turite sergančiųjų infekcinėmis ligomis? Ar užtenka ambulatorinių konsultacijų?

Nekovidiniai infekcinėmis ligomis sergantys Radviliškio rajono gyventojai gydomi ligoninės Vidaus ligų skyriuje. Esant sunkesniems atvejams, esu kviečiama į konsultacijas. Iš tikrųjų tokių iškvietimų smarkiai sumažėjo. Minėjau, kad teikiu dar ir ambulatorines konsultacijas. Dažniausiai žmonės pas infektologą ateina dėl erkių platinamų ligų, žarnyno infekcijų ir kt.

Pernai gruodžio mėnesį Radviliškio ligoninėje buvo atidarytas COVID-19 skyrius, kuris dirbo iki 2021 metų vasario pabaigos. Didelė tikimybė, kad netrukus šis skyrius vėl ims veikti. Be to, Radviliškio ligoninė priėmė sprendimą turėti Izoliacijos skyrių. Jame laikinai gydomi ligoniai, kuriems būtinas stacionarinis gydymas ir kurie nėra ištirti dėl SARS-CoV-2 infekcijos. Sulaukę neigiamo testo dėl koronaviruso rezultato, šie ligoniai, atsižvelgiant į ligą, perkeliami ir į atitinkamus skyrius.

Kaip manote, ar mažesnėse ligoninėse nesusimaišo terapija ir infektologija, ar terapeutai negydo infekcinių ligų?

Dalį infekcinių ligų jau gana seniai gydo bendrosios praktikos, vidaus ligų gydytojai. Jie tam turi pakankamai kompetencijos. Esant reikalui, kviečia mane konsultuoti.

Ar užtenka infekcinių ligų skyrių tik penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose?

Mano nuomone, gyvenimas parodė, kad pakanka turėti infekcinių ligų skyrių tik didžiuosiuose miestuose, nes per pastarąjį dešimtmetį sergančiųjų infekcinėmis ligomis skaičius smarkiai sumažėjo, o nesudėtingos infekcinės ligos gydomos vidaus ligų skyriuose. Kita vertus, COVID-19 pandemija priminė, kad infekcijos gali kelti didelę grėsmę. Žmonija nuolat kovoja su infekcijomis – vienos yra įveikiamos, bet atsiranda naujų, nežinomų. Tikėtina, kad ir ateityje įvairių infekcijų protrūkių neišvengsime. Tokiais atvejais smarkiai padidėja stacionarių lovų poreikis. Daugelis ligoninių šią problemą sprendžia pritaikydamos kitų skyrių patalpas.

Visuomet dirbote Radviliškyje. Ar nesijaučiate likusi viena infektologė, atitrūkusi nuo kitų, ar nepasiilgstate darbo infektologų komandoje?

Infektologų komandoje dirbau labai trumpai – vienus metus internatūroje. Atvykusi į Radviliškį, tik keletą metų dirbau kartu su vedėja. Didžiąją dalį savo darbo karjeros, kaip infektologė, buvau ir tebesu viena. Dalykiški, draugiški santykiai su kolegomis iš Kauno, Šiaulių, Vilniaus neleido pasijusti vienišai, atitrūkusiai nuo kitų. Šie nuoširdūs santykiai išlikę ir dabar – visada galiu pasiskambinti ir pasitarti, ypač artimi jie yra su Šiaulių ligoninės infektologais. Ačiū jiems!

Kaip sužinote apie naujienas infekcinių ligų srityje? Galbūt užtenka tiesiog ilgametės patirties?

Patirtis gydytojo darbe be galo svarbi. Kita vertus, medikas turi nuolat domėtis naujienomis, tobulėti. Šiandien visos naujienos ateina per nuotolį – konferencijos, seminarai, pokalbiai, konsultacijos su kolegomis. Be abejo, pasiilgstu tiesioginių renginių, bet dabar toks laikas, kad dažniau bendraujama virtualiai.

Kaip šiuo metu atrodo Jūsų darbo savaitė? Kokie Jūsų planai?

Kiekvieną dieną iš ryto 2 val. dirbu konsultacinėje poliklinikoje. Po to – laisvas laikas, kurį skiriu Lietuvos politinių kalinių ir tremtinių sąjungos, bendruomenės veiklai. Esu Radviliškio savivaldybės tarybos narė. Labai mėgstu koncertus, klasikinę muziką. Džiaugiuosi, kad šiemet jau grįžo tiesioginių koncertų galimybė. Neišdildomą įspūdį paliko sakralinės muzikos koncertas Šiluvos bažnyčioje, Tytuvėnų festivalio koncertas *Operos kelionė nuo baroko iki romantizmo* su Kauno miesto simfoniniu orkestru, Ona Kolobovaite ir Tomu Pavilioniu. Sužavėjo Chaimo Frenkelio vasaros festivalio renginys – ansamblio iš Estijos *Nortango* koncertas. Mėgstu ir keliauti, bet pandemija šį pomėgį pristabdė.

Kai tik turiu progą, visada stengiuosi jos nepraleisti ir duoti peno sielai klausantis muzikos, žiūrint spektaklius, keliaujant po Lietuvą ar svečias šalis. Tokia mano kasdienybė, kuria džiaugiuosi. Didelių ateities planų neturiu. Stengiuosi būti naudinga, dėkinga už suteiktas galimybes padėti.

Esate aktyvi Lietuvos infektologų draugijos narė. Kokią matote draugijos veiklos prasmę šiuolaikiniame technologijų pasaulyje?

Šiame technologinio progreso amžiuje mokslo ir technikos pažanga dažnai palengvina, pagreitina problemų sprendimą, žinių suteikimą. Tai svarbu ir naudinga, ypač dabar, kai gyvenimas apribotas. Tačiau technologijos neatima galimybės bendrauti. Tikiu, kad įveikus pandemiją sugrįš ir įprasti mums susitikimai, konferencijos. Manau, kad draugijos veiklos misija yra skleisti žinias, informuoti apie naujienas, suteikti galimybes medikams tobulėti, dalytis patirtimi, visa tai organizuojant tiek realiai, tiek virtualiai.

Kaip reikėtų tobulinti infektologo specialybę? Ko palinkėtumėte jaunajai kartai?

Infektologija – įdomi specialybė, nes infekcinės ligos nuolat kinta. Šiuolaikinis pasaulis yra mobilus. Žmonės daug keliauja ir kartu atveža mūsų šaliai nebūdingų, retų ligų. Dažnai tai yra ūminės, bet išgydomos ligos, todėl gydytojas gali matyti ir džiaugtis savo darbo rezultatais. Infektologo profesija jaunimui turėtų būti patraukli ir perspektyvi specialybė. Infekcijos neprapuls, jų bus.

Jauniems gydytojams palinkėčiau matyti ne tik ligą, bet ir žmogų. Viena vertus, be galo svarbu laiku ir tiksliai diagnozuoti ligą ir ją išgydyti. Kita vertus, ne mažiau svarbu pagarbiai elgtis su ligoniais.

Dėkojame už pokalbį

Kalbėjosi Natalija Voronaja

Infektologų veiklos įvertinimas

Prof. Ligita Jančorienė išrinkta 2020 metų moterimi



Lietuvos infektologų draugijos vardu nuoširdžiai džiaugiamės ir dar kartą sveikiname prof. Ligitą Jančorienę, Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Infekcinių ligų centro vadovę, tapus 2020 metų moterimi!

2021 m. rugsėjo 30 d. LR Seimas patvirtino naujos sudėties Nacionalinę sveikatos tarybą, kurios veiklos prioritetas – analizuoti sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo eigą, nustatyti aktualias visuomenės sveikatos problemas ir prioritetus. Ji sudaryta iš 15 narių: 3 atstovai iš savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybų; 6 – iš mokslo ir studijų institucijų, nerengiančių sveikatos priežiūros specialistų ir asociacijų, vienijančių mokslininkus; 3 – iš asociacijų, vienijančių sveikatinimo veiklos srities asmenis; 3 – iš mokslo ir studijų institucijų rengiančių sveikatos priežiūros specialistus.

Lietuvos infektologų draugija į Nacionalinę sveikatos tarybą pasiūlė kandidatę LID valdybos narę prof. Ligitą Jančorienę, kuri pateko. Sveikiname!



Prof. Auksė Mickienė šiemet apdovanota Ištvermės Titanu

Prof. Auksei Mickienei, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Infekcinių ligų klinikos vadovei, šiemet įteiktas DELFI portalo ir TV apdovanojimas - Ištvermės Titanas. Nuoširdžiai sveikiname!

Estela Tamašauskienė – *Metų kaunietė 2020* dešimtuke

Rinkimuose *Metų kaunietė 2020* pristatyta ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninės Infekcinių ligų skyriaus vedėjos gydytojos Estelos Tamašauskienės kandidatūra. Ji pateko į rinkimų *Metų kaunietė 2020* dešimtuką. Sveikiname!



QIAGEN

LABORAMA
INTERLUX GROUP

NeuMoDx

Naujos kartos molekulinių tyrimų sistema

ULTRA greiti integruoti PGR tyrimai
Paremta artus® metodologija

Visiškai automatizuota sistema - nuo mėginio iki rezultato



HIV-1 HCV HBV	EBV CMV BKV HSV I/II VZV HHV6	HPV CT/NG TV/MG MG Atsparumas	SARS-CoV-2 Flu A/B/RSV/SARS-CoV-2 Flu A/B/RSV

*nuolat pildoma

Intuityvus 3 žingsnių procesas
Naujam vartotojui itin lengva išmokti naudotis, o dirbant užtrunkama trumpiau

Ypatingai greiti tyrimų atsakymai
Pirmieji rezultatai gaunami jau po 40 min.! Yra galimybė prioritetizuoti mėginius

Mėginių papildymas
bet kuriuo sistemos veikimo metu

Didelis našumas
NeumoDX 288 per 8 valandas atlieka net iki 340 tyrimų, Neumo DX 96 – iki 145 tyrimų

Paruošti naudoti reagentai
Kambario temperatūroje stabilūs reagentai, kuriuos galima laikyti paruoštus pačiame analizatoriuje

30

Iki 30 paraleliai tiriamų
IVD rinkinių vienu metu

info@laborama.lt

Pacientų patirtys persirgus COVID-19



Gyd. rez. Roberta Vaikutytė
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Infekcinių ligų klinika
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė

COVID-19 gali būti labai sunki liga. Dažniausiai ji pasireiškia viršutinių kvėpavimo takų simptomais, tačiau gali sukelti ir komplikacijų – plaučių uždegimą, kvėpavimo nepakankamumą. Didžiausią įtaką ligos plitimui daro asmenys, nesuvokiantys ligos tikrumo, sunkumo ir nesilaikantys apsaugos rekomendacijų, skleidžiantys aplinkiniams nepatikimą informaciją. Kita problema, kad žmonėms sunku įsivaizduoti, kokia liga klastinga ir kokia tai nemaloni patirtis, jei niekas iš artimųjų ja nesirgo, todėl nesureikšmina apsaugos priemonių dėvėjimo, atstumo laikymosi ar izoliacijos.

Norėdami nors kiek priartinti visuomenę prie sergančiųjų realybės, kvietėme Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninėje gulinčius ir sveikstančius pacientus pasidalyti sirgimo COVID-19 patirtimi. Kviečiame paskaityti jų atsiliepimus.

Pirmasis pacientas

Kur ir kaip užsikrėčiau, tiksliai nežinau. Tik pajutau, kad labai kosėju. Kitą dieną turėjau eiti pas nefrologą pasitikrinti sveikatą, todėl sūnus mane nuvežė išsitirti. Tą pačią dieną nustatė teigiamą COVID-19 testą. Kitą dieną ėmiau stipriai dusti, trūko oro. Temperatūra tai kilo, tai krito. Sergu 20 dienų. Dabar žinau, kad reikėjo labiau saugotis.

Antrasis pacientas

Užsikrėčiau darbe. Buvo patvirtintas plaučių uždegimas. Tris savaites turėjau didelę temperatūrą –38–39 °C. Temperatūra nenukrito tol, kol neatvykau į Infekcinę ligoninę. Užsikrėsti galima buvo ir gatvėje, ir parduotuvėje, nes į šią antrąją bangą žmonės žiūri šalčiau. Labai ačiū personalui.

Trečiasis pacientas

Susirgau 2020 metais spalio 26 dieną, nors buvau pasiskiepijusi nuo gripo. Maniau, kad tai tiesiog peršalimas. Kuo toliau, tuo labiau blogėjo sveikata, pakilo temperatūra iki 39 °C, krėtė šaltis, pradėjo dusinti, spausti krūtinę, gėlė visus kaulus ir raumenis. Atlikus pirmąjį COVID-19 tyrimą, atsakymas buvo neigiamas. Diagnozuotas plaučių uždegimas. Buvau paguldyta į Pulmonologijos skyrių. Antras tyrimas dėl COVID-19 buvo teigiamas. Buvau pervežta į Infekcinių ligų skyrių. Čia pajutau sveikatos pagerėjimą. Tik dėl palatos gydytojos ir viso personalo pastangų dabar jaučiuosi kur kas geriau. Norisi perspėti visus – žmonės, atsipeikėkite, džiaukitės mūsų medikų pasiaukojimu darbe, jie taip pat žmonės. Pagarba ir padėka JUMS, MEDIKAI.

Ketvirtasis pacientas

Užsikrėčiau COVID-19. Net negaliu pasakyti – kur. Saugojausi visais įmanomais būdais, nes sergu gretutinėmis ligomis. Į ligoninę atvežė greitosios automobiliu jau sunkios būklės. Pasirodo, dar prisidėjo ir plaučių uždegimas, kuris draskė kūną per kosulio priepuolius, plaučiams stigo oro, buvo tiekiamas deguonis, kad plaučiai galėtų ventiliuotis. Man – 61 metai. Mirti jau nebijojau, bet atrodė, kad nedaug liko laukti. Bet mūsų gydytojai, slaugytojai ir visas Infekcinės ligoninės personalas darė stebuklus, mus, ligonius, lankė kas valandą. Ačiū jiems, kad pakėlė visas mano negandas kartu su manimi. Dar kartą lenkiuosi jiems.

Informacija paskelbta Lietuvos infektologų draugijos feisbuko puslapyje 2020 metų lapkričio 26 dieną. Sekite aktualijas *https://www.facebook.com/infektologudraugija/*.

Pasiskiepyti nuo gripo, pneumokokinės infekcijos ir COVID-19 galima tą pačią dieną

2021 metai spalio 4 diena

Vėstant orams, žmonės daugiau laiko praleidžia uždarose, mažai vėdinamose patalpose, padidėja peršalimo rizika. Šalies medikai rekomenduoja nepamiršti pasiskiepyti ne tik nuo COVID-19, bet ir nuo šaltuoju metų sezonu plintančio gripo ir pneumokokinės infekcijos. Remiantis naujausiomis Lietuvos infektologų draugijos (LID) rekomendacijomis, nuo šiol tai padaryti bus daug patogiau – vieno vizito metu bus galima pasiskiepyti ir nuo COVID-19, ir nuo gripo, ir nuo pneumokokinės infekcijos. Skiepijama į skirtingas kūno vietas.

Sprendimas, leidžiantis nuo kelių ligų pasiskiepyti vieno vizito metu arba laikantis bet kokio pacientui patogaus intervalo, priimtas remiantis Ligų kontrolės ir prevencijos centrų (angl. *Centers for Disease Control and Prevention*) gairėmis. Taip siekiama sumažinti papildomų ir perteklinių vizitų gydymo įstaigose skaičių bei palengvinti vakcinacijos procesą gyventojams.

Svarbu atkreipti dėmesį, kad asmenys, besiskiepijantys nuo COVID-19, to paties vizito metu gali pasiskiepyti ir nuo erkinio encefalito ar nuo kitų ligų (pavyzdžiui, stabligės / difterijos, meningokokinės infekcijos ir kt.).

Gripo sezonas paprastai prasideda spalio mėnesį, o baigiasi kitų metų gegužę. Todėl nuo gripo skiepytis reikėtų nieko nelaukiant.

Nepamiršti pasiskiepyti tiek nuo COVID-19, tiek nuo gripo ir pneumokokinės infekcijos svarbu, nes sergant, pavyzdžiui, ir gripu, ir koronaviruso infekcija, ligos forma bei gydymas yra sudėtingesnis, padidėja sunkių komplikacijų (infarkto, insulto ir kt.) tikimybė.

Asmenys, vieno vizito metu norintys iš karto pasiskiepyti nuo kelių skirtingų ligų, tai gali padaryti užsiregistravę pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje yra prisirašę.

Nuo gripo nemokamai pasiskiepyti gali:

- 65 metų ir vyresni asmenys;
- nėščiosios (bet kuriuo nėštumo laikotarpiu);
- asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis, nepriklausomai nuo jų amžiaus (taip pat ir vaikai);
- sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai (taip pat ir odontologai);
- asmenys, gyvenantys socialinės slaugos ir globos įstaigose (taip pat ir vaikų globos įstaigose).

Nuo pneumokokinės infekcijos nemokamai pasiskiepyti gali vaikai nuo dvejų iki 18 metų, priklausantys šioms rizikos grupėms:

- sergantys bronchų astma (J45–J46), cistine fibroze (E84), bronchektazine liga (J47);
- sergantys cerebriniu paralyžiumi (G80), mioneuralinių jungčių ir raumenų ligomis (G70–G73);
- sergantys įgimtosiomis širdies ydomis (Q20–Q25);
- sergantys cukriniu diabetu (E10–E14);
- sergantys navikais (C00–D48);
- sergantys lėtinėmis inkstų ligomis (N04, N18);
- vaikai, kuriems atliekama hemodializė ir peritoninė dializė (Z49.1, Z49.2, N18.5);
- sergantys lėtinėmis kepenų ligomis (K71.3–K71.7, K73–K74, Q44.2);
- esant imunosupresinėms būklėms: turintys imunodeficitą (D80–D84), sergantys reumatinėmis ligomis (M05–M08, M30–M36, M79.0), po kraujodaros kamieninių ląstelių ar žmogaus organų, audinių transplantacijos (Z94), sergant įgimtąja ar įgytąja asplenija (D73.0, Q89.01);
- vaikai, turintys kochlearinius implantus (Z96.2);
- asmenys, sergantys žmogaus imunodeficito viruso sukelta liga ar infekuoti žmogaus imunodeficito virusu (B20–B24, Z21).

Taip pat nemokamai pasiskiepyti gali suaugusieji, priklausantys šioms rizikos grupėms:

- sergantys lėtine inkstų liga, kai glomerulų filtracijos greitis <30 ml/min./1,73 m^2 (N18.4–N18.5);
- sergantys nefroziniu sindromu (N04);
- asmenys, kuriems atliekama dializė ar peritoninė dializė (Z49.1, Z49.2, N18.5);
- sergantys navikais (C00–C96, D46–D47);
- asmenys po kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos (Z94.8);
- asmenys po parenchiminių organų transplantacijos (Z94);
- sergantys reumatinėmis ligomis (M02–M08, M13, M30–M36, M45, M46);

- sergantys kepenų fibroze ir ciroze (K74);
- asmenys, kuriems nustatytas hiposplenizmas ir įgimtoji asplenija (D73.0, Q89.01);
- asmenys, kuriems nustatytas cerebrospinalinio skysčio nutekėjimas (G96.0);
- asmenys, turintys kochlearinių implantų (Z96.2);
- sergantys žmogaus imunodeficito viruso sukelta liga ar infekuoti žmogaus imunodeficito virusu (B20–B24, Z21);
- asmenys, kuriems nustatyta jatrogeninė imunosupresija (D89.8);
- asmenys, kuriems nustatytas imunodeficitas su vyraujančiais antikūnų pakitimais (D80), kombinuoti imunodeficitai (D81), imunodeficitai kartu su kitais pagrindiniais sutrikimais (D82), įprastas kintamasis imunodeficitas (D83) arba kiti imunodeficitai (D84);
- sergantys 1 tipo cukriniu diabetu (E10);
- sergantys kitu patikslintu cukriniu diabetu (E13);
- sergantys 2 tipo cukriniu diabetu (E11), jeigu jiems planuojama chirurginė operacija;
- sergantys 2 tipo cukriniu diabetu (E11), jeigu jie yra vyresni nei 65 metų ir jiems papildomai nustatyta 2 tipo cukrinis diabetas su daugybinėmis mikrokraujagyslinėmis ir kitomis patikslintomis nekraujagyslinėmis komplikacijomis (E11.71), 2 tipo cukrinis diabetas su inkstų komplikacija (E11.2), 2 tipo cukrinis diabetas su kraujotakos komplikacija (E11.5), kardiomiopatija (I42), kardiomiopatija, sergant ligomis, klasifikuojamomis kitur (I43), bent viena iš širdies išeminių ligų (I20–I25), širdies nepakankamumas (I50) arba bent viena iš atitinkamų lėtinių apatinių kvėpavimo takų ligų (J40–J43, J45–J47);
- sergantys kita lėtine obstrukcine plaučių liga (J44);
- sergantys širdies nepakankamumu (I50).

Nemokamai pasiskiepyti nuo COVID-19 gali visi gyventojai, kurie užsiregistruoja internetu ***www.koronastop.lt*** arba trumpuoju telefono numeriu **1808**. Kiekvieną ketvirtadienį visos Lietuvos savivaldybės kviečia skiepytis be registracijos. Vakcinaciją laukiant gyvoje eilėje vykdo ir Nacionalinio kraujo centro mobilieji vakcinacijos punktai.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Spaudos tarnyba



Lėtinio hepatito C gydymas sergant lėtine inkstų liga



Gyd. rez. Roberta Vaikutytė
Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Infekcinių ligų klinika



Prof. Ligita Jančorienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinika
Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Infekcinių ligų centras

Santrauka

Hepatito C viruso (HCV) infekcija yra paplitusi visame pasaulyje. Ši infekcija gali pažeisti kepenis, pasireikšti ekstrahepatinėmis manifestacijomis, o jai progresuojant gali vystytis kepenų cirozė. Viena HCV infekcijos rizikos grupių – lėtine inkstų liga (LIL) sergantys pacientai. Jiems lėtinė HCV infekcija gali nulemti ligos progresavimą į terminalinę LIL, skatinti kepenų ligos progresavimą ir padidinti mirtingumo riziką. Šiuolaikinis lėtinio hepatito C (LHC) gydymas tiesiogiai veikiančiais antivirusiniais vaistais yra efektyvus ir saugus pacientams, sergantiems LIL. Remiantis naujausiomis LHC gydymo gairėmis, LIL ir LHC sergančius pacientus rekomenduojama gydyti nepriklausomai nuo inkstų funkcijos sutrikimo, skiriant pangenotipinius ar nuo genotipo priklausančius vaistų derinius. Šiame straipsnyje aptariamos LHC naujausiomis rekomendacijomis paremtos gydymo gairės pacientams, sergantiems LIL.

Raktažodžiai: lėtinis hepatitas C, lėtinė inkstų liga, ekstrahepatinės manifestacijos, gydymas tiesiogiai veikiančiais antivirusiniais vaistais.

Summary

Hepatitis C virus infection is prevalant in whole world and can damage the liver, manifest with extrahepatic manifestations and progress to liver cirrhosis. This infection is common in specific populations – one of them is patients with chronic kidney disease (CKD). Chronic hepatitis C (CHC) in CKD is associated with accelerated progression to end-stage renal disease, increased liver-related morbidity and mortality rates. Nowadays there is a great treatment for CHC with direct acting antiviral therapy, which is effective and safe for CKD patients. According to the latest guidelines it is recommended to treat all the patients infected with HCV, regardless the CKD stage with pangenotypic or genotype specific regiments. Therefore this article presents an overview of the latest guidelines for treating HCV in CKD patients.

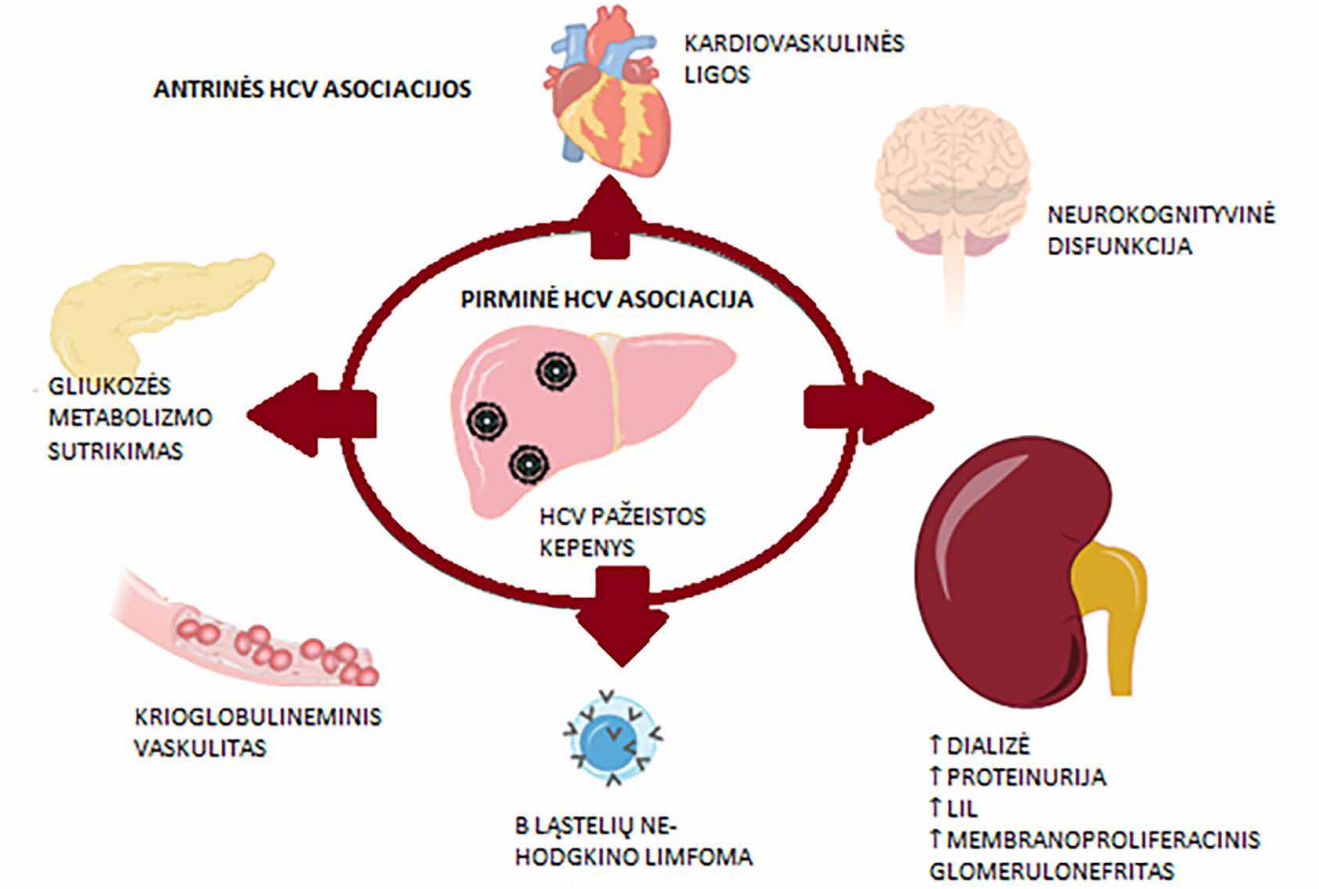
Keywords: chronic hepatitis C, chronic kidney disease, extrahepatic manifestations, treatment with direct acting antivirals.

Įvadas

Hepatito C virusas (HCV) – RNR virusas, priklausantis *Flaviviridae* šeimai ir paplitęs visame pasaulyje. HCV gali sukelti ūminę ir lėtinę infekciją [1]. Ūminis hepatitas C dažniausiai yra besimptomis, tačiau gali pasireikšti geltine ligos forma, labai retai gali išsivystyti žaibinis hepatitas. Apie 15–45 proc. užsikrėtusiųjų HCV per šešis mėnesius pasveiksta spontaniškai. Likusiai daliai užsikrėtusiųjų infekcija pereina į lėtinę ligos formą. Lėtinis hepatitas C (LHC) – tai HCV sukeltas ilgiau nei šešis mėnesius besitęsiantis kepenų uždegimas, galintis pasireikšti besimptome ligos forma ar nespecifiniais simptomais, pavyzdžiui, persistuojančiu aminotransferazių aktyvumo padidėjimu, histologiniais kepenų pokyčiais, ekstrahepatinėmis manifestacijomis, o ligai progresuojant gali išsivystyti kepenų cirozė, susiformuoti kepenų ląstelių karcinoma.

Europoje iš šešių pagrindinių HCV genotipų labiausiai paplitę pirmas bei trečias HCV genotipai [2, 3]. Išsivysčiusiose šalyse dažniausiai nustatoma 1a, 1b, 2a ir 3a HCV genotipo infekcija (dar vadinami epideminiais subtipais, nes siejami su infekcijos perdavimu perpilant kraują ir donoryste). HCV infekcijos paplitimas tarp skirtingų šalių labai varijuoja, bet svyruoja nuo 0,5 proc. iki 1 proc. [1]. Priklausomai nuo geografinio regiono, HCV infekcija gali būti nustatoma skirtingų rizikos grupių asmenims (pavyzdžiui, švirkščiamųjų narkotikų vartotojams, kaliniams, lėtine inkstų liga (LIL) sergantiems pacientams, hemodializuojamiems asmenims ir kt.). Sergamumas HCV infekcija LIL sergančių žmonių

1 pav. **Dažniausios ekstrahepatinės HCV infekcijos manifestacijos [8]**



populiacijoje svyruoja maždaug nuo 1 proc. iki 20 proc. (remiantis klinikinių tyrimų, atliktų Italijoje, Ispanijoje, Peru, Turkijoje, Taivane, duomenimis) [4, 5]. Hemodializuojamų pacientų sergamumas HCV infekcija svyruoja nuo 2,6 proc. iki 22,9 proc. (remiantis 300 dializės centrų pacientų tyrimais, atliktais Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Europoje) [6].

HCV gali lemti ekstrahepatines manifestacijas. Iki 75 proc. užsikrėtusiųjų HCV infekcija nustatomos ekstrahepatinės manifestacijos [7–9], siejamos su įvairių organų sistemų autoimuniniais bei limfoproliferaciniais pokyčiais. Dažniausios ekstrahepatinės HCV infekcijos manifestacijos yra (*1 pav.*) [8, 9]:

- mišri krioglobulinemija (pasireiškia iki 70–80 proc. užsikrėtusiųjų HCV infekcija, dažniausiai susijusia su imunoglobulino M kapa mišria globulinemija);
- inkstų ligos (būdingiausias pirmo tipo mebranoproliferacinis glomerulonefritas; 10–20 proc. užsikrėtusiųjų HCV infekcija išsivysto inkstų pažeidimas);
- B ląstelių limfoproliferacinės ligos (<10 proc. ne Hodgkino limfomos atvejų yra susijusios su HCV infekcija);
- artralgija (būdinga 40–80 proc. užsikrėtusiųjų HCV infekcija);
- kardiovaskulinės ligos (karotidinių arterijų plokštelių susidarymas, intimos storėjimas);
- atsparumas insulinui ir 2 tipo cukrinis diabetas;
- nuovargis, depresija, kognityviniai sutrikimai (nekoreliuoja su kepenų pažeidimo sunkumu).

HCV infekcija gali sukelti inkstų pažeidimą ir paskatinti LIL progresavimą į terminalinę inkstų ligos stadiją [7, 8]. Taivano mokslininkų duomenimis, HCV infekcijos paplitimas tarp dar nedializuojamų LIL sergančių pacientų yra didesnis negu bendrojoje populiacijoje (atitinkamai 5,46 proc. ir 3,43 proc.) [10]. Inkstų pažeidimas pasireiškia 20–35 proc. pacientų, kuriems nustatyta su HCV infekcija susijusi mišri krioglobulinemija. Per penkerius metus pacientams, sergantiems LIL ir LHC, yra apie 15 proc. didesnė terminalinės inkstų ligos išsivystymo rizika, palyginti su asmenimis, kurie nėra užsikrėtę HCV infekcija [11]. LIL sergantys pacientai HCV infekcija dažniausiai užsikrečia atlikdami dializes, per kontaktą su kitais pacientais, dėl infekcijų kontrolės reikalavimų pažeidimų ar perpilant kraują [12]. HCV infekcija siejama su padidėjusiu dializuojamų pacientų mirtingumu dėl visų ir kardiovaskulinių priežasčių, mažesniu pacientų išgyvenamumu po inkstų transplantacijos [13].

HCV infekcija gali būti pagrindinė LIL priežastis ir komplikacija. LIL gali išsivystyti, dėl su HCV infekcija susijusio diabeto komplikacijų, ekstrahepatinių manifestacijų, ypač mišrios krioglobulinemijos [14]. Dažniausia LIL sukelianti ekstrahepatinė HCV infekcijos manifestacija yra pirmojo tipo mebranoproliferacinis glomerulonefritas (MPGN), susijęs su mišria krioglobulinemija. Dėl LIL gydymo gali kilti rizika užsikrėsti HCV infekcija. Dėl šių priežasčių stebimas didesnis HCV infekcijos paplitimas tarp LIL sergančių pacientų, palyginti su bendrąja populiacija.

1 lentelė. **LHC gydymui skirtų pangenotipinių ir genotipui specifiškų vaistų deriniai**

Pangenotipiniai vaistai	Genotipui specifiški
Glekapreviras / pibrentasviras	Grazopreviras / elbasviras
Sofosbuviras / velpatasviras	Sofosbuviras / ledipasviras
Sofosbuviras / velpatasviras / voksilapreviras	Sofosbuviras / daklatasviras
	Ombitasviras / paritapreviras / ritonaviras + dasabuviras

Metodai

Straipsnyje aptariamos naujausios HCV infekcijos gydymo gairės (angl. *European Association for the Study of the Liver* (EASL), *The Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO), *American Association for the Study of Liver Diseases* (AASLD)) ir HCV infekcijos gydymas pacientams, kuriems nustatytas inkstų pažeidimas [15–17].

Dėstymas

Pasveikimas nuo LHC skatina kepenų fibrozės mažėjimą ar net jos išnykimą, kepenų funkcijos atsikūrimą. Pasveikus nuo HCV infekcijos, regresuoja ekstrahepatinės manifestacijos, tampa lengviau kontroliuoti gretutines ligas, mažėja, bet neišnyksta rizika susirgti hepatoceliuline karcinoma, hepatinės dekompensacijos rizika, su kepenų pažeidimu bei kitomis ekstrahepatinėmis manifestacijomis susijusios mirties rizika bei kepenų transplantacijos poreikis [7, 8, 12].

LHC gydymo tikslas yra visiška HCV infekcijos eradikacija, tai yra norima pasiekti stabilų virusologinį atsaką (SVA) po 12 ar 24 savaičių (SVA12 ar SVA24), prilygstantį pasveikimui po buvusio LHC. LHC infekcijos eradikacija patvirtinama po gydymo pakartotinai tiriant ir neaptikus HCV RNR.

Pradedant gydyti LHC, svarbu:

- aptikti HCV RNR bei nustatyti HCV genotipą;
- nustatyti kepenų fibrozės stadiją, įvertinti ankstesnio gydymo rezultatus, įvertinti indikacijas inkstų transplantacijai;
- parinkti tinkamiausią antivirusinių vaistų derinį, gydymo schemą, įvertinti galimas preparatų tarpusavio sąveikas;
- stebėti pacientą gydomuoju laikotarpiu, po gydymo įvertinti HCV RNR po 12 ar 24 savaites.

Nustačius HCV infekciją, svarbu aptikti viremiją (HCV RNR). Tai būtina atliekant tolesnę stebėseną ir vertinant gydymo efektyvumą. Taip pat nustatomas HCV genotipas, kuris svarbus skiriant nepangenotipinius tiesiogiai veikiančius antivirusinius vaistus.

Parenkant gydymą, svarbi ir kepenų fibrozės stadija. Nustatyta kepenų cirozė nulemia gydymo trukmę ir medikamentų pasirinkimą. Kepenų fibrozė gali būti įvertinama neinvaziniais metodais (kepenų elastografija, *Fibrotest*) ar atliekant kepenų biopsiją. Prieš paskiriant gydymą, svarbu išsiaiškinti, ar pacientui anksčiau buvo skirtas antivirusinis LHC gydymas. Gydymui buvus neefektyviam, rekomenduotina keisti jo schemą. Reikėtų nuspręsti, kada geriausia pacientams, sergantiems terminaline LIL, atlikti inkstų transplantaciją (jei yra indikacijų ją atlikti). Dėl transplantacijos indikacijų sprendžiama individualiai, tačiau yra rekomendacijų, siūlančių sprendimą priimti atsižvelgiant į kepenų ligos sunkumą. Jei pacientui indikuotina inksto transplantacija, bet jo kepenų funkcija gera, rekomenduojama pirma išgydyti HCV infekciją. Esant pažengusiai kepenų ligai, rekomenduojama pirma atlikti inksto transplantaciją [13]. KDIGO rekomendacijose siūloma atsižvelgti į donoro tipą (gyvo ar mirusio donoro), laukimo laiką iki numatomos transplantacijos, specifinius nacionalinius reikalavimus dėl HCV infekcija užsikrėtusių donorų inkstų naudojimo. Esant ilgai laukimo eilei, rekomenduojama skirti LHC gydymą. Laukiant iki 12 savaičių, rekomenduojama pirma atlikti inksto transplantaciją. Išsivysčius dekompensuotai kepenų cirozei, rekomenduojama atlikti kepenų ir inksto simultaninę transplantaciją. Yra sukaupta pakankamai įrodymų, kad tiesiogiai veikiantys antivirusiniai vaistai (TVAV) yra efektyvūs ir saugūs pacientams po transplantacijos. Išgydžius HCV infekciją, sumažėja transplantato atmetimo rizika, pagerėja pacientų išgyvenamumo rodikliai.

Pasirenkant LHC gydymui skirtą TVAV derinį, įvertinamos galimos vaistų tarpusavio sąveikos. Skiriant LHC gydymą, gali tekti nutraukti kai kurių vaistų vartojimą, juos keisti kitais, o negalint to padaryti, būtina koreguoti dozes.

TVAV gali būti skiriami pagal HCV genotipą. Taip pat yra preparatų derinių, kurie efektyvūs gydant bet kurio HCV genotipo infekciją (pangenotipiniai deriniai) (*1 lentelė*). Lietuvoje kompensuojamas vienas pangenotipinis TVAV derinys (glekapreviras / pibrentasviras), tinkamas ir pacientams, sergantiems LIL. Kitu Lietuvoje kompensuojamu TVAV deriniu (grazopreviras / elbasviras) galima gydyti 1a, 1b, 4 genotipų sukeltą HCV infekciją. Dauguma TVAV yra metabolizuojami citochromo P450 fermentų sistemos ir yra šalinami su tulžimi, todėl jie yra saugūs sergantiems LIL pacientams. Vienintelis antivirusinis vaistas sofosbuviras yra šalinamas per inkstus, todėl juos LIL sergantiems pacientams rekomenduojama vartoti atsargiai. Pateikiama vis daugiau įrodymų, kad deriniai su šiuo vaistu yra saugūs ir efektyvūs terminaline LIL sergantiems ir hemodializuojamiems pacientams [18, 19].

Išskiriamos dvi gydymo taktikos:

- supaprastinta (nereikalingas genotipo nustatymas) pangenotipinė;
- nuo genotipo priklausanti.

Visi Lietuvoje kompensuojami TVAV preparatai yra tinkami gydyti pacientus, sergančius LIL. Skiriant pangenotipinį gydymą, parenkamas glekapreviras / pibrentasviras. Taikant nuo genotipo priklausantį gydymą, tam tikru genotipu užsikrėtusiems pacientams gali būti skiriamas grazopreviras / elbasviras. Gydymo trukmė priklauso nuo ankstesnių gydymo rezultatų ir kepenų funkcijos (*2 lentelė*).

2 lentelė. **HCV infekcijos gydymo rekomendacijos**

Gydymo tipas	Genotipas	Cirozės statusas	Gydymo statusas	Glekapreviras / pibrentasviras	Grazopreviras / elbasviras
Pangenotipinis	Visi genotipai	Nėra cirozės	Anksčiau negydytas	8 savaitės	Netinkamas vaistas
			Gydymas skirtas		
		Kompensuota cirozė (Childo-Pugho A)	Anksčiau negydytas		
			Gydymas skirtas	12 savaičių	
Priklausantis nuo genotipo	1a, 1b, 2, 4, 5, 6	Nėra cirozės	Anksčiau negydytas	8 savaitės	12 savaičių (tik 1b)
			Gydymas skirtas		
		Kompensuota cirozė (Childo-Pugho A)	Anksčiau negydytas		
			Gydymas skirtas	12 savaičių	
	3	Nėra cirozės	Anksčiau negydytas	8 savaitės	Ne
			Gydymas skirtas	12 savaičių	
		Kompensuota cirozė (Childo-Pugho A)	Anksčiau negydytas	8–12 savaičių	
			Gydymas skirtas	12 savaičių	
	Subtipai: 1I, 4r, 3b, 3g, 6u, 6v + kiti subtipai, natūraliai nešiojantys su atsparumu susiję-sias mutacijas	Nėra cirozės	Anksčiau negydytas	Nežinoma	
			Gydymas skirtas		
		Kompensuota cirozė (Childo-Pugho A)	Anksčiau negydytas		
			Gydymas skirtas		

Gydymo rekomendacijos

- Pacientai, sergantys LHC ir LIL (bet kurios stadijos), turėtų būti gydomi pagal bendrąsias rekomendacijas. Vaistų dozių mažinti nereikia.
- Pacientai, sergantys LHC ir sunkia LIL, kai glomerulų filtracijos greitis <30 ml/min., turėtų būti gydomi multidisciplininės komandos, skiriant glekapreviro / pibrentasviro derinį, užsikrėtusiems 1b HCV genotipo infekcija – grazopreviro / elbasviro derinį.

Gydymo efektyvumui įvertinti, tiriamas HCV RNR po 12 ar 24 savaičių pasibaigus gydymui. Gali būti tiriami ir tarpiniai HCV RNR rezultatai. Gydymo saugumui užtikrinti pacientai stebimi dėl nepageidaujamų reiškinių. Stebima dėl galimų vaistų tarpusavio sąveikų, kurios kartais gali išryškėti gydomuoju laikotarpiu. Pavyzdžiui, pacientams po transplantacijos periodiškai tiriama imunosupresinių vaistų koncentracija kraujyje. Baigus gydymą, nustatoma gydymo išeitis. Pacientui pasiekus SVA12 ar SVA24, konstatuojamas pasveikimas. Esant neefektyviam gydymui, individualiai sprendžiama dėl tolesnės gydymo taktikos.

Diskusija

2016 metais Pasaulio sveikatos asamblėja paskelbė Pasaulinio sveikatos sektoriaus strategiją dėl virusinių hepatitų pašalinimo. Remiantis šios strategijos tikslais, siekiama išnaikinti virusinius hepatitus kaip visuomenės sveikatos problemą – norima iki 2030 metų sumažinti naujų HCV infekcijos atvejų skaičių iki 90 proc., o mirštamumą nuo HCV infekcijos – per 65 proc. LIL sergantys pacientai, užsikrėtę HCV, turi būti gydomi, siekiant eradikuoti HCV infekciją, ypač kai HCV infekcija gali būti LIL priežastis bei padarinys.

Kiekvienam pacientui gydymo taktika yra individualizuojama pagal HCV genotipą, inkstų bei kepenų būklę, o gydymo metu pacientas yra stebimas dėl nepageidaujamų reakcijų, vaistų tarpusavio sąveikų. Pacientas laikomas pasveikusiu, kai pasiekiamas SVA12 arba SVA24. Daugelio tyrimų duomenimis, šios pacientų grupės LHC gydymas TVAV yra toks pats efektyvus bei saugus kaip ir pacientams, kurių inkstų funkcija yra normali. Ogawa su kolegomis [20] tyrė pirmojo HCV genotipo infekcija užsikrėtusius pacientus, sergančius trečia–penkta LIL stadija. 282 pacientams buvo skirtas gydymas standartinėmis elbasviro / grazopreviro derinio dozėmis 12 savaičių. Net 98 proc. pacientų pasiekė SVA. Vis dėlto šeši pacientai nutraukė gydymą: penki – dėl ALT, AST koncentracijos padidėjimo, vienas – dėl su gydymu nesusijusių priežasčių. Trečios fazės klinikiniame tyrime EXPEDITION-4 [21] dalyvavo 104 pacientai, kurie buvo gydyti glekapreviro / pibrentasviro deriniu. 98 proc. asmenų, gydytų minėtu deriniu, pasiekė SVA. EXPEDITION-5 tyrime [22] dalyvavo 101 pacientas, gydytas glekapreviro / pibrentasviro deriniu. SVA pasiekė 97 proc. tiriamųjų. Pol su kolegomis [23] tyrė daugiau nei 2 000 pacientų, sergančių įvairiomis LIL stadijomis, bei palygino SVA pasiekimo bei nepageidaujamų reiškinių skirtumus tarp grupių. Visi pacientai buvo gydyti glekapreviro / pibrentasviro deriniu. Visose grupėse, kuriose gydymas skirtas aštuonias savaites, pasiektas SVA per 94 proc., o 12 savaičių gydytų pacientų SVA siekė per 98 proc. Nepageidaujamų reiškinių dažnis didėjo gilėjant inkstų pažeidimui. Lengvos nepageidaujamos reakcijos, kurios pasitaikė daugiau nei 10 proc. pacientų, buvo galvos skausmas ir nuovargis. Sunkios nepageidaujamos reakcijos buvo sietos su gretutine patologija, o ne gydymu.

Išvados

Pasiekus SVA skiriant šiuolaikinį LHC gydymą užkertamas kelias LIL vystymuisi, sergantiems LIL ir HCV infekcija leidžiama išvengti HCV sukeliamų komplikacijų, o sergantiems galutine LIL stadija – laukti donorinio inksto, esant išgydytai HCV infekcijai.

Straipsnis recenzuotas

Literatūros sąrašas 43 p.

Keliautojų pasiutligė. Klinikinis atvejis

Rabies in travelers. Clinical case



Gyd. Iveta Jukšinska
Daugpilio regioninė ligoninė (Latvija)

Santrauka

Pasiutligė – mirtina nervų sistemą pažeidžianti liga, kurios atvejų vis dar pasitaiko daugiau nei 150 šalių. Pasaulio sveikatos organizacija užsibrėžė visuotinį tikslą, kad iki 2030 metų nė vienoje šalyje nebūtų registruojama mirčių nuo pasiutligės viruso. Latvijoje nuo 2014 metų pasiutligės atvejų nebuvo užfiksuota. Straipsnyje pristatomas klinikinis 55 metų moters atvejis. Pacientei pasiutligė buvo diagnozuota grįžus iš kelionės po Indiją.

Raktažodžiai: pasiutligė, poekspozicinė profilaktika (PEP), keliautojų ligos, gyvūnų įkandimai.

Summary

Rabies is a deadly disease that affects the nervous system and still occurs in more than 150 countries. The World Health Organization has set a global target of no rabies deaths in any country by 2030. Latvia since 2014 was free from rabies. A clinical case of a 55-year-old woman diagnosed with rabies on her return from a trip to India is presented.

Keywords: rabies, post-exposure prophylaxis, traveler diseases, animal bites.

Įvadas

Pasiutligė – mirtina nervų sistemą pažeidžianti liga, kurios atvejų vis dar pasitaiko daugiau nei 150 šalių, o tai sudaro 76 proc. visų pasaulio šalių [1]. Pasiutligė yra vakcinomis valdoma liga, tačiau kasmet nuo jos miršta daugiau nei 59 000 žmonių, o 99 proc. pasiutligės atvejų perduodama apkandžiojus infekuotiems šunims [2]. Nepaisant to, Pasaulio sveikatos organizacija iškėlė visuotinį tikslą, kad iki 2030 metų nė vienoje šalyje nebūtų registruojama mirčių nuo pasiutligės viruso [3].

Klinikinis atvejis

55 metų nedirbanti moteris 2018 metų gegužės 5–19 dienomis atostogavo Indijoje, netoli Nepalo. Gegužės 16-ąją viešbučio teritorijoje į kulkšnį jai įkando šuo (*1 pav.*). Moteris Indijoje į gydytojus nesikreipė. Atvykusi į Airiją, pacientė kreipėsi į savo šeimos gydytoją dėl alerginės reakcijos, tačiau nieko neminėjo apie šuns įkandimą Indijoje. 2019 metais pacientė grįžo gyventi į Latviją ir pradėjo aktyvų gyvenimo būdą, savanoriavo gyvūnų prieglaudose ir veterinarijos klinikose. 2019 metų pavasarį prieglaudoje pacientei vėl įkando šuo.

2019 metų lapkričio 25 dieną pacientė kreipėsi į Daugpilio regioninę ligoninę dėl tarpvietės skausmo, plintančio į klubus ir kojas. Pacientę apžiūrėjo gydytojas akušeris ginekologas. Ginekologinės patologijos nenustatyta, preliminari diagnozė – ūminis cistitas. Vėliau pacientė konsultavosi su vidaus ligų gydytoju – buvo diagnozuota S1–S2 segmento spondiliozė su radikulopatija. Pacientė buvo gydoma Neurologijos skyriuje. Laboratoriniai tyrimų rezultatai buvo be didesnių pakitimų: atlikus bendrąjį kraujo tyrimą, buvo nustatyta nedidelė monocitozė (0,73*10^3/µl), biocheminiame kraujo tyrime – kepenų transaminazės padidėjimas (ALAT 59 U/l). Šlapimo tyrimas be pakitimų.

2019 metų lapkričio 26 dieną pacientei sustiprėjo skausmas tarpvietėje ir juosmens srityje, plintantis į abi kojas. Paskirtas gydymas tramadoliu ir diazepamu.

1 pav. **Šuns įkandimas 2018 metų gegužės 16 dieną Indijoje**



2019 metų lapkričio 27 dieną pacientei išsivystė dusulys. Atlikus elektrokardiogramą, ūminei patologijai būdingų pakitimų nerasta. Gydymas papildytas antihistamininiais ir hormoniniais vaistais. Pacientės būklė trumpam pagerėjo, tačiau vėl pasireiškė dusulys.

2019 metų lapkričio 28 dieną išsivystė rijimo sutrikimų, dusulys intensyvėjo. Pacientė buvo konsultuota gydytojo toksikologo – nustatyta reakcija į tramadolį, panikos ataka. Pacientei atlikta galvos kompiuterinė tomografija – patologinių radinių neaptikta. Vėliau pacientei išsivystė hidrofobija ir klaustrofobija. Pacientė pareiškė, kad tariamai yra juodoji našlė. Pacientė buvo konsultuota psichiatro – diagnozuota psichozė. Pacientė buvo perkelta į Daugpilio neuropsichiatrinę ligoninę, kurioje 22:50 val. jai konstatuota mirtis.

2019 metų gruodžio 3 dieną laboratorijoje BIOR patvirtintas pasiutligės viruso antigenas. 2019 metų gruodžio 6 dieną buvo nustatytas pirmasis viruso genotipas, kuris 99,17 proc. buvo identiškas Nepalo pasiutligės virusui. Atlikus autopsiją, nustatytas ūminis širdies nepakankamumas.

Po mirties buvo atliktas epidemiologinis tyrimas. Buvo nustatytas 71 kontaktinis asmuo, profilaktiškai paskiepytas nuo pasiutligės. Buvo stebėtos dvi katės, kurios gyveno kartu su paciente. Viena jų nebuvo skiepyta. Skiepyta katė buvo revakcinuota. Neskiepyta katė buvo užmigdyta gruodžio 12 dieną, tačiau pasiutligė neįrodyta.

Diskusija

Dažniausiai pasiutligės inkubacinis laikotarpis trunka apie du–tris mėnesius [4]. Mūsų aptariamu atveju inkubacinis laikotarpis truko pusantrų metų. Tai priklauso nuo viruso lokalizacijos, kurioje vietoje jis pradeda plisti, ir nuo užkrato dozės. Periferinėje nervų sistemoje viruso plitimo greitis yra 12–24 mm per parą, tačiau centrinėje nervų sistemoje viruso plitimo greitis padidėja iki 200–400 mm per parą [4]. Pasiutligė gali pasireikšti dviem formomis – paralyžine (raumenų paralyžius, kuris prasideda nuo įkandimo vietos, išsivysto koma) ir encefalitine forma, kaip ir aptariamai pacientei, kuriai pasireiškė hiperaktyvumas, hidrofobija, haliucinacijos, širdies ir kvėpavimo nepakankamumo simptomai [5].

Iš anamnezės žinome, kad pacientė prieš kelionę buvo paskiepyta nuo vidurių šiltinės ir hepatito A. Deja, prieš keliaujant į endeminę zoną, vakcinacija nuo pasiutligės nėra privaloma (antras prioritetas). Preekspozicinė profilaktika (PrEP) turistams taip pat nėra gerai išplėtota.

Šis klinikinis atvejis parodo, kad žmonės turi mažai informacijos apie tai, kaip turėtų elgtis apkandžiojus gyvūnams, ypač būnant užsienyje. Keliautojus reikėtų supažindinti su medicininės pagalbos galimybėmis skirtinguose regionuose. Pasiutligės PEP – tai ne tik vakcinacija, kuri atliekama 0, 3, 7, 14 ir 28 dienomis po įkandimo, bet ir pasiutligės imunoglobulinas, kurį reikėtų suleisti per pirmąsias septynias dienas nuo pirminės vakcinacijos nuo pasiutligės buvus endeminėje zonoje [6]. Žmonės, kuriems buvo atlikta PrEP, atitinkamai buvo paskiepyti nuo pasiutligės 0, 7, 21 arba 28 dienomis, po kontakto su gyvūnu taip pat turėtų būti skiepijami 0 ir 3 dieną, pasiutligės imunoglobulinas jiems nėra skiriamas [6].

Apibendrinimas

Latvijoje nuo 2014 metų nebuvo fiksuota pasiutligės atvejų. Mūsų svarbiausia užduotis yra pasiekti Pasaulio sveikatos organizacijos tikslą ir informuoti šalies gyventojus apie pasiutligės PrEP ir PEP profilaktiką, panaudojant ne tik medicinos, bet ir turizmo išteklius.

Vertė Rafal Sinkevič

Straipsnis recenzuotas

LITERATŪRA

1. Farrar J, Hotez P, Junghanss T, et al. Manson's Tropical Infectious Diseases. Twenty-Third Edition. Saunders Ltd., 2014, p. 195-206.
2. Viksna L, Majore A, Krumiņa A, et al. Infekcijas slimibas. Riga: Medicinas apgads, 2011, p. 143-146.
3. World Health Organization. United Against Rabies collaboration: First annual progress report. Prieiga internetu [2021 10 10]: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-CDS-NTD-NZD-2019.04.
4. World Health Organization. WHO Expert Consultation on Rabies: first report. Prieiga internetu [2021 10 10]: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_931_eng.pdf.
5. Jackson AC, Warrell MJ, Rupprecht CE, et al. Management of rabies in humans. Clin Infect Dis 2003;36:60-63.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Rabies. Prieiga internetu [2021 10 10]: https://www.ecdc.europa.eu/en/rabies.

MEDPRAKTIKA
SVETAINĖ MEDIKAMS

COVID-19 liga ir Guillaino-Barre sindromas: klinikiniai atvejai



Gyd. Inga Daugalienė
Klaipėdos universitetinė ligoninė



Gyd. Rasa Girdžiūnienė
Klaipėdos universitetinė ligoninė

Santrauka

COVID-19, sukeltos SARS-CoV-2, ir Guillaino-Barre sindromo (GBS) sąsajų stebima beveik nuo pandemijos pradžios – pirmieji atvejai aprašyti 2020 metų sausio mėnesį. Dauguma informacijos šia tema pateikiama remiantis klinikiniais atvejais, dalijamasi įžvalgomis, tačiau stinga susistemintos informacijos. Kvėpavimo takų ir gastrointestiniai ligos pasireiškimo simptomai sergant COVID-19 yra gana gerai žinomi, tačiau kiek mažiau apibrėžti neurologinio pobūdžio simptomai.

Šiame straipsnyje pristatomi du COVID-19 ir uždegiminės polineuropatijos (GBS) klinikiniai atvejai, registruoti Klaipėdos universitetinėje ligoninėje 2021 metų pradžioje, ir apžvelgiamas SARS-CoV-2 ir GBS etiologinis ryšys.

Pirmasis atvejis – 65 metų moteris, serganti gretutinėmis ligomis. Gydant COVID-19, pacientei išsivystė tetraparezė ir bulbariniai simptomai, todėl gydymą teko tęsti Intensyvios terapijos skyriuje. Antrasis atvejis – 37 metų moteris, kuri atvyko į Skubios pagalbos skyrių dėl pasireiškusios ūminės progresuojančios vangiosios tetraparezės. Atlikus mėginį iš nosiaryklės, patvirtinta SARS-CoV-2. Stebėta veidinio nervo neuropatija, susilpnėjusi galūnių jėga. Abiem atvejais rasta baltymų ir ląstelių disociacija smegenų skystyje. Skirtas gydymas intraveniniu imunoglobulinu. Taikant reabilitacines priemones, pamažu galūnių jėga pagerėjo arba atsikūrė.

Neurologiniai simptomai sergant COVID-19 nėra aiškiai apibrėžti. Pristatyti atvejai prisideda prie stebimo panašaus etiologinio mechanizmo, kaip ir kitų infekcijų atvejais, lemiančio uždegiminės demielinizuojančios polineuropatijos išsivystymą. Taigi būtina išlikti budriems susidūrus su naujais ar pavojingais gyvybei COVID-19 požymiais. Tikėtina, kad netolimoje ateityje bus galima aiškiau atpažinti SARS-CoV-2 sukeltus neurologinius sutrikimus.

Raktažodžiai: COVID-19, Guillaino-Barre sindromas (GBS), polineuropatija, SARS-CoV-2.

Summary

There are some pieces of evidence published that Coronavirus disease-2019 (COVID-19), caused by SARS-CoV-2, may be associated with Guillain-Barre syndrome – first cases were published in January 2020. Information on this topic is reported mostly in the form of case reports, but comprehensive overview is still lacking. Respiratory system ant gastrointestinal symptoms are well known, whereas neurological manifestation in COVID-19 is not completely defined. In this article we reported two cases of COVID-19 patients with Guillain-Barré syndrome (GBS), registered in Klaipėda University Hospital in the begining of 2021, and etiological correlation on the SARS-CoV-2 infection and GBS.

First case – a 65 years-old woman, with co-morbidities, during hospitalization ant treatment for diagnosed COVID-19, later presented with symptoms of acute flaccid tetraparesis and bulbar symptoms and manegement in Intensive care was needed. Second case – 37 years-old woman presented to the emergency department with symptoms of acute progressive symmetric ascending flaccid tetraparesis. Oropharyngeal swab for SARS-CoV-2 tested positive. Neurological examination showed facial nerve palsy and weakness of limbs. In both cases cerebrospinal fluid assessment showed an albuminocytologic dissociation, treatment with intravenous immunoglobulin was applied. Later on, after rehabilitation, strength of limbs improved or was restored.

Neurological manifestations of COVID-19 are still under study. The cases described suggest etiological bond, like in other infections, those in support of acute inflammatory demyelinating polyneuropathy triggered by SARS-CoV-2. COVID-19 associated neurological clinic should be carefully managed, because it may be life-threatening condition. It is essential to direct attention towards the study of SARS-CoV-2, to better clarify the spectrum of its neurological manifestations.

Keywords: COVID-19, Guillain-Barré syndrome (GBS), Polyneuropathy, SARS-CoV-2.

Įvadas

Pirmieji COVID-19 atvejai buvo registruoti 2019 metų pabaigoje Uhane (Kinija), o 2020 metais kovo pradžioje Pasaulio sveikatos organizacija paskelbė naujojo koronaviruso (COVID-19) pandemiją. Susirgusių COVID-19 pacientų skaičius perkopė 210 mln., mirčių atvejų – daugiau nei 4 mln. [1]. Apie SARS-CoV-2 sukeliamus kvėpavimo ir gastroenterologinius simptomus žinoma nemažai. Laikui bėgant, aiškiau apibrėžiami ir

neurologiniai simptomai, kurių spektras apima centrinius ir periferinius nervų sistemos pažeidimus. Palaipsniui su SARS-CoV-2 siejama ir ūminė uždegiminė polineuropatija (GBS).

GBS yra ūminė ar poūmė autoimuninė poliradikuloneuropatija, kuria sergant dėl periferinių nervų ir / ar šaknelių demielinizacijos išsivysto įvairaus laipsnio raumenų silpnumas, galvinių nervų pažeidimas, sensorinės, autonominės nervų sistemos disfunkcijos požymiai. Sergamumas – vienas–keturi atvejai iš 100 000 gyventojų per metus. GBS kiek dažniau nustatomas vyrams [2]. Sunkiais ligos atvejais pasireiškia kvėpavimo funkcijos nepakankamumas (20–30 proc.) [3]. Liga progresuoja gana greitai ir maksimumą pasiekia maždaug per dvi savaites, todėl kyla gyvybei pavojingos būklės išsivystymo rizika.

Žinoma, kad sergamumas GBS padidėja kai kurių infekcijų protrūkių atvejais. Pirmieji GBS atvejai, susiję su COVID-19, aprašyti 2020 metų pradžioje [4, 5]. Publikuojami pavieniai arba grupiniai klinikinių atvejų aprašymai, jų apžvalgos [4–13].

Straipsnyje pristatomi du COVID-19 ir uždegiminės polineuropatijos (GBS) klinikiniai atvejai, registruoti Klaipėdos universitetinėje ligoninėje 2021 metų pradžioje.

Atvejų aprašymas

Pirmasis klinikinis atvejis. 2021 metų sausio 12 dieną 65 metų pacientė, patvirtinus COVID-19, buvo hospitalizuota gydymui. Pacientė skundėsi kojų ir plaštakų šalimu, tirpimu, maudimu naktimis, varginančiu bendru silpnumu. Prieš keletą dienų, lipdama laiptais, pargriuvo. COVID-19 būdingi simptomai fiksuoti daugiau nei prieš 14 dienų. SARS-CoV-2 RNR PGR tyrimu iš nosiaryklės patvirtinta 2020 metais gruodžio 31 dieną. Ambulatoriškai gydyta cefuroksimu po 500 mg 2 k./d. septynias dienas. Pacientė nuo 2014 metais atliktos inksto transplantacijos dėl inkstų policistozės vartoja takrolimuzą po 3 mg 1 k./d., metilprednizoloną po 4 mg 2 k./d. Pacientei diagnozuota arterinė hipertenzija, dislipidemija, osteoporozė, hiperurikemija, koreguojama vaistais.

Pirminės apžiūros metu registruota normali kūno temperatūra, stabilūs hemodinaminiai ir kvėpavimo funkcijos rodikliai. Matomos pavienės hematomos kojose po buvusio griuvimo. Atlikus kraujo tyrimus, uždegiminiai rodikliai atitiko normos ribas, saikingi inkstų funkcijos rodiklių nuokrypiai (kreatinino koncentracija – 129,6 µmol/l, šlapalo – 10,0 mmol/l, kalio – 4,4 mmol/l). Krūtinės ląstos rentgenogramoje stebėti prasidedantys infiltraciniai pokyčiai abipus plaučių apatinėse dalyse. Įtarta šlapimo takų infekcija. Atliktas šlapimo pasėlis, kuriame *E. coli* >10^5 KFV/ml augimas. Paskirta antibiotikų terapija – amoksicilinas ir klavulano rūgštis po 1 000 mg 2 k./d.

Hospitalizacijos metu pradėjus ryškėti neurologinei simptomatikai (sprando skausmas, nusilpo galūnės), penktą hospitalizacijos parą atlikta juosmeninė punkcija. Gautas skaidrus likvoras, kuriame rasta padidėjusi baltymo koncentracija (*smegenų skysčio tyrimas: gliukozė – 5,40, baltymas – 1,90 g/l, leukocitai – 1, eritrocitai – 0, bendras ląstelių skaičius – 1, spalva – bespalvis ir skaidrus, po centrifugavimo – bespalvis ir skaidrus. Dažytame tepinėlyje leukocitų diferenciacija: pavieniai monocitai ir limfocitai, pavieniai eritrocitai*). Septintą hospitalizacijos parą pacientė skundėsi nebegalinti paeiti, per dvi paras nusilpo kojos ir rankos, išsivystė kaklo skausmas. Įvertinta neurologinė simptomatika: galūnių raumenys simetriškai hipotoniški, sutrikę jutimai kojų distalinėse dalyse, sausgyslių refleksai neišgaunami (arefleksija), patologinių refleksų nebuvo, rijimas nesutrikęs, riboti kaklo judesiai. Nustatyta tetraparezė, įtarta uždegiminė polineuropatija (GBS). Rekomenduota atlikti kaklo minkštųjų audinių kompiuterinę tomografiją (be žymesnių pokyčių).

Konsiliume patvirtinta ūminės uždegiminės polineuropatijos (GBS) diagnozė, skirtas gydymas intraveniniu imunoglobulinu 2 g/kg per penkias paras (tai yra 0,4 g/kg/p.). Esant tetraparezės sindromui ir atsiradus rijimo sutrikimams, aštuntąją hospitalizacijos parą pacientė perkelta į COVID-19 intensyvios terapijos skyrių. Paskirtas gydymas intraveniniu imunoglobulinu, deguonies terapija per nosies kaniules, zondinis maitinimas.

Ligos eiga intensyvios terapijos skyriuje komplikavosi – išsivystė hospitalinė infekcija, sepsis. Pacientei febriliai sukarščiavus, atliktoje krūtinės ląstos rentgenogramoje infiltraciniai pokyčiai neišryškėjo, o šlapime stebėtas bakterijų augimas: *Pseudomonas aeruginosa* 10^4–10^5 KFV/ml, iš dalies jautrus ceftazidimui, tazocinui, jautri amikacinui, tobramicinui. Kraujyje – G+ kokai, *Staphylococcus hominis*, jautrumas oksacilinui, gentamicinui. Koreguota antibiotikų terapija – vankomicinas 2 g/d. į veną. Baigus gydymą intraveniniu imunoglobulinu, neurologinė simptomatika iš esmės nepakito. Po intraveninio imunoglobulino skyrimo įvertinus neurologinę būklę, tęsti gydymo intraveniniu imunoglobulinu nerekomenduota. Paminėtina, kad imunosupresinis gydymas buvo tęstas visos hospitalizacijos metu.

Praėjus keturioms paroms po intraveninio imunoglobulino kurso, mažėjant bulbariniams reiškiniams ir išnykus deguonies poreikiui, deguonies terapija buvo nutraukta, pašalintas maitinimo zondas ir pacientė, laikyta pasveikusia nuo COVID-19, perkelta į neurologinio profilio skyrių. Stebėta teigiama neurologinė dinamika – atsikūrė rijimo sutrikimas, sustiprėjo rankų jėga, tačiau išliko apatinė paraparezė, sausgysliniai refleksai rankose susilpnėję, kojose neišgaunami, patologinių refleksų

nebūta. Reabilotologo sprendimu, tolesnei reabilitacijai rekomenduota reabilitacija tretinėje nervų ligų profilio reabilitacijos įstaigoje. Nustatytas Barthelio indeksas – 5 balai (visiškai priklausoma). Po reabilitacinio gydymo, trukusio 70 dienų, pasiekti rezultatai: sustiprėjo raumenų jėga galūnėse, raumenų jėga kojose padidėjo, išliko sutrikusi smulkioji motorika, aptirpimas distalinėse rankų ir kojų dalyse, pagerėjo dubens organų veiklos kontrolė. Judėjimui reikalingas neįgaliojo vežimėlis. Barthelio indeksas išvykstant iš reabilitacijos įstaigos – 30 balų (beveik visiškai priklausoma). Atokieji rezultatai praėjus šešiems mėnesiams po nustatytos diagnozės – pacientė vaikšto savarankiškai, didesnius atstumus įveikia naudodamasi lazda.

Antrasis klinikinis atvejis. 2021 metų sausio 25 dieną į Skubiosios pagalbos skyrių kreipėsi 37 metų moteris. Ji skundėsi penkias dienas trunkančiu rankų ir kojų tirpimu, sumažėjusia kojų jėga ir subfebriliu karščiavimu. Nurodė prieš daugiau nei 10 dienų jautusi COVID-19 būdingus simptomus, tačiau SARS-CoV-2 tyrimas nebuvo atliktas. Lėtinėmis ligomis nurodė neserganti. Apžiūrėjus neurologui ir įtarus ūminę uždegiminę polineuropatiją (GBS), pacientė buvo stacionarizuota ištyrimui ir gydymui. Patvirtinus COVID-19, ligonė perkelta į Infekcinių ligų departamentą. Pirminės apžiūros metu registruota normali kūno temperatūra, stabilūs hemodinaminiai ir kvėpavimo funkcijos rodikliai. Stebėti neurologiniai simptomai ir požymiai: palyginta kairė nosies ir lūpų raukšlė, jutimo sutrikimai kojų distalinėse dalyse, galūnių raumenys simetriškai hipotoniški, sausgyslių refleksai susilpnėję, vangūs rankose D=K, kojose D=K neišgaunami, patologinių refleksų nebuvo. Rijimas nesutrikęs. Nustatyta tetraparezė su proksimaliniu galūnių silpnumu, kairiojo veidinio nervo neuropatija.

Atlikus kraujo tyrimus, patologinių pokyčių nestebėta. Atlikus PGR tyrimą iš nosiaryklės, nustatyta SARS-CoV-2 RNR. Krūtinės ląstos rentgenograma – be infiltracinių pokyčių. Atlikus juosmeninę punkciją, gautas skaidrus likvoras, kuriame stebėta padidėjusi baltymo koncentracija (*smegenų skysčio tyrimas: gliukozė – 4,08, baltymas – 1,48 g/l, leukocitai – 3, eritrocitai – 0, bendras ląstelių skaičius – 3, spalva – bespalvis ir skaidrus, po centrifugavimo – bespalvis ir skaidrus. Dažytame tepinėlyje leukocitų diferenciacija: limfocitų – 80 proc., plazmos ląstelių – 2 proc., monocitų – 16 proc., pavieniai eritrocitai*).

Remiantis turimais duomenimis, patvirtinta ūminės uždegiminės polineuropatijos diagnozė (GBS). Skirtas gydymas intraveniniu imunoglobulinu 2 g/kg penkias paras. Trečią hospitalizacijos parą, pasireiškus dalinės disfagijos požymiams, ryškėjant abipusiams veidinio nervo neuropatijos požymiams, papildomai atliktas ir serologinis kraujo tyrimas dėl Laimo boreliozės – imunoglobulinai M ir G buvo neigiami.

Po gydymo neurologinė simptomatika išliko panaši, galūnių jėga susilpnėjusi, sausgysliniai refleksai neišgaunami, abipusio veidinio nervo neuropatijos požymiai. Reabilotologo sprendimu, tolesnei reabilitacijai rekomenduota reabilitacija tretinėje nervų ligų profilio reabilitacijos įstaigoje. Barthelio indeksas – 40 balų (beveik visiškai priklausoma). Skirtas 54 dienas trukęs reabilitacinis gydymas, po kurio galūnių jėga sustiprėjo, regresavo jutimo sutrikimai, pagerėjo pusiausvyra, koordinacija, judėti pacientė galėjo be papildomų priemonių, išliko silpnesni ir kiek skausmingi blauzdų raumenys, mimikos raumenų darbas aktyvesnis, lengviau sekėsi kramtyti maistą, gerti skysčius, stipresnė lūpų fiksacija, pagerėjo tarimas. Barthelio indeksas išvykstant iš reabilitacijos įstaigos – 100 balų.

Aptarimas

GBS pasireiškia kylančiu simetriniu raumenų silpnumu ir arefleksija, kuri po persirgtos žarnyno ar kvėpavimo takų infekcijos gali išsivystyti per tris dienas–šešias savaites [2, 3]. Su COVID-19 siejami GBS atvejai dažniausiai pasireiškė nuo SARS-CoV-2 praėjus 7–21 dienai, tačiau aprašyta atvejų, kai GBS išsivystė daugiau nei po 70 dienų [7, 13]. Ligos išsivystymo etiopatogenetinis mechanizmas yra nulemtas antigeninės mimikrijos, kai infekcinio patogeno ekspresuojami baltymai yra panašūs į periferinės nervų sistemos struktūras, o mikroorganizmas veikia kaip imuninės sistemos trigeris [2, 3, 13]. Po sąveikos su patogenu imuninė sistema ima gaminti antikūnus prieš nervų sistemos komponentus. Dažniausiai GBS gali sukelti *Campylobacter jejuni*, citomegalovirusas, hepatito E virusas. *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, gripo A, Epsteino-Barr ir Zikos virusai [14]. Sergamumas GBS padidėja kai kurių infekcijų protrūkių metu. Be abejo, didesnį GBS sergamumą gali lemti ir COVID-19 pandemija. Yra duomenų, kad esant aktyviai COVID-19 SARS-CoV-2 sukelia GBS, tačiau aiškaus mechanizmo ar diagnostinių parametrų dar trūksta.

Pristatytų atvejų anamnestiniai, klinikiniai, laboratoriniai duomenys neprieštarauja pasireiškusią uždegiminę polineuropatiją (GBS) sieti su SARS-CoV-2. Duomenys, galintys patvirtinti šias sąsajas, renkami, atliekamos susistemintos klinikinių atvejų apžvalgos iš skelbiamų publikacijų. Remiantis 73 publikuotus klinikinius atvejus apžvelgiančiu Samir Abu-Rumeileh ir bendraautorių straipsniu [13], nurodomas klasikinis GBS varianto pasireiškimas, sukeltas persirgus COVID-19, kai po sąveikos su patogenu imuninė sistema pradeda gaminti antikūnus prieš nervų sistemos komponentus. Pastebima, kad dauguma atvejų buvo sirgta simptomine COVID-19, tačiau pasitaikė ir besimptomių. Todėl tikslinga dėl SAR-CoV-2 tirti visus pacientus, kuriems įtariamas GBS.

Nagrinėjamuose atvejuose GBS simptomai pasireiškė praėjus daugiau nei 10 dienų nuo COVID-19 simptomų išsivystymo. Pirmuoju atveju nosiaryklėje aptikta SARS-CoV-2, antruoju atveju pakartotinai tirta nebuvo. Abiem atvejais pasireiškęs GBS variantas – ūminė uždegiminė demielinizuojanti poliradikuloneuropatija, kuri pasitaiko dažniausiai ir sudaro 60–80 proc. GBS atvejų [13]. Nagrinėtais atvejais GBS diagnozė nustatyta remiantis klinikiniais simptomais. Kitoms patologijoms ekskliuduoti atlikus juosmeninę punkciją, smegenų skystyje aptikta GBS būdinga baltymų ir ląstelių disociacija, kai nustatomas normalus leukocitų skaičius, o baltymo koncentracija būna padidėjusi. Elektrofiziologiniai ir serologiniai tyrimai nebuvo atlikti. Elektroneuromiografija galėtų patikslinti mielinopatijos ar aksonopatijos buvimą ir/ar išreikštumą, kas galėtų būti svarbu ateityje prognozuojant tokių pacientų išeitis. Serologinis tyrimas taip pat galėtų būti svarbus vertinant humoralinio imunininio atsako išreikštumą, taip kaupiant žinias apie COVID-19 bei GBS sąsajas. Reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose gydomiems COVID-19 sergantiems pacientams išsivysčius kritinių būklių, tikslinga jas diferencijuoti su GBS pagal turimus ligos eigos, laboratorinius, instrumentinius tyrimų duomenis [4–13].

GBS, kaip ir COVID-19, yra potencialiai gyvybei pavojinga liga. Labai svarbu stebėti tokių pacientų gyvybinius rodiklius, kvėpavimą, hemodinamiką, laiku skirti gydymą Intensyvios terapijos skyriuje. Svarbu užtikrinti giliųjų venų trombozės profilaktiką, stebėti dubens organų funkciją, užtikrinti adekvatų skausmo malšinimą. Gydomosios aferezės ir intraveninis imunoglobulinas sėkmingai naudojamas gydant GBS [14–17]. Tiesa, siekiant išvengti negrįžtamo nervų pažeidimo, gydymą reikia pradėti kuo greičiau. COVID-19 pandemijos metu pirmojo pasirinkimo gydymas – intraveninis imunoglobulinas 2 g/kg (suminė dozė 0,4 g/kg/d.) penkias dienas. Gydomųjų aferezių taikymą riboja infekcijų kontrolės reikalavimai COVID-19 sergantiems asmenims [17]. Nagrinėtais atvejais pacientės skirtą gydymą toleravo gerai. Neurologinės būklės gerėjimas po gydymo pirmuoju atveju stebėtas reabilitacijos metu, antruoju atveju fiksuotas praėjus kelioms dienoms.

Išvados

COVID-19, sukeltos SARS-CoV-2, ir GBS sąsajų stebima beveik nuo pandemijos pradžios. Šiame straipsnyje pristatyti du COVID-19 infekcijos ir uždegiminės polineuropatijos (GBS) klinikiniai atvejai prisideda prie jau publikuotų medicininėje literatūroje, kuriuose stebimas ir nagrinėjamas COVID-19 ir GBS etiologinis ryšys. Sergamumas GBS gali padidėti infekcijų protrūkių metu. Be abejo, didesnį sergamumą GBS gali lemti ir COVID-19 pandemija.

Šios klinikinių atvejų apžvalgos tikslas atskleisti ir didinti medicinos specialistų atidumą platesnio neurologinio profilio simptomų pasireiškimams pandemijos fone, skatinti diagnozuoti ligą ir laiku paskirti gydymą, siekiant išvengti ilgalaikių padarinių.

Straipsnis recenzuotas

LITERATŪRA

1. Prieiga internetu [2021 10 10]: https://ourworldindata.org/coronavirus.
2. Hadden RD, Hughes RA. Management of inframmatory neuropathies. J Neurol Neurosurg Phychiatry 2003 Jul;74(2):ii9-14.
3. Willison HJ, Jacobs BC, van Doom PA. Guillain-Barre syndrome. Lancet 2016 Aug;388(10045): 717-27.
4. Zhao H, Shen D, Zhou H, et al. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? Lancet Neurol 2020 May;19(5):383-4.
5. Sedaghat Z, Karimi N. guillain-Barre syndrome associated with COVID-19 infection: a case report. J Clin Neuro Sci 2020;76:233-5.
6. Padroni M, Mastrangelo V, Asioli GM, et al. Guillain-Barre syndrome following COVID-19: new infection, old complication. J Neurol 2020;1-3.
7. Agosti E, Giorgianni A, D'Amore F, et al. Is Guillain-Barrè syndrome triggered by SARS-CoV-2? Case report and literature review. Neurol Sci 2021 Feb;42(2):607-12.
8. Fletman EW, Strumpf N, Kalimullah J. et al.Guillain-Barré syndrome associated with COVID-19: an atypical, late-onset presentation. Neurol Sci 2021 May;22:1–3.
9. Caamano DSJ, Beato RA. Facial diplegia, a possible atypical variant of Guillain-Barré Syndrome as a rare neurological complication of SARS-CoV-2. J Clin Neuro Sci 2020 Jul;77:230-2.
10. Shoraka S, Ferreira MLB, Mohebbi SR, Ghaemi A. SARS-CoV-2 Infection and Guillain-Barré Syndrome: A Review on Potential Pathogenic Mechanisms. Front Imunol 2021 May 10;12:674922.
11. Mackenzie N, Lopez-Coronel E, Dau A, et al. Concomitant Guillain-Barre syndrome with COVID-19: a case report. BMC Neurol. 2021; 21:135.
12. Khedr EM, Shoyb A, Mohamed KO, et al. Case Report: Guillain-Barré Syndrome Associated With COVID-19. Front Neurol 2021 Jun 22;12:678136.
13. Abu-Rumeileh S, Abdelhak A, Foschi M, et al. Guillain-Barré syndrome spectrum associated with COVID-19: an up-to-date systematic review of 73 cases. J Neurol 2021 Apr;268(4):1133-70.
14. Van der Berg B, Walgaard C, Drenthen J, et al. Guillain-Barre syndrome: pathogenesis, diagnosis, yreatment and prognosis. Nat rev Neurol 2014;10(8):469-82.
15. Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, et al. Diagnosis ant management of Guillain-Barre syndrome in ten steps. Nat Rev Neurol 2019;15(11):671-83.
16. Hughes RA, Swan AV, van Doorn PA. Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barre syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2014;9:CD002063.
17. Bunevičiūtė R, Klimašauskienė A. Uždegiminės demielinizuojančios polineuropatijos ir jų gydymo rekomendacijos COVID-19 pandemijos metu. Literatūros apžvalga. Neurologijos seminarai 2020;24(84):145-51.

LABORAMA
INTERLUX GROUP

PSO rekomenduoja

QuantiFERON®-TB Gold Plus (QFT-Plus) Naujas kraujo tyrimas *Mycobacterium tuberculosis* nustatyti

Pagerinkite TB diagnostikos rezultatus, pereidami nuo tuberkulino tyrimo (Mantoux) prie QFT-Plus:

- Didesnis jautrumas >95%
- Didžiausias iš visų TB diagnostikos tyrimų specifiškumas >99%
- Inovatyvi CD8+ T ląstelių technologija
- Rezultatų nepaveikia BCG vakcinacija



www.laborama.lt • El. paštas info@laborama.lt

COVID-19 ir pneumotoraksas: klinikiniai atvejai

COVID-19 and pneumothorax: clinical cases



Gyd. Augustinas Jokšas
Respublikinė Šiaulių ligoninė



Gyd. Zinaida Kovaliova
Respublikinė Šiaulių ligoninė

Santrauka

COVID-19 pandemijos metu pastebėta, kad retai pacientams, sergantiems COVID-19 sukelta virusine pneumonija, išsivysto antrinis spontaninis pneumotoraksas. Jis dažniau pasireiškia vyriškosios lyties pacientams ir asmenims, sergantiems gretutinėmis lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip nutukimu, cukriniu diabetu, išemine širdies liga, širdies nepakankamumu, lėtine obstrukcine plaučių liga. Straipsnyje pateikiami trys klinikiniai pacientų, gydytų Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, atvejai.

Raktažodžiai: COVID-19, spontaninis pneumotoraksas, ūminis kvėpavimo nepakankamumas.

Summary

Secondary spontaneous pneumothorax has been reported rarely in patients with COVID-19 viral pneumonia during the COVID-19 pandemic. It is more common in male patients and patients with concomitant chronic diseases such as obesity, diabetes, ischemic heart disease, heart failure, chronic obstructive pulmonary disease. The article presents three clinical cases of patients treated in Republican Siauliai Hospital.

Keywords: COVID-19, spontaneous pneumothorax, acute respiratory failure.

Įvadas

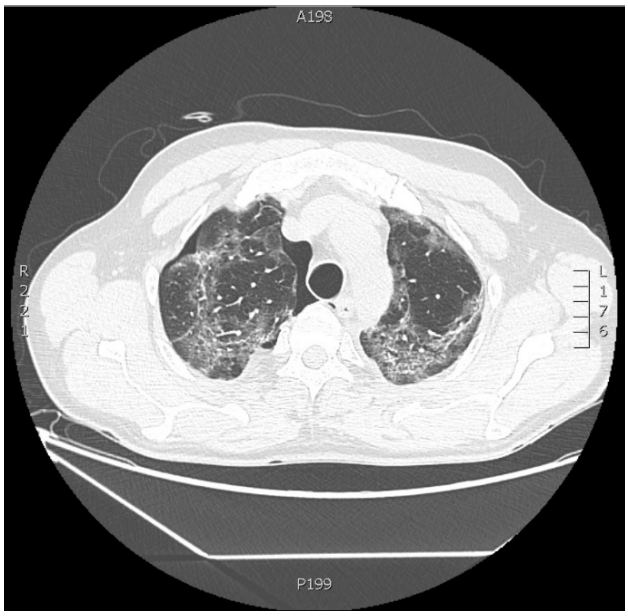
Pasaulyje siaučiant COVID-19 pandemijai, pateikiama daugiau duomenų apie šios ligos klinikinę eigą, gydymą, nors tokios informacijos dar nėra daug [1]. Šiame straipsnyje apžvelgsime retą COVID-19 komplikaciją sergant virusine pneumonija – spontaninį pneumotoraksą. Straipsnyje pateikiami trys klinikiniai pacientų, gydytų Respublikinėje Šiaulių ligoninėje (RŠL), atvejai.

Klinikiniai atvejai

Pirmasis klinikinis atvejis

55 metų vyras, nesergantis gretutinėmis ligomis, buvo stacionarizuotas į RŠL Suaugusiųjų infekcinių ligų skyrių dėl COVID-19, patvirtintos prieš 10 dienų. Pacientą vargino intensyvus febrilus karščiavimas, apie savaitę progresuojantis dusulys. Bendra paciento būklė buvo vidutinio sunkumo, sąmoningas, kontaktuojantis, hemodinamika stabili, neryški tachikardija, tachipnėja, deguonies saturacija pulsoksimetru (SpO_2) sumažėjusi iki 82 proc. be papildomo deguonies skyrimo, plaučiuose alsavimas vezikulinis, karkalų neišklausyta. Kraujo tyrimuose stebimas C reaktyviojo baltymo (CRB) padidėjimas, limfopenija. Gydymui paskirta antibiotikų terapija amoksiklavu dėl įtariamos antrinės bakterinės pneumonijos, deksametazonas, antikoaguliantai tromboembolinių komplikacijų prevencijai, deguonies terapija per nosies kaniules. Antrąją stacionarizavimo dieną atlikus krūtinės ląstos kompiuterinę tomografiją (KT), stebėtas ryškus plaučių oringumo sumažėjimas, piešinys pagausėjęs, deformuotas, fibroziniai pokyčiai ir abipus masyvios matinio stiklo infiltracijos zonos, dešiniame pleuros sinuse buvo oro – dešinės pusės pneumotoraksas (*1 pav., 2 pav.*). Pacientą konsultavo chirurgas, tačiau dėl mažo oro kiekio nuo pleuros ertmės drenavimo buvo susilaikyta. Kartojant plaučių rentgenogramą per kitas tris dienas, pneumotoraksas neprogresavo, uždegiminiai

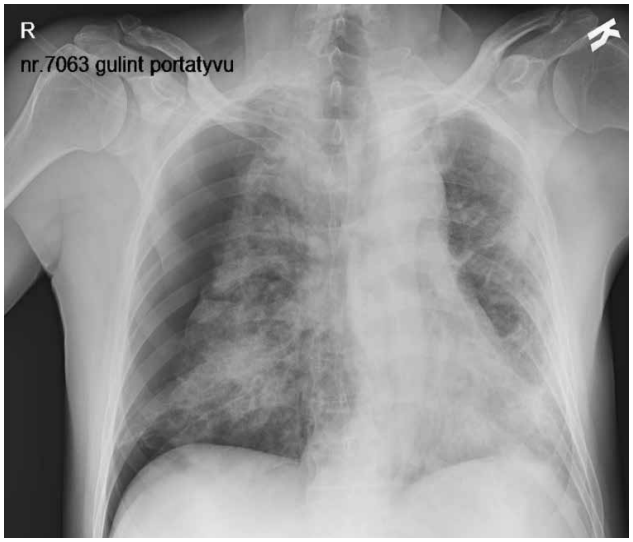
1 pav. **Dešinės pusės pneumotoraksas**



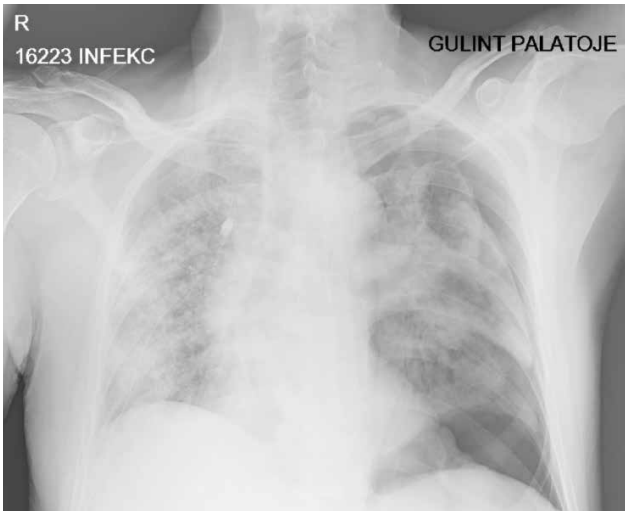
2 pav. **Dešinės pusės pneumotoraksas**



3 pav. **Pneumotoraksas dešinėje krūtinės ląstos rentgenogramoje**



4 pav. **Kairės pusės pneumotoraksas ir infiltraciniai pokyčiai abipus krūtinės ląstos rentgenogramoje**



rodikliai mažėjo, pacientas nekarščiavo. Penktą dieną pacientas skundėsi sustiprėjusiu dusuliu menkiausio fizinio krūvio metu. Deguonies terapija pakeista į deguonies terapiją kauke ir rezervuaru. Atlikus plaučių rentgenogramą, stebėta neigiama dinamika, ryškus pneumotoraksas dešinėje (*3 pav*.). Po skubios chirurgo konsultacijos drenuota dešiniojo plaučio pleuros ertmė. Šeštą stacionarizavimo dieną pacientas skundėsi staigiu stipriu skausmu kairėje krūtinės pusėje, stiprėjančiu dusuliu. Atlikus pakartotinę krūtinės ląstos rentgenogramą, stebėta neigiama dinamika, abipus plaučiuose infiltraciniai pokyčiai, pneumotorakso dešinėje nesimato, tačiau išsivystė kairės pusės pneumotoraksas (*4 pav*.). Stebėta neigiama CRB dinamika. Pakeista antibiotikų terapija į piperaciliną / tazobaktamą. Atliktas kairės pleuros drenavimas. Po drenavimo toliau progresavo kvėpavimo nepakankamumas (KN). Tolesniam gydymui pacientą nuspręsta perkelti į Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių (RITS). RITS pratęsta antibiotikų terapija, simptominis gydymas, pradėta taikyti DPV. Pacientui progresavo dauginis organų disfunkcijos sindromas (DODS), ūminis inkstų nepakankamumas (IN), buvo taikytos hemodializės, tačiau, nepaisant skirto agresyvaus gydymo, 10 gydymo dieną pacientas mirė.

Antrasis klinikinis atvejis

70 metų vyras, sergantis lėtine obstrukcine plaučių liga (LOPL), podagra, pirmine arterine hipertenzija (PAH), III stadijos prostatos karcinoma, I stadijos kairiojo inksto karcinoma, III stadijos tiesiosios žarnos karcinoma (onkologinės ligos išgydytos). Skundėsi kosuliu, dusuliu, karščiavimu, dideliu bendru silpnumu. Simptomai progresavo kelias dienas. Dėl jų kreipėsi į RŠL Skubiosios pagalbos skyrių. Stebėti padidėję uždegiminiai rodikliai, limfopenija, plaučių rentgenogramoje abipusė pneumonija. Nustačius COVID-19, pacientas buvo

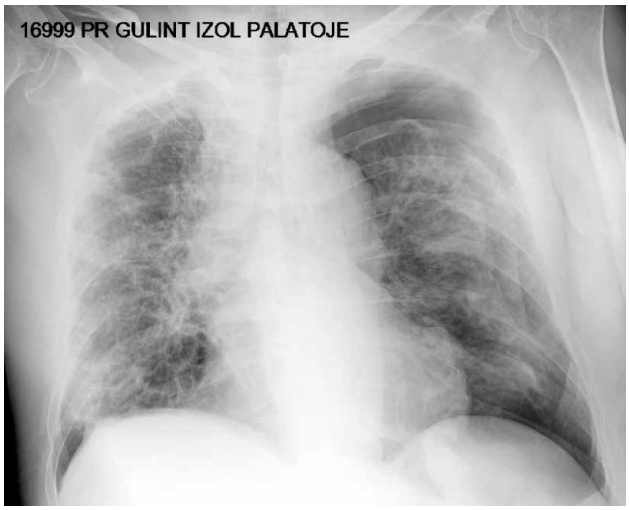
stacionarizuotas į Suaugusiųjų infekcinių ligų skyrių. Skyriuje paciento būklė buvo stabili, stebėtas neryškus KN. Skirtas gydymas amoksiklavu, deksametazonu, antikoaguliantais, simptominis gydymas, deguonies terapija per nosies kaniules. Gydomuoju laikotarpiu būklė gerėjo, uždegiminiai rodikliai sumažėjo, papildomo deguonies poreikio neprireikė. 10 gydymo dieną pacientas išleistas į namus.

Po penkių dienų nuo išrašymo iš stacionaro pacientui pasireiškė ūminis dusulys, kvietė greitąją medicinos pagalbą. RŠL Skubiosios pagalbos skyriuje atlikus krūtinės ląstos rentgenogramą, nustatytas kairiojo plaučio pneumotoraksas (*5 pav.*). Atliktas pleuros ertmės drenavimas. Pacientas stacionarizuotas į Infekcinių ligų skyrių. Penktą stacionarizavimo dieną išnykus pneumotoraksui, drenas buvo pašalintas. Tęstas simptominis ir antibakterinis gydymas. 10 gydymo dieną vėl atsinaujino KN požymiai. Dar kartą atlikus krūtinės ląstos rentgenogramą, nustatytas pakartotinis kairiojo plaučio pneumotoraksas. Pakartotinai atliktas drenavimas. 18 gydymo Infekcinių ligų skyriuje dieną KN požymių nestebėta, pneumotoraksas išnyko, krūtinės ląstos kairėje nedidelės mažėjančios poodinės emfizemos požymiai, drenas pašalintas. 19 gydymo dieną, nestebint pneumotorakso ir esant stabiliai būklei, pacientas išleistas į namus.

Trečiasis klinikinis atvejis

61 metų vyras, nesergantis gretutinėmis ligomis, į RŠL Skubiosios pagalbos skyrių atvyko dėl dusulio, karščiavimo, skausmo ties dešiniuoju apatiniu šonkaulių lanku, kuris sustiprėjo gulint ant dešiniojo šono ir kvėpuojant, vargino neproduktyvus kosulys. Stebimi padidėję uždegiminiai rodikliai, limfopenija. Atlikus krūtinės ląstos KT, vaizdas labiau priminė dešiniojo plaučio apatinės skilties infiltracinius pokyčius su pleuritu,

5 pav. **Krūtinės ląstos rentgenogramoje nustatytas kairiojo plaučio pneumotoraksas**



COVID-19 pneumonijai būdingą neryškią vadinamojo matinio stiklo zoną. Patvirtinus COVID-19 PGR tyrimu iš tepinėlio iš nosiaryklės, pacientas stacionarizuotas į Suaugusiųjų infekcinių ligų skyrių. Paskirtas amoksiklavas, deksametazonas, antikoaguliantai, simptominis gydymas, papildomo deguonies poreikio nebuvo. Po trijų dienų stebint neigiamą uždegiminių rodiklių dinamiką, antibiotikai keisti į piperaciliną / tazobaktamą. Pakoregavus antibiotikų terapiją, uždegiminiai rodikliai mažėjo, bet progresavo KN, pradėta taikyti deguonies terapiją. 10 gydymo dieną atlikta pakartotinė krūtinės ląstos KT: vaizduose neigiama dinamika, dešinysis plautis nedaug paspaustas dėl išsivysčiusio pneumotorakso, abipus plaučiuose padidėjo matinio stiklo zonų apimtis, kuri sudarė iki 60–70 proc. ploto (*6 pav.*, *7 pav.*). Dėl kliniškai blogėjančios būklės tolesniam gydymui nuspręsta pacientą perkelti į RITS. RITS tęsta deguonies terapija, drenuota dešinė pleura. 11 gydymo dieną dėl KN progresavimo

6 pav. **Krūtinės ląstos KT stebimas pneumotoraksas dešinėje, abipus matinio stiklo zonos**



7 pav. **Krūtinės ląstos KT stebimas pneumotoraksas dešinėje, abipus matinio stiklo zonos**



pacientas buvo intubuotas. Pradėta taikyti DPV, kuri tęsta tris paras. Regresuojant KN, pacientas buvo ekstubuotas. Gydant piperacilino ir tazobaktamo deriniu, uždegiminiai rodikliai reikšmingai sumažėjo, pneumotoraksas išnyko, drenas pašalintas. 18 gydymo dieną pacientas perkeltas tolesniam gydymui į Suaugusiųjų infekcinių ligų skyrių. Skyriuje pradėjo didėti ureminiai rodikliai, mažėjo diurezė. 24 dieną pacientas perkeltas į RITS. Pradėta taikyti skubi HD, vėliau ilgalaikė hemodiafiltracija. Atsinaujino KN, didėjo uždegiminiai rodikliai, įtarta hospitalinė pneumonija, sepsis. Paskirtas antibakterinis gydymas meropenemu. Dėl progresuojančio KN, pakartotinai taikyta DPV. 26 gydymo dieną, progresuojant sepsiui, septiniam šokui, DODS, pacientas mirė.

Diskusija

COVID-19 pandemijos metu pastebėta, kad retai pacientams, sergantiems COVID-19 sukelta virusine pneumonija, išsivysto antrinis spontaninis pneumotoraksas (ASP), kartais pneumomediastinumas ar abu kartu. Apžvelgiant užsienio gydytojų publikuotus klinikinius atvejus apie COVID-19 sukeltą virusinę pneumoniją, komplikuotą ASP, rezultatai yra panašūs. ASP dažniau pasireiškia vyriškosios lyties pacientams ir asmenims, sergantiems gretutinėmis lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip nutukimu, cukriniu diabetu, išemine širdies liga, širdies nepakankamumu, lėtine obstrukcine plaučių liga.

Jau 2003 metais buvusios SARS-CoV epidemijos metu yra aprašytų atvejų, kai dėl šio viruso sukeltos pneumonijos sergantiems pacientams išsivystydavo spontaninis pneumotoraksas. Nuo 2003 metų kovo 10 dienos ir balandžio 28 dienos dviejose Honkongo ligoninėse buvo gydomi 356 pacientai, iš jų šešiems išsivystė ASP (dažnis – 1,7 proc.). 66,7 proc. buvo reikalingas gydymas Intensyviosios terapijos skyriuje. Mirčių buvo 33,3 proc. [2].

Jungtinių Amerikos Valstijų Filadelfijos ligoninės publikuotoje apžvalgoje aprašomi šeši ASP atvejai iš 902 COVID-19 sirgusių pacientų (dažnis – 0,66 proc.), gydytų nuo 2020 metų kovo 1 dienos iki birželio 8 dienos. Iš šešių aprašomų atvejų keturi buvo moteriškosios ir du vyriškosios lyties pacientai. Amžiaus intervalas – nuo 45 iki 81 metų. Penki pacientai sirgo ligos eigą sunkinančiomis gretutinėmis ligomis, pavyzdžiui, nutukimu, išemine širdies liga, širdies nepakankamumu, cukriniu diabetu. Keturiems pacientams spontaninis pneumotoraksas išsivystė taikant DPV. Keturių pacientų gydymas baigėsi mirtimi [3].

Olandijos gydytojai pateikė trijų pacientų, kai sergant COVID-19 išsivystė ASP, klinikinius atvejus. Visi pacientai buvo vyrai (63, 76, 72 metų). Pacientai sirgo gretutinėmis ligomis – centrilobuline emfizema, lėtine obstrukcine plaučių liga, astma, vienas pacientas gretutinėmis ligomis nesirgo. Visi šie trys pacientai pasveiko.

Yra aprašyta labai mažai atvejų, kad būtų galima tiesiogiai susieti COVID-19 sukeltą pneumoniją ir spontaninį pneumotoraksą. Publikuoti keli straipsniai, kuriuose aprašomi histopatologiniai rezultatai, gauti atlikus autopsiją mirusiems dėl COVID-19 pacientams. Šiuose straipsniuose aprašomi abipusiai difuziniai alveoliniai plaučių pažeidimai, pneumocitų deskvamacija, hialininės membranos formavimasis alveolėse, kurie, manoma, yra tiesiogiai susiję su ŪRDS pasireiškimu. Dažnai aprašoma smulkiųjų kraujagyslių trombozė, mikroangiopatija ir limfocitų infiltracija plaučių audinyje. Ar šie patologiniai radiniai gali tiesiogiai sukelti plaučių audinio vientisumo pažeidimus ir bulų formavimąsi, kol kas nėra aišku. Patologų aprašomi plaučių pokyčiai yra labai panašūs į tuos, kurie buvo aprašyti mirusiems nuo sunkaus ūminio respiracinio sindromo (angl. *Severe Acute Respiratory Syndrome* – SARS) ir Artimųjų Rytų respiracinio sindromo (angl. *Middle East Respiratory Syndrome* – MERS) [5–7].

Apibendrinimas

Šiame straipsnyje pristatyti ir kitų ligoninių publikuoti klinikiniai atvejai leidžia daryti prielaidą, kad žmonės, susirgę COVID-19, kuriems pasireiškė virusinė pneumonija, turi padidėjusią pneumotorakso išsivystymo riziką. Ši komplikacija yra reta. Jos priežastis gali būti plaučių audinio vientisumo pažeidimas dėl infekcijos, taip pat atliekant DPV dėl barotraumos. Gydytojai, gydantys sergančius COVID-19 pacientus, turi būti budrūs dėl galimo pneumotorakso, ypač kai staiga išsivysto ūminis KN ar, nepaisant skiriamo gydymo, jis ima progresuoti, nes ši komplikacija siejama su blogesne išgyvenamumo prognoze.

Straipsnis recenzuotas

LITERATŪRA

1. Fan Q, Pan F, Yang L. Spontaneous pneumothorax and subpleural bullae in a patient with COVID-19: a 92-day observation. Eur J Cardiothorac Surg 2020;58(4):858–60.
2. Sihoe ADL, Wong RHL, Lee ATH, et al. Severe acute respiratory syndrome complicated by spontaneous pneumothorax. Chest 2004;125(6):2345–51.
3. Zantah M, Dominguez Castillo E, et al. Pneumothorax in COVID-19 disease- incidence and clinical characteristics. Respir Res 2020;21(1):236.
4. Janssen ML, van Manen MJG, Cretier SE, et al. Pneumothorax in patients with prior or current COVID-19 pneumonia. Respiratory Medicine Case Reports 2020;31:101187.
5. Fox SE, Akmatbekov A, Harbert JL, et al. Pulmonary and cardiac pathology in African American patients with COVID-19: an autopsy series from New Orleans. The Lancet Respiratory Medicine 2020;8(7):681–6.
6. Wichmann D, Sperhake J-P, Lütgehetmann M, et al. Autopsy Findings and Venous Thromboembolism in Patients With COVID-19: A Prospective Cohort Study. Ann Intern Med 2020;173(4):268–77.
7. Xu Z, Shi L, Wang Y, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. The Lancet Respiratory Medicine 2020;8(4):420–2.

Vienuoliktosios tarptautinės AIDS asociacijos konferencijos naujienos

Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis, per visą žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) infekcijos registravimo laikotarpį (1988–2020 metais) mūsų šalyje nustatyti 3 462 ŽIV infekcijos atvejai. Dauguma užsikrėtusiųjų – vyrai (2 735). Didžiausias sergamumas 2020 metais užfiksuotas Vilniaus, mažiausias – Utenos apskrityje. Didžiausia dalis visų užsikrėtusiųjų ŽIV sudarė 30–44 metų žmonės.

ŽIV yra aktuali problema, nes lėtinė ligos forma gali vystytis 10 ir daugiau metų, o žmogus gali nė neįtarti, kad serga. Ūminė ligos forma pradinėje stadijoje taip pat nustatoma retai. Visa tai didina ligos plitimą, atitolina gydymo pradžią, o tai lemia prastesnę ligos prognozę.

Kas naujo apie ŽIV plitimo stabdymą, valdymą, ligos diagnozavimą ir gydymą buvo gvildenama šių metų vasarą vykusiame pasauliniame ŽIV mokslo kongrese. Apie tai kalbamės su Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Infekcinių ligų centro gydytoja infektologe prof. Raimonda Matulionyte.



Kas buvo naujo, negirdėto šiame tarptautiniame kongrese? Kokios temos, seminarai labiausiai sudomino?

Virtualiai vykęs kongresas – plataus spektro renginys, sujungęs įvairias ŽIV temas: mokslo ir tyrimų rezultatus, klinikinę praktiką, profilaktinius aspektus, asmens ir visuomenės sveikatą. Be pasaulyje žinomų mokslininkų, lektorių, konferencijoje dalyvavo ir pranešimus skaitė pacientų organizacijų atstovai, todėl buvo gvildenami ir socialiniai, psichologiniai aspektai. Žodžiu, tai visa apimantis renginys, kuris vyksta kas dvejus metus ir kuriame pristatomos pagrindinės pasaulinės tendencijos ŽIV srityje.

Šių metų konferencijoje, be abejo, buvo gvildenama COVID-19 tema. Nagrinėta pandemijos įtaka ŽIV infekcijai diagnozuoti, valdyti, gydyti ir panašiai.

Antra ryški tema – ŽIV gydymas, naudojant mažiau vaistų. Nauja koncepcija – mažiau yra daugiau. Ji skambėjo daugelyje pranešimų, susijusių su ŽIV infekcijos gydymu. Vyraujanti šių dienų tendencija – skirti dviejų vaistų terapiją, o ne trijų ar keturių, kaip buvome įpratę.

Daug pranešimų skirta naujiesiems vaistams, kurių jau yra klinikinėje praktikoje ir kurie dar tiriami. Kalbėta apie ateinančius ilgo veikimo vaistus, kurie turėtų būti švirkščiami tik kartą per vieną ar du mėnesius.

Kita plati tema – preekspozicinė (išankstinė) ŽIV profilaktika (angl. *pre-exposure prophylaxis*), kuri pasaulyje sulaukia daugiau susidomėjimo.

Atskiras konferencijos sektorius skirtas Pasaulio sveikatos organizacijos parengtoms ŽIV rekomendacijoms (2021 metų). Šios rekomendacijos – tai kuriose atnaujinta ir papildyta 2016 metų versija. Tai didžiulis dokumentas, kurį sudaro apie 600 puslapių. Jame apžvelgti visi svarbiausi ŽIV klausimai ir temos – prevencija, ištyrimas, gydymas, paslaugų teikimas, užsikrėtusiojo stebėjimas. Pirmiausia jos orientuotos į visuomenės sveikatą, tačiau kiekvienas gydytojas, kuris susiduria su šia infekcija, šiose rekomendacijose ras atsakymus į daug kasdienėje praktikoje iškylančių klausimų.

Prašome plačiau apžvelgti SARS-CoV-2 įtaką ŽIV infekcijai. Pandemijos pradžioje buvo kalbama, kad užsikrėtusieji ŽIV patenka į didesnės rizikos žmonių grupę. Kokių naujienų yra šia tema?

COVID-19 įtaka ŽIV infekcijai nagrinėta įvairiais aspektais. Pristatyti tyrimai, kuriuose vertinta, ar užsikėtusieji yra pažeidžiamesni, ar jų rizika nesiskiria nuo bendrosios populiacijos. Daugumos klinikinių tyrimų rezultatai parodė, kad ŽIV užsikrėtusių pacientų rizika sirgti sunkesne COVID-19

Dovato
dolutegraviras/lamivudinas

NAUJAI ATRASTA GALIA

VISAVERTIS REŽIMAS ŽIV PACIENTAMS



TVARUS VEIKSMINGUMAS[1,2]

AUKŠTAS REZISTENTIŠKUMO SLENKSTIS[1,2]

BE TDF IR ABC[3]

Dovato skirtas gydyti ŽIV-1 užsikrėtusiems suaugusiesiems ir vyresniems kaip 12 metų paaugliams, sveriantiems >40 kg, kuriems nėra nustatyto arba įtariamo atsparumo integrazės inhibitorių grupės vaistiniams preparatams arba lamivudinui.[1]

KAM VARTOTI 3, JEIGU GALI PAKAKTI 2?[1,2]

DOVATO 50 mg/300 mg plėvele dengtos tabletės. Receptinis vaistinis preparatas. Kiekvienoje plėvele dengtoje tabletėje yra toks dolutegraviro natrio druskos kiekis, kuris atitinka 50 mg dolutegraviro, ir 300 mg lamivudino. Indikacijos. Skirtas gydyti žmogaus imunodeficito 1-jo tipo virusais (ŽIV-1) užsikrėtusius suaugusiuosius ir > 12 metų paauglius, sveriančius ne mažiau kaip 40 kg, kuriems nėra nustatyto arba įtariamo atsparumo integrazės inhibitorių grupės vaistiniams preparatams arba lamivudinui. Dozavimas. Rekomenduojama Dovato dozė suaugusiesiems ir paaugliams yra po vieną 50 mg/300 mg tabletę 1 k/d., vartoti per burną. Kontraindikacijos. Padidėjęs jautrumas veikliosioms medžiagoms arba bet kuriai pagalbinei medžiagai. Vartojimas kartu su vaistiniais preparatais, turinčiais siaurą terapinį langą, kurie yra organinių katijonų 2-ojo nešiklio substratai, įskaitant, bet neapsiribojant fampridinu. Specialūs įspėjimai ir atsargumo priemonės. Buvo pranešta apie padidėjusio jautrumo reakcijas vartojant dolutegravirą, kurioms būdingas išbėrimas, konstituciniai pokyčiai ir kartais organų funkcijos sutrikimas, įskaitant sunkias kepenų reakcijas. Jeigu atsiranda padidėjusio jautrumo reakcijų požymių arba simptomų (įskaitant, bet ne vien tik sunkų išbėrimą ar išbėrimą, susijusį su kepenų fermentų suaktyvėjimu, karščiavimą, bendrą negalavimą, nuovargį, raumenų ar sąnarių skausmus, pūsles, burnos pažaidą, konjunktyvitą, veido edemą, eozinofiliją, angioneurozinę edemą) - nedelsiant nutraukti Dovato ir kitų įtartinų vaistinių preparatų vartojimą. Reikia stebėti klinikinę būklę, įskaitant kepenų aminotransferazių aktyvumą ir bilirubino koncentraciją. Gydymo antiretrovirusiniais preparatais metu gali padidėti kūno masė ir lipidų bei gliukozės koncentracijos kraujyje. Lėtiniu hepatitu B ar C sergantiems ir keliais antivirusiniais preparatais gydomiems pacientams yra padidėjusi sunkių ir gyvybei pavojingų nepageidaujamų kepenų reakcijų rizika. Jei antivirusiniais vaistiniais preparatais kartu gydomas ir hepatitas B ar C, reikia perskaityti atitinkamą šių vaistinių preparatų skyrimo informaciją. ŽIV užsikrėtusiems pacientams, kuriems pradedant kombinuotą antiretrovirusinį gydymą (KARG) buvo sunkus imunodeficitas, simptomų nesukeliantys ar sąlyginai patogeniniai mikroorganizmai gali sukelti uždegiminę reakciją, lemenčią sunkias klinikines būkles arba simptomų pasunkėjimą. Paprastai tokios reakcijos buvo stebėtos per pirmąsias kelias savaites ar mėnesius po to, kai buvo pradėtas KARG. Svarbūs pavyzdžiai yra citomegalo virusų sukeltas retinitas, generalizuotos ir (arba) židininės mikobakterijų sukeltos infekcinės ligos ir Pneumocystis jirovecii sukelta pneumonija (dažnai vadinama PCP). Nors manoma, kad etiologija susijusi su daugeliu veiksnių (įskaitant kortikosteroidų, bisfosfonatų, alkoholio vartojimą, sunkų imuninės sistemos slopinimą, didesnį kūno masės indeksą), buvo pranešta apie osteonekrozės atvejus pacientams, sergantiems progresavusia ŽIV liga ir (arba) patyrusiems ilgalaikę KARG ekspoziciją. Sąveika su kitais vaistiniais preparatais. Vartojant kartu su rifampicinu, karbamazepinu, okskarbazepinu, fenitoinu, fenobarbitaliu, jonažolės preparatais, etravirinu (vartojamų be poveikį sustiprinančio proteazės inhibitoriaus), efavirenzu, nevirapinu ar tipranaviru / ritonaviru, rekomenduojama dolutegraviro dozė yra 50 mg du kartus per parą. Dovato negalima vartoti kartu su antacidiniais preparatais, kurių sudėtyje yra daugiavalenčių katijonų. Antacidinių preparatų, kurių sudėtyje yra daugiavalenčių katijonų, galima išgerti likus ne mažiau kaip 6 val. arba praėjus 2 val. po Dovato išgėrimo. Vartojant kartu su maistu, Dovato ir papildus ar multivitaminų preparatus, kurių sudėtyje yra kalcio, geležies ar magnio, galima išgerti tuo pačiu laiku. Jeigu Dovato išgeriamas nevalgius, papildus ar multivitaminų preparatus, kurių sudėtyje yra kalcio, geležies ar magnio, rekomenduojama išgerti likus ne mažiau kaip 6 val. arba praėjus 2 val. po Dovato išgėrimo. Dolutegraviras didina metformino koncentracijas. Pradedant ir nutraukiant dolutegraviro vartojimą kartu su metforminu, reikia apsvarstyti metformino dozės keitimą, kad būtų išlaikyta gliukozės koncentracijų kraujyje kontrolė. Dovato nerekomenduojama vartoti kartu su kladribinu. Dovato negalima vartoti kartu su jokiais kitais vaistiniais preparatais, kurių sudėtyje yra dolutegraviro ar lamivudino, išskyrus atvejus, kai dėl vaistinių preparatų sąveikos reikia koreguoti dolutegraviro dozę. Dovato sąveikos su kitais vaistiniais preparatais tyrimų neatlikta. Dovato sudėtyje yra dolutegraviro ir lamivudino, todėl bet kokia sąveika, kuri buvo pastebėta vartojant šias veikliąsias medžiagas atskirai, galioja Dovato. Kliniškai reikšmingos dolutegraviro ir lamivudino sąveikos nesitikima. Vaisingumas, nėštumo ir žindymo laikotarpis. Vaisingo amžiaus moterys turi būti informuotos apie galimą nervinio vamzdelio pažaidos riziką vartojant dolutegravirą, įskaitant veiksmingų kontracepcijos priemonių aptarimą. Jei moteris planuoja pastoti ar jei vartojant dolutegravirą nėštumas diagnozuotas per pirmąjį trimestrą, su paciente reikia aptarti tolimesnio gydymo dolutegraviru naudą ir riziką. Gydymo taikant dviejų vaistų planą saugumas ir veiksmingumas nėštumo metu netirti. Nežinoma, ar dolutegraviras išsiskiria į motinos pieną. Rekomenduojama, kad ŽIV užsikrėtusios moterys jokiomis aplinkybėmis nežindytų kūdikių, kad neužkrėstų jų ŽIV. Nepageidaujamas poveikis. Labai dažnas: galvos skausmas; pykinimas; viduriavimas. Dažnas: depresija; nerimas; nemiga; nenormalūs sapnai; galvos svaigimas; somnolencija; vėmimas; vidurių pūtimas; pilvo skausmas ar diskomfortas; išbėrimas; niežulys; alopecija; artralgija; raumenų sutrikimai (įskaitant mialgiją); nuovargis; kreatinfosfokinazės (KFK) suaktyvėjimas; alaninaminotransferazės (ALT) ir (arba) aspartataminotransferazės (AST) suaktyvėjimas. Sunkiausios nepageidaujamos reakcijos, pasireiškusios vartojant dolutegravirą, buvo padidėjusio jautrumo reakcija, įskaitant bėrimą ir sunkų poveikį kepenims. Pakuotė. Nepermatomi, baltos spalvos DTPE (didelio tankio polietileno) buteliukai, uždaryti vaikų sunkiai atidaromu uždoriu, su karštu būdu sandariai užlydytu polietileno sluoksniu. Kiekvienoje pakuotėje yra 1 buteliukas, kuriame yra 30 plėvele dengtų tablečių. Registruotojas. ViiV Healthcare BV, Van Asch van Wijckstraat 55H, 3811 LP Amersfoort, Nyderlandai. Daugiau informacijos teikia UAB „GlaxoSmithKline Lietuva“, Ukmergės g. 120, LT-08105, Vilnius, tel. (8-5) 264 9000, info.lt@gsk.com. Specialistai, pastebėję šalutinį poveikį ir (ar) gavę informacijos apie tai, turi pranešti Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos el. paštu NepageidaujamaR@vvkt.lt ar kitu būdu, kaip nurodyta jos interneto svetainėje www.vvkt.lt. ir UAB „GlaxoSmithKline Lietuva“ aukščiau nurodytais adresais ar telefonu. Čia pateikta sutrumpinta informacija apie vaistą. Visą informaciją rasite preparato charakteristikų santraukoje, atnaujinta: 2020-11-18, žr, http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/alfregister.htm.

Nuorodos: 1. Cahn P et al. J Acquir Immune Defic Syndr. 2020;83(3):310-318. **2.** van Wyk J et al. Clin Infect Dis. 2020;ciz1243:1-10 **3.** DOVATO PCS. Lapkritis 2020.

gsk | ViiV Healthcare

Working together in HIV

Prekių ženklai priklauso ViiV Healthcare įmonių grupei arba ViiV Healthcare įmonių grupė turi jiems licenciją.
©2020 ViiV Healthcare įmonių grupė arba licencijos turėtojas.

LT-DOV-07-21. Parengta 5/2021

forma nėra didesnė nei bendrosios populiacijos, išskyrus atvejus, kai ŽIV infekcija nėra kontroliuojama, o kalbant paprasčiau – negydoma arba gydoma neveiksmingai (dažniausiai dėl paties paciento disciplinos problemų), kai viremija yra didelė, o imunitetas išsekęs.

Ispanijoje, Pietų Amerikoje, Jungtinėse Amerikos Valstijose, Jungtinėje Karalystėje, Rytų ir Centrinės Europos kohortoje atlikti tyrimai įrodė, kad COVID-19 rizikos veiksniai, nustatyti bendrojoje populiacijoje, taip pat svarbūs ir sergantiesiems ŽIV liga. Tai yra amžius daugiau nei 65 metai, nutukimas, cukrinis diabetas, širdies ir kraujagyslių ligos, nekontroliuojama arterinė hipertenzija. Užsikrėtusiems ŽIV pacientams papildomas rizikos veiksnys – ŽIV infekcijos kontrolė. Tyrimuose nebuvo įrodyta, kad užsikrėtusieji ŽIV yra imlesni SARS-CoV-2, o jų tikimybė sirgti sunkia ligos forma nėra įrodyta. Tik Pietų Afrikos tyrime ir kelete Jungtinėje Karalystėje atliktų kohortinių tyrimų nustatyta, kad ŽIV užsikrėtusiems pacientams COVID-19 eiga buvo sunkesnė. Visi kiti tyrimai labiau išryškino neigiamą gretutinių patologijų įtaką COVID-19 eigai, o ne ŽIV infekcijos buvimą. Tyrimai parodė, kad ŽIV infekcija nepadidina mirštamumo ir COVID-19 sunkumo rizikos, jeigu ji yra tinkamai gydoma, ir kad užsikrėtusiems ŽIV COVID-19 sunkumo riziką didina bendrieji visai populiacijai būdingi rizikos veiksniai.

Taigi tyrimai atskleidė, kad ŽIV sergantys pacientai neturėtų turėti ypatingų baimių. Reikia pabrėžti, kad ŽIV infekcijos kontrolė išlieka labai svarbi – kas svarbu sergant visomis infekcijomis, net tik SARS-CoV-2.

Nagrinėta ir COVID-19 įtaka ŽIV priežiūros sistemos infrastruktūrai – pandemija padėjo ar trukdė testuoti žmones, diagnozuoti ŽIV, gydyti, stebėti. Kai kuriais klausimais tyrimų rezultatai parodė, kad COVID-19 pandemija atnešė teigiamų pokyčių. Vienas jų – pandemijos metu stipriau išplėtotas nuotolinis medicinos paslaugų teikimas, nuotolinės konsultacijos, kurios, tikėtina, išliks ŽIV stebėjimo ir gydymo praktikoje ir po pandemijos.

Dalyvavote šio renginio diskusijoje. Prašome papasakokite plačiau. Kokios ŽIV kongreso naujienos aktualios Lietuvos gydytojams ir pacientams?

Diskusijose aptariant pristatytus pranešimus daugiausia dėmesio skirta į pacientą orientuotai priežiūrai. Šiandien gydytojai, skirdami antiretrovirusinį gydymą, galvoja ne vien tik apie antivirusinį veiksmingumą. Šiandien visi registruoti vaistai ir gydymo schemos yra virusologiškai veiksmingi. Po tam tikro laiko viremija dažniausiai nuslopinama, o pacientai išeina iš oportunistinių infekcijų rizikos zonos, nes imunitetas atsikuria, ir išgyvena panašiai tiek pat kiek neužsikrėtusieji ŽIV. Pastaruoju metu labai akcentuojama paciento gyvenimo kokybė – somatinė, psichologinė, socialinė. Todėl ir kalbama apie dviejų vaistų terapijos koncepciją, kad pacientas vartotų kuo mažiau vaistų, kuo geriau juos toleruotų, kad būtų kuo mažesnė sąveika su kitais vaistais, kuo mažiau keistųsi įprastas dienos ritmas ir išliktų motyvacija tęsti gydymą. Jau ir Lietuvoje turime vartojamą 1 k./p. dolutegraviro ir lamivudino vienoje tabletėje derinį. Gyvenimo kokybei pagerinti jau sukurti ir dar kuriami ir ilgo veikimo leidžiamieji vaistai.

Diskusijose svarstytas ir antiretrovirusinių vaistų nepageidaujamas reiškinys – antsvoris. Šiandien apie tai kalbama, nors prieš 20–30 metų šis nepageidaujamas reiškinys buvo visai nereikšmingas, nes tuomet pagrindinis uždavinys gydant ŽIV buvo išsaugoti žmogaus gyvybę, o išsekę pacientai priaugti svorio kaip tik labai norėjo. Nustatyta, kad svorio augimas vartojant kai kuriuos vaistus būdingesnis moterims, dažniau vyresnėms kaip 50 metų, juodaodėms, tačiau gali pasireikšti ir kitiems. Lietuvos pacientams šis nepageidaujamas poveikis ne toks aktualus. Jiems problemų dėl svorio kol kas iškyla rečiau nei Vakaruose, ypač vartojusiems narkotikus, gaunantiems pakaitinę terapiją.

Antsvorio problema nagrinėjama visuose pastarųjų metų ŽIV renginiuose, nes vis dažniau vienas skiriamų vaistų yra iš integrazės inhibitorių klasės, su kuria daugiausia ir siejamas šis nepageidaujamas reiškinys. Taip pat jis būdingas tenofoviro alafenamidui, bet jo Lietuvoje neturime. Tai turėtų įvertinti ir gydytojai, ir pacientai, ir ne viską nurašyti neigiamiems gyvensenos pokyčiams, sukeltiems pandemijos.

Plačiai aptarta koncepcija *testuoti ir gydyti*, kai stengiamasi sugaišti kuo mažiau laiko nuo infekcijos nustatymo iki gydymo pradžios. Tai labai aktualu pacientams, kurie priklauso rizikos grupėms, kurie po infekcijos nustatymo gydytis gali ir neateiti. Pristatytas STAT tyrimas, kuriame pacientai buvo gydomi dviejų vaistų – dolutegraviro ir lamivudino – deriniu nuo pat pirmosios infekcijos nustatymo dienos. Tyrimas parodė, kad gydymo rezultatai buvo geri ir nepriklausė nuo to, kokio dydžio ŽIV viremija vėliau pacientams buvo nustatyta. Nepriklausomai nuo viremijos lygio, ši strategija pasiteisino, o tai aktualu rizikos grupėms priklausantiems pacientams, kurie dažnai yra mažiau motyvuoti gydytis ir neretai dingsta iš akiračio taip ir nepradėję gydymo.

Daug diskusijų sukėlė ilgai veikiantys vaistai (kabotegraviras ir rilpivirinas), kurių jau yra Europoje, Jungtinėse Amerikos Valstijose. Mūsų šalyje jų dar nėra. Šie vaistai leidžiami į abiejų pusių žastų ar sėdmenų raumenis, o jiems suleisti pacientas būtinai turi atvykti į gydymo įstaigą. Vaistų poveikis išlieka vieną ar du mėnesius. Tyrimai buvo vykdomi su pacientais, kuriems vaistų buvo leidžiama kas keturias savaites. Tyrime CUSTOMIZE buvo vertinamos šios terapijos įgyvendinimo galimybės, logistikos problemos, organizaciniai klausimai, svarbūs pacientams ir gydymo įstaigoms. Tyrimas FLAIR buvo orientuotas į virusologinius ir imunologinius žymenis. Pateikti 124 savaičių trukmės tyrimo FLAIR duomenys patvirtino gerus veiksmingumo rezultatus.

Laukiama ir kitų ilgai veikiančių vaistų. Konferencijoje buvo pristatyti IIB fazės klinikinio tyrimo, kuriame vertintas izlataviro ir doravirino saugumas ir veiksmingumas,

rezultatai. Izlataviras yra visiškai naujos klasės vaistas. Tai nukleozidų atvirkštinės transkriptazės translokacijos inhibitorius (NATTI). Pirmieji rezultatai nenuvylė. Laukiama tolesnių fazių klinikinių tyrimų ir jų išvadų.

Prašome plačiau pristatyti naują dviejų vaistų koncepciją – mažiau yra daugiau – gydant ŽIV infekuotus pacientus? Kuo ji pranašesnė? Kokie naujausių tyrimų duomenys?

Daug diskusijų buvo skirta dviejų vaistų terapijai, pristatyti ilgalaikių tyrimų duomenys. Didžiausia patirtis šiandien sukaupta skiriant dolutegraviro ir lamivudino derinį. Gydymo veiksmingumas skiriant šių vaistų derinį iki tol negydytiems pacientams vertintas atliekant GEMINI I ir GEMINI II tyrimus. Trejus metus trukęs tyrimas atskleidė gerus šio derinio virusologinius ir saugumo rezultatus. Taip pat pristatyti tyrimai, kuriuose buvo vertintas gydymo veiksmingumas, kai dviejų vaistų terapija skiriama iš karto nustačius ŽIV (STAT), ir du tyrimai, kai prie dviejų vaistų derinio pereita po gydymo trimis–keturiais vaistais. Vieno jų, kai vienas gautų vaistų buvo tenofoviro alafenamidas (TANGO), pateikti 144 savaičių gydymo duomenys parodė gerus rezultatus. Remiantis kitu tyrimu (SALSA), vertintas gydymo veiksmingumas, kai pacientams, vartojusiems bet kurių trijų ar keturių vaistų derinį, pastarasis buvo keistas į dviejų vaistų – dolutegraviro su lamivudinu – derinį. 48 savaičių veiksmingumo ir saugumo rezultatai taip pat buvo labai geri, be to, gauti geri su užsitęsusio uždegimo slopinimu susiję rezultatai.

Taigi konferencijoje pateiktas atsakymas į gydytojams labai aktualų, vis dar abejonių kėlusį klausimą – ar dviejų vaistų terapija gana veiksmingai slopina dėl ŽIV poveikio užsitęsusį uždegimą? Tyrimų duomenys atskleidė, kad ir dviejų vaistų derinys taip pat veiksmingai mažina uždegimą, kaip ir trijų ar keturių vaistų antiretrovirusinė terapija. Tai svarbi žinia, nes į šį klausimą iki tol dar nebuvo visiškai atsakyta, buvo prieštaringų duomenų. Šių metų kongrese ilgalaikių tyrimų rezultatais įrodyta, kad uždegimo žymenys (IL-6, C reaktyvusis baltymas, D-dimerai) vienodai gerai nuslopinami kaip ir vartojant tris vaistus. Tai suteikia gydytojams postūmį skirti dviejų vaistų terapiją nedidėjant su AIDS nesusijusių komplikacijų (miokardo infarkto, insulto, inkstų nepakankamumo ir panašiai) rizikai.

Taigi ŽIV gydymo aktualijos ir ateities prioritetai – dviejų vaistų deriniai, tai yra mažiau yra daugiau koncepcija. Mažinti vaistų skaičių svarbu, nes ŽIV užsikrėtusiųjų populiacija sensta, pacientai serga gretutinėmis ligomis, dėl kurių taip pat turi vartoti vaistų. Mažindami vartojamų vaistų skaičių, mažiname nepageidaujamų reakcijų, vaistų sąveikos riziką ir atitinkamai geriname gyvenimo kokybę.

Kurias kongreso žinias planuojate pritaikyti klinikinėje praktikoje?

Mūsų šalyje ŽIV sergantys pacientai gydomi vadovaujantis gairėmis, didžiąja dalimi atitinkančiomis tarptautines, o dviejų vaistų derinio terapija įtraukta į mūsų rekomendacijas nuo 2020 metų liepos mėnesio. Taigi praktikoje skiriame dviejų vaistų derinį ir dar negydytiems pacientams, ir keičiant gydymą, jeigu paskirtas gydymas trimis ar keturiais vaistais neduoda norimo rezultato, sukelia nepageidaujamus reiškinius arba sunkina įprastą paciento veiklą dėl vartojimo ritmo ar santykio su maitinimusi ypatumų. Daugiau kaip metų praktinė patirtis atkartojo klinikiniais tyrimais įrodytus gerus virusologinius, imunologinius, saugumo ir uždegimo slopinimo rezultatus.

Be abejo, kad norėtume turėti galimybių skirti ilgai veikiančių vaistų. To teiraujasi ir pacientai. Konferencijoje buvo analizuojamos visos galimos su šių vaistų atėjimu susijusios problemos – logistikos, personalo darbo krūvio, medicinos įstaigų infrastruktūros ir kitos. Visi potencialūs trukdžiai buvo įvardyti ir aptarti. Šiems vaistams pasiekus Lietuvą, bus galima iš anksto numatyti darbo taktiką ir veiksmus, būtinus planuojant ŽIV gydymą ilgai veikiančiais vaistais.

Ketinu įdėmiai peržiūrėti naująsias Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas. Kiek spėjau susipažinti, pastebėjau, kad daug dėmesio jose skirta pacientų gyvenimo būdui, mitybai tobulinti. Labai pabrėžiama fizinio aktyvumo svarba. Rekomenduojama, kad kiekvienas pacientas turi turėti bent 1,5 val. intensyvaus ar 3 val. vidutinio fizinio krūvio per savaitę. Be to, svarbu, kad į fizinę veiklą būtų įtrauktos visos raumenų grupės. Žodžiu, rengiuosi nuodugniau panagrinėti naująsias rekomendacijas ir žinias skleisti praktikoje – pacientams, studentams, gydytojams.

Ar Lietuva, kalbant apie ŽIV ligos diagnostiką ir gydymą, gali lygiuotis į Europą?

Taip. Diagnostikos ir gydymo rezultatai mūsų šalyje panašūs į kitų Europos Sąjungos šalių, tačiau mirštamumas vis dar išlieka didesnis negu Europos šalių vidurkis. To priežastys – beveik pusė pacientų, kuriems vienu ar kitu metu buvo nustatyta ŽIV infekcija, nesilanko gydymo įstaigose, tarp jų ir laisvės atėmimo vietose; daliai pacientų ŽIV infekcija nustatoma labai vėlai, kai imuninė sistema jau labai išsekusi; didelis sergamumas tuberkulioze.

Šiuo metu kaip tik dalyvaujame aktyvios ir latentinės tuberkuliozės paplitimo tarp ŽIV užsikrėtusiųjų vertinimo ir diagnostikos tobulinimo projekte, o gydytoja Elžbieta Matulytė šia tema Vilniaus universitete rengia disertaciją. Pirmieji rezultatai parodė, kad gana didelė užsikrėtusiųjų ŽIV dalis (apie 21 proc.) serga latentine tuberkuliozės forma, ir tai didesnis paplitimas nei Europos Sąjungos šalių vidurkis. Vadinasi, tam tikru gyvenimo laikotarpiu žmogus buvo susidūręs su tuberkuliozės infekcija, kuri liko miegojimo stadijoje ir bet kuriuo momentu gali pereiti į aktyvią, pavyzdžiui, jeigu pacientas negaus gydymo nuo ŽIV ir imunitetas silps.

Šiame tyrime nustatyta, kad latentinės tuberkuliozės paplitimas reikšmingai susijęs su narkotikų vartojimu.

Būtent narkotikų vartojimas įtraukia į žalingų veiksnių grandinę – nusikalstamumą, įkalinimą, nedarbą, užsikrėtimą hepatitu C ir panašiai, o pirmasis žingsnis yra narkotikų vartojimas. Todėl ŽIV valdymas ir gydymas – ne tik sveikatos, bet ir socialinė problema.

Norėdami lygiuotis į Europos Sąjungą, turime stiprinti žalos mažinimo programas, kovoti ne tik su ŽIV, kaip padariniu, bet su užsikrėtimo ŽIV priežastimi, užvedančia visą procesą. Svarbu dirbti su pagrindinėmis rizikos grupėmis, kurios tarp Rytų ir Vakarų Europos šalių mastu vis dar skiriasi. Rytų Europoje, taip pat ir Lietuvoje, didžiausia, nors ir kasmet proporcingai mažėjanti ŽIV sergančių pacientų grupė yra narkotikų vartotojai, Vakarų Europoje – vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais. Todėl ir Vakarų rekomendacijos labiau yra orientuotos į šią rizikos grupę – preekspozicinė ŽIV profilaktika daugiausia rekomenduojama vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais, kurie ne visada naudoja prezervatyvus lytinių santykių su atsitiktiniais ar ŽIV užsikrėtusiais, antiretrovirusinės terapijos nevartojančiais partneriais metu. Heteroseksualių asmenų rizikingų lytinių santykių ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimo atvejais indikacija vartoti preekspozicinių vaistų svarstytina, bet plačiai netaikoma. Beje, pastaraisiais metais rizikos grupių santykis keičiasi ir Lietuvoje. Didėja ŽIV užsikrėtusių asmenų tarp vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais, kaip ir heteroseksualiu keliu užsikrėtusiųjų grupės.

Vaistų įvairovė, jų skaičius, pasirinkimo galimybė, palyginti su Vakarų šalimis, Lietuvoje yra šiek tiek mažesnė, tačiau neabejotinai užtikrina kiekvieno paciento poreikius. Medikamentai kompensuojami nuo ŽIV diagnozės nustatymo, vaistai parenkami atsižvelgiant į kiekvieno poreikius, pritaikomi pagal darbo grafiką, pobūdį, amžių ir kitus veiksnius. Turime visus vaistus, kurie yra būtini ir patogūs vartoti. Be to, pasireiškus nepageidaujamiems reiškiniams, gydymą visada galima keisti.

Kokioms būklėms esant šeimos gydytojas turėtų nepamiršti atlikti ŽIV testą?

Siaučiant COVID-19 pandemijai, reikia priminti, kad niekur nedingo kitos pasaulinės epidemijos, tarp jų ir ŽIV. Manau, COVID-19 turėjo neigiamos įtakos ŽIV, nes dėl susilpnėjusios diagnostikos pastaruoju metu daugiau nustatoma nepastebėtų atvejų. Taip yra visame pasaulyje, ne tik Lietuvoje. Tą matome pagal sumažėjusį atliktų tyrimų skaičių, nevyriausybinių organizacijų duomenis. Taigi labai svarbu iš naujo prisiminti pagrindinius ŽIV valdymo aspektus. Pirma, visuotinę tam tikrų žmonių grupių patikrą dėl ŽIV – nėščiųjų, donorų, įkalintų asmenų, sergančiųjų tuberkulioze ir kitų. Kita ištyrimo strategija – vertinant galimus rizikos veiksnius. Deja, šiandien realybė tokia, kad dauguma šeimos gydytojų konsultacijų tebėra nuotolinės. Medikų galimybės įvertinti rizikos veiksnius yra blogesnės. Todėl į pirmą vietą iškyla indikacinės ligos. Nustačius nors vieną šių ligų, kurių yra daugiau kaip 60, gydytojai turėtų nepamiršti tirti pacientą dėl ŽIV.

ŽIV indikacinėms ligoms priklauso visos lytiškai plintančios ligos. Sergamumas jomis per pandemiją padidėjo. Pavyzdžiui, Jungtinių Amerikos Valstijų ligų prevencijos ir kontrolės centro duomenimis, 2020 metais Jungtinėse Amerikos Valstijose gimė daugiau nei 2 000 įgimtuoju sifiliu sergančių vaikų. Tai yra didžiausias rodiklis nuo 1994-ųjų. Tendencija, kai kartu nustatoma ŽIV ir lytiškai plintančios ligos, būdinga ir Lietuvoje. Sergamumo sifiliu padidėjimą stebime ir tarp savo pacientų, ypač tarp vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais.

ŽIV indikacinėms ligoms priklauso ir virusiniai hepatitai A, B, C. Dėl ŽIV reikėtų tirti visus, kurių tyrimai rodo sumažėjusį kraujo ląstelių – leukocitų, trombocitų, eritrocitų – kiekį, taip pat sergančius pasikartojančia burnos, makšties ar net stemplės kandidoze, visuomenėje įgytąja pneumonija, seborėjiniu dermatitu, gimdos kaklelio displazija, sunkia žvyneline ir kt. Šios būklės įspėja, kad, nustačius vieną jų, reikia ištirti dėl ŽIV, nes arba šių ligų plitimo keliai yra tie patys, arba jos pasireiškia susilpnėjus imunitetui, o tai gali būti dėl ŽIV.

Noriu paskatinti gydytojus vykdyti integruotą ištyrimą, kai kartu tiriama dėl kelių per kraują ar lytiškai plintančių infekcijų. Pavyzdžiui, skiriant tyrimą dėl ŽIV, kartu tirti dėl hepatitų ar sifilio. Atlikti integruotą ištyrimą labai skatina Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras. Jo savikaina daug nepadidėja, tačiau visų ligų uždelstos formos sukelia sunkius padarinius pacientui, o ir plitimas nestabdomas. Todėl tokio ištyrimo kainos ir naudos koeficientas yra palankus ir asmens, ir visuomenės sveikatai.

Kokia padėtis su preekspoziciniais antiretrovirusiniais vaistais Lietuvoje ir pasaulyje? Kada ir kam jie rekomenduotini?

Preekspozicinė profilaktika Lietuvoje nėra kompensuojama, tačiau sudėtiniai generiniai tenofoviro ir emtricitabino vaistai mūsų vaistinėse yra prieinami. Prireikus infektologai gali išrašyti preekspozicinės profilaktikos vaistą. Jo rekomenduojama skirti profilaktiškai, siekiant sumažinti užsikrėtimo ŽIV tikimybę didelės rizikos grupės pacientams.

Pažymėtina, kad preekspozicinės profilaktikos preparatas apsaugo tik nuo ŽIV, bet neapsaugo nuo lytiškai plintančių ligų. Pacientas neturėtų to ignoruoti. Atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad, plačiau skiriant preekspozicinę profilaktiką, padaugėja kitų lytiškai plintančių ligų, pavyzdžiui, sifilio, gonorėjos, atvejų. Gydytojai tai turėtų žinoti ir, prieš paskirdami preekspozicinę profilaktiką ir jos vartojimo metu, nepamiršti reguliariai ištirti dėl lytiniu keliu plintančių infekcijų. Prieš paskiriant gydymą, būtina ištirti ir dėl hepatito B, nes

asmenims, sergantiems aktyvia hepatito B viruso infekcija, preekspozicinės profilaktikos nutraukimas gali lemti staigų hepatito B viruso infekcijos paūmėjimą ir kepenų funkcijos dekompensaciją, ypač sergantiesiems kepenų ciroze.

Siūlomos kelios preekspozicinės profilaktikos schemos: vartoti vaistų nuolat ar pagal poreikį vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais, esant nedažnoms lytinėms sueitims. Tokios rekomendacijos šiandien yra Europoje. Jungtinių Amerikos Valstijų ekspertai teigia, kad tik nuolatinis vaistų vartojimas užtikrina visišką apsaugą. Konferencijoje buvo pateikta įvairiapusių tyrimų, atliktų su preekspozicinei profilaktikai skirtais vaistais, taip pat ir ilgai veikiančiais. Jų rezultatai atskleidė, kad preekspozicinė profilaktika veiksminga tik tada, kai pacientas taisyklingai vartoja vaistus, o vartojimo reguliarumas yra itin svarbus. Pristatytame tyrime įrodyta, kad tik vartojant vaistus reguliariai pasiekiamas 100 proc. veiksmingumas ir apsauga, o, vartojant nereguliariai, poveikis sumažėja iki 70–80 proc. Preekspozicinės profilaktikos veiksmingumą užtikrina ne tik medikamentai, bet ir paciento valia, motyvacija ir požiūris į gydymą ir sveikatą.

Ar manote, kad Lietuvoje galima laikytis tarptautinių, Europos rekomendacijų, ir nerengti lietuviškų?

Mano nuomone, lietuviškų rekomendacijų reikia. Tarptautinės gairės negali būti tiesiogiai pritaikytos ir įgyvendintos, nes yra skirtumų tarp šalių: skirtingi dominuojantys rizikos veiksniai, pagrindinės pacientų grupės, įkalinimo įstaigose esančių pacientų proporcija. Taip pat skiriasi medikamentų pasirinkimas, naujų vaistų atėjimo terminai, nes nevienodos šalių finansinės galimybės ir poreikiai. Diegiant naujus vaistus ar gydymo schemas, visada atsižvelgiama į tarptautines, pirmiausia Europos AIDS klinikinės draugijos (angl. EACS), rekomendacijas, kartu vertinamas ne tik veiksmingumo ir saugumo, bet ir kainos bei naudos santykis. Manau, šiandien Lietuva negali išvengti savų rekomendacijų, kuriose būtų nuspręsta, kokie vaistai mūsų pacientams yra pirmojo ar alternatyvaus pasirinkimo. Rekomendacijos leistų išlaikyti palankiausią balansą tarp pacientų ir sveikatos apsaugos sistemos. Aišku, norėtųsi, kad jų atnaujinimas vyktų dažniau ir būtų lankstesnis.

Kokia padėtis dėl ŽIV stigmos pasaulyje? Kokį pastebite progresą Lietuvoje ŽIV stigmos klausimu?

Stigma yra, tačiau netolerancija mažėja. Manau, kad didmiesčiuose tiek gydymo įstaigose, tiek visuomenėje ŽIV užsikrėtusiųjų stigmatizavimas mažesnis. Pasitaiko, kad pacientai prašo neįrašyti informacijos apie ŽIV į elektroninę duomenų sistemą, kad niekas iš jų aplinkos atsitiktinai nesužinotų, jog jiems nustatyta ŽIV infekcija.

Prieš keletą metų Lietuvoje buvo vertintas užsikrėtusiųjų ŽIV stigmos indeksas. Tuomet infekuoti žmonės nurodė, kad labiausiai stigmą jaučia ne gydymo įstaigose, o tarpusavio santykiuose, visuomenėje, bendraudami, socialiniame gyvenime, ką daugiausiai lemia vidinė stigma.

Dalyvaujate Europos pacientų kohortų tyrimuose, esate Rytų ir Centrinės Europos rekomendacijų darbo grupės narė. Prašome papasakoti plačiau, kokia šiuo metu yra Jūsų klinikinė ir mokslinė veikla?

Jau minėjau, kad neseniai baigėme bandomąjį projektą INTEGRATE. Jo tikslas buvo stiprinti ankstyvąjį, integruotą ŽIV ir kitų infekcijų išaiškinimą ir prevenciją. Jo metu vykdėme sustiprintą, integruotą ištyrimą dėl ŽIV, hepatito B ir C, lytiškai plintančių ligų Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Dermatovenerologijos centre. Projekto metu pacientams, kuriems buvo nustatytos indikacinės ligos, visuotinai atlikome ŽIV, hepatito B ir C, lytiškai plintančių ligų tyrimus. Projektas atnešė gerus rezultatus. Reikšmingai padidėjo ištyrimo dėl ŽIV procentas – nuo 10,6 proc. prieš projektą iki 70 proc. per bandomąjį projektą. Jį teigiamai įvertino ir darbuotojai, ir pacientai, ir Europos ekspertai. Tiesa, Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Dermatovenerologijos centre padidėjo darbo krūvis.

Džiugu, kad šiandien jis įdiegtas į praktiką ir toliau tęsiamas. Tai yra geros klinikinės praktikos pavyzdys. Norėtume šia patirtimi dalytis, ir kad ji būtų kuo plačiau taikoma, ypač dermatovenerologų praktikoje.

Dirbame ŽIV ir tuberkuliozės srityje, nes tuberkuliozė yra dažniausia oportunistinė infekcija Lietuvoje. Pagal šios infekcijos paplitimą pirmaujame tarp kitų Europos Sąjungos šalių. Lietuvoje daugiau kaip 50 proc. visų oportunistinių ligų sudaro tuberkuliozė. Labai svarbu imtis priemonių padėčiai taisyti, nes, kaip minėjau, tai blogina išgyvenamumo rezultatus. Atlikome tyrimus ir nustatėme, kas lemia blogas išeitis, išanalizavome ŽIV pacientų, sirgusiųjų aktyvia tuberkuliozė per pastaruosius 13 metų, duomenis. Gauti rezultatai rodo, kad didžiausias pavojus šios grupės asmenims ir pradinis veiksnys, užvedantis visą grandinę, yra narkotikų vartojimas. Šiuo metu tęsiame tyrimą dėl latentinės tuberkuliozės paplitimo tarp užsikrėtusiųjų ŽIV. Norime jį palyginti su kontroline ŽIV neužsikrėtusiųjų grupe. Dalį duomenų planuojame pristatyti spalio pabaigoje EACS konferencijoje, kuri vyks Londone (Jungtinė Karalystė). Pirminiai šio tyrimo duomenys atskleidžia, kad ŽIV sergantiems pacientams narkotikų vartojimas yra pagrindinis rizikos veiksnys, lemiantis užsikrėtimą latentine tuberkulioze. Pavojus – negydant latentinės tuberkuliozės infekcijos, taip pat ir ŽIV, didėja tikimybė susirgti aktyvia tuberkuliozės forma, kas, deja, dažnai ir įvyksta.

Atliekame ilgalaikius virusologinius, imunologinius pacientų būklės stebėjimus, vertiname antiretrovirusinės terapijos įtaką ilgalaikiams rezultatams. Stebime pasaulio ir Europos mokslo ir praktikos tendencijas, pagal galimybes stengiamės jas įgyvendinti.

Dėkojame už atsakymus

Kalbėjosi Natalija Voronaja

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJAI

Dėl persirgusiųjų COVID-19 skiepijimo rekomendacijų

2021 m. balandžio 18 d.

Pagal šiuo metu galiojančias Ligų kontrolės ir prevencijos centro (CDC) rekomendacijas, persirgusiems COVID-19 asmenims (1):

- rekomenduojama skiepyti persirgusius tiek simptomine, tiek besimptome COVID-19 asmenis (dviem dozėmis);
- serologinis tyrimas prieš vakcinaciją, sprendžiant dėl vakcinos, nerekomenduojamas;
- susirgus COVID-19, skiepyti galima pacientui pasveikus ir pasibaigus izoliacijos laikotarpiui;
- laikas nuo persirgimo iki vakcinacijos gali būti pratęsiamas atsižvelgiant į vakcinų trūkumą ir į tai, kad kelis mėnesius po persirgimo užsikrėsti rizika yra labai maža;
- gydytiems monokloniniais antikūnais ar imunine plazma asmenims, vakcinaciją reikėtų atidėti bent 90 dienų po gydymo.

Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) vakcinacijos iRNR vakcinomis rekomendacijas, persirgusiems COVID-19 asmenims [2, 3]:

- rekomenduojama skiepyti persirgusius tiek simptomine, tiek besimptome COVID-19 asmenis (dviem dozėmis);
- serologinis tyrimas prieš vakcinaciją, sprendžiant dėl vakcinos, nerekomenduojamas;
- susirgus COVID-19, skiepyti galima pacientui pasveikus ir pasibaigus izoliacijos laikotarpiui;
- anamnezėje persirgus PGR patvirtinta COVID-19, vakcinacija gali būti atidedama šešiems mėnesiams, atsiradus daugiau duomenų apie imuniteto trukmę po natūralios infekcijos, šis laikotarpis gali būti patikslintas;
- gydytiems monokloniniais antikūnais ar imunine plazma, vakcinaciją reikėtų atidėti bent 90 dienų po gydymo.

Jungtinėje Karalystėje COVID-19 persirgusiems asmenims rekomenduojama [4]:

- persirgusius COVID-19 asmenis skiepyti yra saugu, skiepijimas sustiprina imunitetą (dviem dozėmis);
- susirgus COVID-19, skiepyti galima pacientui pasveikus, apie keturias savaites nuo simptomų pradžios arba nuo pirmojo teigiamo PGR tyrimo paėmimo dienos, jei infekcija buvo besimptomė;
- imuninės plazmos ir monokloninių antikūnų skyrimo laikas yra trumpas. Manoma, kad jie ilgai neišlieka, todėl galima skiepyti.

Europos vaistų agentūros vakcinų charakteristikų santraukoje duomenų apie persirgusiųjų skiepijimą nėra [5].

Situacija Europos Sąjungos / Europos ekonominės erdvės šalyse ir literatūros duomenys

Dėl riboto vakcinų skaičiaus dauguma Europos Sąjungos / Europos ekonominės erdvės šalių pritaikė savo politiką ir protokolus, kad paskiepytų kuo daugiau prioritetinių grupių žmonių, ir ėmėsi tokių priemonių, kaip papildomos vakcinos dozės naudojimas iš vieno buteliuko, vakcinacija viena doze žmonėms, persirgusiems COVID-19, ir ilgesnis laikas tarp pirmosios ir antrosios dozės [6]. Šalys ir toliau koreguoja strategiją, remdamosi besikeičiančia epidemiologine padėtimi nacionaliniu ir subnacionaliniu lygiu, vakcinų tiekimu, nauja informacija apie skirtingas vakcinas nuo COVID-19, jų veiksmingumą, saugumą, naujais įrodymais apie virusą ir jo poveikį žmonių sveikatai, naujas vakcinas, naujų, susirūpinimą keliančių viruso atmainų plitimą [6].

Yra tam tikrų įrodymų, kad asmenis, persirgusius COVID-19, skiepijant šiuo metu turimomis vakcinomis, kai reikalinga dviejų dozių schema, viena dozė gali suteikti pakankamą tiek humoralinį (antikūnų), tiek ląstelinį atsaką [7–25]. Atliktų tyrimų imtys svyruoja nuo 22 iki 514 tiriamųjų. Asmenys, anksčiau persirgę COVID-19, turi vienodą [13, 20] ar net, kai kurių tyrimų duomenimis, statistiškai patikimai geresnį antikūnų atsaką [10, 21] po vienos iRNR vakcinos dozės, palyginti su asmenimis, kurie buvo paskiepyti dviem vakcinos dozėmis, bet nebuvo sirgę COVID-19. Ląstelinis atsakas po vienos vakcinos dozės asmenims, anksčiau persirgusiems COVID-19, yra didesnis negu nesirgusiems asmenims po vienos vakcinos dozės [8, 21, 22] ir vienodas, palyginti su nesirgusiais asmenimis, kurie buvo paskiepyti dviem vakcinos dozėmis [21]. Paskiepijus antra vakcinos doze asmenis, persirgusius COVID-19, kai kuriuose tyrimuose antikūnų titras nepadidėjo [13, 23]. Kitas tyrimas parodė, kad po dviejų dozių apsaugos lygis buvo stipresnis. Svarbu, kad žmonės gautų antrąją vakcinos dozę [14, 25]. Ląstelinis atsakas gali sumažėti po antrosios vakcinos dozės, nors autoriai pabrėžia, kad negali įvertinti ilgalaikio atsako [22, 23). Antikūnų ir ląstelinio atsako vertinimo trukmė minėtuose tyrimuose yra iki 29 dienų po antrosios vakcinos dozės.

1 lentelė. **Skiepijimo rekomendacijos asmenims, anksčiau persirgusiems COVID-19, Europos Sąjungos / Europos ekonominės erdvės šalyse**

Šalis	Vakcinos dozių skaičius	Skiepijimo laikas po persirgtos infekcijos / pasveikimo	Pastabos
Austrija	Viena dozė	Praėjus šešiems–aštuoniems mėnesiams po infekcijos	
Estija	Viena dozė	Per vieną savaitę–šešis mėnesius po pasveikimo	
Italija	Viena dozė	Bent trys mėnesiai po infekcijos (pageidautina per šešis mėnesius nuo dokumentuotos infekcijos)	Išskyrus imunosupresinės būklės asmenis
Slovakija	Viena dozė	Po trijų mėnesių po infekcijos	Visoms vakcinoms, bet sprendimą priima gydytojas ir pacientas
Ispanija	Viena dozė	Po šešių mėnesių	Asmenims iki 55 metų (kiekvienai gyventojų grupei rekomenduojama vakcina)
Norvegija	Viena dozė	Po trijų mėnesių po pasveikimo	Visoms šiuo metu turimoms vakcinoms
Prancūzija	Viena dozė		
Islandija	Nerekomenduoja skiepytis persirgusiems asmenims		
Portugalija	Vyksta diskusija šiuo klausimu		
Belgija, Kroatija, Kipras, Čekija, Danija, Suomija, Vokietija, Airija, Latvija, Lietuva, Liuksemburgas, Malta, Lenkija, Rumunija, Švedija	Visa vakcinacijos schema		

Šie duomenys rodo, kad vakcinos labai veiksmingai stiprina infekcijos sukeltą imunitetą. Tyrimuose naudoti didelio specifiškumo serologiniai tyrimai. Tačiau neaiški antikūnų išsilaikymo trukmė, nevertintas vakcinacijos efektyvumas, kai kurių tyrimų imtys buvo nedidelės. Reikalingi tolesni tyrimai. Šiuo metu analizuojami analogiški klinikinių tyrimų duomenys.

Tyrimuose gauti skirtingi rezultatai dėl persirgusiųjų patvirtinta (SARS-CoV-2 PGR tyrimu) infekcija antikūnų atsako po pirmosios vakcinos dozės. Palyginti su nesirgusiais COVID-19 asmenimis, antikūnų titras persirgusiesiems gali būti didesnis, nepriklausomai nuo to, ar jie buvo prieš vakcinaciją seropozityvūs ar seronegatyvūs [19], be to, gali būti didesnis seropozityviems [12] arba gali būti statistiškai patikimai didesnis simptominiams negu besimptomiams pacientams [17].

Naujų atmainų atsiradimas labai apsunkina padėtį. Persirgę COVID-19 asmenys po pirmosios vakcinos dozės išlaiko didesnį neutralizuojančių antikūnų titrą prieš B.1.351, palyginti su nesirgusiais pacientais [21]. Tačiau persirgusiems asmenims, kurie prieš vakcinaciją buvo seronegatyvūs, antikūnų atsakas prieš B.1.351 gali būti toks pats kaip nesirgusių pacientų [24].

Įvairių tyrimų duomenimis, persirgus COVID-19 susidaro imunitetas, kuris apsaugo nuo pakartotinės infekcijos nuo 47 proc. iki 99,8 proc. [26–28]. Atsiradus naujoms viruso atmainoms, apsauga gali būti silpnesnė (18). Susidariusio imuniteto trukmė nėra iki galo aiški. Daugeliu atvejų pakankamas neutralizuojančių antikūnų titras išlieka kelis mėnesius. Apie 95 proc. asmenų imuninę atmintį gali išlaikyti apie šešis–aštuonis mėnesius [29–31]. Yra aprašyta reinfekcijų, praėjus 8–130 dienų po pasveikimo. Neseniai publikuoto daugiacentrio, perspektyviojo kohortinio tyrimo duomenimis, reinfekcijų dažnis per septynis mėnesius nuo susirgimo buvo 1,87 proc. Tyrėjų nuomone, nors į tyrimą nuo gruodžio mėnesio buvo įtraukti ir paskiepyti asmenys, jie didelės įtakos rezultatams neturėjo [32].

Septynios Europos šalys rekomenduoja tik vieną vakcinos dozę (kalbant apie vakcinas, kai būtinos dvi dozės) persirgusiems asmenims bei numato skirtingą laikotarpį, kada skiepyti, kuris svyruoja nuo vienos savaitės iki aštuonių mėnesių po persirgtos infekcijos (*1 lentelė*) [6].

Lietuvos infektologų draugija rekomenduoja laikytis šiuo metu galiojančių tarptautinių (CDC, PSO) rekomendacijų. Esant vakcinų trūkumui, nesant galimybės padidinti vakcinacijos masto ir norint paskiepyti kuo daugiau asmenų, atsižvelgiant į apžvelgtus tyrimus ir Europos šalių patirtį, galima būtų atidėti persirgusiųjų skiepijimą šešiems–aštuoniems mėnesiams po pasveikimo ir skiepyti viena vakcinos doze. Atsiradus duomenų apie imuniteto trukmę po natūralios infekcijos, šis laikotarpis gali būti patikslintas.

Pažymėtina, kad rekomendacijos gali keistis atsiradus naujoms mokslu grįstoms žinioms. Taktika priklauso nuo konkrečios šalies vakcinacijos pajėgumo, išteklių, sergamumo masto ir kt.

Parengė Lietuvos infektologų draugijos pirmininkė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų infekcinių ligų gyd. dr. Danguolė Važnaisienė

Literatūros sąrašas 45 p.

Lietuvos alergologų ir klinikinių imunologų rekomendacijos dėl alergiškų asmenų skiepijimo vakcinomis nuo COVID-19 ir jų ištyrimo dėl alergijos vakcinos sudedamosioms dalims

2021 m. lapkričio 2 d.

Gydytojo alergologo ir klinikinio imunologo konsultacija su šeimos gydytojo siuntimu rekomenduojama:

1. Pacientams, kurie patyrė anafilaksinę reakciją po pirmosios vakcinos nuo COVID-19 dozės. Anafilaksija yra staiga išplitusi alerginė reakcija, kuri vystosi per keturias valandas po vakcinos suleidimo, pasireiškianti odos dilgėliniu bėrimu, tinimu, dusuliu, kraujo spaudimo sumažėjimu ir yra gydoma epinefrinu (adrenalinu). Alerginės reakcijos į vakcinas nuo COVID-19 yra labai retos. Alergologinis ištyrimas atliekamas naudojant alternatyvią vakciną, kad kitai dozei būtų parinkta saugi vakcina.

Pacientams, kuriems yra dokumentuotos buvusios anafilaksinės reakcijos į skirtingų farmakologinių grupių leidžiamuosius vaistus, serumą, kitas vakcinas, prieš pasiruošimą kolonoskopijai ar anestezijai / operacijai rekomenduojama ištirti dėl alergijos vakcinos sudedamosioms dalims, atliekant alergologinius provokacinius mėginius su vakcina nuo COVID-19.

Sergantiems patvirtinta odos ar sistemine mastocitoze (Q82).

Asmenys, kurie patyrė anafilaksiją ar kito tipo alergines reakcijas į geriamuosius vaistus, maistą, vabzdžių nuodus, lateksą, įkvepiamuosius alergenus, nedokumentuotas ar nepageidaujamas reakcijas į kitas vakcinas, yra skiepijami vakcina nuo COVID-19 **be alergologinio ištyrimo**. Nė vienoje iš šiuo metu naudojamų vakcinų nuo COVID-19 nėra baltymo – latekso, kiaušinio, mielių, žuvų ar kito baltymo, galinčio sukelti ūmines alergines reakcijas.

Pacientai, kuriems anamnezėje pasireiškė sunkios ūminės alerginės reakcijos, serga nekontroliuojama astma (AKT testas <20 balų), naudoja geriamuosius beta blokatorius, turi būti skiepijami gydymo įstaigos skiepijimo centre ir po vakcinacijos stebimi ilgesnį laiką (30 min.).

Lietuvos alergologų ir klinikinių imunologų draugijos prezidentė doc. dr. Jūratė Staikūnienė-Kozonis

MEDPRAKTIKA
SVETAINĖ MEDIKAMS

Pasiutligė



Doc. Jolita Pakalnienė
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Infekcinių ligų klinika
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė



Prof. Auksė Mickienė
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Infekcinių ligų klinika
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė

Apibūdinimas

Pasiutligė – progresuojančiu encefalitu arba mielitu pasireiškianti liga, kuri neturi veiksmingo etiotropinio gydymo ir beveik visada baigiasi mirtimi. Pasiutligė priskiriama zoonozėms.

Etiologija

Pasiutligę sukelia pasiutligės virusas, kuris priklauso *Rhabdoviridae* šeimos *Lyssavirus* genčiai. Tai ribonukleino rūgšties (RNR) virusas, turintis lipoproteino apvalkalą. Pasiutligės virusas jautrus rūgščiai (<3 pH), šarminei aplinkai (>11 pH) ir didesnei kaip 70 °C temperatūrai (100 °C žūva per 2 min.). Jį inaktyvina ultravioletiniai ir saulės spinduliai, išdžiūvimas, įvairios cheminės medžiagos (formalinas, eteris) ir daugelis ploviklių.

Epidemiologija

Infekcijos šaltinis – laukiniai mėsėdžiai (lapės, usūriniai šunys, vilkai ir kt.), naminiai gyvūnai (šunys, katės, galvijai) ir šikšnosparniai. Dažniausiai užsikrečiama pasiutligės virusu užsikrėtusio gyvūno seilėms patekus į žaizdą jam įkandus ar įdrėskus, rečiau – aplaižius pažeistą odą, nepažeistas gleivines ar jungines. Labai retai užsikrečiama transplantavus pasiutligės virusu užsikrėtusio donoro audinius ar organus. Aprašyti keli pasiutligės atvejai užsikrėtus per aerozolius – lankantis uolose, kur gyvena daug pasiutlige užsikrėtusių šikšnosparnių, ar dirbant laboratorijose su gyvu pasiutligės virusu. Pasiutlige neužsikrečiama liečiant sergančius gyvūnus ar jiems aplaižius nepažeistą odą, vartojant žalią pasiutusių gyvūnų mėsą ar neapdorotą pieną. Taip pat nėra dokumentuota žmonių pasiutligės atvejų po graužikų įkandimų. Teorinė pasiutligės perdavimo nuo žmogaus žmogui galimybė egzistuoja, nes pasiutligės virusas aptinkamas sergančio žmogaus seilėse, ašarose, smegenų skystyje, šlapime, tačiau tokių atvejų nėra aprašyta. Kraujyje pasiutligės virusas nėra aptinkamas. Šunys ir katės virusą gali perduoti 3–7 dienas (kartais iki 14 dienų), šikšnosparniai – 12 dienų iki klinikinių požymių išsivystymo ir visą ligos laikotarpį.

Po sąlyčio su pasiutusio gyvūno seilėmis ligos išsivystymo tikimybę lemia patekusio viruso kiekis, sąlyčio tipas ir anatominė vieta, inervacijos laipsnis įkandimo vietoje. Pavojingesni įkandimai į nuogą kūną (patenka daugiau virusų, nei įkandus per drabužius), galvą, kaklą (trumpesnis atstumas iki centrinės nervų sistemos) ar pažeistos odos aplaižymas.

Kasmet pasaulyje nuo pasiutligės miršta apie 59 tūkst. žmonių, iš jų 40 proc. – vaikai, kurie dažniausiai užsikrečia įkandus pasiutusiam šuniui. 95 proc. visų pasiutligės atvejų užregistruojama Azijoje (ypač Indijoje, Kinijoje, Nepale, Mianmare) ir Afrikoje. Europos Sąjungoje registruojami tik pavieniai įvežtiniai pasiutligės atvejai, pavyzdžiui, 2015–2019 metais užregistruoti 7 atvejai, iš jų 6 buvo įvežtiniai ir 1 vietinis Prancūzijoje.

Lietuvoje 1962–2020 metais užregistruota 11 žmogaus pasiutligės atvejų, paskutinis – 2007 metais (įvežtinis iš Indijos). Į gydymo įstaigas Lietuvoje 2015–2019 metais kreipėsi beveik 30 tūkst. asmenų, nukentėjusių nuo gyvūnų įkandimų, dažniausiai šunų (75 proc.) ir kačių (22 proc.). Lietuvoje pasiutligė išlieka aktuali, nes gyvūnų pasiutligės atvejų vis dar nustatoma šalyse kaimynėse (Rusijoje, Lenkijoje, Baltarusijoje, Ukrainoje).

Patogenezė

Pasiutligės virusai, per pažeistą odą ar gleivinę patekę į organizmą, pirmiausia infekuoja raumenų ląsteles

ir jose dauginasi. Iš jų virusai patenka į periferinius motorinius ir jutiminius nervus. Plisdami retrogradine kryptimi, vėliau jie pasiekia nugaros smegenų užpakalinių šaknelių ganglijus. Nugaros smegenimis virusai pasiekia galvos smegenis, infekuoja neuronus ir juose dauginasi, sukeldami jų disfunkciją (labai retai – žūtį), o neuronų citoplazmoje sudaro eozinofilinius intarpus – Negrio kūnelius. Pirmiausia pažeidžiamos tarpinės smegenys, hipokampas ir smegenų kamienas. Pasidauginę pasiutligės virusai iš centrinės nervų sistemos periferiniais nervais išplinta ir dauginasi gausiai inervuojamuose organuose (seilių liaukose, miokarde, antinksčiuose, odoje).

Sergant paralyžine ligos forma, pirmiausia pažeidžiamos nugaros smegenys – vystosi jų uždegimas ir nekrozė; smegenų kamienas pažeidžiamas rečiau. Išsivysto periferinių nervų segmentinė demielinizacija, kliniškai primenanti ūminę uždegiminę polineuropatiją (Guillaino-Barre sindromas).

Klinika

Inkubacinis laikotarpis trunka 1–3 mėnesius, retai trumpiau kaip 9 dienas ar ilgiau nei 1 metus.

Liga prasideda 4–10 dienų trunkančiu prodromo laikotarpiu, kuris pasireiškia nespecifiniais, panašiais į kitas virusines infekcijas simptomais (karščiavimas, šaltkrėtis, bendras negalavimas, kt.). Žaizda paprastai jau būna užgijusi. Pirmieji specifiniai pasiutligės simptomai – parestezijos, skausmas ir niežėjimas šalia įkandimo vietos – prodromo metu pasireiškia 50–80 proc. pacientų.

Skiriamos dvi pasiutligės klinikinės formos – encefalitinė ir paralyžinė.

Encefalitinė pasiutligės forma

Tai klasikinė pasiutligės forma, sudaranti 80 proc. visų pasiutligės atvejų. Pasireiškia nuolatinis karščiavimas ir patognominiai pasiutligės požymiai – vandens baimė (*hydrophobia*), oro srovės baimė (*aerophobia*), pasunkėjęs rijimas (*dysphagia*), psichomotorinis sujaudinimas, keistas elgesys. Ligos pradžioje vandens baimė pasireiškia pacientui bandant gerti, vėliau ją išprovokuoja bet kokia užuomina apie vandenį (atsuktas čiaupas, stiklinė vandens ir kt.). Aerofobija kyla dėl 5–15 sek. trukmės ryklės raumenų spazmų, kuriuos sukelia staigus oro gūsis ar skersvėjis. Arba kyla dėl skausmingų diafragmos ir pagalbinių kvėpavimo raumenų spazmų, kurie gali būti lydimi aspiracijos, kosulio, springimo, vėmimo, žagsėjimo. Sunkiais atvejais galima asfiksija ir kvėpavimo sustojimas (apnėja). Dėl nevalingų veido raumenų susitraukimų gali pasireikšti grimasos, dėl padidėjusio kaklo ir nugaros raumenų tonuso – opistotonusas (galva atlošta, liemuo ir nugara išlenkti, neliečia lovos).

Pusei pacientų stebimas nerimas, sumišimas, psichomotorinis sujaudinimas, regos ar klausos haliucinacijos, dezorientacija, banguojanti sąmonės būklė, besikaitaliojantys agresyvumo ir ramybės laikotarpiai, galimi traukuliai. Ketvirtadaliui pacientų gali pasireikšti autonominės nervų sistemos disfunkcija – padidėjęs seilėtekis (hipersalivacija), prakaitavimas, ašarojimas, vadinamoji žąsies oda, vyzdžių išsiplėtimas ar anizokorija, hiperpireksija pakaitomis su hipotermija. Hipersalivacija ir ryklės disfunkcija lemia klasikinį *putojimo iš burnos* vaizdą.

Tachikardija ir / ar aritmija gali išsivystyti dėl smegenų kamieno centrų pažeidimo arba dėl miokardito. Gali pasireikšti kalbos sutrikimas (*dysarthria*), dvejinimasis akyse (*diplopia*), fascikuliacijos, sprando raumenų rigidiškumas. Dėl hipofizės pažeidimo ir sutrikusios antidiuretinio hormono sekrecijos gali pasireikšti necukrinis diabetas.

Ligai progresuojant, išsivysto vangus paralyžius, arefleksija, ištinka koma ir mirtis.

Paralyžinė pasiutligės forma

Mažiau nei 20 proc. pacientų po prodromo simptomų pasiutligė pasireiškia progresuojančiu raumenų silpnumu, kylančiojo tipo vangiu paralyžiumi, prasidedančiu sužeistoje galūnėje, vėliau plintančiu simetriškai arba asimetriškai; vystosi paraplegija, tetraparezė, sfinkterių atonija. Galimi pažeistų raumenų skausmai, fascikuliacijos, išnykę refleksai, sprando raumenų rigidiškumas ar galvos nervų paralyžiai. Ligai progresuojant, pasireiškia galvos smegenų pažeidimas, galima koma, paralyžiuojami ryklės ir kvėpavimo raumenys, dėl ko ištinka mirtis. Hidrofobija, aerofobija, hiperaktyvumas ir traukuliai šiai pasiutligės formai nebūdingi.

Diagnostika

Pasiutligę reikia įtarti esant encefalito klinikai, ypač pasireiškus hidrofobijai ar aerofobijai.

Prieš mirtį (*ante mortem*) gali būti tiriami šviežių seilių, kraujo, smegenų skysčio, pakaušio odos biopsijos ėminiai. Po mirties (*post mortem*) pasiutligei patvirtinti tiriamos galvos smegenys.

Pasiutligės diagnozę patvirtinantys tyrimai:

- viruso RNR nustatymas PGR metodu seilėse, likvore, pakaušio odos biopsinėje medžiagoje ar smegenų audinyje;
- viruso antigeno nustatymas tiesioginiu fluorescuojančių antikūnų tyrimu plaukų folikulų pagrindo nervuose tiriant odos bioptatą ar smegenų audiniuose;
- virusą neutralizuojančių antikūnų nustatymas kraujyje (neskiepytam pacientui) ar antikūnų titro augimas

poriniuose serumuose (anksčiau skiepytam pacientui) ir / ar smegenų skystyje;
- viruso izoliavimas ląstelių kultūroje iš seilių ėminių ar smegenų audinio.

Pasiutligei patvirtinti po mirties (*post mortem*) smegenų audiniuose atliekama viruso RNR arba antigeno paieška ir / ar histologinis tyrimas, ieškant intarpų neuronų citoplazmoje – Negrio kūnelių.

Kraujyje stebimas normalus leukocitų skaičius ar leukocitozė, smegenų skystyje – saiki limfocitinė pleocitozė (vidutiniškai $60x10^6$ l), padidėjusi baltymo bei normali gliukozės koncentracija. Nėra jokių pasiutligei patognominių radinių vaizdinimo tyrimuose.

Diferencinė diagnostika

Encefalitinę pasiutligės formą reikia skirti nuo kitų virusų sukelto encefalito, neuromaliarijos ir kitų neinfekcinių smegenų ligų – centrinės nervų sistemos vaskulito, toksinės ar metabolinės encefalopatijos, autoimuninio encefalito. Padidėjus raumenų tonusui, pasiutligę reikia diferencijuoti su stablige, fenotiazino distonija ir apsinuodijimu strichninu, pasireiškus haliucinacijoms – su *delirium tremens*. Paralyžinė pasiutligės forma skirtina nuo Guillaino-Barre sindromo, poliomielito, ūminio skersinio mielito, polineuropatijų, neuroraumeninės jungties sutrikimų ir nugaros smegenų patologijos.

Gydymas

Nėra veiksmingo pasiutligės gydymo. Liga dažniausiai baigiasi mirtimi. 1970–2019 metais pasaulyje yra dokumentuoti tik 29 pasveikimo nuo pasiutligės atvejai. Visi, išskyrus vieną, išgyvenę pacientai po ekspozicijos buvo paskiepyti viena ar keliomis vakcinos nuo pasiutligės dozėmis. Vadinasi, didžiausias dėmesys turi būti skiriamas ligos prevencijai.

Pacientus būtina izoliuoti nuo triukšmo ir kitų dirgiklių.

Skiriamas paliatyvusis (palengvinantis simptomus) ir agresyvus pasiutligės gydymas.

Paliatyvusis gydymas dažniausiai skiriamas pacientams, turintiems blogą ligos prognozę predisponuojančių veiksnių: vyresnis amžius, gretutinės ligos, vėlai nustatyta liga, netaikyta pasiutligės poekspozicinė profilaktika (PEP). Ligos simptomams slopinti skiriami antipiretikai, raminamieji, antipsichoziniai vaistai ir vaistai nuo skausmo. Hipersalivaciją galima gydyti anticholinerginiais vaistais.

Agresyvusis gydymas yra eksperimentinis. Jis skiriamas pacientams, kurie turi didesnę tikimybę išgyventi (jauni, nesergantys gretutinėmis ligomis pacientai, kuriems buvo taikyta PEP (≥1 vakcinos dozė) ir anksti diagnozuota liga). Bandoma sukelti smegenų hipotermiją, skiriami antivirusiniai vaistai (ribavirinas, amantadinas, favipiraviras), pasiutligės vakcina ar žmogaus pasiutligės imunoglobulinas. Visų šių gydymo metodų veiksmingumas yra abejotinas ir nepatvirtintas klinikiniuose tyrimuose.

1 lentelė. **Rekomenduojamos PrEP vakcinacijos schemos rizikos grupių asmenims (2018 metų PSO rekomendacijos)**

Vizitų dienos	Dozių skaičius	Skiepijimo būdas
D0, D7, D21–28	1–1–1	Į raumenis
D0, D7	1–1	Į raumenis
D0, D7	2–2	Į odą

Profilaktika

Pasiutligė yra privalomai registruojama infekcinė liga. Apie pasiutligės įtarimą per 2 val. telefonu ir per 12 val. faksu ar elektroniniu paštu privaloma pranešti vietinei visuomenės sveikatos priežiūros institucijai.

Preekspozicinė profilaktika

Preekspozicinė profilaktika (PrEP) taikoma:
- pasiutligės rizikos grupių asmenims pagal profesiją (veterinarai, su pasiutligės virusu laboratorijose dirbantys asmenys ir kt.);
- pasiutligės endeminių vietovių gyventojams;
- keliautojams, keliaujantiems po pasiutligės endemines vietoves ilgiau nei mėnesį. Didžiausia pasiutligės rizika keliautojams yra Indijos subkontinente, Tailande, Vietname ir į pietus nuo Sacharos esančiose Afrikos šalyse.

Rizikos grupių asmenims Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) rekomenduojamos PrEP vakcinacijos schemos pateiktos *1 lentelėje*.

Revakcinacijos poreikis nustatomas pagal neutralizuojančių antikūnų titrą, kuris, jei rizika išlieka, tiriamas kas 6–24 mėnesius. Neutralizuojančių antikūnų titras ≥0,5 TV/ml yra laikomas pakankama apsauga nuo pasiutligės.

PEP

Įkandus ar įdrėskus gyvūnui, žaizdas ar gyvūno aplaižytas vietas reikia kruopščiai plauti tekančiu vandeniu muilu, patepti jodo ar alkoholio turinčiais preparatais. Tinkama žaizdos priežiūra pasiutligės užsikrėtimo riziką sumažina 90 proc. Jei reikia, skiriama stabligės imunoprofilaktika ir antibiotikų terapija. Laiku paskyrus PrEP, galima užkirsti kelią ligai. Pasireiškus klinikiniams pasiutligės simptomams, PrEP nebetaikoma.

PEP sudaro vakcinacijos nuo pasiutligės kursas ir, jei reikia, viena pasiutligės imunoglobulino (angl. *Rabies*

2 lentelė. **Sąlyčio kategorijos ir PEP rekomendacijos (PSO, 2018 metai)**

Sąlyčio kategorija	Sąlytis su naminiu / laukiniu gyvūnu, kuriam įtariama ar patvirtinta pasiutligė arba kai gyvūno negalima ištirti	Rekomenduojama poekspozicinė profilaktika
1. Nėra tiesioginio sąlyčio su seilėmis	Gyvūnų lytėjimas, glostymas, šėrimas, nepažeistos odos aplaižymas	**Netaikoma**, jei informacija apie atvejį patikima[A]
2. Minimalus sąlytis su seilėmis (rizika yra)	Nepridengtos odos apkandžiojimas, smulkūs įbrėžimai, nekraujuojantys apdraskymai	**Vakcina** PEP, nutraukti, jei gyvūnas 10 dienų[B] stebimuoju laikotarpiu išliko sveikas arba gyvūno tyrimai dėl pasiutligės yra neigiami Jei įvyko sąlytis su šikšnosparniu, taikyti 3 kategorijos PEP
3. Tiesioginis sąlytis su seilėmis (yra didelė rizika)	Pavieniai ar daugybiniai gilūs įkandimai ar įdrėskimai, kai yra pažeistas odos vientisumas[C] Nepažeistų gleivinių ar pažeistos odos aplaižymas Tiesioginis sąlytis su šikšnosparniu	**Vakcina ir pasiutligės imunoglobulinas** (RIG ne vėliau kaip 7 dienos po pirmosios vakcinos dozės suleidimo) PEP nutraukti, jei gyvūnas 10 dienų stebimuoju laikotarpiu išliko sveikas arba gyvūno tyrimai dėl pasiutligės yra neigiami

[A] Jei kontakto aplinkybės ne visai aiškios, vietovėse, kuriose pasiutligės paplitimas tarp gyvūnų yra mažas ir yra galimybė gyvūną stebėti, klausimas dėl poekspozicinės profilaktikos skyrimo gali būti atidėtas
[B] 10 dienų stebėjimo laikotarpis taikomas tik šunims ir katėms. Kitiems įtariamai pasiutusiems naminiams ir laukiniams gyvūnams, išskyrus pažeidžiamas ir nykstančias gyvūnų rūšis, turėtų būti atliekama eutanazija ir jų audiniai tiriami dėl viruso antigeno.
[C] Įkandimai į galvos sritį, kaklą, veidą, plaštakas ir genitalijas dėl tankios šių sričių inervacijos visada priskiriami trečiajai sąlyčio kategorijai.

3 lentelė. **Rekomenduojamos PEP vakcinacijos schemos atsižvelgiant į imunizacijos būklę**

Vizitų dienos	Dozių skaičius	Skiepijimo būdas
Nuo pasiutligės neskiepyti asmenys*, **		
D0, D3, D7	2–2–2	Į odą
D0, D3, D7, D14–28	1–1–1–1	Į raumenis
D0, D3, D7, D14, D28 (Eseno schema)***	1–1–1–1–1	Į raumenis
D0, D7, D21 (Zagrebo schema)	2–1–1	Į raumenis
Nuo pasiutligės skiepyti asmenys*		
D0, D3	1–1	Į odą arba į raumenis
D0	4	Į odą

** Skiepytas asmuo – asmuo, kuriam atlikta visa profilaktika prieš ekspoziciją / PEP vakcinacija ir kuris turi tai patvirtinančius dokumentus, ar RABV neutralizuojančių antikūnų titras ≥0,5 TV/ml.*
*** Jei rekomenduojama, pridėti RIG.*
**** Naudojama Lietuvoje skiepijant* Verorab® *vakcina (*Sanofi Pasteur*). Rekomenduojama imunosupresinės būklės asmenims kartu su RIG.*

immunoglobulin – RIG) dozė. Skiepijama inaktyvinto pasiutligės viruso vakcina. PEP taktika nustatoma atsižvelgiant į sąlyčio kategoriją, ankstesnę nukentėjusio asmens imunizaciją pasiutligei, pasiutligės paplitimą teritorijoje, sąlyčio aplinkybes, galimybę stebėti gyvūną ir atlikti pasiutligės tyrimus. Rizikingu sąlyčiu laikomas pasiutlige sergančio gyvūno įkandimas ar įdrėskimas bei pažeistos odos ir nepažeistų gleivinių sąlytis su pasiutlige sergančio gyvūno seilėmis, smegenų skysčiu ar centrinės nervų sistemos audiniais. Sąlyčio kategorijų apibūdinimas ir PEP rekomendacijos, parengtos PSO, pateiktos *2 lentelėje*.

Įvykus rizikingam sąlyčiui (antroji ir trečioji kategorijos), pirmoji vakcinos dozė turi būti sušvirkščiama kaip galima greičiau – kreipimosi dieną (D0). Vakcinacijos schema pasirenkama atsižvelgiant į ankstesnę nukentėjusio asmens imunizaciją pasiutligei, oficialias vietines ir PSO bei vakcinų gamintojų rekomendacijas (*3 lentelė*).

Vakcinacijos nutraukti negalima, nebent nustatoma, kad gyvūnas neserga pasiutlige. Kai kuriais atvejais, kai pasiutligės rizika nedidelė, poekspozicinė profilaktika gali būti atidėta iki 48 val., kol bus gauti gyvūno tyrimo rezultatai. PEP galima atidėti ir įvykus sąlyčiui su naminiu gyvūnu, kai sužalojimas įvyko provokuojant gyvūną, gyvūno elgesys iki sąlyčio buvo įprastas ir yra galimybė jį stebėti. PEP reikia pradėti, jei per 10 dienų po sąlyčio pasikeičia naminio gyvūno elgesys.

Esant trečios kategorijos sąlyčiui, vakcina skiriama visada, nepaisant to, kiek laiko praėjo po sąlyčio. Įskiepyta vakcina per 7–10 dienų sukelia neutralizuojančių antikūnų, kurie išlieka keletą metų, gamybą.

RIG skiriamas anksčiau nuo pasiutligės neskiepytam asmeniui, patyrusiam 3 kategorijos sąlytį su įtariamu ar nustatytu pasiutusiu gyvūnu arba su gyvūnu, kuris negali būti stebimas. Skiriama žmogaus pasiutligės imunoglobulino 20 TV/kg kūno masės ar arklių pasiutligės imunoglobulino 40 TV/kg kūno masės. Jeigu įmanoma, visa dozė turi būti leidžiama giliai į žaizdą ir aplink ją, jeigu ne – likusi dozė – į raumenis, netoli žaizdos. Jei sąlytis įvyko su gleivinėmis, visa imunoglobulino dozė švirkš-

čiama į raumenis. RIG skiriamas vienąkart, geriausia D0 kartu su vakcina, bet ne vėliau kaip iki aštuntosios dienos po pirmosios vakcinos dozės suleidimo. Vakcina ir RIG turi būti švirkščiami į dvi skirtingas kūno vietas. Nesant galimybės skirti RIG, rekomenduojama visa 5 dozių (Eseno) vakcinacijos schema.

Jei pakartotinis rizikingas sąlytis įvyko po paskutinės visos pasiutligės PEP praėjus mažiau kaip 3 mėnesiams, užtenka plauti žaizdą, poekspozicinė profilaktika netaikoma. Praėjus daugiau kaip 3 mėnesiams, skiriamos 2 vakcinos dozės (D0 ir D3). RIG skirti nereikia.

Asmenims, paskiepytiems nuo pasiutligės (PrEP), įvykus net ir 3 kategorijos sąlyčiui, PEP pakanka 2 vakcinos dozių (D0 ir D3). RIG skirti nereikia.

Kadangi pasiutligė yra mirtina liga, kontraindikacijų PEP nėra; ją galima skirti nėščioms ir maitinančioms moterims, ŽIV infekuotiems, sutrikusį imunitetą turintiems asmenims. Gliukokortikoidai ir imunosupresantai gali trukdyti vystytis imunitetui, todėl PEP metu jų vartoti negalima, nebent jie yra būtini.

PEP asmenims, kuriems nustatyta gili imunosupresija, patyrusiems 2 ar 3 kategorijos sąlytį, rekomenduojama: kruopštus žaizdos plovimas, visais atvejais skirti RIG ir visą vakcinacijos kursą, atlikti neutralizuojančių antikūnų tyrimą po 2–4 savaičių po D0, siekiant nustatyti papildomos dozės poreikį.

Asmenys, slaugantys pasiutlige sergantį asmenį, turi saugotis sąlyčio su paciento seilėmis: dėvėti chalatą, kaukę, pirštines, akių ir veido apsaugą, ypač kai yra aerozolių ir purslų susidarymo pavojus (pavyzdžiui, intubacija ir gleivių atsiurbimas). Įvykus rizikingam sąlyčiui, reikia taikyti PEP.

Pasiutligės kontrolė ir epidemiologinė priežiūra

Šunys, katės, šeškai ir kiti gyvūnai, kurie gali turėti kontaktą su žmonėmis, turi būti vakcinuojami nuo pasiutligės.

Nuo 2006 metų Lietuvoje vykdoma laukinių gyvūnų vakcinacijos nuo pasiutligės programa – Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba vykdo oralinę laukinių gyvūnų vakcinaciją. Kasmet pavasarį ir rudenį jaukai su vakcina nuo pasiutligės išmėtomi iš orlaivių pasienio teritorijose, besiribojančiose su Lenkija, Baltarusija, Rusijos Federacija. Šiose šalyse pasiutligė yra paplitusi ir tarp naminių, ir tarp laukinių gyvūnų. 2015–2020 metais Lietuvoje nustatyti 3 gyvūnų pasiutligės atvejai, paskutinis 2018 metais – pasienyje su Baltarusija (rasta nugaišusi lapė).

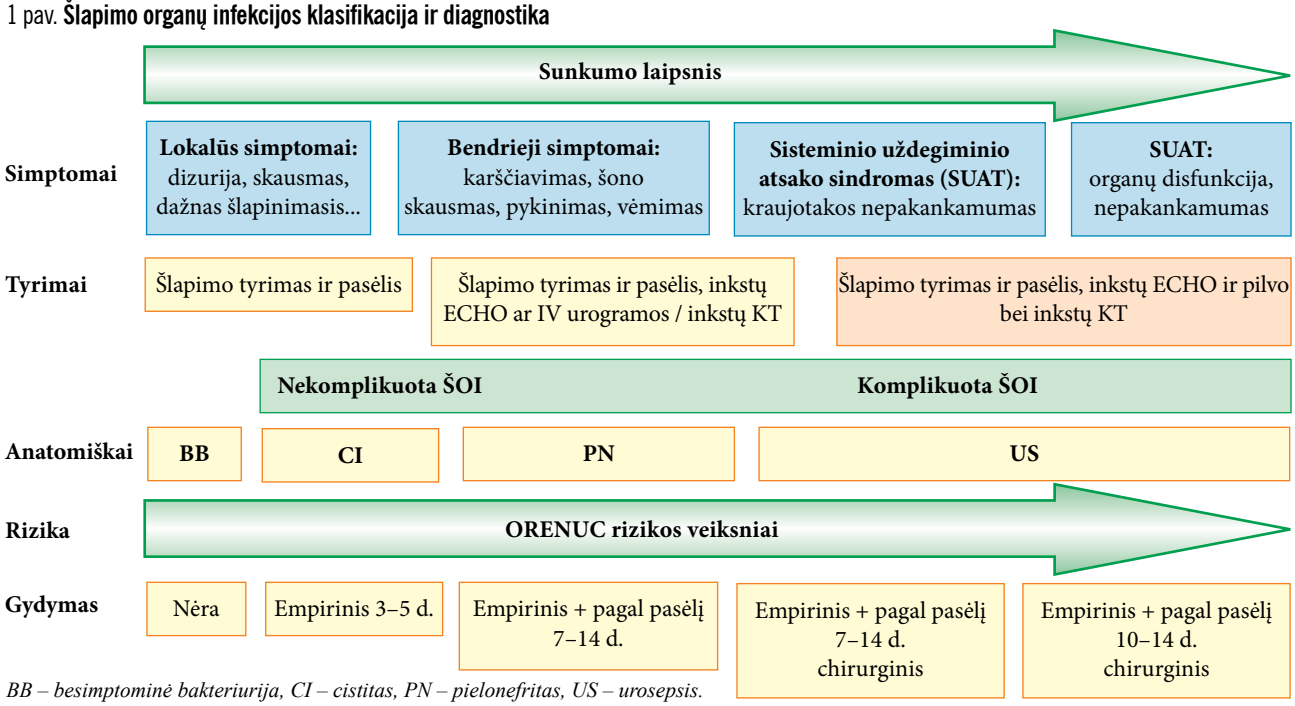
Straipsnis 15 p.

LITERATŪRA

1. Bukh J. The history of hepatitis C virus (HCV): Basic research reveals unique features in phylogeny, evolution and the viral life cycle with new perspectives for epidemic control; EASL Journal of Hepatology; 2016, 65:1; S2-S21.
2. Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study Lancet Gastroenterol Hepatol 2017;2:161–76.
3. Messina JP, Humphreys I, Flaxman A, et al. Global distribution and prevalence of hepatitis C virus genotypes. Hepatology. 2014;61(1):77–87.
4. Lee JJ, Lin MY, Chang JS, et al. Hepatitis C virus infection increases risk of developing end-stage renal disease using competing risk analysis. PLoS One 2014;9:e100790.
5. Petruzziello A, Marigliano S, Loquercio G, et al. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: An up-date of the distribution and circulation of hepatitis C virus genotypes. World J Gastroenterol. 2016;22(34):7824-7840.
6. Fissell RB, Bragg-Gresham JL, Woods JD, et al. Patterns of hepatitis C prevalence and seroconversion in hemodialysis units from three continents: the DOPPS. Kidney Int 2004;65:2335-2342.
7. Kim SM, Song IH. Hepatitis C virus infection in chronic kidney disease: paradigm shift in management. Korean J Intern Med. 2018;33(4):670-678.
8. Cacoub P, Desbois AC, Isnard-Bagnis C et al. Hepatitis C virus infection and chronic kidney disease: Time for reappraisal. J Hepatol. 2016;65(1 Suppl):S82-S94.
9. Cacoub P, Gragnani L, Comarmond C, et al. Extrahepatic manifestations of chronic hepatitis C virus infection, Digestive and Liver Disease; 2014;46(5):S165-S173.
10. Chen YC, Lin HY, Li CY, et al. A nationwide cohort study suggests that hepatitis C virus infection is associated with increased risk of chronic kidney disease. Kidney Int 2014;85:1200-1207.
11. Sorbera MA, Friedman ML, Cope R. New and Emerging Evidence on the Use of Second-Generation Direct Acting Antivirals for the Treatment of Hepatitis C Virus in Renal Impairment. J Pharm Pract. 2017;30(3):359–65.
12. So M K, Il H S. Hepatitis C virus infection in chronic kidney disease: paradigm shift in management. Korean J Intern Med 2018;33(4):670-678.
13. Corson M, Moch A, Saab S. Hepatitis C Virus Treatment in Patients With Chronic Kidney Disease and in Kidney Transplant Recipients. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2018;14(5):280-285.
14. Esforzado N, Morales JM. Hepatitis C and kidney transplant: The eradication time of the virus has arrived. Nefrologia 2019; 39:455-562.
15. EASL recommendations on treatment of Hepatitis C 2020. The European Association for the Study of the Liver
16. KDIGO 2018 Clinical Practice Guideline for the Prevention, Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Hepatitis C in Chronic Kidney Disease. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Hepatitis C Work Group.
17. HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C – American Association for the Study of Liver Diseases, Infectious Diseases Society of America.
18. Borgia SM, Dearden J, Yoshida EM, et al. Sofosbuvir/velpatasvir for 12 weeks in hepatitis C virus-infected patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. J Hepatol 2019;71:660–665.
19. Lawitz E, Landis CS, Flamm SL, et al. Sofosbuvir plus ribavirin and sofosbuvir plus ledipasvir in patients with genotype 1 or 3 hepatitis C virus and severe renal impairment: a multicentre, phase 2b, non-randomised, open-label study. Lancet Gas-troenterol Hepatol 2020;5(10):918–926.
20. Ogawa E, Furusyo N, Azuma K, et al. Elbasvir plus grazoprevir for patients with chronic hepatitis C genotype 1: A multicenter, real-world cohort study focusing on chronic kidney disease, Antiviral Research; 2018; 159:143-152.
21. Gane E, Lawitz E, Pugatch D, et al. Glecaprevir and pibrentasvir in patients with HCV and severe renal impairment. N Engl J Med 2017;377:1448–1455.
22. Lawitz E, Flisiak R, Abunimeh M, et al. Efficacy and safety of glecaprevir/pibrentasvir in renally impaired patients with chronic HCV infection. Liver Int. 2020; 40: 1032– 1041.
23. Pol S, Pockros P, Pugatch D, et al. Safety and efficacy of glecaprevir/pibrentasvir in adults with chronic hepatitis C virus infection genotype 1-6 and chronic kidney; N Engl J Med 2017; 377:1448-1455.

Lentelės ir schemos iš prof. Ingos Skarupskienės pranešimo *Šlapimo takų infekcijos: diagnostikos ir gydymo peripetijos*, pristatyto 2020 metais spalio 22 dieną vykusioje nuotolinėje konferencijoje *Inkstai ir infekcinės ligos*

1 pav. **Šlapimo organų infekcijos klasifikacija ir diagnostika**



BB – besimptominė bakteriurija, CI – cistitas, PN – pielonefritas, US – urosepsis.

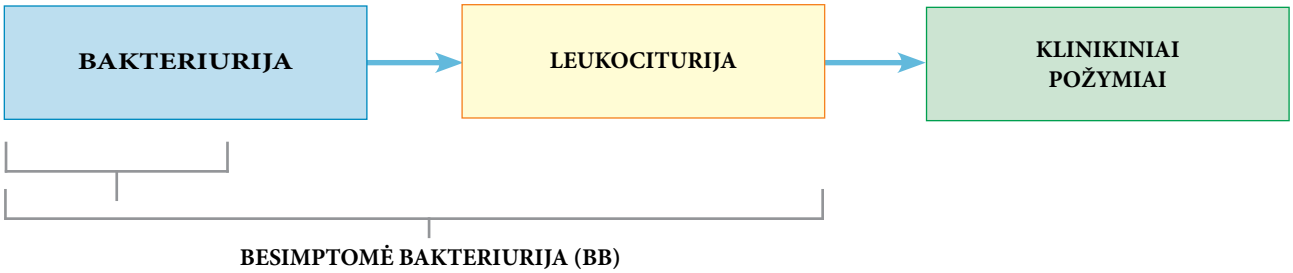
1 lentelė. **Aktyvios šlapimo organų infekcijos diagnostika: klinikiniai simptomai**

ŠOI	Tipiniai simptomai	Netipiniai simptomai	Pastaba
Cistitas	dažnas, skausmingas šlapinimasis, apatinės pilvo dalies skausmas, makrohematurija (ne visada)	šlapimo nelaikymas*	*būdinga vyresniems
Pielonefritas	febrilus karščiavimas, šono skausmas, pykinimas, vėmimas	karščiavimas (ne visada) ir inksto disfunkcijos požymiai* šaltkrėtis, vidurių užkietėjimas** kognityvinių funkcijų sutrikimas, pakitęs bendravimas, anoreksija, sumišimas, funkcinės būklės blogėjimas ir kt.***	*būdinga po inksto transplantacijos **būdinga vyresniems ***būdinga vyresniems slaugomiems pacientams

- Besimptominė bakteriurija ir besimptominė leukociturija rutiniškai antimikrobiniais preparatais nėra gydomos
- Besimptominės bakteriurijos gydymas yra indikuotinas nėščioms, pacientams prieš urologines intervencijas, kurių metu pažeidžiamas gleivinių vientisumas, kitu atveju – gydymo indikacijos abejotinos ir turi būti svarstomos individualiai
- Racionalus antibakterinis ŠOI gydymas stabdo atsparių infekcijų atsiradimą ir plitimą

Lorenz EC, Cosio FG. The impact of urinary tract infections in renal transplant recipients. Kidney International (2010) 78, 719 – 721
Rowe TA, 1 Juthani-Mehta M. Urinary tract infection in older adults. Aging health. 2013 October ; 9(5) . doi:10.2217/ahe.13.38

2 pav. **Aktyvios šlapimo organų infekcijos diagnostika. Simptomų triada**

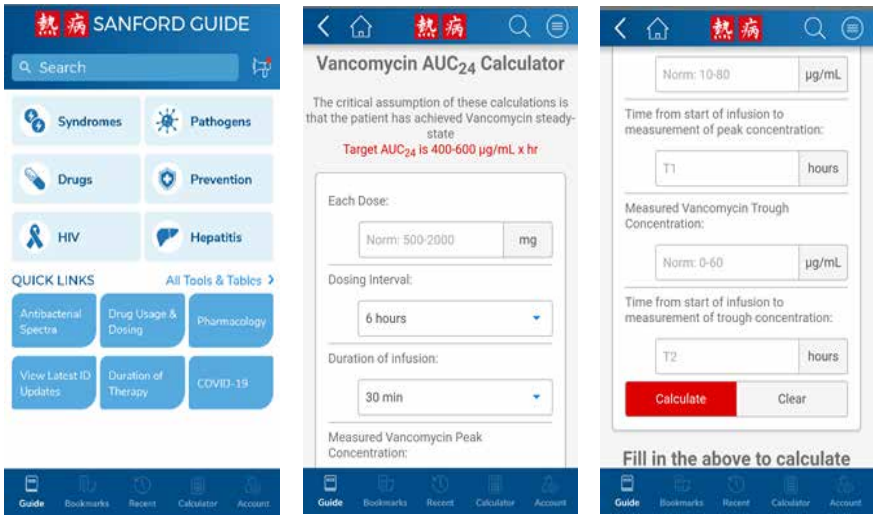


Guidelines on Urological infections European Association of Urology. 2015

Vankomicino dozavimas remiantis plotu po kreive

Vankomicino koncentracija paimama ne anksčiau nei 1 val. prieš numatomą dozę (C_{min}, vankomicino koncentracija prieš dozę) ir praėjus 1 val. nuo infuzijos pabaigos (C_{max}, maksimali vankomicino koncentracija). Remiantis šiomis koncentracijomis, apskaičiuojamas plotas po kreive (angl. *Area under the curve* – AUC).

3 pav. **Vankomicino ploto po kreive skaičiuotuvo pavyzdys *Sanford Guide* programėlėje**



Pacientams, kuriems įtariama ar patvirtinta sunki MRSA infekcija, rekomenduojama, kad AUC / MIC_{BMD} santykis būtų tarp 400 ir 600 (kai vankomicino MIC_{BMD} 1 mg/l), norint pasiekti klinikinį efektyvumą ir sumažinti nefrotoksiškumą (A–II).

Visų rekomendacijų šaltinis *Rybak MJ, Le J, Lodise TP, et al. Therapeutic Monitoring of Vancomycin for Serious Methicillin-resistant Staphylococcus aureus Infections: A Revised Consensus Guideline and Review by the American Society of Health-system Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. Clinical Infectious Diseases 2020;71(6):1361–4.*

Straipsnis 36 p.

LITERATŪRA

1. CDC. Summary Document for Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States. (atnaujinta 2021 Apr 16) [žiūrėta 2021-04-16]. Prieiga per internetą: https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html.
2. WHO. Interim recommendations for use of the Pfizer–BioNTech COVID-19 vaccine, BNT162b2, under Emergency Use Listing. (2021 Jan 08) [žiūrėta 2021-04-17]. Prieiga per internetą: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1.
3. WHO. Interim recommendations for use of the Moderna mRNA-1273 vaccine against COVID-19. (2021 Jan 25) [žiūrėta 2021-04-17]. Prieiga per internetą: https://www.who.int/publications/i/item/interim-recommendations-for-use-of-the-moderna-mrna-1273-vaccine-against-covid-19.
4. Public Health England. COVID-19 vaccination programme - Information for healthcare practitioners. (2021) [žiūrėta 2021-03-30]. Prieiga per internetą: https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccination-programme-guidance-for-healthcare-practitioners.
5. Europos vaistų agentūra. COVID-19 mRNR vakcina. Preparatų charakteristikų santrauka. (2021) [žiūrėta 2021-03-30]. Prieiga per internetą: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_lt.pdf.
6. ECDC. Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA. (2021 Mar 29) [žiūrėta 2021-03-30]. Prieiga per internetą: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-implementation-COVID-19-vaccination-strategies-vaccine-deployment-plans.pdf.
7. Manisty C, Otter AD, Treibel TA, et al. Antibody response to first BNT162b2 dose in previously SARS-CoV-2-infected individuals. Lancet 2021 Mar 20; 397(10279):1057-1058.
8. Prendecki M, Clarke C, Brown J, et al. Effect of previous SARS-CoV-2 infection on humoral and T-cell responses to single-dose BNT162b2 vaccine. Lancet 2021 Feb 25;397(10280):1178-1181.
9. Saadat S, Tehrani ZR, Logue J, et al. Binding and Neutralization Antibody Titers After a Single Vaccine Dose in Health Care Workers Previously Infected With SARS-CoV-2. JAMA 2021 Mar 1.
10. Krammer F, Srivastava K, Alshammary H, et al. Antibody Responses in Seropositive Persons after a Single Dose of SARS-CoV-2 mRNA Vaccine. N Engl J Med 2021 Mar 10.
11. Capetti AF, Stangalini CA, Borgonovo F, et al. Impressive boosting of anti-S1/S2 IgG production in COVID-19-experienced patients after the first shot of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine. Clin Infect Dis 2021 Mar 6.
12. Bradley T, Grundberg E, Selvarangan R, et al. Antibody Responses after a Single Dose of SARS-CoV-2 mRNA Vaccine. N Engl J Med 2021.
13. Gobbi F, Buonfrate D, Moro L, et al. Antibody Response to the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in Subjects with Prior SARS-CoV-2 Infection. Viruses 2021 Mar 5;13(3):422.
14. New study finds strong immune response following COVID-19 vaccination. (2021) [žiūrėta 2021-03-30]. Prieiga per internetą: https://www.gov.uk/government/news/new-study-finds-strong-immune-response-following-covid-19-vaccination.
15. Saadat S, Tehrani ZR, Logue J, et al. Single Dose Vaccination in Healthcare Workers Previously Infected with SARS-CoV-2. 2021 Feb 18. MedRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.01.30.21250843.
16. Krammer F, Srivastava K, the PARIS team, Simon V. Robust spike antibody responses and increased reactogenicity in seropositive individuals after a 2 single dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine. 2021 Feb 1. MedRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.01.29.21250653.
17. Levi R, Azzolini E, Pozzi C, et al. A cautionary note on recall vaccination in ex-COVID-19 subjects. MedRxiv 2021.
18. Tada T, Dcosta BM, Samanovic-Golden M, et al. Neutralization of viruses with European, South African, and United States SARS-CoV-2 variant spike proteins by convalescent sera and BNT162b2 mRNA vaccine-elicited antibodies. BioRxiv 2021.

Visas literatūros sąrašas redakcijoje

1. Kuris iš šių likvoro tyrimų būdingas tuberkulioziniam meningitui?

- ☐ A. Citozė 200 x 106/l, baltymas 0,75 g/l, gliukozė 2,5 mmol/l (serume – 5 mmol/l).
- ☐ B. Citozė 4 000 x 106/l, baltymas 3,0 g/l, gliukozė 1,0 mmol/l (serume – 5 mmol/l).
- ☐ C. Citozė 100 x 106/l, baltymas 5,0 g/l, gliukozė 0,5 mmol/l (serume – 5 mmol/l).
- ☐ D. Citozė 3 x 106/l, baltymas 0,4 g/l, gliukozė 2,5 mmol/l (serume – 5 mmol/l).

2. Po kiek laiko nuo bakterinio meningito gydymo pradžios tikslinga atlikti pakartotinę juosmeninę punkciją?

- ☐ A. Esant teigiamai klinikinei eigai, juosmeninės punkcijos kartoti nereikia.
- ☐ B. Baigus antibiotikų kursą.
- ☐ C. Po vienos savaitės.
- ☐ D. Po trijų dienų.

3. Kas dažniausiai sukelia bakterinį meningitą suaugusiems asmenims?

- ☐ A. *Streptococcus pyogenes.*
- ☐ B. *Haemophilus influenzae.*
- ☐ C. *Neisseria meningitidis.*
- ☐ D. *Streptococcus pneumoniae.*

4. Kokią empirinę antibiotikų terapiją reikia skirti įtariant bakterinį meningitą 65 metų žmogui?

- ☐ A. Ampicilinas į veną.
- ☐ B. Ceftriaksonas + ampicilinas į veną.
- ☐ C. Ceftriaksonas + klaritromicinas į veną.
- ☐ D. Ceftriaksonas į veną.
- ☐ E. Ciprofloksacinas į veną.

5. Kiek laiko tikslinga skirti gydymą kortikosteroidais sergantiems bakteriniu meningitu pacientams?

- ☐ A. Keturias dienas.
- ☐ B. Skiriama tol, kol skiriami antibiotikai.
- ☐ C. Kortikosteroidų skyrimas sergant bakteriniu meningitu kontraindikuotinas.
- ☐ D. 10 dienų.

6. Kuris tyrimas tiksliausiai nurodo bakterinio meningito etiologiją?

- ☐ A. Likvoro lateksagliutinacija.
- ☐ B. Likvoro ir / ar kraujo pasėlis.
- ☐ C. Specifinių antikūnų tyrimas likvore.
- ☐ D. Specifinių antikūnų tyrimas serume.

7. Kiek laiko gydomas *Listeria monocytogenes* sukeltas encefalitas?

- ☐ A. Dvi savaites.
- ☐ B. Vieną savaitę.
- ☐ C. Tris savaites.
- ☐ D. Iki tol, kol normalizuosis leukocitų kiekis bei C reaktyvusis baltymas.

8. Kuris laboratorinis tyrimas patvirtina neuroboreliozės diagnozę?

- ☐ A. Likvoro pasėlis.
- ☐ B. Specifinių antikūnų nustatymas likvore.
- ☐ C. Kraujo pasėlis.
- ☐ D. Specifinių antikūnų nustatymas serume.

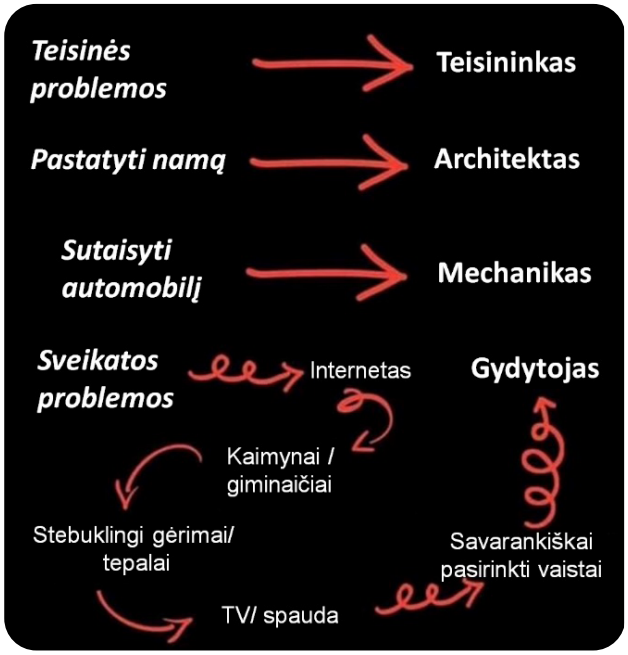
9. Kuris meningokoko serotipas labiausiai paplitęs Lietuvoje?

- ☐ A. A.
- ☐ B. B.
- ☐ C. C.
- ☐ D. W-135.

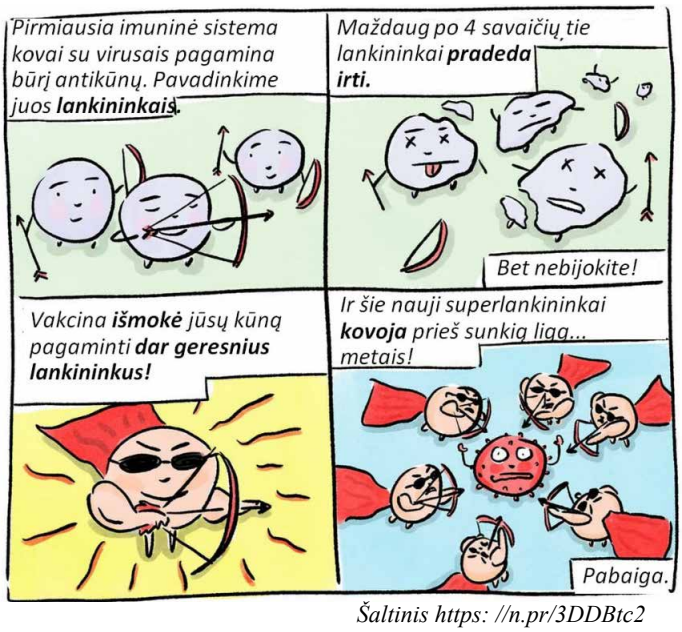
10. Kuris patogenas gali sukelti Bannwartho sindromą?

- ☐ A. *Streptococcus pneumoniae.*
- ☐ B. *Borrelia burgdorferi sensu lato.*
- ☐ C. *Mycobacterium tuberculosis.*
- ☐ D. *Neisseria meningitidis.*

Atsakymai rubrikoje *Laiškai redakcijai* (p. 50).



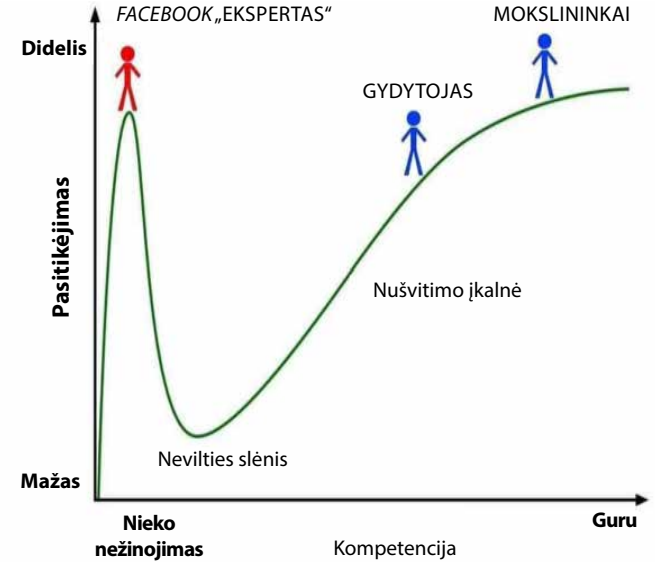
Kaip mus saugo vakcinos nuo COVID-19



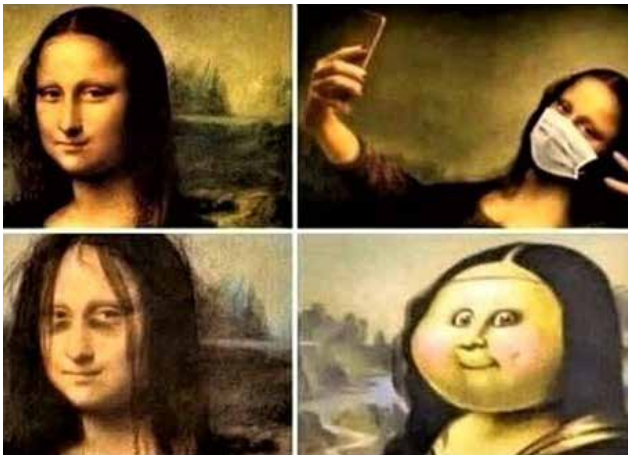
Šaltinis https: //n.pr/3DDBtc2



Dunningo-Krugerio efektas



Keturios karantino stadijos



Dėkojame prof. Sauliui Čaplinskui, kuris viešojoje erdvėje pasidalija ne tik naujausiomis mokslinėmis žiniomis, bet ir aktualiais šiais laikais juokeliais.

Pokariniai Vilniaus infekcinės ligoninės vadovai (II dalis)



Eugenijus Broslavskis
Nusipelnęs Lietuvos gydytojas,
Lietuvos infektologų draugijos
garbės narys, docentas

Pradžia *Infekcinės ligos* žurnalo *Internistas* priede 2020 / 1 (4), p. 78–83.

Ligoninės direktorių (vyriausiųjų gydytojų) pavaduotojai

Direktoriaus pavaduotojo medicinai pareigos buvo įvestos 1944 metais spalio mėnesį, vadovaujant direktoriui Juozui Broslavskiui. Miesto valdžia norėjo, kad ligoninės direktorius daugiau laiko skirtų ūkinei veiklai.

1. Pirmuoju direktoriaus pavaduotoju medicinai 1944 metais spalio mėnesį paskirtas **Juozas Dagovičius**, tuo metu dirbęs IV (anksčiau A korpuso) skyriaus vedėju. Jis ir toliau tęsė skyriaus vedėjo darbą. Direktoriaus pavaduotoju jis dirbo iki 1945 metų gruodžio 10 dienos, o skyriaus vedėjo pareigas ėjo iki 1945 metų vasario. Vėliau iki 1946 metų kovo 4 dienos puse etato dirbo gydytoju ordinatoriumi ir išėjo iš darbo.

2. Antruoju direktoriaus pavaduotoju medicinai 1945 metais gruodžio 10 dieną buvo paskirta III skyriaus vedėja (anksčiau B korpuso) gydytoja **Sofija Krasnojurčenko**, kuri ligoninėje dirbo nuo 1944 metų rugsėjo 1 dienos. Kartu ji ėjo ir III skyriaus vedėjo pareigas (iki 1946 metų vasario 16 dienos). S. Krasnojurčenko direktoriaus pavaduotojos medicinai darbas truko trumpai, nes 1946 metais gegužės 29 dieną ji buvo atleista.

3. Trečiuoju direktoriaus pavaduotoju 1946 metais gegužės 29 dieną tapo **Chaimas Tokeris** (ligoninėje jį visi vadindavo Jefimu Grigorjevičiumi). Jis baigė Kauno Didžiojo universiteto Medicinos fakultetą. Per Antrąjį pasaulinį karą dirbo karo gydytoju, dažnai mėgdavo pasakoti apie fronto epizodus kovoje su Japonija Mandžiūrijoje. Nuo 1946 metų spalio iki 1947 metų gruodžio 4 dienos Ch. Tokeris dirbo ir IV skyriaus vedėju. Vėliau papildomai gydė ligonius, puse etato eidamas ordinatoriaus pareigas įvairiuose padaliniuose, kartais pavaduodamas atostogaujančius arba į komandiruotę išvykusius skyriaus vedėjus. Jo darbo stalas buvo vyriausiojo gydytojo kabinete.

Ch. Tokeris buvo energingas, operatyvus ir sumanus žmogus, gerai išmanęs ne tik infektologiją, bet ir terapiją, pacientų psichologiją. Prireikus pavaduodavo vyriausiąjį gydytoją (po karo taip pradėjo vadinti direktorių). Pavaduodamasligoninės vadovą, neretai jis savarankiškai užpildydavo įsakymų knygą. Daug pacientų konsultuodavo ne tik infekcinėje ligoninėje, bet ir kituose miesto stacionaruose.

Tuo metu ligoninėje buvo tik du laidiniai telefonai (vyriausiojo gydytojo ir priėmimo skyriuje). Ch. Tokeris dažnai derindavo pacientų perkėlimą į kitas ligonines, kviesdavo konsultantus, todėl mieste tapo labai žinomas. Be to, tarp miesto gyventojų jis turėdavo be galo daug pažįstamų. Ch. Tokeris noriai konsultuodavo skyriuose savo pažįstamus ir pažįstamų sergančius draugus. Kadangi gyveno labai netoli ligoninės (Traidenio gatvėje), nedarbo metu dažnai buvo kviečiamas konsultuoti sunkiai sergančius ligonius. Kvietimų labai padaugėjo nuo 1954 metų, kada vakarinėms ir šventinėms konsultacijoms papildomai skirtas pilnas gydytojo etatas (vyriausiojo gydytojo 1957 metų rugpjūčio 17 dienos įsakymas, kurio pagrindas buvo Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr. 484 dėl papildomo etato).

Ch. Tokeris kartu su metinėmis ligoninės ataskaitomis pradėjo rašyti gana išsamias konjunktūrines apžvalgas. Vienu metu buvo infektologų ir epidemiologų gydytojų mokslinės draugijos sekretorius, prireikus Vilniaus universiteto Infekcinių ligų katedroje vedė praktikos darbus studentams.

Vyriausiojo gydytojo pavaduotoju dirbo iki 1965 metų balandžio. Prieš tai gana ilgai pavadavo sergantį vyriausiąjį gydytoją I. Chomenką. Ch. Tokeris rengėsi emigruoti, todėl atsisakė vyriausiojo gydytojo pareigų ir tapo gydytoju ordinatoriumi, gydė pacientus įvairiuose skyriuose, budėdavo. Po kelių mėnesių emigravo į Izraelį, kuriame dar daugelį metų dirbo ligoninės gydytoju, buvo atsakingas už ryšius su ligonių giminėmis (buvo tokios pareigos).

4. Ketvirtuoju vyriausiojo gydytojo pavaduotoju medicinai 1965 metais spalio 21 dieną tapo jaunas gydytojas **Eugenijus Broslavskis**, turintis tik penkerių metų darbo stažą. Keletą mėnesių naujasis vyriausiasis gydytojas J. Šapoka dirbo be pavaduotojo medicinai. 1965 metais spalio mėnesį jis pasiūlė E. Broslavskiui eiti šias pareigas. Aš (šio straipsnio autorius) tuo metu dirbau V. Moniuškos skyriuje, kuriame buvo gydomi nesunkiai sergantys ligoniai. Jaunam gydytojui atsirado galimybė pasprukti nuo *neįdomaus* skyriaus, todėl sutikau. Grįžęs namo ramiai viską permąsčiau. Baugino atsakingos pareigos, ypač patyrę, ambicingi skyriaus vedėjai. Kitą dieną J. Šapoka pasakė, kad atgal kelio nebėra – jau parašytas įsakymas. Man jis iš karto nurodė aplankyti visas Vilniaus mieste esančias gydymo įstaigas, susipažinti su pavaduotojais ir jų darbu. Užrašų knygelėje pasižymėjau, ką galėčiau pagerinti šiame naujame savo darbe. Vienas iš jų – lapas, sujungiantis temperatūros kreivę ir paskyrimus, kuris buvo naudojamas iki ligoninės uždarymo (2019 metų). Palaipsniui įgyvendindamas naujoves, pastebėjau, kad patyrę skyriaus vedėjai su manimi bendrauja vis palankiau. Mane stebino, kad įvairūs valdininkai nepasinaudojo kitų Vakarų šalių problemų sprendimo pavyzdžiais, o kūrė savo versijas, kartais ne visada tinkamas.

1966 metų pradžioje vyriausiasis gydytojas išleido mane į trijų mėnesių vaikų infekcinių ligų tobulinimo kursus Sankt Peterburge (tuomečiame Leningrade). Tai dar labiau sustiprino mano pozicijas einant vyriausiojo gydytojo pavaduotojo medicinai pareigas. 1967 metais gegužės mėnesį vyriausiasis gydytojas J. Šapoka buvo paskirtas Vilniaus miesto Sveikatos skyriaus vedėju. Visą vasarą man teko dirbti vyriausiuoju gydytoju ir atlikti vyriausiojo gydytojo pavaduotojo pareigas. Ministras V. Kleiza ir skyriaus vedėjas J. Šapoka prašė manęs likti vyriausiuoju gydytoju, bet rugsėjo mėnesį pasiūliau vyriausiojo gydytojo pareigas eiti E. Motiejaičiui, o pats likau vyriausiojo gydytojo pavaduotoju medicinai.

Mano pozicijos einant šias pareigas labai sustiprėjo tuomet, kai 1968 metais pavyko nustatyti seniai nediagnozuotą ir pamirštą žaibinę meningokokinės infekcijos formą (tada ją vadino meningokokiniu sepsiu su Waterhouse'o-Friderichseno sindromu). Šis įvykis paskatino mane pradėti epideminio cerebrospinalinio meningito klinikinius, epidemiologinius ir mokslinius tyrimus. 1971–1972 metais Lietuvoje, kaip ir kituose kraštuose, kilo nemažas šios infekcijos protrūkis (galima vadinti net epidemija). Tarpininkaujant Sveikatos apsaugos ministerijai, teko apibendrinti 1 500 ligonių, gydomų įvairiuose Lietuvos stacionaruose, ir 1973 metais perskaityti Kaune visos sąjungos konferencijoje, skirtoje šiai infekcijai, pranešimą, kurį labai teigiamai įvertino mūsų vadovai ir Maskvos mokslininkai.

1976 metais spalio mėnesį apibendrinant Lietuvos rodiklius ir duomenis iš savo stebėjimų, gydymo ir atliktų tyrimų (iš viso 484 ligoniai), Maskvoje apgyniau disertaciją. Man ginantis disertacijos darbą, kai kurie dalyviai stebėjosi, kad mūsų šalies ligoninėje gydymo rezultatai buvo geresni nei kai kuriose Maskvos klinikose. Keistokai atrodė ir man, nes jie taikė gerokai daugiau įvairių tyrimų metodų. Vėliau paaiškėjo, kodėl taip nutiko, nes dabar ir mūsų klinikoje atliekama daug modernių tyrimų, ligonių būklę reanimatologai vertina remdamiesi tyrimais, o ne dėmesingu, nuosekliu stebėjimu, kuo tada rėmėmės mes.

Kasmet nuosekliai tobulinau metinių ataskaitų konjunktūrines apžvalgas. Jų pagrindu visada metų pradžioje bendrame ligoninės darbuotojų susirinkime skaitydavau praėjusių metų ligoninės medicininio darbo apžvalginį ataskaitinį pranešimą. Jame buvo numatomos priemonės tolesniam darbui pagerinti. Susirinkime pasisakydavo ir tam skirtas oponentas, kiti gydytojai pateikdavo darbo įvertinimą, pastabų ir įvairių pasiūlymų.

Organizuodamas profesoriaus vizitacijas, stengiausi, kad kiekvienas skyriuje gulintis ligonis būtų pristatytas dalyvavusiesiems vizitacijoje (nelabai įprasta terapiniuose padaliniuose) ir tik po to gydytojų kabinete išsamiau buvo aptariami sunkūs ir neaiškūs ligoniai.

Kadangi gyvenau santykinai netoli ligoninės (Latvių gatvėje), tęsiau gydytojo Ch. Tokerio sunkių ir neaiškių ligonių konsultacijas. Dirbau ištisą parą, nors teturėjau pusantro etato ir už pusę etato gydžiau ligonius diagnostikos skyriuje. Toks darbas labai nepatiko mano artimiesiems. Jie įkalbino mane palikti šias pareigas ir pereiti dirbti į Vilniaus universiteto Infekcinių ligų katedrą.

1979 metais rugsėjo 1 dieną, laimėjęs konkursą, pradėjau dirbti Vilniaus universiteto Infekcinių ligų katedroje. Deja, tik asistentu.

5. Penktuoju vyriausiojo gydytojo pavaduotoju medicinai 1979 metais rugsėjį paskirtas **Kazimieras Vilimas**. 1966 metais jis įsidarbino ligoninėje patologu anatomu. Vėliau, kaip ir buvęs patologas anatomas Petriškis, pradėjo gydomąjį darbą. K. Vilimas buvo labai aktyvus visuomenininkas, išrinktas ligoninės profesinės sąjungos pirmininku. Tapęs pavaduotoju, ne visada dalyvavo profesoriaus vizitacijose ir konsiliumuose. Jis nutraukė metinių statistinių ataskaitų konjunktūrinių apžvalgų rašymą, nes to nelabai reikalavo Sveikatos apsaugos skyrius, ir apsiribodavo tik statistikos pildymu. K. Vilimas nustojo konsultuoti ligonius po darbo, teigdamas (gal ir teisingai), kad tai budinčio gydytojo reikalas, o retais atvejais jis gali telefonu pasitarti su skyriaus vedėju. K. Vilimas labai aktyviai

dalyvavo ligoninės visuomeniniuose renginiuose, įvairių datų minėjimuose, darbuotojų šventėse ir ekskursijose. Su vyriausiuoju gydytoju E. Motiejaičiu jis, bent taip daugumai atrodė, sutardavo gerai. Jie kolegiškai sprendė įvairius klausimus.

Naujasis vyriausiasis gydytojas A. Šilys 1986 metais nutarė pakeisti pavaduotoją. K. Vilimas išėjo iš darbo ir pradėjo dirbti Vilniaus Šeškinės poliklinikos infekcinių ligų kabinete. Ten jis sėkmingai dirbo iki pensijos.

6. Šeštuoju vyriausiojo gydytojo pavaduotoju medicinai tapo **Vida Gulbinienė**. 1973 metais ji baigė Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto pediatrijos skyrių. Nuo 1976 metų pradėjo dirbti Infekcinėje ligoninėje. 1986 metais paskirta vyriausiojo gydytojo pavaduotoja medicinai. Visada rami, maloni, puikiai sugebėdavo *užgesinti* įvairius tarp darbuotojų iškilusius nesutarimus. V. Gulbinienė mokėjo griežtai pareikalauti iš vienų darbuotojų ir maloniai paprašyti kitų atlikti kokį nors uždavinį. Tai labai tiko viršininkui.

V. Gulbinienė visada labai profesionaliai surinkdavo medžiagą moksliniams straipsniams, vyriausiajam gydytojui tinkamai padėdavo ruošti ir deramai formuluoti įvairius raštus.

Laiku organizuodavo konsiliumus ligoninėje ir skirdavo konsultantus į kitas ligonines, nors pati į jas retai važiuodavo. Visada dalyvaudavo profesoriaus vizitacijose. Įvairiais klausimais deramai atstovavo ligoninės interesams ir už jos ribų, ir teismuose.

1994 metais prie metinių statistinių ataskaitų pagal savo nuožiūrą atnaujino konjunktūrinių apžvalgų rašymą. Bendruose personalo susirinkimuose pristatydavo profesionalų pranešimą apie praėjusių metų darbą, analizuodavo įvairius rodiklius.

V. Gulbinienė labai rūpinosi klinikinių diagnozių sutapimu su patologinėmis anatominėmis. Stengdavosi, kartais dirbtinai, kad ligoninėje būtų kuo mažiau vidaus infekcijų. Daugumai darbuotojų atrodė, kad direktorius (vėliau jį taip pradėjo vadinti), priimdamas įvairius sprendimus, dažniausiai pasitardavo su ja. V. Gulbinienė visada kruopščiai ir nuosekliai vykdė direktoriaus nurodymus ir įsakymus. V. Gulbinienė po 1994 metais prasidėjusio difterijos protrūkio aktyviai ėmėsi reanimacijos skyriaus įkūrimo ligoninėje, ką reikėjo padaryti daug anksčiau.

1999 metais kovo 1 dieną V. Gulbinienė aktyviai dalyvavo atidarant infekcinių ligų priėmimo skyriaus poliklinikinį kabinetą. Šio kabineto gydytojas pirmą kartą ligoninės istorijoje pradėjo teikti ambulatorinę pagalbą pacientams, sergantiems lengvomis, ne taip smarkiai užkrečiamomis ligomis. Kabinete buvo užbaigiamas lėtiniu hepatitu sergantiems pacientams stacionare pradėtas gydymo kursas bei oficialiai įteisinta anksčiau pradėta hepatitų dispanserizacija.

Nemažas V. Gulbinienės indėlis įdėtas organizuojant imunoprofilaktikos skyrių (2011 metais rugsėjo 8 dieną) ir skiepų kabineto įkūrimą (2013 metais kovo 1 dieną). V. Gulbinienė kartais padėdavo imunoprofilaktikos skyriuje dirbantiems gydytojams sudarinėti ataskaitas.

1979–1989 metais V. Gulbinienė buvo Vilniaus krašto infektologų draugijos sekretorė.

2016 metais, skyriams susijungus su Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikomis, vadovauti likusiems padaliniams buvo įpareigotas tik Infekcinio centro direktorius, o administracija buvo panaikinta. V. Gulbinienė tapo vyriausiąja Infekcinio centro gydytoja (Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikose tokios pareigos yra). V. Gulbinienė direktoriaus pavaduotoja medicinai išdirbo 30 metų.

Nuo 2017 metų, I skyriaus vedėjai G. Bedalienei išėjus į pensiją, V. Gulbinienė buvo paskirta šio skyriaus vedėja. 2019 metais gruodžio mėnesį, kai Infekcinių ligų centras persikėlė į naujas Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų patalpas, ji toliau ėjo I skyriaus vedėjos pareigas.

Atsakymai *Pasitikrink žinias*

1. C	**3. D**	**5. A**	**7. C**	**9. B**
2. A	**4. B**	**6. B**	**8. B**	**10. B**



Minint Lietuvos ir Prancūzijos santykių šimtmečio jubiliejų, prof. Alvydas Laiškonis 2020 metais parengė ir išleido knygą *Širdys ir rankos*. Ji išversta ir į prancūzų kalbą. Knygoje pateikiami istoriniai duomenys apie Lietuvos ir Prancūzijos tarptautinį šimtametį bendradarbiavimą (1920–2020 metais). Aprašoma Lietuvos ir Prancūzijos draugijos veikla, šių šalių medikų ir kitų specialistų bendradarbiavimas, kultūriniai ryšiai. Knyga skiriama plačiam skaitytojų ratui, ypač istorikams ir medikams.



2021 metais išleista ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos rekomenduota *Spalviniai žymėjimai. Rekomendacijų knyga*. Šis dokumentas skirtas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, slaugos ligoninėms, hospisams, globos namams, savarankiško gyvenimo namams, švietimo ir ugdymo įstaigoms, įkalinimo įstaigoms, oro uostams ir kitoms įmonėms, organizacijoms bei įstaigoms, norinčioms pagerinti infekcijų kontrolę ir sumažinti COVID-19 bei kitų infekcijų keliamą riziką. Ši *Spalviniai žymėjimai. Rekomendacijų knyga* yra rekomenduojamojo pobūdžio ir turi būti pritaikyta konkretaus diegėjo poreikiams bei infrastruktūrai.

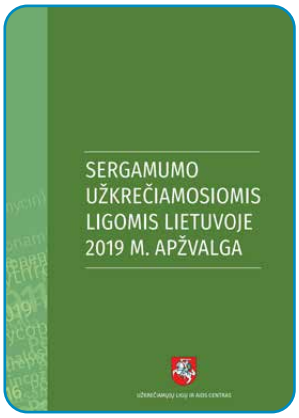
Leidinį galima parsisiųsti *https://pratura.lt/wp-content/uploads/2021/04/spalviniai-zymejimai-rekomendacijos_ligoninems-covid-rekomendaciju_knyga-v1-92.pdf.*



Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras kartu su Higienos institutu 2019 metais parengė metodines rekomendacijas. Metodinės rekomendacijos *Šlapimo takų infekcijų, susijusių su šlapimo pūslės kateterių naudojimu, prevencija* skirtos sveikatos priežiūros įstaigų infekcijų kontrolės specialistams ir kitiems darbuotojams, atsakingiems už hospitalinių infekcijų prevenciją ir atliekantiems šlapimo pūslės kateterizavimo procedūrą. Metodinėse rekomendacijose pateikta informacija apie šlapimo takų infekcijų, susijusių su šlapimo pūslės kateterių naudojimu, sukėlėjus, rizikos veiksnius, profilaktikos priemones.

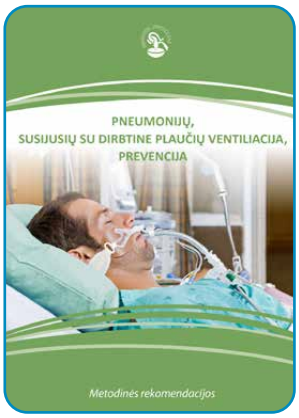
Leidinį galima parsisiųsti *http://www.ulac.lt/uploads/downloads/STI%20rekomendacijos_%20internetui.pdf.*

Daugiau ULAC metodinių rekomendacijų ieškokite *http://www.ulac.lt/lt/metodines-rekomendacijos.*



Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras kasmet parengia sergamumo užkrečiamosiomis ligomis Lietuvoje apžvalgą. Leidinyje pristatoma užkrečiamųjų ligų epidemiologinė padėtis specialistams, sprendimų priėmėjams ir visoms suinteresuotoms institucijoms, socialiniams partneriams.

Leidinį galima parsisiųsti *http://www.ulac.lt/uploads/downloads/leidiniai/2020/Apzvalga_2019_web2.pdf.*



Higienos institutas 2020 metais parengė metodines rekomendacijas. Metodinės rekomendacijos *Pneumonijų, susijusių su dirbtine plaučių ventiliacija, prevencija* skirtos sveikatos priežiūros įstaigų infekcijų kontrolės specialistams ir kitiems darbuotojams, atsakingiems už hospitalinių infekcijų prevenciją ir paskiriantiems / atliekantiems dirbtinės plaučių ventiliacijos procedūrą. Metodinėse rekomendacijose pateikiama informacijos apie pneumonijų, susijusių su dirbtine plaučių ventiliacija, sukėlėjus, rizikos veiksnius ir prevencijos priemones.

Leidinį galima parsisiųsti *https://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/2020/G._Rekomendacijos_Pneumonijos_ir_dirbtine_plauciu_ventiliacija.pdf.*

Daugiau Higienos instituto leidinių ieškokite *https://www.hi.lt/lt/hospitaliniu-infekciju-leidiniai.html.*

Lietuvos infektologų draugijos darbo grupių iniciatyvų konkursas

Lietuvos infektologų draugija (LID) skelbia konkursą LID darbo grupių iniciatyvoms ir / ar bandomiesiems moksliniams tyrimams palaikyti. Konkurso laimėjimo suma – iki 500 eurų. Numatoma paremti vieną projektą.

Nugalėtoją išrinks LID valdyba atvirojo balsavimo būdu per virtualųjį valdybos posėdį.

Kviečiame LID darbo grupių atstovus pateikti projektą, kurio aprašas būtų sudarytas iki vieno A4 lapo apimties ir jame būtų šie punktai:

- idėjos pristatymas;
- trumpas projekto aprašymas;
- reikalingų išlaidų projektui įgyvendinti pagrindimas.

Pirmenybė bus teikiama LID darbo grupių projektams, į kuriuos įtraukti nariai bus bent iš trijų LID kraštų.

Projektų paraiškos teikimo terminas – šių metų gruodžio 15 diena. Paraiškas siųskite el. paštu *info@lid.lt.*

Lietuvos infektologų draugijos iniciatyva – konkursas kvalifikacijos tobulinimo stipendijai gauti

Lietuvos infektologų draugija (LID) tęsia tradiciją vienam draugijos nariui skirti paramą dalyvauti infektologinės pakraipos konferencijoje Europoje. LID padengs registracijos mokestį, kelionės ir apgyvendinimo išlaidas. Iniciatyvos tikslas – skatinti LID narius būti tikrais savo srities entuziastais, aktyviai dalyvauti draugijos veikloje ir skleisti infektologijos žinias medikams bei plačiajai visuomenei.

Paraiškos priimamos iki šių metų gruodžio 15 dienos el. paštu *info@lid.lt.*

Nugalėtoją išrinks LID valdyba atvirojo balsavimo būdu per virtualųjį valdybos posėdį.

Kandidatui, norinčiam gauti paramą, keliami šie reikalavimai:

- pretendentas turi būti LID narys (ne mažiau kaip trejus metus);
- pretendentui netaikomi jokie amžiaus apribojimai;
- pretendentas paraiškoje turi nurodyti visas įstaigas, su kuriomis jį sieja darbiniai santykiai;
- pretendentas turi pateikti per pastaruosius dvejus metus iki paraiškos teikimo vykdytų veiklų, susijusių su infektologija, bet neįeinančių į tiesiogines pareigines nuostatas (darbą ligoninėje, universitete, privačioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, darbą pagal individualiosios veiklos sutartį, ikidiplomines ar podiplomines studijas) sąrašą ir juos patvirtinančius dokumentus. Tokia veikla laikoma: skaityti žodiniai pranešimai moksliniuose ar visuomenės švietimo renginiuose infektologine tematika; parengtos tezės ar stendiniai pranešimai; atspausdinti straipsniai infektologine tematika, įskaitant publikacijas populiariojoje spaudoje; dalyvavimas radijo, televizijos laidose, interneto svetainėse; bet kokia kita veikla, kuri skleidžia infektologijos mokslo žinias, šviečia visuomenę ir didina LID veiklos žinomumą;
- pateikti sąrašą infektologijos krypties konferencijų, kuriose dalyvavo per pastaruosius dvejus metus;
- išvardyti, į kokias institucijas / organizacijas / asmenis ir kada buvo kreipęsis dėl paramos dalyvauti konferencijoje gavimo;
- nurodyti, kaip planuoja pasidalyti konferencijoje įgytomis žiniomis, jeigu parama būtų paskirta;
- prioriteto tvarka nurodyti tris renginius, į kuriuos pageidautų vykti, jeigu parama būtų paskirta.

Kviečiame prisidėti prie renginių visuomenei žmogaus imunodeficito viruso, hepatitų ir antibiotikų tema

Kviečiame prisidėti prie renginių ir iniciatyvų visuomenei Pasaulinės AIDS dienos (gruodžio 1 dieną), Europos žmogaus imunodeficito viruso ir hepatitų testavimo savaitės (lapkričio 22–29 dienomis), Pasaulinės supratimo apie antibiotikus savaitės (lapkričio 18–24 dienomis) ir Europos supratimo apie antibiotikus dienos proga (lapkričio 18 dieną). Kviečiame prisijungti ir prie kitų būsimų iniciatyvų. Kreiptis *info@lid.lt*.

Lietuvos infektologų draugijos

ĮSTATAI

Respublikinė infektologų draugija įkurta 1972 m. spalio 6 d. Jos įstatai patvirtinti 1975 m. spalio 2 d. Draugija perregistruota 1977 m. rugsėjo 27 d. Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu Nr. 693. Atgavus Lietuvos nepriklausomybę, Lietuvos infektologų draugija nutraukė ryšius su sovietine infektologų draugija ir nustojo galioti buvę įstatai. Todėl 1995 m. birželio 9 d. Palangoje įvykusioje Lietuvos infektologų konferencijoje buvo apsvarstyti ir priimti nauji įstatai. Jų projektą ruošė doc. E. Broslavskis, doc. J. Ūsaitis, doc. A. Ambrozaitis ir prof. P. Čibiras.

LID Lietuvos infektologų draugija

1 skirsnis. Bendrieji nuostatai

1.1. **LIETUVOS INFEKTOLOGŲ DRAUGIJA** (toliau – **LID**) yra savarankiška, savanoriška, visuomeninė profesinė, mokslinė praktinė organizacija, kurios veikloje dalyvauja Lietuvos ir (ar) iš Lietuvos kilę užsienio infekcinių ligų gydytojai, užsienio šalių gydytojai, kurie studijavo Lietuvoje, pediatrai, gydytojai rezidentai, epidemiologai ir kiti visuomenės sveikatos specialistai, medicinos biologai, mikrobiologai, parazitologai, slaugytojai, dirbantys infekcinių ligų srityje, bei kitų artimų sričių sveikatos priežiūros specialistai, besidomintys ar dirbantys įvairių infekcinių ligų srityje – praktikai ir mokslininkai.

1.2. LID veikia laikydamasi Lietuvos Respublikos Konstitucijos (toliau – Konstitucija), Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – Civilinis kodeksas), Lietuvos Respublikos asociacijų įstatymo (toliau – Asociacijų įstatymas), Lietuvos Respublikos labdaros ir paramos įstatymo (toliau – Labdaros ir paramos įstatymas) bei kitų įstatymų, Vyriausybės nutarimų, kitų teisės aktų ir savo veiklą grindžia viešumo, savivaldos, lygiateisiškumo, kitais demokratiniais principais bei šiais įstatais.

1.3. LID yra ribotos civilinės atsakomybės viešasis juridinis asmuo, turintis savo pavadinimą, antspaudą ir sąskaitas bankuose. Pagal prievoles LID atsako visu jai priklausančiu turtu ir neatsako už savo narių prievoles, o nariai neatsako už LID prievoles.

1.4. LID pavadinimas – LIETUVOS INFEKTOLOGŲ DRAUGIJA.

1.5. LID teisinė forma – asociacija.

1.6. Sprendimą dėl LID buveinės adreso keitimo priima LID valdyba.

1.7. LID veiklos laikotarpis yra neribotas.

1.8. LID finansiniai metai yra kalendoriniai metai.

2 skirsnis. LID veiklos tikslai, veiklos sritys ir rūšys

2.1. LID veiklos tikslai yra koordinuoti savo narių veiklą, atstovauti narių interesams, juos ginti bei tenkinti kitus viešuosius interesus:

- studijuoti infekcinių ligų, epidemiologijos mokslo pasiekimus Lietuvoje ir pasaulyje, diegti juos į medicinos praktiką;
- kelti profesinę ir mokslinę narių kvalifikaciją ir etiką;
- įgyvendinti LID narių mokslinio ir praktinio darbo rezultatus;
- vienyti praktikus ir mokslininkus, dirbančius infekcinių ligų, epidemiologijos, mikrobiologijos ir gretutinių specialybių srityse;
- užmegzti ir plėtoti ryšius su kitų šalių bei tarptautinėmis gydytojų organizacijomis ir vietinėmis gydytojų specialistų draugijomis;
- rūpintis Lietuvos infekcinių ligų gydytojų tobulinimu;
- pagal galimybes teikti mokslinę ir praktinę pagalbą sveikatos apsaugos priežiūros institucijoms, ligoninėms ir poliklinikoms infekcinių ligų gydymo, diagnostikos ir profilaktikos srityse;
- pagal galimybes teikti paslaugas infekcinių ligų gydymo, diagnostikos ir profilaktikos srityse, dalyvaujant rengiant ir tobulinant sveikatos apsaugos įstatymus, teikiant pasiūlymus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai bei kitoms valstybės bei valdymo institucijoms;
- rengti ir leisti rekomendacijas, infekcinių ligų mokslo populiarinimo bei praktinės veiklos analizės leidinius specialistams bei visuomenei;
- padėti ginti LID narių profesinius, etinius ir socialinius interesus;
- pristatyti LID narių darbus premijoms ir kitiems paskatinimams, steigti stipendijas, organizuoti rėmimus;
- reklamuoti ir / ar kitaip propaguoti LID veiklą ir jos tikslus;
- gauti paramą (piniginių lėšų, bet kokio kito turto, suteiktų prekių ar paslaugų ir pan.) iš Lietuvos Respublikos ar užsienio valstybių fizinių ar juridinių asmenų, paramos ar labdaros fondų, projekto lėšų ir kitų organizacijų, kurios turi teisę suteikti paramą ir gautą paramą panaudoti visuomenei naudingiems tikslams, įskaitant (bet neapsiribojant) švietimo, mokslo ir profesinio tobulinimo,

sveikatos priežiūros bei kitose visuomenei naudingose srityse;
- organizuoti mokslinius suvažiavimus, konferencijas, mokymus, tyrimus ir kitus renginius savarankiškai arba su kitais fiziniais ar juridiniais asmenimis;
- dalyvauti moksliniuose projektuose;
- pagal galimybes įvairiomis formomis šviesti visuomenę infekcinių ligų klausimais;
- vykdyti kitą Lietuvos Respublikos įstatymams bei šiems įstatams neprieštaraujančią veiklą, siekiant įgyvendinti aukščiau išvardytus LID veiklos tikslus. LID gali turėti ir įgyti tik tokias civilines teises ir pareigas, kurios neprieštarauja jos veiklos tikslams, nustatytiems teisės aktuose ir šiuose įstatuose.

2.2. LID veiklos sritys bei rūšys:
- profesinės narystės organizacijos veikla;
- leidinių leidyba ir platinimas;
- įvairios medžiagos rengimas, spausdinimas informaciniais, reklamos, tyrimų ir metodiniais tikslais;
- elektroninė leidyba;
- seminarų, konferencijų, parodų, vasaros stovyklų ir kitokių mokymo priemonių bei renginių organizavimas;
- profesinių žinių apibendrinimas ir skleidimas;
- profesinė, konsultacinė, mokymo bei švietimo veikla;
- viešųjų ryšių veikla;
- sveikatos priežiūros veikla;
- narių interesų gynimas ir atstovavimas;
- LID veikla gali apimti ir kitų rūšių veiklą, jeigu tai neprieštarauja Lietuvos Respublikos įstatymams, poįstatyminiams aktams ir šiems įstatams.

2.3. Veiklą, kuri yra licencijuojama arba vykdoma gavus leidimus Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka, LID gali vykdyti tik gavusi atitinkamus leidimus ar licencijas.

3 skirsnis. LID teisės, pareigos ir veiklos ribojimai

3.1. LID turi teisę:

3.1.1. steigti juridinius asmenis teisės aktų ir šių įstatų nustatyta tvarka;

3.1.2. steigti filialus ir atstovybes šalyje ir užsienyje;

3.1.3. stoti į kitas asociacijas, konfederacijas, įskaitant ir tarptautines, kurių tikslai ir veikla neprieštarauja Konstitucijai, Asociacijų įstatymui ar kitiems teisės aktams, taip pat šiems įstatams;

3.1.4. sudarytis sandorius ir prisiimti įsipareigojimus; vykdyti įstatymų nedraudžiamą ūkinę komercinę veiklą, kuri neprieštarauja LID įstatams bei veiklos tikslams ir reikalinga jos tikslams pasiekti;

3.1.5. pirkti ar kitokiais įstatymų numatytais būdais įsigyti ir valdyti turtą;

3.1.6. turėti kitų Lietuvos Respublikos įstatymais numatytų civilinių teisių ir pareigų, būti ieškovu ir atsakovu teisme;

3.1.7. teisės aktų nustatyta tvarka gauti pinigus ir kitą turtą, paslaugas kaip paramą, paveldėti pagal testamentą, turėti rėmėjus;

3.1.8. perleisti nuosavybės ar bet kokiomis kitomis teisėmis valdomą turtą ir lėšas, užtikrinti juo prievolių įvykdymą ar kitaip apriboti savo valdymo, naudojimo ir disponavimo teises į jį tik tuo atveju, kai tuo siekiama įgyvendinti šiuose įstatuose nustatytus veiklos tikslus (įskaitant labdaros ir paramos tikslus, nustatytus įstatuose pagal Labdaros ir paramos įstatymą);

3.1.9. LID tikslams įgyvendinti ir uždaviniams spręsti sudaryti nuolatinius ar laikinuosius komitetus, specialistų komisijas, darbo grupes ir kt.

3.2. LID privalo:

3.2.1. laikytis Lietuvos Respublikoje galiojančių įstatymų, kitų teisės aktų, šių įstatų;

3.2.2. vesti buhalterinę apskaitą;

3.2.3. turėti bent vieną sąskaitą kredito įstaigoje;

3.2.4. teisės aktų nustatytais atvejais ir tvarka teikti informaciją valstybės ar savivaldos institucijoms;

3.2.5. teisės aktų nustatytais atvejais ir tvarka mokėti mokesčius, rinkliavas bei kitokias privalomąsias įmokas;

3.2.6. kaip paramą gautus pinigus, kitus negrąžintinai gautus pinigus ir kitą turtą naudoti juos davusio asmens nurodytiems tikslams, jeigu asmuo tokius tikslus nurodė ir jie atitinka LID įstatuose nustatytus tikslus. LID negali priimti pinigų ar kito turto, jei duodantis asmuo nurodo juos naudoti kitiems, negu nustatyta LID įstatuose, tikslams;

3.2.7. kaip paramą gautus pinigus, taip pat kitus negrąžintinai gautus pinigus laikyti atskiroje sąskaitoje, sudaryti išlaidų sąmatą, jei tai numatyta teisės aktuose arba to reikalauja pinigus davęs asmuo;

3.2.8. praktinę veiklą orientuoti ir vykdyti atsižvelgiant į LID narių interesus, jeigu jie atitinka LID tikslus ir neprieštarauja LID įstatams;

3.2.9. savo buveinėje, filialų ir atstovybių buveinėse turėti visų LID narių sąrašą, su kuriuo turi teisę susipažinti kiekvienas LID narys.

3.3. LID draudžiama:

3.3.1. neatlygintinai perduoti LID turtą nuosavybėn bet kokiam asmeniui, išskyrus atvejus, kai turtas yra perduodamas labdaros ar paramos tikslais, nustatytais šiuose įstatuose pagal Labdaros ir paramos įstatymą;

3.3.2. mokėti LID steigėjui ar nariui išmokas iš pelno dalies ar perduoti likviduojamos LID turto dalį, viršijančią stojamąjį nario įnašą ar mokestį;

3.3.3. bet kokia forma, išskyrus labdarą ir paramą pagal Labdaros ir paramos įstatymą, skirstyti LID turtą ir lėšas, įskaitant pelną, LID ir (ar) jos valdymo organų nariams, LID darbo sutarties pagrindu dirbantiems asmenims, išskyrus atvejus, kai yra mokamas darbo užmokestis, kitos su darbo teisiniais santykiais susijusios išmokos ir kai autorinės sutarties pagrindu mokamas autorinis atlyginimas, atlyginama už suteiktas paslaugas ar parduotas prekes;

3.3.4. suteikti paskolas, įkeisti LID turtą (išskyrus atvejus, kai turtas įkeičiamas LID prievolėms užtikrinti), garantuoti, laiduoti ar kitaip užtikrinti kitų asmenų prievolių įvykdymą. Ši nuostata netaikoma, kai skolinamasi iš kredito įstaigų ir kai Lietuvos Respublikos tarptautinės sutartys arba Lietuvos Respublikos įstatymai ar jų pagrindu priimti kiti teisės aktai numato kitaip;

3.3.5. skolintis pinigų iš LID nario ar su juo susijusio asmens ir mokėti palūkanas (ši nuostata netaikoma, kai skolinamasi iš kredito įstaigų); skolintis iš kitų asmenų, mokant neprotingai dideles palūkanas;

3.3.6. pirkti prekes ir paslaugas už akivaizdžiai per didelę kainą, išskyrus atvejus, kai tokiu būdu yra suteikiama labdara asmeniui, kuris pagal Labdaros ir paramos įstatymą yra labdaros gavėjas;

3.3.7. parduoti LID turtą už akivaizdžiai per mažą kainą, išskyrus atvejus, kai tokiu būdu yra suteikiama labdara asmeniui, kuris pagal Labdaros ir paramos įstatymą yra labdaros gavėjas;

3.3.8. steigti juridinį asmenį, kurio civilinė atsakomybė už juridinio asmens prievoles yra neribota, arba būti jo dalyviu;

3.3.9. vykdyti valstybės ar savivaldybių, jų institucijų ar pareigūnų bei valstybės tarnautojų viešojo administravimo funkcijas, jeigu to nenumato įstatymai;

3.3.10. vykdyti profesinių sąjungų, religinių bendruomenių, bendrijų ir centrų bei pagal jų kanonus, statutus ar kitas normas tos pačios religijos tikslams įgyvendinti įsteigtų juridinių asmenų, kredito unijų ir kitų juridinių asmenų, kurie yra kitos teisinės formos, funkcijas, jei šias funkcijas pagal įstatymų nuostatas gali vykdyti tik tam tikros teisinės formos juridiniai asmenys;

3.3.11. ginkluoti savo narius, organizuoti jiems karinius mokymus ir steigti karinius būrius, išskyrus įstatymų numatytus atvejus.

4 skirsnis. LID nariai, jų teisės ir pareigos

4.1. LID gali būti tikrieji ir garbės nariai.

4.2. LID tikruoju nariu gali būti 18 metų sulaukę veiksnūs fiziniai asmenys: Lietuvos Respublikos piliečiai bei iš Lietuvos kilę užsienyje gyvenantys infekcinių ligų gydytojai, užsienio šalių gydytojai, kurie studijavo Lietuvoje, pediatrai, gydytojai rezidentai, epidemiologai ir kiti visuomenės sveikatos specialistai, medicinos biologai, mikrobiologai, parazitologai, slaugytojai, dirbantys infekcinių ligų srityje, bei kitų artimų sričių sveikatos priežiūros specialistai, besidomintys ar dirbantys įvairių infekcijų srityje, pripažįstantys šiuos įstatus, mokantys nustatyto dydžio nario mokestį.

4.3. Minimalus LID narių skaičius – trys tikrieji nariai. Narys gali būti kelių asociacijų nariu.

4.4. Visi tikrieji nariai turi lygias teises.

4.5. LID tikrieji nariai yra savarankiški savo ūkinėje, ekonominėje ir kitose veiklose.

4.6. LID garbės nariu gali būti ypatingai nusipelnęs fizinis ar juridinis asmuo, kuriam garbės nario vardą suteikia LID valdyba.

4.7. LID tikrieji nariai turi teisę:

4.7.1. dalyvauti ir balsuoti visuotiniuose narių susirinkimuose, dalyvauti skyrių veikloje;

4.7.2. būti išrinktais į LID valdymo organus;

4.7.3. veikti kaip LID atstovai santykiuose su trečiaisiais asmenimis, turėdami tam įstatymų nustatyta tvarka išduotą įgaliojimą;

4.7.4. naudotis LID teikiamomis paslaugomis;

4.7.5. susipažinti su LID dokumentais ir gauti visą LID turimą informaciją apie jos veiklą;

4.7.6. naudotis LID sukaupta informacija;

4.7.7. dalyvauti ruošiant ir vykdant LID programas, projektus ir renginius;

4.7.8. bet kada išstoti iš LID;

4.7.9. susipažinti su LID narių sąrašu;

4.7.10. kitas teisės aktuose ir įstatuose nustatytas teises.

4.8. LID tikrasis narys privalo:

4.8.1. pripažinti ir laikytis šių įstatų ir kitų Lietuvos Respublikos teisės aktų, profesinei veiklai taikomų etikos normų;

4.8.2. vykdyti LID suvažiavimo ir LID valdymo organų priimtus sprendimus bei įpareigojimus;

4.8.3. nustatyta tvarka ir terminais mokėti stojamąjį, nario ir kitus mokesčius;

4.8.4. laiku informuoti LID apie kontaktinius duomenis (įskaitant veikiantį elektroninio pašto adresą) ir jų pasikeitimą.

4.8.5. saugoti jam atskleistą LID ir / ar jos narių konfidencialią informaciją;

4.8.6. teikti LID informaciją bei kitą pagalbą, būtiną jos tikslams įgyvendinti.

4.9. LID garbės nariai turi tikrojo nario teises, išskyrus tai, kad garbės nariai neturi balsavimo teisės ir neturi teisės būti išrinkti į jokius organus ar užimti pareigas LID. LID garbės narys turi teisę dalyvauti LID visuotiniuose narių susirinkimuose ir suvažiavimuose svečio teisėmis. Garbės nariai yra atleisti nuo stojamojo, nario ir kitų mokesčių mokėjimo.

4.10. LID rėmėjais gali būti visi fiziniai ir juridiniai asmenys, pritariantys LID tikslams bei veiklai ir savarankiškai, teisėtai remiantys ją finansiškai.

5 skirsnis. Naujų narių priėmimo, jų išstojimo ir pašalinimo iš LID tvarka bei sąlygos

5.1. Dėl tikrųjų narių priėmimo į LID sprendžia valdyba, gavusi raštišką asmens prašymą bei dokumentus, patvirtinančius įstatų 4.2 punkte numatytus kriterijus.

5.2. Apie LID valdybos sprendimą kandidatas į narius informuojamas raštu. LID tikruoju nariu tampama valdybai priėmus sprendimą dėl naujo nario priėmimo ir tik sumokėjus stojamąjį nario mokestį. Valdyba, priimdama sprendimą dėl naujo nario priėmimo, tuo pačiu sprendimu priskiria jį atitinkamam LID skyriui, atsižvelgdama į nario darbo vietą.

LID nariai turi teisę išstoti iš draugijos, raštu pateikę prašymą LID valdybai. Narystė nutraukiama nuo prašymo gavimo dienos. Tokiu atveju išstojusiam nariui nėra grąžinami stojimo ir narystės mokesčiai bei kitaip LID nuosavybėn perduotas turtas ar lėšos. Išstojimas iš LID neatleidžia buvusio LID nario nuo pareigos sumokėti LID priklausantį nario mokesčio ar bet kokio kito pobūdžio įsiskolinimą.

5.4. LID valdybos sprendimu, narys gali būti pašalintas, jeigu:

5.4.1. sistemingai pažeidinėja šiuos įstatus;

5.4.2. sąmoningai kliudo LID siekti užsibrėžtų tikslų;

5.4.3. viršija jam suteiktus įgaliojimus;

5.4.4. vienus metus nemoka nario mokesčio ir nėra atleistas nuo mokesčio mokėjimo;

5.4.5. nusižengia profesinei etikai;

5.4.6. pažeidžia Lietuvos Respublikos teisės aktus ir dėl to yra daroma žala LID ar jos prestižui.

5.5. LID narių sąrašą tvarko LID valdyba.

6 skirsnis. LID stojamųjų įnašų ir narių mokesčių mokėjimo tvarka

6.1. Visi LID nariai moka stojamuosius įnašus ir periodinius nario mokesčius, kurių dydį ir mokėjimo tvarką nustato LID suvažiavimas bei tvirtina atskiru dokumentu.

6.2. Nuo nario mokesčio atleidžiami asmenys, kuriems tokią teisę suteikia šie įstatai ir / arba LID suvažiavimas.

7 skirsnis. LID organai

7.1. LID organai yra:

7.1.1. visuotinis narių susirinkimas (toliau taip pat vadinamas visuotiniu susirinkimu) ir

7.1.2. suvažiavimas, kuris turi dalį visuotinio susirinkimo teisių.

7.2. LID įgyja civilines teises, prisiima civilines pareigas ir jas įgyvendina per savo valdymo organus. LID valdymo organai:

7.2.1. kolegialus valdymo organas yra LID valdyba;

7.2.2. vienasmenis valdymo organas yra LID pirmininkas.

7.3. Už veiklą valdymo organuose LID nariui gali būti atlyginama.

7.4. LID kontrolės organas – revizorius.

7.5. Visi LID organų sprendimai skundžiami teismui įstatymų nustatyta tvarka.

8 skirsnis. LID visuotinis narių susirinkimas, jo kompetencija, sušaukimo ir sprendimų priėmimo tvarka

8.1. LID visuotinio susirinkimo kompetencija:

8.1.1. keičia LID įstatus;

8.1.2. renka ir atšaukia keturis LID valdybos narius (kurie nėra LID skyrių pirmininkai);

8.1.3. renka ir atšaukia LID skyrių pirmininkus;

8.1.4. renka ir atšaukia LID revizorių;

8.1.5. priima sprendimą dėl LID pertvarkymo ar pabaigos (reorganizavimo ar likvidavimo);

8.2. LID visuotinio susirinkimo sušaukimo tvarka:

8.2.1. Eilinį visuotinį susirinkimą šaukia ir organizuoja LID valdyba kartą kas penkerius metus, birželio mėnesį, tais metais, kai baigiasi LID valdybos narių ir skyrių pirmininkų kadencija.

8.2.2. LID neeilinė konferencija gali būti šaukiama anksčiau, kai sprendžiami LID įstatų keitimo, LID pertvarkymo ar pabaigos, valdybos narių ir / ar skyrių pirmininkų atšaukimo bei rinkimo (vietoj atšauktų ar atsistatydinusių valdybos narių) klausimai. Neeilinis visuotinis susirinkimas šaukiamas ne mažiau kaip 1/10 LID narių reikalavimu arba valdybos sprendimu.

8.2.3. Apie šaukiamą visuotinį susirinkimą LID nariai informuojami raštu (elektroniniu paštu) ne vėliau kaip prieš trisdešimt kalendorinių dienų iki visuotinio susirinkimo pradžios. Pranešime turi būti nurodyta visuotinio susirinkimo data, vieta, laikas, numatoma darbotvarkė.

8.2.4. Visuotinis susirinkimas neturi teisės svarstyti ir priimti sprendimus darbotvarkėje neskelbtais klausimais.

8.2.5. Visuotinis susirinkimas gali nebūti šaukiamas ir neįvykti šiuose įstatuose nustatytais terminais, jeigu vėlesnį visuotinio susirinkimo sušaukimą pateisina galiojančių teisės aktų nuostatos. LID nariai apie visuotinį susirinkimą gali būti informuojami nesilaikant šiuose įstatuose nustatytų terminų, jeigu visi LID nariai su tuo raštu (elektroniniu paštu) sutinka.

8.2.6. Visuotinis susirinkimas gali būti šaukiamas teismo sprendimu, jei jis nebuvo sušauktas įstatų nustatyta tvarka ir dėl to į teismą kreipėsi LID tikrasis narys ar valdymo organas.

8.3. Visuotinis susirinkimas laikomas įvykusiu ir gali priimti sprendimus, jei jame dalyvauja daugiau nei vienas ketvirtadalis tikrųjų LID narių.

8.4. Jeigu kvorumo nėra, ne anksčiau kaip praėjus penkioms kalendorinėms dienoms ir ne vėliau kaip praėjus dvidešimt kalendorinių dienų nuo neįvykusio visuotinio susirinkimo dienos šaukiamas pakartotinis visuotinis susirinkimas šių įstatų 8.2.3. punkte nurodyta tvarka. Pakartotinis visuotinis susirinkimas turi teisę priimti sprendimus

tik neįvykusios darbotvarkės klausimais ir jam netaikomas kvorumo reikalavimas.

8.5. Visuotiniame susirinkime sprendžiamojo balso teisę turi visi tikrieji LID nariai. Vienas tikrasis narys visuotiniame susirinkime turi vieną balsą. Narys visuotiniame susirinkime dalyvauja asmeniškai pats, išskyrus įstatymų nustatytas išimtis, arba įstatymų nustatyta tvarka įgalioja kitą asmenį, arba su juo sudaro balsavimo teisės perleidimo sutartį.

8.4. Sprendimai, išskyrus dėl LID įstatų pakeitimo ar papildymo, dėl LID pertvarkymo ar pabaigos (reorganizavimo ar likvidavimo), priimami paprasta balsų dauguma, tai yra sprendimas laikomas priimtu, kai balsuojant už jį daugiau dalyvaujančių narių balsų yra *už* negu *prieš* (susilaikę asmenys neskaičiuojami – jie laikomi balsuojant nedalyvavusiais asmenimis). Sprendimams dėl LID įstatų pakeitimo ar papildymo, dėl LID pertvarkymo ar pabaigos (reorganizavimo ar likvidavimo) priimti reikia ne mažiau kaip dviejų trečiųjų visuotiniame susirinkime dalyvaujančių LID tikrųjų narių balsų.

8.5. LID visuotinio susirinkimo sprendimai priimami atviruoju balsavimu, išskyrus atvejus, kai slaptojo balsavimo reikalauja ne mažiau kaip pusė visuotiniame susirinkime dalyvaujančių LID narių.

8.6. Kai yra techninės galimybės, LID nariai gali į visuotinį susirinkimą registruotis, jame dalyvauti ir balsuoti nuotoliniu būdu elektroninių ryšių priemonėmis LID valdybos nustatyta tvarka.

8.7. LID nariai visuotiniame susirinkime gali balsuoti iš anksto. Balsavimas vykdomas nariui pasirašant atskirą dokumentą (balsavimo biuletenį), kuriame pranešama apie nario valią *už* ar *prieš* kiekvienu darbotvarkės klausimu. Balsavimo biuletenis gali būti pasirašomas elektroniniu parašu ir pateikiamas LID valdybai elektroniniu paštu arba pasirašomas įprastu būdu ir išsiunčiamas LID buveinės adresu registruotu paštu. Išankstinis balsavimas įskaitomas į visuotinio susirinkimo kvorumą ir balsavimo rezultatus.

8.8. Visuotiniai susirinkimai protokoluojami. Protokolą pasirašo visuotiniame susirinkime išrinkti pirmininkas ir sekretorius. Visuotiniam susirinkimui pasibaigus, protokolą ne vėliau kaip per dešimt kalendorinių dienų pasirašo visuotinio susirinkimo pirmininkas ir sekretorius. Prie protokolo turi būti pridėtas visuotiniame susirinkime dalyvavusių LID narių sąrašas.

9 skirsnis. LID suvažiavimas, jo kompetencija, sušaukimo ir sprendimų priėmimo tvarka

9.1. LID suvažiavimo kompetencija:

9.1.1. nustato LID stojamųjų įnašų dydį ir narių mokesčių dydį, jų mokėjimo tvarką ir terminus;

9.1.2. per keturis mėnesius nuo finansinių metų pabaigos tvirtina praėjusių finansinių metų finansinių ataskaitų rinkinį arba metinę finansinę ataskaitą, veiklos ataskaitą;

9.1.3. priima sprendimus dėl kitų juridinių asmenų steigimo ar tapimo kitų juridinių asmenų dalyviu;

9.1.4. sprendžia kitus Lietuvos Respublikos įstatymuose ir šiuose įstatuose nustatytus klausimus, kurie nepriskirti kitų organų kompetencijai ir jei pagal esmę tai nėra valdymo organo funkcijos.

9.2. LID suvažiavimo sušaukimo tvarka:

9.2.1. Eilinį LID suvažiavimą šaukia ir organizuoja LID valdyba vieną kartą per metus. Eilinis LID suvažiavimas privalo įvykti ne vėliau kaip praėjus keturiems mėnesiams po finansinių metų pabaigos.

9.2.2. Apie šaukiamą suvažiavimą LID nariai informuojami raštu (elektroniniu paštu) ne vėliau kaip prieš trisdešimt kalendorinių dienų iki suvažiavimo. Pranešime turi būti nurodyta suvažiavimo data, vieta, laikas, numatoma darbotvarkė.

9.2.3. Suvažiavimas neturi teisės svarstyti ir priimti sprendimus darbotvarkėje neskelbtais klausimais.

9.2.4. Ne mažiau kaip 1/10 LID narių siūlymu, pateiktu raštu ne vėliau kaip prieš dvidešimt kalendorinių dienų iki paskelbtos suvažiavimo dienos, į suvažiavimo darbotvarkę įtraukiami jų siūlomi papildomi darbotvarkės klausimai ir sprendimo projektai, o LID nariai apie pakeitimus informuojami įstatų 9.2.2 punkte nurodytu būdu ne vėliau kaip prieš penkiolika kalendorinių dienų iki suvažiavimo.

9.2.5. Neeilinis suvažiavimas šaukiamas ne mažiau kaip 1/10 LID narių reikalavimu arba valdybos sprendimu.

9.2.6. Suvažiavimas gali nebūti šaukiamas ir neįvykti šiuose įstatuose nustatytais terminais, jeigu vėlesnį suvažiavimo sušaukimą pateisina galiojančių teisės aktų nuostatos. LID nariai apie suvažiavimą gali būti informuojami nesilaikant šiuose įstatuose nustatytų terminų, jeigu visi LID nariai su tuo raštu (elektroniniu paštu) sutinka.

9.2.7. Suvažiavimas gali būti šaukiamas teismo sprendimu, jei jis nebuvo sušauktas įstatų nustatyta tvarka ir dėl to į teismą kreipėsi LID narys ar valdymo organas.

9.3. Suvažiavime dalyvauja LID pirmininkas, revizorius ir LID skyrių pirmininkai. Suvažiavime sprendžiamojo balso teisę turi tik LID skyrių pirmininkai. Kiekvienas skyriaus pirmininkas turi tiek balsų, kiek atitinkamame skyriuje yra tikrųjų LID narių. Suvažiavime svečio teisėmis teisę dalyvauti turi LID valdybos nariai, taip pat bet kuris LID narys, apie tai iš anksto informavęs savo skyriaus pirmininką.

9.4. Suvažiavimas laikomas įvykusiu, jei jame dalyvauja ne mažiau kaip trys penktosios LID skyrių pirmininkų.

9.5. Jeigu kvorumo nėra, ne anksčiau kaip praėjus penkioms kalendorinėms dienoms ir ne vėliau kaip praėjus dvidešimt kalendorinių dienų nuo neįvykusio suvažiavimo dienos šaukiamas pakartotinis suvažiavimas šių įstatų 9.2.2. punkte nurodyta tvarka. Pakartotinis suvažiavimas turi teisę priimti sprendimus tik neįvykusios darbotvarkės klausimais ir jam netaikomas kvorumo reikalavimas.

9.6. Sprendimai priimami paprasta balsų dauguma, tai yra sprendimas laikomas priimtu, kai balsuojant už jį daugiau dalyvaujančių skyrių pirmininkų balsų yra *už* negu *prieš* (susilaikę asmenys neskaičiuojami – jie laikomi balsuojant nedalyvavusiais asmenimis).

9.7. LID suvažiavimo sprendimai priimami atviruoju balsavimu, išskyrus atvejus, kai slaptojo balsavimo reikalauja ne mažiau kaip pusė suvažiavime dalyvaujančių skyrių pirmininkų.

9.8. Kai yra techninės galimybės, skyrių pirmininkai į suvažiavimą gali registruotis, jame dalyvauti ir balsuoti nuotoliniu būdu iš anksto arba realiuoju laiku elektroninių ryšių priemonėmis LID valdybos nustatyta tvarka.

9.9. Skyrių pirmininkai suvažiavime gali balsuoti iš anksto. Balsavimas vykdomas skyriaus pirmininkui pasirašant atskirą dokumentą (balsavimo biuletenį), kuriame pranešama apie skyriaus pirmininko valią *už* ar *prieš* kiekvienu darbotvarkės klausimu. Balsavimo biuletenis gali būti pasirašomas elektroniniu parašu ir pateikiamas LID valdybai elektroniniu paštu arba pasirašomas įprastu būdu ir išsiunčiamas LID buveinės adresu registruotu paštu. Išankstinis balsavimas įskaitomas į suvažiavimo kvorumą ir balsavimo rezultatus.

9.10. Suvažiavimai protokoluojami. Protokolą pasirašo suvažiavime išrinkti pirmininkas ir sekretorius. Suvažiavimui pasibaigus, protokolą ne vėliau kaip per dešimt kalendorinių dienų pasirašo suvažiavimo pirmininkas ir sekretorius. Prie protokolo turi būti pridėtas suvažiavime dalyvavusių skyrių pirmininkų sąrašas, kuriame nurodytas kiekvieno skyriaus pirmininko turimas balsų skaičius.

10 skirsnis. LID valdyba, jos kompetencija, sušaukimo ir sprendimų priėmimo tvarka

10.1. LID valdyba yra kolegialus valdymo organas.

10.2. LID valdybos rinkimo ir atšaukimo tvarka:

10.2.1. LID valdybą sudaro devyni nariai. Penki LID valdybos nariai yra LID skyrių pirmininkai, likę keturi LID valdybos nariai iš tikrųjų narių penkerių metų kadencijai tiesiogiai renkami LID visuotinio susirinkimo metu.

10.2.2. Kiekvienas tikrasis LID narys turi teisę iškelti savo kandidatūrą į visuotiniame susirinkime tiesiogiai renkamus LID valdybos narius. Apie tai jis turi raštu pranešti LID valdybai ne vėliau kaip prieš keturiasdešimt penkias kalendorines dienas iki visuotinio susirinkimo. Jei šiame punkte nustatyta tvarka kandidatūras iškėlę LID nariai neišrenkami ar jų nepakanka, kandidatai siūlomi LID visuotiniame susirinkime.

10.2.3. Valdyba iš savo narių renka valdybos pirmininką. Valdybos nario ir pirmininko kadencijų skaičius neribojamas.

10.2.4. LID valdyba savo veiklą pradeda pasibaigus jos narius išrinkusiam visuotiniam susirinkimui. Jeigu visuotiniame susirinkime renkami pavieniai valdybos nariai, jie renkami tik iki veiksiančios valdybos kadencijos pabaigos.

10.2.5. Visuotinis susirinkimas gali atšaukti visus arba pavienius valdybos narius nepasibaigus jų kadencijai.

10.2.6. Valdybos nariui atsistatydinus iš valdybos nario (arba skyriaus pirmininko) pareigų anksčiau laiko, organizuojamas neeilinis visuotinis susirinkimas naujam valdybos nariui išrinkti. Neeilinis visuotinis susirinkimas gali būti neorganizuojamas, jeigu, atsistatydinus valdybos nariui arba skyriaus pirmininkui, iki eilinio visuotinio susirinkimo liko mažiau nei vieni metai.

10.3. Asmuo nustoja eiti valdybos nario pareigas, kai:

10.3.1. įteikia rašytinį pranešimą apie atsistatydinimą – nuo pranešimo gavimo dienos;

10.3.2. yra atšaukiamas iš valdybos visuotinio susirinkimo sprendimu;

10.3.3. nustoja eiti skyriaus pirmininko pareigas.

10.4. LID valdybai vadovauja LID valdybos pirmininkas, kuris kartu yra ir LID pirmininkas. Valdybos pirmininką iš valdybos narių renka valdyba.

10.5. LID valdybos kompetencija:

10.5.1. šaukia ir organizuoja LID visuotinius susirinkimus bei suvažiavimus;

10.5.2. nustato LID tikslus ir pagrindinius uždavinius;

10.5.3. užtikrina ir kontroliuoja visuotinių susirinkimų bei suvažiavimų priimtų sprendimų vykdymą, LID pirmininko veiklą;

10.5.4. priima sprendimus dėl naujų narių priėmimo ir narių šalinimo iš LID, garbės nario vardo suteikimo, tvarko LID narių sąrašą;

10.5.5. tvirtina LID mokos fondą, struktūrą, darbo reglamentą, pareiginius nuostatus ir kitus dokumentus, kuriuos numato šie įstatai;

10.5.6. svarsto LID finansinę ataskaitą, veiklos ataskaitą ir pateikia ją tvirtinti suvažiavimui; tvirtina ateinančių metų biudžetą ir projektus;

10.5.7. priima sprendimą dėl filialų ir (ar) atstovybių steigimo bei jų veiklos nutraukimo, tvirtina filialų ir (ar) atstovybių nuostatus, skiria ir atšaukia filialų ir (ar) atstovybių valdymo organus;

10.5.8. iš savo narių renka ir atšaukia valdybos pirmininką, valdybos pirmininko pavaduotoją, iždininką;

10.5.9. sprendžia kitus veiklos klausimus, jei tai neprieštarauja teisės aktams bei šiems įstatams.

10.6. Valdyba negali priimti sprendimų priskirtų visuotinio susirinkimo ir suvažiavimo kompetencijai.

10.7. LID valdybos posėdžių tvarka:

10.7.1. LID valdybos posėdžiai turi būti rengiami ne rečiau kaip kartą per metus.

10.7.2. LID valdybos posėdžius šaukia valdybos pirmininkas, informuodamas valdybos narius raštu (elektroniniu paštu) ne vėliau kaip prieš keturiolika

kalendorinių dienų iki posėdžio bei pateikia darbotvarkę. Valdyba šaukiama ir tuomet, kai to raštu reikalauja nors vienas valdybos narys ir nurodo svarstytiną klausimą. Šis reikalavimas privalo būti įvykdytas per septynias kalendorines dienas.

10.7.3. LID valdybos posėdis yra teisėtas, jeigu jame dalyvauja ne mažiau kaip du trečdaliai valdybos narių.

10.7.4. Visi valdybos nariai turi lygias balsavimo teises. Sprendimai, priimami paprasta balsų dauguma, tai yra sprendimas laikomas priimtu, kai balsuojant už jį daugiau dalyvaujančių valdybos narių balsų yra *už* negu *prieš* (susilaikę asmenys neskaičiuojami – jie laikomi balsuojant nedalyvavusiais asmenimis). Jeigu balsai pasiskirsto po lygiai, lemiamas yra valdybos pirmininko balsas. Ši tvarka yra taikoma ir valdybos pirmininko rinkimo / atšaukimo atveju.

10.7.5. LID valdybos posėdžiai yra protokoluojami. Pasibaigus posėdžiui, protokolą ne vėliau kaip per penkias darbo dienas pasirašo valdybos posėdžio pirmininkas ir sekretorius.

11 skirsnis. LID pirmininkas, jo kompetencija

11.1. Valdybos pirmininkas *per se* yra ir LID pirmininkas. LID pirmininkas yra vienasmenis valdymo organas.

11.2. LID pirmininko kompetencija:

11.2.1. organizuoja ir vadovauja LID darbui, organizuoja savanorišką darbą;

11.2.2. atstovauja LID valdžios ir valdymo organuose, santykiuose su fiziniais ir juridiniais asmenimis, taip pat oficialiuose ir dalykiniuose santykiuose su valstybinėmis institucijomis ir kitomis tarptautinėmis organizacijomis, kitomis Lietuvos Respublikos ir kitų šalių asociacijomis;

11.2.3. veikia LID vardu ir vienvaldiškai sudaro sandorius;

11.2.4. priima į darbą ir atleidžia darbuotojus;

11.2.5. atidaro ir uždaro sąskaitas bankų įstaigose;

11.2.6. išduoda įgaliojimus vykdyti tas funkcijas, kurios yra jo kompetencija;

11.2.7. atsako už finansinių ataskaitų bei LID veiklos ataskaitų sudarymą;

11.2.8. atsako už informacijos ir dokumentų pateikimą juridinių asmenų registro tvarkytojui;

11.2.9. atlieka kitas teisės aktuose ir įstatuose nustatytas funkcijas.

11.3. LID pirmininkui nesant, jo funkcijas vykdo valdybos pirmininko pavaduotojas.

11.4. LID pirmininkas gali atsistatydinti iš pareigų, raštu pranešęs apie tai LID valdybai ne vėliau kaip prieš trisdešimt kalendorinių dienų iki numatomos atsistatydinimo datos. Pirmininkui atsistatydinus, jo pareigas laikinai, iki artimiausio valdybos posėdžio, eina valdybos pirmininko pavaduotojas.

12 skirsnis. LID skyriai

12.1. LID darbo grandys yra Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio skyriai.

12.2. Vienas LID narys gali priklausyti tik vienam skyriui. LID nariai skyriams priskiriami valdybos sprendimu, atsižvelgiant į nario darbo vietą.

12.3. LID valdyba turi teisę patvirtinti LID skyrių darbo reglamentą.

12.4. LID skyriams vadovauja skyrių pirmininkai. Skyriaus pirmininką penkeriems metams renka ir atšaukia visuotinis susirinkimas, neribojant kadencijų skaičiaus. Skyriaus pirmininko kandidatūras (tris kandidatuojančius asmenis mažėjančio prioriteto tvarka) balsų dauguma išrenka ir visuotiniam susirinkimui pateikia tikrieji skyriaus nariai. Skyrius, daugumos jo tikrųjų narių sprendimu, gali kelti skyriaus pirmininko atšaukimo iš pareigų klausimą ir teikti jį spręsti visuotiniam susirinkimui.

12.5. Skyriaus pirmininkas gali atsistatydinti iš pareigų, raštu pranešęs apie tai LID valdybai ne vėliau kaip prieš šešiasdešimt kalendorinių dienų iki numatomos atsistatydinimo datos.

12.6. Skyriaus pirmininkas *per se* yra ir LID valdybos narys. Asmuo, savo noru pasitraukęs arba atleidžiamas iš skyriaus pirmininko pareigų, automatiškai pašalinamas ir iš valdybos narių. Atitinkamai asmuo, atsistatydinęs iš valdybos nario pareigų, automatiškai netenka ir skyriaus pirmininko posto.

12.7. Skyrių pirmininkai:

12.7.1. Dalyvauja ir balsuoja LID suvažiavimuose kaip skyrių atstovai / delegatai, turintys tiek balsų, kiek skyriuje yra tikrųjų narių;

12.7.2. organizuoja LID sprendimų įgyvendinimą, darbą atitinkamuose skyriuose;

12.7.3. teikia LID valdybai pasiūlymus dėl skyriaus teritorijoje kylančių klausimų, problemų;

12.7.4. rūpinasi LID finansine parama iš viešųjų, valstybinių ir privačių įstaigų, įmonių ir organizacijų;

12.7.5. teikia LID valdybai savo veiklos ataskaitas;

12.7.6. vykdo kitas šių įstatų ir LID valdybos pavestas funkcijas.

13 skirsnis. Dokumentų ir kitos informacijos apie LID veiklą pateikimo nariams tvarka; pranešimų ir skelbimų paskelbimo tvarka, pagal kurią skelbiama vieša informacija

13.1. Nariui raštu pareikalavus, LID ne vėliau kaip per keturiolika kalendorinių dienų nuo reikalavimo gavimo dienos privalo sudaryti nariui galimybę susipažinti su LID dokumentais LID buveinėje arba, esant galimybei ir nariui to pageidaujant, pateikiant dokumentų kopijas elektroniniu paštu.

13.2. LID nariams aktuali informacija pateikiama LID interneto svetainėje *www.lid.lt.*

13.3. Asmeninio informavimo atveju LID nariai visais LID veiklai aktualiais klausimais informuojami elektroniniu paštu. Jeigu LID narys pasikeičia elektroninio pašto adresą, apie šį pakeitimą jis privalo nedelsdamas pranešti LID valdybai. To nepadarius, senuoju adresu išsiųstas pranešimas ar kitas dokumentas bus laikomas įteiktu tinkamai.

13.4. Įstatymų numatyti vieši LID nutarimai ir pranešimai skelbiami Valstybės įmonės Registrų centras leidžiamame elektroniniame leidinyje *Juridinių asmenų vieši pranešimai* ir LID interneto svetainėje *www.lid.lt*.

14 skirsnis. LID įstatų keitimo tvarka

14.1. LID įstatai gali būti pakeisti visuotinio susirinkimo sprendimu, priimtu ne mažiau kaip dviejų trečdalių visuotiniame susirinkime dalyvaujančių LID tikrųjų narių balsų dauguma. Pakeistus LID įstatus pasirašo LID pirmininkas arba visuotinio susirinkimo įgaliotas asmuo.

14.2. Įstatų pakeitimai įsigalioja nuo jų įregistravimo juridinių asmenų registre.

15 skirsnis. LID filialų, atstovybių steigimo bei jų veiklos nutraukimo tvarka

15.1. LID turi teisę steigti filialus ir (ar) atstovybes Lietuvos Respublikoje ir užsienio valstybėse. Filialų ir (ar) atstovybių skaičius yra neribojamas.

15.2. Filialus ir (ar) atstovybės steigia, nutraukia jų veiklą, tvirtina nuostatus, skiria ir atšaukia valdymo organus LID valdyba.

16 skirsnis. LID lėšų ir pajamų naudojimo, LID veiklos kontrolės tvarka

16.1. LID nuosavybės teise gali priklausyti pastatai, transporto priemonės, įrengimai ir kitas šiuose įstatuose numatytai veiklai reikalingas turtas, kuris gali būti įsigytas iš šio skirsnio 2 punkte nustatytų šaltinių lėšų, bei piniginės lėšos.

16.1.1. LID pajamų šaltiniai:

16.1.2. narių stojamieji įnašai, narių mokesčiai ir tiksliniai įnašai;

16.1.3. valstybės ir savivaldybių tikslinės paskirties lėšos ir turtas;

16.1.4. Lietuvos bei užsienio fizinių ir juridinių asmenų parama, neatlygintinai perduotos lėšos ir turtas;

16.1.5. palikimai, pagal testamentą tenkantys LID;

16.1.6. LID įsteigtų juridinių asmenų pelnas;

16.1.7. kredito įstaigų palūkanos, mokamos už jose esančias lėšas;

16.1.8. kitos pajamos.

16.2. LID turtas ir lėšos naudojami įstatuose nurodytiems tikslams įgyvendinti, ilgalaikiam turtui, inventoriui įsigyti ir eksploatuoti, leidybinei veiklai, konferencijų, suvažiavimų organizavimui, korespondencijai, ūkinei organizacinei veiklai, Lietuvos medicinai naudingoms iniciatyvoms remti.

16.3. LID iždininkas prižiūri ir kontroliuoja kasdienį LID lėšų tvarkymą.

16.4. LID buhalterinė ir finansinė apskaita vedama, atskaitomybė sudaroma ir tvirtinama laikantis Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatytos tvarkos.

16.5. LID praėjusių finansinių metų finansinių ataskaitų rinkinį arba metinę finansinę ataskaitą tvirtina suvažiavimas.

16.6. LID finansinės veiklos kontrolę vykdo revizorius, kurį penkeriems metams renka visuotinis susirinkimas. Revizoriaus kadencijų skaičius neribojamas. Revizoriumi negali būti LID valdybos nariai ir asmenys, kuriuos su LID valdybos nariais sieja artimi giminystės ar svainystės ryšiai (tėvai (įtėviai), vaikai (įvaikiai), sutuoktiniai, broliai, seserys, taip pat sutuoktinių broliai, seserys, tėvai ir vaikai).

16.7. LID revizorius:

16.7.1. kasmet tikrina finansinę LID atskaitomybę ir kitus buhalterinės ir finansinės veiklos dokumentus ir parengtą ataskaitą pristato kasmetiniam eiliniam suvažiavimui;

16.7.2. suvažiavimo ar valdybos pavedimu atlieka buhalterinius patikrinimus; artimiausiame suvažiavime susirinkime pateikia patikrinimų ataskaitą ir praneša apie visus tikrinant nustatytus pažeidimus;

16.7.3. saugo LID paslaptis, kurias sužino, kontroliuodama LID veiklą.

16.8. LID valdymo organai privalo pateikti revizoriui jo reikalaujamus finansinius ir buhalterinius dokumentus.

16.9. Revizorius įstatymų nustatyta tvarka atsako už LID veiklos trūkumų nuslėpimą.

17 skirsnis. Baigiamosios nuostatos

17.1. Šiuose įstatuose neaptarti klausimai sprendžiami LID veiklą reglamentuojančių Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

17.2. Šie įstatai įsigalioja nuo jų įregistravimo Juridinių asmenų registre.

Įstatai patvirtinti 2021 m. rugsėjo 16 d. įvykusiame Lietuvos infektologų draugijos suvažiavime.