LID 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 (Jungtinė Karalystė)
Prof. Kęstutis Petrikonis (neurologija ir infekcijos)

RUBRIKOS *MOKSLINIAI DARBAI* STRAIPSNIAI YRA SPAUSDINAMI RECENZUOTI

RECENZENTAI
Nuoširdžiai dėkojame asmenims, 2022 metais recenzavusiems žurnalui *Infekcinės ligos* pateiktus rankraščius:
prof. Ligitai Jančorienei (VU),
doc. Marijai Vidai Bareišienei (LSMU),
dr. Evelinai Pukenytei (LSMU),
dr. Danguolei Važnaisienei (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 2022 / 1 (16)

TURINYS

Redaktoriaus žodis 2

Lietuvos infektologų draugijos informacija
A. Rainytė: *Svarbu taip kalbėti ir elgtis, kad ir motina, ir vaikas pasitikėtų gydytoju* 4

V. Dambrauskienė: *Medicina – tai gyvenimo būdas* 7

Infektologų veiklos įvertinimas 10

Aktualijos ir naujienos
Patvirtinta hepatito C patikra 11

Infektologijos perspektyvos: aukščiausio lygio paslaugos šiuolaikinius tarptautinius standartus atitinkančiuose centruose 16

Moksliniai darbai
Originalūs straipsniai
Pirmosios COVID-19 bangos metu Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Infekcinių ligų centre hospitalizuotų COVID-19 sirgusių pacientų ligos eigos analizė 20

Epidemiologiniai ir klinikiniai pacientų, sirgusių juostine pūsleline ir gydytų Kauno klinikinėje ligoninėje 2016–2020 metais, ypatumai 26

Klinikiniai atvejai
Žaibinis pneumokokinis sepsis pacientui, kuriam yra asplenija. Klinikinis atvejis 31

Informacija iš konferencijų, stažuočių
Akimirkos iš ECCMID 2022: asmeniniai pastebėjimai ir naujos patirtys 33

Jaunųjų infektologų profesinis tobulinimasis 37

Lietuvos infektologų draugijai – 50 metų! 40

Bazinės infekcinių ligų žinios
Botulizmas 42

Naudingos lentelės, schemos ir algoritmai 45

Pasitikrink žinias 51

Tai įdomu
Lietuvos infektologų draugijai – 50 metų (1972–2022 metai): praeitis, dabartis ir ateitis. Istorinė apybraiža 52

Farmakoterapija
Sezoninio gripo sergamumo, hospitalizacijos ir specifinės profilaktikos dinamika Lietuvoje 2019–2022 metais 60

Laktoferino nauda valdant infekcines ligas 64

Laiškai redakcijai
Vilniaus universiteto Infekcinių ligų katedra-klinika 67

Nauji leidiniai, anonsai 78









Kolegos,

visapusiškai kompetentingi specialistai Europos ir pasaulio mastu dirbant tiek savarankiškai, tiek komandoje – nuskambėjo Lietuvos infektologų draugijos (LID) ateities vizija metinėje tarptautinėje konferencijoje, skirtoje draugijos 50-mečiui paminėti. Įspūdžius iš šios konferencijos ir istorinę apybraižą apie LID ir daugelį kitų ne mažiau įdomių, aktualių straipsnių rasite šiame žurnalo numeryje.

Kiekviena šalis sveikatos politikoje turi savų ypatumų, tačiau šalia vietinių problemų sprendimo, indėlio į Lietuvos gyventojų sveikatą ne mažiau svarbus ir **tarptautiškumas**. Turime patyrusių, kvalifikuotų specialistų, kurie matomi ne tik Lietuvoje, bet ir pasaulyje. Prof. Arvydas Ambrozaitis pirmininkavo sesijai Europos mikrobiologijos ir infekcinių ligų asociacijos kongrese (ECCMID 2022) Lisabonoje (Portugalija), prof. Raimonda Matulionytė skaitė pranešimą ir dalyvavo diskusijoje Europos ligų prevencijos ir kontrolės 2 dienų seminare *Workshop on implementing ECDC HIV, hepatitis B and C testing guidance, as well as STI testing standards in the EU / EEA,* nemažai infektologų dalyvavo I-MOVE-COVID-19 (angl. *Multidisciplinary European network for research, prevention and control of the COVID-19 pandemic*) tinklo vykdomame tyrime ir pan. Draugijos nariai yra kviečiami skaityti pranešimus, teikti santraukas, siūlyti sesijas tarptautinėms konferencijoms. Ir, žinoma, dalyvauja daugelyje tarptautinių darbo grupių, projektų.

Šių metų laimėjimas Lietuvoje – pradėta vykdyti nemokama patikra dėl hepatito C viruso, skatinamoji paslauga. Tai bendras nuopelnas kartu su gastroenterologais ir šeimos gydytojais. Iš infektologų daugiausiai prie šio siekio prisidėjo prof. Ligita Jančorienė. LID pakviesta būti ECCMID 2023 sesijos *Viral hepatitis elimination: implications of the new roadmap* koorganizatore.

Džiaugiamės įvykusiais naudingais renginiais Lietuvoje – hepatito C patikrai skirtais renginiais, jau tradicija tapusia multidisciplinine konferencija, šį kartą skirta kepenų parazitinėms ligoms (inicijuota chirurgų, organizuota kartu ir su radiologais), ir tradicine infekcinių ligų aktualijų konferencija. Šiemet buvome ir tarptautinių konferencijų partneriai – *Medicine 2042* (Izraelis), *European HIV Clinical Forum 2022, Nurses & Pharmacists HIV Clinical Forum 2022, International Viral Hepatitis Elimination Meeting (IVHEM) 2022.* Ir labai laukiame Baltijos šalių jaunųjų infektologų konferencijos, suplanuotos 2023 metų kovo 24–25 dienomis Rygoje (Latvija), kurios viena organizacinio komiteto narių yra ir LID Ateities infektologų darbo grupės vadovė rez. Roberta Vaikutytė.

Ir toliau LID skatins savo narius ne tik dalyvauti tarptautinėse konferencijose, stažuotėse, bet ir tiesiogiai įsitraukti organizuojant, pirmininkaujant, skaitant pranešimus, tai yra ne tik semtis žinių iš kitų, bet ir savo sukauptas žinias skleisti kitiems ne tik Lietuvoje.

Nuotraukose, labai tinkančiose kalbant apie tarptautiškumą, – ESCMID ką tik buvęs prezidentas prof. Maurizio Sanguinetti, skaitęs pranešimą LID metinėje konferencijoje nuotoliniu būdu, su kuriuo vėliau dar teko susitikti gyvai ESCMID 2022 metų vasaros stovykloje Romoje (Italija), ir Kamerūno infekcinių ligų gydytoja, dirbanti Italijoje, viena ESCMID 2022 metų vasaros stovyklos dalyvių, kuri labai norėjo įsiamžinti su manimi, pamatyti kontrastą. Labai rekomenduoju šią vasaros stovyklą visiems, o labiausiai vyresniesiems rezidentams ir doktorantams, norintiems ne tik pasidalyti savo mokslinių darbų idėjomis, tarpiniais rezultatais, įgyti daug teorinių žinių vienu metu, bet ir pamatyti infekcinių ligų gydytojų ir mikrobiologų kasdienį darbą praktiškai bei labai gerai praleisti laiką. Kita vasaros stovykla planuojama Sevilijoje (Ispanija) 2023 metais liepos 1–8 dienomis.

Prieš atsiversdami tarptautinį žurnalą, pasidomėkime ir vietinėmis aktualijomis. Malonaus skaitymo!

Vyriausioji redaktorė
dr. Danguolė Važnaisienė



Šaltinis *www.idealiste.lt.*

Te niekad neapleis energija sparnuota ir akys šilumą jaunatvišką teskleis.

Širdis, tikėjimo žiedais apvainikuota, te niekada pavargti Jums neleis.

Mes linkim Jums energijos, sveikatos ir šypsenos geros, plačios.

Tegul Jums skiriamus ilgiausių metų dar šimtą kartų pakartos...

Jubiliejaus proga nuoširdžiai sveikiname Lietuvos infektologų draugijos nares Aldoną Rainytę, Violetą Dambrauskienę. Dėkojame joms už pokalbius.

Gražios šventės proga sveikiname ir kitus Lietuvos infektologų draugijos narius – Violetą Kanišauskienę, Viliją Uksienę, Dalią Merkienę, Redą Adamonytę-Stankevičienę, Iloną Gurnienę, Arnoldą Pautienių, Redą Pečiulionienę, Laimą Sakalauskienę, Tatjaną Subočiūtę-Stuliovą.

A. Rainytė: *Svarbu taip kalbėti ir elgtis, kad ir motina, ir vaikas pasitikėtų gydytoju*

Šiais metais vaikų gydytoja, medicinos mokslų daktarė Aldona Rainytė minėjo gražią 90 metų sukaktį. Sukaktys priverčia žmogų stabtelėti, atsigręžti ir peržvelgti nueitą kelią. Skaitytojams tai yra puiki proga pasivaikščioti jubiliato keliu.



Gydytojos A. Rainytės kelias buvo kupinas iššūkių, tačiau nestokojo laimėjimų. Visą gyvenimą medikė dalijosi žiniomis ir patarimais, skleidė šilumą ir gerumą, globojo ir mylėjo tiek mažuosius pacientus, tiek studentus, kolegas. Ji ir šiandien kupina energijos, veiklos.

Kodėl pasirinko mediciną? Kaip tapo vaikų ligų gydytoja? Kodėl sudomino infektologija? Kur slypi sėkmingo darbo paslaptis? Apie visa tai ir dar daugiau kalbamės su vaikų ligų gydytoja A. Rainyte.

Ar medicina buvo jūsų svajonių profesija?

Kalbant apie mediciną mano gyvenime, tenka prisiminti autobiografiją. Galiu pasakyti, kad mano visas sąmoningas gyvenimas buvo susijęs su medicina.

Būdama 7 metų, gana sunkiai susirgau hemoraginiu vaskulitu ir atsidūriau ligoninėje. Prisimenu, kad man buvo labai bloga. Dar kentėjau ir dėl to, kad mano mamai neleido būti su manimi. Pagerėjus sveikatai, buvau išleista į namus. Mane gydžiusius gydytoją ir medicinos seseles laikiau nepaprastais, visagaliais žmonėmis. Taip atsirado noras tapti panašia į juos.

Mūsų giminėje medikų nebuvo. Mama buvo neturtingų ūkininkų duktė, jokio specialaus išsilavinimo neturėjo, tačiau labai mėgo skaityti įvairią literatūrą. Ji vis sakydavo, jeigu jaunystėje būtų turėjusi galimybę, būtų tapusi medicinos sesele. Taigi medicina man buvo kažkas nepaprasta.

Toliau likimas klostėsi taip, kad 1941 metais buvome ištremti: tėvelis – į lagerį, mes su mama ir jaunesniu broliu – į Sibirą. Ten lankiau mokyklą, mokiausi gerai, septynias klases baigiau su pagyrimu. Galėjau mokytis toliau, bet mamos sveikata buvo bloga (ji sirgo įgimta širdies yda). Todėl norėjau greičiau atsistoti ant kojų – įgyti specialybę. Nusprendėme, kad protingiausia būtų stoti į medicinos mokyklą. Būdama 15 metų įstojau į felčerių akušerių mokyklą Barnaule, už 500 km nuo mūsų iki tol gyvenamosios vietos. Ten gyvenau viena, gana sunkiai, bet medicina labai patiko ir medicinos mokyklą baigiau su pagyrimu. Dėstytojai sakė, kad galėčiau pratęsti mokslą medicinos institute be stojamųjų egzaminų. Tačiau siuntimo stoti į institutą negavau, nes buvau tremtinė. Buvau nusiųsta dirbti akušere į mažos gyvenvietės ligoninę taigoje, kurioje dirbo vienintelis gydytojas. Gimdymo skyriuje buvo tik 10 lovų. Atvykusi pakeičiau į pensiją išėjusią vienintelę akušerę. Likau dirbti viena – 18 metų mergiotė, ką tik baigusi medicinos mokyklą. Per metus būdavo apie 100 gimdymų. Kadangi buvau vienintelė akušerė, neturėjau jokių laisvadienių ir atostogų. Kartu prižiūrėdavau ir naujagimius. Laimei, darbas sekėsi. Tačiau ir noras toliau mokytis nepraėjo. Tad po 3 metų, sunkiai gavus saugumo leidimą

išvykti, išlaikiau stojamuosius egzaminus Krasnojarsko medicinos institute. Dar po 3 metų gavau leidimą persikelti studijuoti Vilniaus universiteto Medicinos fakultete.

O vaikų ligos ir infekcijos?

Studijuojant 6 kurse, buvo sudaroma pediatrų grupė. Neabejodama prisijungiau prie šios grupės, nes jau turėjau darbo praktikos su naujagimiais. Be to, pediatrija buvo labai patraukli tuo, kad jai vadovavo tokie įdomūs dėstytojai kaip Petras Baublys ir Liudmila Steponaitienė (tuomet abu dar be mokslinio laipsnio). Taip tapau pediatre. Baigiau medicinos fakultetą su pagyrimu, pasirinkau darbą Anykščiuose. Iš pradžių dirbau apylinkės pediatre, vėliau buvau paskirta Pediatrijos skyriaus vedėja ir rajono pediatre. Taigi teko susipažinti su įvairiomis pediatro darbo rūšimis. Įsitikinau, kad didžiausią vaikų ligų dalį sudaro infekcinės ligos – ligos, sukeltos įvairių bakterijų, virusų, parazitų.

Visos vaikų infekcinės ligos gali būti įvairaus sunkumo ir kartais sunkiai atpažįstamos. Todėl pediatras turi gerai išmanyti infekcinių ligų diagnostiką ir ligų profilaktiką. Laimei, daugelio infekcinių ligų profilaktikai yra išrasti skiepai. Taigi daugelio vaikų ligų galima išvengti ar bent palengvinti jų eigą. Taip mano domėjimosi sritis tapo vaikų infekcinės ligos, parazitologija. Įstojus į aspirantūrą, šioje srityje apgyniau ir disertaciją. Vėliau ėmiau domėtis infekcinių ligų profilaktika – vakcinologija, imuniteto pagrindais ir imuniteto deficitu.

Kaip įveikdavote darbo ir kasdienybės sunkumus? Kas, jūsų nuomone, labiausiai lemia gydytojo ir pacientų santykius?

Ar sunkus pediatro darbas? Kaip kam. Gydytojo darbe labai didelę reikšmę turi kontaktas su pacientu – kad pacientas pasitikėtų gydytoju. O pediatrijoje šis kontaktas turi būti geras su dviem asmenimis – motina ir vaiku. Svarbu sugebėti taip kalbėti ir elgtis, kad ir motina, ir vaikas pasitikėtų tavimi. Tai nėra lengva. Nuo šio psichologinio krūvio pavargsti. Ką jau kalbėti apie tai, kad ir paciento liga dažnai yra sunkus uždavinys. Tačiau niekada nesigailėjau pasirinkusi pediatriją. O kokią laimę jausdavau, kai ligoninėje gulintis vaikas pavadindavo mane mama. Taip atsitiko kelis kartus. Kai jausdavau vaiko ir jo motinos pasitikėjimą, tai ir nuovargis nebuvo toks sunkus.

Kokius pasiektus rezultatus laikote svarbiausiais?

Savo didžiausiu laimėjimu laikau tai, kad visą gyvenimą mokiausi medicinos – kuo daugiau mokiausi, tuo daugiau rasdavau, ko nežinau. Labai džiaugiausi, kai perskaičiusi užsienio medicinos literatūrą radau informaciją apie naują, iki tol pas mus netaikytą virusinio stenozuojančio laringito gydymą adrenalino aerozoliais ir kortikosteroidais. Džiaugiausi, kad pasisekė jį įdiegti Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Vaikų ligoninėje, o vėliau ir visuose Lietuvos vaikų ligų skyriuose. Tai leido atsisakyti iki tol naudojamų garinimų ir intubavimų, kurie sukeldavo sunkių komplikacijų. Labai džiaugiausi, kai po daugelio metų sutiktos gydytojos, klausiusios mano paskaitų gydytojų tobulinimo Pediatrijos katedroje apie imuniteto mechanizmus ir skiepus, teigiamai vertino jas ir dėkojo už suteiktas žinias. Džiaugiausi, kai tos kartos pediatrai nebijojo vaikų skiepyti ir vaikų vakcinacija artėjo prie siekiamo kolektyvinio imuniteto. Džiaugiausi, kai, įkūrus vaikų ligoninėje skiepijimo palatą, motinos, bijančios dėl galimų komplikacijų skiepyti savo vaikus, atveždavo skiepyti juos į Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Vaikų ligoninę.

Dirbdama Vilniaus universiteto Gydytojų tobulinimo fakulteto Pediatrijos katedroje parengiau kelias metodines rekomendacijas apie vaikų skiepijimą, skirtas gydytojams, leidinį apie skiepų nepageidaujamus reiškinius ir komplikacijas, kuriame pateikiau įrodymų, kaip kartais klaidingai būdavo fiksuojamos skiepų komplikacijos esant patologijai, nesusijusiai su skiepais. Dalyvavau rengiant knygą *Imunologijos raida Lietuvoje* (2016 metai).

Didelę paramą vaikų infektologijos srityje teikė tai, kad, Lietuvai atgavus nepriklausomybę, įstojau į Europos vaikų infektologų asociaciją ESPID ir kasmet galėjau dalyvauti jos suvažiavimuose, rengti pranešimus. Dar svarbiau, kad turėjau galimybę išklausyti visų tos srities Europos mokslininkų pranešimus. Tobulinausi Maskvos (Rusija), Upsalos ir Umeo (Švedija) universitetų vaikų klinikose.

Ilgą laiką nebuvo rengiami vaikų infekcinių ligų gydytojai, tačiau padėtis pasikeitė. Kaip manote, galbūt užtektų tik vaikų ligų gydytojų? Ar būtina, kad būtų vaikų infekcinių ligų specialistų?

Manau, kad kiekvienas praktinį darbą dirbantis pediatras turi gerai išmanyti vaikų infekcines ligas ir jų profilaktikos priemones, nes be jų nėra pediatrijos. Vis dėlto šiais laikais, kai gyventojų judėjimas yra taip padidėjęs, visuomet išlieka galimybė, kad gali būti įvežtų naujų, mums mažai žinomų infekcijų. Tad ypač sudėtingų infekcijų, sunkių ligų atvejais galėtų padėti aukštos kvalifikacijos pediatrai, įsisavinę specialias infektologijos žinias, dirbantys konsultantais.

Mano nuomone, labai svarbu, kad imunologijos ir vakcinologijos pagrindus žinotų visų specialybių gydytojai,

ne tik pediatrai. Liūdna girdėti, kai autoritetingi kitų sričių specialistai tampa skiepų priešininkais, pamiršusiais medicinos istoriją ir nežinančiais, kiek žmonių gyvybių išgelbėjo ir dabar gelbsti skiepai. Apie skiepus galėčiau pasakyti taip: skiepai yra blogai – galimas diskomfortas, galimi nepageidaujami reiškiniai, bet be jų yra daug kartų blogiau – gresia sunki ligos forma, mirtis. Reikia tik prisiminti difterijos, poliomielito, tuberkuliozinio meningito, epiglotito istoriją, kai nebuvo prieš juos skiepų. Mažėjant vaikų skiepijimų mastui ir gerai suprantant tokio reiškinio pavojų, siūliau skaityti mokyklose mokiniams ir jų tėvams populiarias paskaitas apie skiepų naudą. Deja, Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministerijoje buvau nesuprasta.

Kuo šiuo metu užsiimate?

Po 53 su medicina susijusių metų išėjus į pensiją, negalėjau staiga nutraukti ryšio su pediatrija. Pediatrija ir infektologija tapo pomėgiu. Dar daugelį metų lankiausi Lietuvos pediatrų draugijos, imunologų ir vaikų ligoninės savaitinėse konferencijose, džiaugiausi įdomiai parengtais mokslininkų ir gydytojų rezidentų pranešimais. Kas mėnesį lankiausi organizuojamose respublikinėse šeimos gydytojams skirtose konferencijose. Prasidėjusi COVID-19 pandemija šį užsiėmimą nutraukė, tačiau atsirado galimybė kai kurias konferencijas klausyti per nuotolį ir taip papildyti žinias ne tik pediatrijos srityje.

Esate išrinkta Lietuvos infektologų draugijos garbės nare. Kokią matote prasmę, net ir nedirbant aktyviai dalyvauti jos veikloje ir dar kurios dauguma narių yra suaugusiųjų infekcinių ligų gydytojai?

Gaila, kad ateina laikas, kai žmogus pasensta ir privalo išeiti užtarnauto poilsio. Visos per gyvenimą sukauptos žinios tampa nebereikalingos ir taip pat sensta. Bet nepaprastai malonu, kai tavo darbus prisimenama po daugelio metų. Šių metų birželį vykusiame Lietuvos infektologų draugijos suvažiavime buvau apdovanota *Garbės nario diplomu*. Ar gali būti didesnė dovana, kai tavo darbus prisimena daugiau kaip po 20 metų? Esu labai dėkinga kolegoms, tik gailiuosi, kad amžius atima galimybę toliau dirbti mėgstamą darbą.

Ko palinkėtumėte jauniesiems kolegoms?

Jauniesiems medikams noriu palinkėti, kad domėtųsi mokslo naujovėmis, dalytųsi su kolegomis žiniomis, nepamirštų medicinos istorijos, o su pacientais elgtųsi taip, kad jie gydytojais pasitikėtų. Tai ir yra gyvenimo prasmė.

Dėkojame už pokalbį

Kalbėjosi Natalija Voronaja



V. Dambrauskienė: *Medicina – tai gyvenimo būdas*

70 metų sukakties proga kalbiname Respublikinės Panevėžio ligoninės Infekcinių ligų klinikos Infekcinių ligų suaugusiųjų skyriaus vedėją Violetą Dambrauskienę. Kodėl pasirinko infekcinių ligų gydytojos specialybę? Kaip išlikti profesijoje ir neperdegti darbe? Mintimis apie darbą, pašaukimą dalijasi pašnekovė.



Kas jums yra medicina? Kuo sudomino infekcinių ligų sritis?

Medicina – tai gyvenimo būdas. Manau, kad kitaip ir būti negali. Visas gydytojo gyvenimas yra susijęs su medicina. Ką daugiau bepasakysi.

Medicina domėjausi nuo vaikystės. Visi sakė, kad būsiu gydytoja. Mano tėtis buvo veterinaras, tad, kiek save pamenu, visada gydydavau šunis, kates. Tiesą sakant, baigusi vientisąsias medicinos studijas, rinkausi tarp dviejų specialybių – reanimacijos ir infekcinių ligų. Tuo metu maniau, kad būtent šios dvi specialybės gali labiausiai padėti žmogui, jį visiškai išgydyti. Tikrai nenorėjau rinktis onkologijos, nes tuomet tai buvo mažiausiai gydymo galimybių turinti specialybė, o šios ligos nusinešdavo daugiausiai gyvybių.

Reanimacija domino, nes tai buvo gana nauja medicinos sritis. Galiausiai gyvenimas taip ir susiklostė, kad Panevėžio miesto Infekcinėje ligoninėje (tuomet tai buvo savarankiška ligoninė) buvo įkurtas Reanimacijos ir intensyvios terapijos skyrius, kurį organizuoti teko man. Kūrėme nuo nulio, labai nuoširdžiai tuo metu matytų švediškų reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių pavyzdžiu. Netrukus naujasis kūrinys išaugo ir gana sėkmingai veikė. Tad dirbau ir reanimacijos, ir infekcinių ligų skyriuose.

Grįžtant prie infektologo specialybės, noriu pasakyti, kad šį pasirinkimą lėmė ir didelė tėvelio pagarba, dėkingumas šios specialybės medikams. Taip nutiko, kad jo karjera prasidėjo Ariogaloje. Kaip tik tuo metu šiame krašte buvo užfiksuotas juodligės protrūkis. Sirgo ir gyvuliai, ir žmonės (ULAC duomenimis, sirgo 36 gyvuliai, 17 žmonių, 3 iš jų mirė). Tai buvo pokario metai – 1953-ieji. Tėvelis galėjo būti apkaltintas sabotažu, jam galėjo grėsti kalėjimas, lageris. Tačiau infektologai, epidemiologai, nustatė, kad juodligė išplito nuo žmonių, kurie vykdė kasinėjimus užkrėstose vietovėse.

Pirmoji darbovietė buvo Panevėžio medicinos mokykla, tačiau labai norėjau praktinio gydomojo darbo. Kai po rekonstrukcijos buvo atidaryta Panevėžio miesto Infekcinė ligoninė, sulaukiau pasiūlymo dirbti joje, ir tai tapo naujo, netrumpo, įdomaus man kelio pradžia.

Kas sudėtingiausia infekcinių ligų gydytojo darbe? Kas, kalbant apie profesinę veiklą, labiausiai neramina ir kas džiugina?

Infekcinės ligos yra visiškai nenuspėjamos. Niekada nežinai, kiek ir kokių ligonių bus, kiek lovų reikės. Infektologui sunku planuoti darbus, pasiruošti galimiems protrūkiams. Tai turbūt ir yra sudėtingiausia infekcinių ligų gydytojo darbe. Niekada nepamiršiu vienos darbo dienos, kai į skyrių teko guldyti maistu apsinuodijusius vestuvių puotos svečius, kartu su jaunikiu ir jaunąja, taip pat dviejų šermenų dalyvius ir dar danų delegaciją, kurios atvyko pilnas autobusas. Visi jie vaišinosi vienos įmonės pagamintu maistu. Taigi prognozuoti, kokia bus infektologo darbo diena, sunku. Niekada iš tikrųjų negalėjau įsivaizduoti ir tokios grėsmingos padėties, kurią sukėlė SARS-CoV-2 pandemija.

Šiandien pasaulis yra mobilus, žmonės daug keliauja. Prieš kelis dešimtmečius infekcinių ligų protrūkiai buvo lokalūs. Dabar infekcijos sparčiai pernešamos. Pavyzdžiui, šiandien turime pacientą, kuriam įtariama maliarija. Ji dar nepatvirtinta, atliekami tyrimai. Vyras karščiuoja. Jis vykdė misiją Nikaragvoje. Tačiau karščiavimą sukeliančių infekcijų daugybė. Taigi šiandien infektologui reikia daug daugiau žinių nei prieš 20–30 metų.

Kalbant apie tai, kas labiausiai džiugina, veikiausiai, kaip ir kiekvieną gydytoją, – matyti pasveikusius ir laimingus pacientus.

Kokias kolegų ir darbuotojų savybes vertinate?

Manau, kad jaunam specialistui svarbu turėti gerus mokytojus, kurie suteikia ne tik profesinių žinių, drąsos, bet ir moko bendravimo su ligoniais, palaiko, pataria, paguodžia sunkią minutę. Man pasisekė, nes turėjau labai gerus mokytojus. Negaliu nepaminėti tuometės Panevėžio miesto Infekcinės ligoninės vyriausiosios gydytojos Miros Rozovos. Ji ne tik daug žinojo, bet ir mokėjo perduoti tas žinias. Šių savybių nestokojo gyd. I. Burbienė. Visada labai geranoriškai paglobodavo prof. Alvydas Laiškonis.

Medikas mokosi visą gyvenimą. Jo tiek profesinės, tiek asmeninės savybės nuolat ugdomos. Taigi padėti tapti geru gydytoju gali geri mokytojai, kolegos. O svarbiausia savybė, mano nuomone, yra atsidavimas darbui ir ištikimybė pašaukimui.

Esate Infekcinių ligų skyriaus vedėja. Kaip pavyksta, jei pavyksta, darbo problemas palikti ligoninėje? Jei nepavyksta, ar nuolatinis susirūpinimas, galvojimas nenualina? Kaip išvengiate perdegimo sindromo, emocinio išsekimo?

Kartais tenka išgirsti nuomonę, kad neva medikai nieko neveikia. Vaikšto koridoriais ar sėdi kabinete – ant kaklo fonendoskopas, baltas chalatas, rankos kišenėse. Štai ir visas darbas. Tačiau iš tikrųjų visą laiką arba esi darbe, arba galvoji apie darbą.

Nemanau, kad gydytojas gali uždaryti duris ir atsiriboji nuo darbo. Kartu nemanau, kad tai yra profesijos trūkumas. Jau minėjau, kad medicina yra gyvenimo būdas. Niekur nuo jo nedingsi. Jeigu skyriuje gydomi sudėtingi ligoniai, jie kartu su tavimi iškeliauja ir į namus. Kad nuolat negalvočiau apie ligonį, paklausiu savęs: ar šiuo metu viską padariau? Ar dar ką nors galima padaryti? Jei būnu įsitikinusi, kad šiuo metu konkrečiam ligoniui niekuo padėti negalima, stengiuosi atsiriboti nuo minčių apie jį. Be abejo, ne visada pavyksta, ir įkyrios mintys nenustoja suktis galvoje. Būna, kad ligonius sapnuoju. Kartą naktį galvodama, kad bandau prikelti iš komos sunkų ligonį, žadinau vyrą. Gerai, kad vyras irgi medikas, viską supranta.

Atitrūkti nuo darbo padeda pomėgiai, tačiau jiems irgi reikia laiko. Kaip ir daugelis, mėgstu keliauti. Savaitgaliais visada stengiamės ištrūkti iš namų. Vienu metu bandžiau tapyti pastele. Mečiau, nes trūko laiko, o ir vaikai tuomet reikalavo dėmesio. Patinka megzti. Atrodo, paprastas užsiėmimas, tačiau labai atpalaiduoja, o ir numesti mezginį gali bet kada.

Kokius siekius jums leidžia realizuoti vedėjos pareigos?

Niekada nenorėjau eiti aukštesnių už vedėjo pareigų. Manau, kad tada nutolčiau nuo kolegų. Vedėjos pareigos geros tuo, kad galiu savarankiškai priimti tam tikrus sprendimus, kurie leidžia pagerinti, optimizuoti mūsų darbą. Vienas toks pavyzdys – infekcinė ligoninė pirmoji Panevėžio mieste įdiegė CRB testo tyrimus. Tai leido atskirti virusinę infekciją nuo bakterinės. Taigi šios pareigos leidžia priimti ir įgyvendinti paprastus, bet labai reikalingus sprendimus, kai kitu atveju reikėtų galbūt ilgai ko nors prašyti. Taip pat šios pareigos leidžia tobulinti ir organizacinius dalykus, pavyzdžiui, organizuoti slaugą. Visa tai daro darbą efektyvesnį.

Kartu šios pareigos neužkelia į aukštumas, nedaro nepasiekiama kolegoms. Taigi smagu, kad su kolegomis, darbuotojais palaikomas nuoširdus ryšys, kad jie bet kada gali ateiti ir pasitarti tiek ligonių gydymo, tiek darbo organizavimo, tiek kitais klausimais. Mūsų kolektyvas nepaprastai geras. Džiaugiuosi dirbdama su jais.

Kokį gaunate atsaką? Koks yra atgalinis ryšys?

Geriausias gydytojo darbo įvertinimas ir atgalinis ryšys – sveikas pacientas. Visada malonu sulaukti šiltos padėkos iš pacientų. Labai džiaugiuosi, kai prisimena ir pasveikina prieš daug metų išgydyti pacientai. Be abejo, atgalinis ryšys medikui yra labai svarbus. Pacientų nuoširdūs žodžiai įkvepia, skatina stengtis dirbti dar geriau.

Kokie, jūsų nuomone, galimi ir būtini infektologijos srities Lietuvoje vadybos pokyčiai? Ar infektologijos paslaugos organizuojamos racionaliai? Kaip būtų galima jas pagerinti?

SARS-CoV-2 iškėlė nemažai iššūkių visai medicinai, parodė infektologų specialybės svarbą. Pandemija atskleidė, kad buvusi infekcinių ligų gydymo struktūra nepritaikyta pandemijos mastams. Tad buvo svarstoma ir planuojama steigti infekcinių ligų klasterius 5 didžiausiuose šalies miestuose. Galima pasidžiaugti, kad prieš keletą metų duris atvėrė modernus Infekcinių ligų centras Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikose. Šiuo metu šalia Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikų taip pat statoma šiuolaikinė

infekcinė ligoninė. Panevėžyje irgi planuojamas naujas modernus infekcinių ligų centras. Naujos patalpos užtikrins pacientų izoliaciją, jų išdėstymas, ventiliacija apsaugos nuo infekcijos plitimo pastato viduje, jos bus aprūpintos moderniausia įranga ir pan.

Taigi kilusi pandemija padėjo atkreipti dėmesį į infektologiją, kuri ilgą laiką jo stokojo. Infekcinės ligos buvo užmirštos, nustumtos, likusios nuošalyje, tarsi nerimtos. Tačiau gyvenimas parodė, kad infekcinės ligos gali būti labai sunkios ir pavojingos, ir kad, deja, pasaulinę krizę gali sukelti infekcinė liga.

Ilgą laiką Panevėžio infekcinė ligoninė buvo atskira įstaiga. Kokius matote privalumus ir trūkumus sujungus ją su Respublikine Panevėžio ligonine?

2010 metais, įgyvendinant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos III etapą, prie Panevėžio ligoninės buvo prijungta Panevėžio miesto infekcinė ligoninė ir Likėnų reabilitacijos ligoninė. Iki reformos buvome maža ligoninė, turėjome nedidelį kolektyvą. Kompaktiškumas turėjo savo privalumų. Buvo lengviau įgyvendinti nesudėtingus dalykus, pertvarkas, susijusias su darbo organizavimu, paslaugų teikimu, kurie nereikalavo didelių išteklių. Tapus didelės ligoninės dalimi, galbūt daugiau derinimų, veiksmų reikalauja šie minėti paprasti dalykai. Kita vertus, prisijungus prie Respublikinės Panevėžio ligoninės, atsivėrė didesnės tyrimų galimybės. Didesnės ir laboratorijos apimtys, ir instrumentinių tyrimų daugiau. Taip pat prieinamesnės tapo specialistų konsultacijos. Tik pradėjusi dirbti maniau, kad infektologija labai siaura specialybė, kad užtenka mokėti diagnozuoti ir gydyti maždaug 20 pagrindinių ligų. Greitai supratau, kad infektologija reikalauja be galo daug žinių iš įvairių sričių, todėl be gydytojų specialistų konsultacijų apsieiti neįmanoma. Dažnai tenka konsultuotis su nervų ligų specialistais, nes yra neuroinfekcijų (meningitas, erkinis encefalitas, kt.), chirurgais, terapeutais, reumatologais, nes infekcinės ligos gali simuliuoti kitas ligas, pasireikšti panašia į kitų ligų klinika. Tad šios svarbios konsultacijos dabar suteikiamos greičiau. Tai labai didelis privalumas.

Ar turite praktikų rezidentų? Ar Infekcinių ligų klinikoje yra tam sąlygos? Kokia to nauda ligoninei?

Taip, gydytojai renkasi mūsų įstaigą rezidentūros studijoms. Tam yra sudarytos tinkamos sąlygos. Labai džiaugiuosi, kad rezidentai ne tik renkasi mūsų ligoninės Infekcinių ligų kliniką, bet ir po rezidentūros nusprendžia likti joje dirbti. Vienas buvęs rezidentas dirba jau nuo praėjusių metų, kita jauna gydytoja darbą pradės nuo rudens.

Nauda, be abejo, didžiulė. Jie yra smalsūs, energingi, atsidavę profesijai. Šie jauni specialistai, apie kuriuos kalbu ir kurie nusprendė likti mūsų ligoninėje, iš tiesų tapo gydytojais infektologais iš pašaukimo. Juk jų rezidentūra vyko per pandemiją. Taip kad jie iš tiesų perėjo tą pragarą, atlaikė visus išbandymus. Smagu, kad ir pacientai juos vertina.

Panevėžio infektologai aktyviai dalyvauja Lietuvos infektologų draugijos veikloje? Ar tai naudinga?

Norėčiau pasakyti, kad turbūt nėra Lietuvoje daugiau tokios draugijos ar, tiksliau, bendrijos, bendruomenės, kaip infektologų. Iš tiesų mes esame kaip šeima. Be abejo, diskusijos vyksta, tačiau paprastai nesunkiai ir greitai prieiname prie bendro sutarimo. Nėra Vilniaus ar Kauno arba Panevėžio infektologų nuomonės. Kiekvienas mūsų narys gali drąsiai kreiptis pagalbos į kolegą. Bet kuris gydytojas gali paskambinti bet kuriam profesoriui ir pasiteirauti jam rūpimu klausimu. Visi kolegos geranoriški, niekada neatsisako padėti. Tokia mūsų draugija nepaprastai didžiuojuosi.

Visada naudingi draugijos organizuojami renginiai, seminarai, susitikimai. Tai ne tik naujos žinios, praktiniai retų ar sunkių atvejų aptarimai, bet ir betarpiškas bendravimas, kai gali pakalbėti ne tik darbo, bet ir kitomis temomis. Draugija padeda spręsti ir organizacinius dalykus. Taip buvo COVID-19 pandemijos pradžioje. Tuomet mūsų šalis dar neturėjo šio viruso nustatymo testų. Skambinau, teiravausi, sužinojau, kaip elgtis, ir pirmojo mūsų ligonio teigiamas atsakymas dėl COVID-19 buvo atkeliavęs iš Roterdamo (Nyderlandai).

Ko palinkėtumėte jauniesiems kolegoms?

Pastarieji metai tiek gydytojams infektologams, tiek šiuose skyriuose dirbančiam personalui iš tiesų nėra lengvi. Ir ligonių srautas, ir apsaugos kostiumai, kurių per vasaros karščius slaugytojos nenusivelka po 4 val. ir ilgiau, gerokai apsunkina darbą. Tenka girdėti medicinos darbuotojus kalbant apie perdegimo sindromą. Tačiau manau, kad jei pasirinkai tai, ko iš tiesų norėjai, perdegimo sindromo neturėtų būti. Taip, vieną dieną pavargsti daugiau, užtat kita būna lengvesnė. Manau, kad jei esi savo vietoje, dirbi iš pašaukimo, lengviau gali pakelti ir sunkumus, kurie vis tiek visada baigiasi. Ne kartą minėjau ir dar pakartosiu, kad medicina – tai gyvenimo būdas. Tad labai svarbu suvokti, kuo nori užsiimti gyvenime, ir priimti tinkamą apsisprendimą. Ir tada, kaip ir kiekviename darbe, linkėčiau neprarasti kantrybės. Būti kantriam, vadinasi, būti ramiam, pasitikinčiam. Tai leis įgyvendinti išsikeltus tikslus. Viena diena bus geresnė, kita – blogesnė. Nepavyks išvengti ir klaidų, ir praradimų, mirčių. Su tuo irgi reikia išmokti susitaikyti. Tačiau tikrai daugiau bus džiaugsmo, kurį suteikia pasveikę pacientai.

Dėkojame už pokalbį

Kalbėjosi Natalija Voronaja

Infektologų veiklos įvertinimas

Prof. habil. dr. A. Laiškoniui įteiktas pirmojo laipsnio *Santakos* garbės ženklas



Minint Valstybės dieną, 2022 metų liepos 6 dieną nusipelnę asmenys iškilmingai pagerbti Kaune. Pirmojo laipsnio *Santakos* garbės ženklas įteiktas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto gydytojui infektologui prof. habil. dr. Alvydui Laiškoniui.

Pirmojo laipsnio *Santakos* garbės ženklu apdovanojami Lietuvos ir užsienio valstybių vadovai, kiti asmenys už ypatingus nuopelnus Kaunui ir Lietuvos Respublikai.

Nuoširdžiai sveikiname!

Lietuvos infektologų draugijos 50-mečio proga surengtoje konferencijoje įteikti apdovanojimai draugijos nariams



Lietuvos infektologų draugijos narių apdovanojimai

Prof. habil. dr. Arvydui Ambrozaičiui, gyd. Vidai Joneliūnienei ir doc. Aldonai Rainytei suteikti Lietuvos infektologų draugijos garbės nario vardai ir įteikti garbės nario diplomai bei apdovanojimai už nuopelnus Lietuvos infektologų draugijos veikloje.



Renginio akimirkos

Už nuopelnus Lietuvos infektologų draugijos veikloje apdovanoti ir doc. Marija Vida Bareišienė, doc. Eugenijus Broslavskis, prof. Alvydas Laiškonis, doc. Juozas Ūsaitis, prof. Stefanas Gravensteinas, prof. Andreičinas Mykailas Antonovičius, prof. Ligita Jančorienė, prof. Auksė Mickienė, prof. Raimonda Matulionytė, gyd. Liucijus Ambraška, gyd. Audronė Marcinkutė.

Patvirtinta hepatito C patikra

Lietuvoje patvirtinta nemokama patikra dėl hepatito C viruso, kuriuo gali būti užsikrėtę apie 50 000 to nė neįtariančių žmonių. Pasireiškus pirmiesiems simptomams, pokyčiai kepenyse neretai jau būna negrįžtamai pažengę. Hepatitas C yra atsakingas už 2 proc. visų mirčių Europos regione, todėl medikai ir politikai, suvieniję jėgas, siekia sveikesnės visuomenės ir nori eliminuoti šį virusą. Nuo šiol kiekvienas žmogus turi galimybę pasitikrinti, ar nėra pavojingos infekcijos nešiotojas. Tam tereikia vieno skambučio šeimos gydytojui.

Nauja pradžia suvaldant infekciją

Vienas iniciatorių, Lietuvos mokslų akademijos Biologijos, medicinos ir geomokslų skyriaus pirmininkas, Kauno klinikų Gastroenterologijos klinikos Hepatologijos sektoriaus vadovas gydytojas prof. habil. dr. Limas Kupčinskas pabrėžia, kad ši patikra – ilgai lauktas ir svarbus žingsnis siekiant suvaldyti pavojingos infekcijos plitimą.

Pasaulio sveikatos organizacija iškėlė ambicingą tikslą iki 2030 metų eliminuoti hepatitą C kaip svarbią visuomenės sveikatos problemą visame pasaulyje. Remiantis Nacionalinio vėžio instituto registro duomenimis, per metus Lietuvoje nustatoma 240 naujų kepenų vėžio atvejų. Tarp pacientų, kuriems reikalinga kepenų transplantacija dėl pažengusios kepenų ligos, 40 proc. serga hepatitu C. Visuomenės testavimas gali gerokai sumažinti sergamumą kepenų vėžiu ir kepenų ciroze, šias ligas sukeliančios infekcijos mastą, todėl patikros programos įdiegimas Lietuvoje – nauja pradžia suvaldant hepatito C viruso infekciją, – įsitikinęs prof. habil. dr. L. Kupčinskas. – *Lietuvoje šios infekcijos gydymą šiuo metu gali paskirti tiek gastroenterologai, tiek infekcinių ligų gydytojai. Tiesa, tam, kad atrastume pacientus, sergančius lėtai progresuojančia liga, nepasireiškiančia ryškesniais simptomais, į patikrą reikia plačiai įtraukti ir šeimos gydytojus.*



Asmens sveikatos departamento direktorė O. Vitkūnienė



Prof. habil. dr. L. Kupčinskas

Patikros tikslas – ankstyvas hepatito C viruso infekcijos nustatymas atliekant antikūnų prieš šį virusą tyrimą pas šeimos gydytojus. Lietuvoje nemokamai jau gali būti tiriami 1945–1994 metais gimę ir nepriskiriami rizikos grupėms žmonės, o kasmet – asmenys, kurių šeimos nariui diagnozuotas hepatitas C, kartą pabandę ar aktyviai vartojantys švirkščiamuosius narkotikus, užsikrėtę žmogaus imunodeficito viruso infekcija, ir pacientai, gydomi priklausomybės ligų klinikose, nepriklausomai nuo amžiaus ir lyties.

Kaip sako Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamento direktorė Odeta Vitkūnienė, Lietuva iš esmės yra pasirengusi įgyvendinti Pasaulio sveikatos organizacijos iškeltą tikslą iki 2030 metų eliminuoti visuomenei pavojingą virusinį hepatitą C. *Šeimos gydytojai jau vykdo patikrą dėl šio viruso. Gyventojams ji nemokama, finansuojama Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis. Be to, dar anksčiau esame įdiegę šiuolaikines, efektyvias ir saugias diagnostikos priemones bei 100 proc. kompensuojame lėtinio hepatito C gydymą pažangiausiais tiesiogiai veikiančiais antivirusiniais vaistais, jais galima išgydyti bet kurio genotipo hepatito C viruso infekciją. Šios priemonės neabejotinai yra sėkmės ir proveržio, gydant pavojingą infekciją, garantas*, – teigė O. Vitkūnienė.

Vienas patikros iniciatorių prof. Liudas Mažylis, dirbantis sveikatos klausimais Europos Parlamente, prisimena dar praėjusių metų pavasarį inicijavęs Lietuvos europarlamentarų kreipimąsi į Lietuvos Respublikos Seimą ir Vyriausybę dėl hepatito C viruso tyrimų finansavimo.

Europos Parlamente veikė specialusis kovos su vėžiu komitetas (BECA), kurio narys buvau. Prašant prof. L. Kupčinsko konsultacijų įvairiais su vėžiu susijusiais klausimais, bediskutuojant ir kilo idėja apie patikrą dėl hepatito C viruso infekcijos. Kadangi lėtinis hepatitas tam tikrais atvejais gali išsivystyti į kepenų vėžį, ši patikra

turėtų prisidėti ir prie vėžio profilaktikos, ne tik hepatito C eliminacijos. Reikia tikėtis, kad patikra bus sėkminga, gyventojų sąmoningumo nestigs. Kadangi Lietuvoje turime ne vieną tokią programą, žinome, kokie jų įgyvendinimo iššūkiai ir kaip juos įveikti, – vylėsi prof. L. Mažylis.

Infekcijos eiga – kiekvienam skirtinga

Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Infekcinių ligų centro vadovė, infekcinių ligų gydytoja prof. Ligita Jančorienė prisimena, kad pirmą kartą Lietuvos kraujo centruose hepatito C viruso infekcijos diagnostika įdiegta tik 1993 metais. Pirmiausiai pradėti tirti kraujo ir plazmos donorai, vėliau – kraujo produktų recipientai, sirgusieji gelta po įvairių intervencijų. Profesorės teigimu, dalis asmenų, užsikrėtusių hepatito C virusu, nepajunta jokių simptomų, todėl ilgą laiką nežino, kad serga. Kepenų uždegimas, besitęsiantis dešimtmečiais, palaipsniui sukelia ligos progresavimą į kepenų fibrozę ir cirozę. Gali vystytis pirminis kepenų vėžys ir sutrikti šio organo funkcija.

Užsikrėtus jaunystėje, liga progresuoja lėčiau ir cirozė išsivysto per 30–40 metų. Tačiau, užsikrėtus vyresnio amžiaus asmeniui, ji formuojasi daug greičiau – per 10–20 metų, nes imuninė sistema nebegali priešintis virusui. Jei asmuo užsikrečia žmogaus imunodeficito virusu (ŽIV) ir hepatito C virusu, piktnaudžiauja alkoholiu, nutunka ar suserga kitomis kepenų ligomis, lėtinis kepenų pažeidimas progresuoja greičiau. Tad šie žmonės patenka į gydytojų akiratį, o užsikrėtę jaunystėje ir nieko nejaučiantys ilgai vaikšto nežinodami apie prastėjančią sveikatą. Nebent netyčia, pavyzdžiui, donuodami kraujo ar profilaktinių sveikatos patikrų metu, – kalbėjo prof. L. Jančorienė.

Hepatito C virusas plinta per kraują – perpilant kraują ar jo produktus (jei perpylimas įvyko iki 1993 metų), nesteriliais instrumentais atliekant medicinines procedūras,



Prof. L. Jančorienė

darant tatuiruotes, veriant auskarus ar darant manikiūrą ir pedikiūrą; naudojantis užsikrėtusio asmens daiktais, pavyzdžiui, dantų šepetėliu, skutimosi priemonėmis, vartojant švirkščiamuosius narkotikus ir dalijantis užkrėstais švirkštais, adatomis ir kitomis priemonėmis. Taip pat hepatito C virusu užsikrėtusi motina infekciją gali perduoti kūdikiui gimdymo metu. Hepatito C virusas neperduodamas čiaudint, kosint, per maistą ar vandenį, per stalo įrankius, puodelius ar stiklines.

Profesorė tęsė, kad, išaiškinus sudėtingą viruso dauginimosi ciklą, buvo sukurti nauji vaistai, galintys išgydyti infekciją. *Pasaulio sveikatos organizacija 2016 metais paskelbė, kad dėl efektyvaus gydymo galima išgydyti užsikrėtusiuosius, todėl būtina nedelsiant atrasti šiuos asmenis. Pasaulio sveikatos organizacija inicijavo, kad visos šalys parengtų nacionalines hepatitų programas, padėsiančias visiškai eliminuoti infekciją. Labai svarbu rasti būdus,*



Pasaulinei hepatito C dienai skirto forumo akimirka

MAVIRET™
glekapreviras/pibrentasviras



8 SAVAITĖS: TRUMPIAUSIAS KELIAS PASIEKTI TIKSLĄ – IŠGYTI[1]

MAVIRET YRA SKIRTAS SUAUGUSIŲJŲ IR 3 METŲ BEI VYRESNIŲ VAIKŲ LĖTINĖS HEPATITO C VIRUSO (HCV) INFEKCIJOS GYDYMUI[1]

VIENINTELIS

8 SAVAIČIŲ GYDYMAS

anksčiau nuo HCV[1]* negydytiems pacientams

EFEKTYVUS

98%

EFEKTYVUMAS[1]

Išgijimo dažnis gydant visų genotipų HCV infekciją, anksčiau negydytiems pacientams

TIK

KARTĄ PER PARĄ

(3 tabletės su maistu†)[1]

Maviret dengtos granulės yra skirtos vaikų nuo 3 metų iki mažiau kaip 12 metų, sveriančių nuo 12 kg iki mažiau kaip 45 kg lėtinės HCV infekcijos gydymui. Išsami informacija apie MAVIRET dengtų granulių paketėliuose dozavimą, paruošimą ir vartojimą pateikiama PCS ir pakuotės lapelyje.

Maviret 100 mg/40 mg plėvele dengtos tabletės. Maviret 50 mg/20 mg dengtos granulės paketėlyje. INN. glecaprevirum/ pibrentasvirum. **Sudėtis.** Kiekvienoje plėvele dengtoje tabletėje yra 100 mg glekapreviro *(glecaprevirum)* ir 40 mg pibrentasviro *(pibrentasvirum)*. Kiekviename paketėlyje yra 50 mg glekapreviro ir 20 mg pibrentasviro. **Indikacijos.** Maviret yra skirtas suaugusiųjų ir 3 metų bei vyresnių vaikų lėtinės hepatito C viruso (HCV) infekcijos gydymui. Maviret dengtos granulės yra skirtos 3 metų ir vyresnių vaikų lėtinės hepatito C viruso (HCV) infekcijos gydymui. **Dozavimas ir vartojimo metodas.** *Suaugusieji, paaugliai nuo 12 metų amžiaus ir vyresni, ar vaikai, sveriantys ne mažiau kaip 45 kg:* rekomenduojama Maviret dozė yra 300 mg/120 mg (trys 100 mg/40 mg tabletės), vartojama per burną tuo pačiu metu vieną kartą per parą su maistu. *Vaikams nuo 3 metų iki mažiau kaip 12 metų, sveriantiems nuo 12 kg iki mažiau kaip 45 kg.* Maviret paketėlių dozavimo rekomendacijos vaikams nuo 3 metų iki mažiau kaip 12 metų pagal kūno svorį: nuo ≥ 12 kg iki < 20 kg - 3 paketėliai (150 mg + 60 mg); nuo ≥ 20 kg iki < 30 kg - 4 paketėliai (200 mg + 80 mg); nuo ≥ 30 kg iki < 45 kg - 5 paketėliai (250 mg + 100 mg). Granules reikia vartoti kartu su maistu vieną kartą per parą. Rekomenduojama gydymo Maviret trukmė pacientams, kurie nebuvo anksčiau gydyti nuo HCV: HCV GT 1, 2, 3, 4, 5, 6 – 8 savaites (su arba be cirozės). Rekomenduojama gydymo Maviret trukmė pacientams, kuriems ankstesnis gydymas pegiliuotu interferonu ir ribavirinu su sofosbuviru arba be jo, arba sofosbuviru ir ribavirinu buvo neveiksmingas: 1, 2, 4-6 genotipams - 8 savaites (nėra cirozės) ir 12 savaičių (cirozė), 3 genotipui 16 savaičių (su arba be cirozės). **Vartoti per burną.** Maviret plėvele dengtos tabletės. Pacientus reikia įspėti, jog tabletę reikia nuryti visą, su maistu, tablečių negalima kramtyti, traiškyti ar laužyti, kadangi tai gali pakeisti veikliųjų medžiagų bioprieinamumą. Maviret dengtos granulės paketėlyje. Pacientams reikia nurodyti vartoti rekomenduojamą Maviret dozę su maistu vieną kartą per parą. Visas paros dozei skirtas granules (visą reikiamo skaičiaus paketėlių, rausvų ir geltonų granulių, turinį) reikia užbarstyti ant nedidelio kiekio minkšto, mažai vandens turinčio maisto, kuris prilimpa prie šaukšto ir kurį galima nuryti nekramtant. Išsamios informacijos, kaip naudoti dengtas granules, ieškokite Maviret 50 mg/20 mg dengtų granulių paketėlyje Preparato Charakteristikų Santraukos (PCS) 4.2 skyriuje. **Kontraindikacijos.** Padidėjęs jautrumas veikliosioms arba bet kuriai pagalbinei medžiagai. Pacientai, kuriems yra sunkus kepenų funkcijos sutrikimas (C klasės pagal *Child-Pugh*). Vartojimas kartu su vaistiniais preparatais, kurių sudėtyje yra atazanaviro, taip pat kartu su atorvastatinu, simvastatinu, dabigatrano eteksilatu, vaistiniais preparatais, kurių sudėtyje yra etinilestradiolio, stipriais P-gp ir CYP3A induktoriais (pvz., rifampicinu, karbamazepinu, jonažolių *(Hypericum perforatum)* preparatais, fenobarbitaliu, fenitoinu ir primidonu). **Specialūs įspėjimai ir atsargumo priemonės. Hepatito B viruso suaktyvėjimas.** Buvo pranešta apie hepatito B viruso (HBV) suaktyvėjimo atvejus, kartais mirtinus, gydymo metu ar pabaigus gydymą tiesiogiai virusą veikiančiais vaistiniais preparatais. Prieš pradedant gydymą, visiems pacientams būtina atlikti patikrą dėl HBV. HCV užsikrėtusiems pacientams, kurie yra kartu užsikrėtę ir HBV, yra HBV suaktyvėjimo rizika, todėl juos reikia stebėti ir gydyti vadovaujantis galiojančiomis klinikinėmis gairėmis. Maviret nerekomenduojama vartoti pacientams, kuriems yra vidutinio sunkumo kepenų funkcijos sutrikimas (B klasės pagal *Child-Pugh*) ir negalima vartoti pacientams, kuriems yra sunkus kepenų funkcijos sutrikimas (C klasės pagal *Child-Pugh*). Nerekomenduojama Maviret skirti pacientams, kurie anksčiau buvo gydyti NS3/4A ir/arba NS5A inhibitoriais. Vartojimas diabetu sergantiems pacientams. Pradėjus HCV gydymą tiesiogiai veikiančiu antivirusiniu vaistiniu preparatu, diabetu sergantiems pacientams gali pagerėti gliukozės kontrolė, todėl jiems gali išsivystyti simptominė hipoglikemija. Reikia atidžiai stebėti gliukozės kiekį, HCV gydymą tiesiogiai veikiančiu antivirusiniu vaistiniu preparatu pradedančių pacientų kraujyje, ypač pirmus 3 mėnesius, ir, esant būtinybei, koreguoti jiems taikomą gydymą antidiabetiniais vaistiniais preparatais. Maviret sudėtyje yra laktozės. Šio vaisto negalima vartoti pacientams, kuriems nustatytas retas paveldimas sutrikimas – visiškas laktazės stygius arba gliukozės ir galaktozės malabsorbcija. Kiekviename Maviret dengtų granulių paketėlyje yra 4 mg propilenglikolio. **Sąveika su kitais vaistiniais preparatais ir kitokia sąveika.** Apie galimą Maviret plėvele dengtų tablečių sąveiką su kitais vaistiniais preparatais žr. PCS pateiktoje 3 lentelėje, apie galimą Maviret 50 mg/20 mg dengtų granulių paketėlyje sąveiką su kitais vaistiniais preparatais – 4 lentelėje. **Nepageidaujamas poveikis.** Nepageidaujamos reakcijos, nustatytos vartojant Maviret – labai dažnos: galvos skausmas, nuovargis; dažnos: viduriavimas, pykinimas, astenija ir bendrojo bilirubino padidėjimas. Dažniausios nepageidaujamos reakcijos, pasireiškusios tiriamiesiems su sunkiu inkstų nepakankamumu, buvo niežulys ir nuovargis. **Perdozavimas.** Didžiausios aprašytos dozės, skirtos sveikiems savanoriams, buvo 1200 mg glekapreviro, vartojamo vieną kartą per parą 7 dienas ir 600 mg pibrentasviro, vartojamo vieną kartą per parą 10 dienų. Perdozavimo atveju reikia stebėti, ar pacientui nepasireiškia kokių nors toksinio poveikio požymių ir simptomų. Nedelsiant reikia pradėti simptominį gydymą. **Farmakoterapinė grupė.** Tiesiogiai virusą veikiantys vaistiniai preparatai. **ATC kodas.** J05AP57. **Talpyklės pobūdis ir jos turinys.** Maviret plėvele dengtos tabletės. PVC/PE/PCTFE aliuminio lizdinių plokštelių pakuotės. Pakuotėje yra 84 (4 dėžutės po 21 tabletę) plėvele dengtos tabletės. Maviret dengtos granulės paketėlyje. Maviret dengtos granulės tiekiamos paketėliuose iš polietileno tereftalato (PET) / aliuminio / polietileno plėvelės, kurie sudėti į dėžutes. Kiekvienoje dėžutėje yra 28 paketėliai. **Riboto išrašymo receptinis vaistinis preparatas. Pranešimas apie įtariamas nepageidaujamas reakcijas:** Svarbu pranešti apie įtariamas nepageidaujamas reakcijas, pastebėtas po vaistinio preparato registracijos, nes tai leidžia nuolat stebėti vaistinio preparato naudos ir rizikos santykį. Sveikatos priežiūros ar farmacijos specialistai turi pranešti apie bet kokias įtariamas nepageidaujamas reakcijas, tiesiogiai užpildę pranešimo formą internetu Tarnybos Vaistinių preparatų informacinėje sistemoje https://vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/nrvSpecialist arba užpildę Sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (JNR) formą, kuri skelbiama https://www.vvkt.lt/index.php?1399030386, ir atsiųsti elektroniniu paštu (adresu NepageidaujamaR@vvkt.lt). Išsami informacija apie šį vaistinį preparatą pateikiama Europos vaistų agentūros tinklalapyje http://www.ema.europa.eu. **Registruotojas:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Vokietija. **Vietinis registruotojo atstovas:** AbbVie UAB, Tel: +370 5 205 3023. Preparato Charakteristikų Santraukos patvirtinimo data: 2022-07-06. Reklaminio teksto paruošimo data: 2022 spalio mėn.

*1-6 genotipas. Pacientams, kuriems persodintos kepenys ar inkstai yra rekomenduojamas 12-kos savaičių MAVIRET gydymas.
†Tabletę reikia nuryti visą su maistu, tablečių negalima kramtyti, traiškyti ar laužyti.

1. Maviret (glecaprevirum/pibrentasvirum) Preparato Charakteristikų Santrauka (2022-07-06).

abbvie

LT-MAVI-220011 | Reklaminio teksto paruošimo data 2022 spalio mėn.



Pasaulinei hepatito C dienai skirto forumo dalyviai

kaip pasiekti besimptomius užsikrėtusiuosius ir integruoti juos į sveikatos priežiūros sistemą, paskirti gydymą, – kalbėjo profesorė ir pabrėžė šeimos gydytojų svarbą.

Kauno klinikų Šeimos medicinos klinikos šeimos gydytojas doc. Gediminas Urbonas sutinka, kad geriausia vieta atlikti tokio masto patikrą yra pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos gydytojo institucija.

Bendroji Lietuvos populiacija yra edukuota, informuota ir atsakinga. Per 30 šeimos gydytojo institucijos gyvavimo metų tapo įprasta, kad bene kiekvienas pilietis jau žino savo gydytoją, apsilanko ir prevenciškai, o pats paciento ir gydytojo kontaktas kasmet tik gerėja. Todėl tikiu, kad šeimos gydytojams, informavus savo pacientus apie galimybę pasitikrinti dėl hepatito C, žmonės nepraleis progos pasirūpinti savo ir artimųjų sveikata. O tai labai paprasta – jau šiandien paskambinti savo gydytojui ir užsiregistruoti greitajam antikūnų prieš šį virusą tyrimui, – ragino gydytojas. Jeigu pacientui nustatomi teigiami anti-HCV, šeimos gydytojas jį nusiųs pas specialistą gastroenterologą arba infektologą detalesniam ištyrimui ir gydymui.

Motyvuoti gydytojai, sveiki pacientai

Seimo Sveikatos reikalų komiteto narė gydytoja Jurgita Sejonienė pabrėžė, kad kokybiškos sveikatos priežiūros sistemos tikslas yra – ne gydyti įsisenėjusias ligas, bet užkirsti joms kelią, o jei jau jų išsivysto – diagnozuoti kuo anksčiau, gydyti kuo efektyviau.

Tokio supratimo apie savo gyvenseną, ligas, sveikatos priežiūrą taip pat tikiuosi ne tik iš politikų, ministerijos, bet ir iš pačių gyventojų. Tas pats pasakytina ir apie hepatitus, ypač hepatitą C, kuris yra pagrindinė kepenų vėžio ir dažna kepenų cirozės priežastis. Nuo hepatito B turime skiepus, kurių nėra nuo hepatito C viruso infekcijos, todėl ankstyvosios ikiklinikinės diagnostikos patikrą vertinu labai palankiai. Ji leis užkirsti kelią klastingos ligos įsisenėjimui, išgelbėti daugiau jaunų, gyvenime dar daug galinčių nuveikti žmonių, – kalbėjo politikė.

Moteris akcentavo būtinybę skatinti, ugdyti žmonių sąmoningumą ir įprotį nuolat rūpintis savo sveikata. *Politiniai sprendimai jau priimti, kompensuojamąjį moderniausią hepatito C gydymą turime. Dabar belieka investuoti į socialines reklamas, užtikrinti šių paslaugų prieinamumą (pavežėjimas, priminimai, skambučiai), motyvuoti šeimos gydytojus ir toliau aktyviai rūpintis savo pacientais ir kviesti juos šiai patikrai*, – kalbėjo J. Sejonienė.

Prie hepatito C patikros įdiegimo Lietuvoje prisidėję Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos atstovai tikina, kad šiuo bendradarbiavimu siekiama užtikrinti socialinę pagalbą nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomiems asmenims, kuriems rizika susirgti hepatitu C yra itin didelė. Taip pat rūpinamasi priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, psichosocialine žmonių reabilitacija, siekiama suteikti reikiamą pagalbą priklausomų asmenų šeimos nariams ir artimiesiems. Įsigaliojus naujai tvarkai, darbo rinkai besirengiančio asmens statusą turintiems asmenims bus suteikta individuali sudėtinė pagalba sprendžiant problemas, kurios jiems trukdo įsidarbinti.

Lietuvos gastroenterologų draugija, Lietuvos infektologų draugija, Bendrosios praktikos gydytojų draugija ir Šeimos gydytojų kolegijos nariai sukūrė hepatito C patikros gaires glaudžiai bendradarbiaudami su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos Respublikos socialinių reikalų ir darbo ministerija, Valstybine ligonių kasa ir Europos Parlamento nariais, atsakingais už Europos kovos su vėžiu plano įgyvendinimą.

Patikros programą vykdo visi šeimos gydytojai Lietuvoje

Antikūnų tyrimas hepatito C ištyrimui - skatinamoji paslauga

Lietuvoje nemokamai tiriami:

1945-1994 m. gimę ir nepriskiriami rizikos grupėms žmonės

ir

priskiriami rizikos grupei:

- asmenys, kurių šeimos nariui diagnozuotas hepatitas C
- aktyviai vartojantys švirkščiamuosius narkotikus
- ŽIV infekcija užsikrėtę žmonės
- pacientai, gydomi priklausomybės ligų klinikose, neatsižvelgiant į amžių ir lytį.

Gavus teigiamą greitąjį antikūnų rezultatą (ištyrimui naudojamas tik veninis kraujas), šeimos gydytojas pacientą nukreipia **gastroenterologo** ar **infekcinių ligų gydytojo** konsultacijai, diagnozės patvirtinimui ir gydymui.

Kartą turėjus sąlytį su hepatito C virusu, antikūnai (anti-HCV) prieš jį išlieka visą gyvenimą. Jeigu pacientas sirgo, tačiau yra sėkmingai pasveikęs ir nepriklauso nuolatinei rizikos grupei, jo tirti ir siųsti specialisto konsultacijai nereikia.

Hepatito C virusas plinta:

perpilant kraują ar jo produktus (jei perpylimas įvyko iki 1993 m.)

nesteriliais instrumentais atliekant medicinines procedūras, darant tatuiruotes, veriant auskarus ar darant manikiūrą ir pedikiūrą

naudojantis užsikrėtusio asmens daiktais: dantų šepetėliu, skutimosi priemonėmis

vartojant švirkščiamuosius narkotikus ir dalijantis užkrėstais švirkštais, adatomis ir kitomis priemonėmis

hepatitu C užsikrėtusi motina virusą gali perduoti kūdikiui gimdymo metu.

Hepatitas C neperduodamas čiaudint, kosint, per maistą ar vandenį, stalo įrankius, puodelius ar stiklines.

Hepatito C eliminacijos Lietuvoje stebėjimo grupės informacija
www.nugalekhepatitac.lt

2022 m. gegužės 5 d. SAM įsakymas nr. V-915
2022 m. spalio 17 d. SAM įsakymas nr. V-1554

Infektologijos perspektyvos: aukščiausio lygio paslaugos šiuolaikinius tarptautinius standartus atitinkančiuose centruose



Infekcinių ligų valdymo ir kontrolės 2020–2025 metų koncepcijoje teigiama, kad per pastarąjį dešimtmetį infekcinių ligų diagnostikos, gydymo ir valdymo poreikis dėl epidemijų, pandemijų ir protrūkių Lietuvoje buvo padidėjęs 3 kartus – 2009–2010 metais, kilus pasaulinei gripo A(H1N1) (kiaulių gripo) pandemijai, 2019 metais, kilus tymų protrūkiui, 2020 metais, kilus pasaulinei COVID-19 pandemijai. Pastaroji tik patvirtino nepakankamą pasirengimą su infekcinėmis ligomis susijusiems iššūkiams ir parodė, kad Lietuvoje nėra tinkamos infrastruktūros ypač pavojingoms infekcinėms ligoms gydyti, nes, kilus pandemijai, praktiškai visuose regionuose reikėjo skubiai atlikti įvairius infrastruktūrinius pakeitimus.

Apie infektologijos perspektyvas, infekcinių ligų valdymo koncepcijoje numatytų klasterių steigimą, veiklą, siekiant gerinti šios pagalbos prieinamumą, veiksmingumą, saugumą, kalbamės su Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Infekcinių ligų klinikos vadove prof. dr. Aukse Mickiene.

Kurį laiką kalbama, kad Kaune planuojama statyti tretinio lygio infekcinių ligų ligoninę (infekcinių ligų klasterio centrą), planai apibrėžti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymais. Kokie tai įsakymai, kuriame etape šiuo metu yra šis planas, kada galima tikėtis ligonių gydymo pradžios?

Priminsiu apibrėžimą, kad infekcinių ligų klasteris – asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimo infekcinių ligų diagnostikos, gydymo ir valdymo srityje santalka.

Infekcinių ligų klasterio centro steigimas Kaune numatytas ir apibrėžtas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakyme *Dėl infekcinių ligų valdymo ir kontrolės 2020–2025 metų koncepcijos patvirtinimo* (2020 metai lapkričio 5 diena Nr. V-2486). Pagal infekcinių paslaugų teikimo koncepciją, numatyta, kad mūsų šalyje veiks 2 universitetiniai infekcinių ligų klasterio centrai: Kaune, aptarnaujantis Vidurio ir Vakarų Lietuvą, ir Vilniuje, aptarnaujantis Rytų ir Pietryčių Lietuvą. Tai bus 2 aukščiausio lygio infekcinių ligų centrai, įkurti Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikose ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikose.

Be epidemijų ir pandemijų, kurių pasikartojimo tikimybė kasmet didėja, Lietuvoje yra ir kitų priežasčių, kurios lemia infekcinių ligų aktualumą. Pastaraisiais metais Lietuvos gyventojų sergamumo struktūroje pastebima sergamumo infekcinėmis ligomis didėjimo tendencija, šios ligos kasmet sudaro apie penktadalį visų užregistruotų ligų. Pastaraisiais metais Lietuvoje sparčiai didėja mikroorganizmų atsparumas antibiotikams. Daugėja sergančiųjų žmogaus imunodeficito viruso liga, įgytuoju imuninio nepakankamumo sindromu

(angl. *acquired immune deficiency syndrome* – AIDS). Todėl svarbu atlikti paslaugų teikimo reorganizaciją, kuri užtikrintų šiuolaikišką, efektyvų pavojingų ir labai pavojingų infekcinių ligų valdymą, padėtų mažinti sergamumą infekcinėmis ligomis ir mirtingumą nuo jų. Koncepcijoje šių tikslų įgyvendinimas numatytas etapais.

I etapas – 2020–2025 metai. Planuojami darbai:

- aukščiausio lygio infekcinių ligų klasterio centrų sukūrimas, plėtra ir modernizavimas;
- regioninių infekcinių ligų klasterio centrų plėtra ir modernizavimas.

Infekcinių ligų valdymo ir kontrolės 2020–2025 metų koncepcijoje numatyta, kad 2 aukščiausio lygio universitetiniai centrai ir 3 regioniniai centrai turės užtikrinti infekcinių ligų gydymo pajėgumą ir krizių metu, taip pat sukurs sąlygas moksliniams tyrimams su pavojingomis ir labai pavojingomis infekcijomis, leis integruotis į tarptautines mokslines programas. Šiems centrams statyti ir / ar modernizuoti numatytos lėšos pagal Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo priemonę (EGADP, angl. RRF).

Taigi šiandien turime parengtą Kauno universitetinio infekcinių ligų klasterio centro projektą, kuris jau įvertintas ekspertų. Kitas žingsnis, kuris laukia, yra statybų leidimo gavimas, tada konkursas darbų rangovams ir galiausiai statybos.

Kada galima tikėtis ligonių gydymo pradžios – koncepcijoje ir įstatymuose baigti darbus numatyta 2024 metais.

Kokie būtų Kauno infekcinių ligų klasterio centro privalumai, palyginti su šiuo metu esančiu Infekcinių ligų skyriumi Kaune?

Infekcinių ligų klasterio centras bus daugeliu aspektų unikalus padalinys, kokio dar Lietuvoje neturėjome: jis bus saugus tiek personalui, tiek pacientams, užtikrins kokybiškas daugiadalykės komandos paslaugas infekcinėmis ligomis sergantiems ligoniams. Tai bus modernus statinys, pastatytas ir įrengtas pagal visus šiuolaikinius reikalavimus, kurie užtikrins pavojingų ir labai pavojingų infekcinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybę ir saugumą, atsižvelgiant į įrodymais pagrįstas tarptautines rekomendacijas ir gerąją užsienio šalių patirtį.

Naujajame infekcinių ligų klasterio centre planuojami tokie skyriai: Skubios pagalbos, Radiologinės diagnostikos (ultragarso tyrimai, magnetinio rezonanso tomografija, kompiuterinė tomografija), Intensyviosios terapijos skyrius, Infekcinių ligų poliklinika, Operacinė su intervencinės radiologijos procedūrų galimybe, Suaugusiųjų infekcinių ligų skyrius. Numatytas ir Vaikų infekcinių ligų skyrius ir nedidelė tretinio biosaugos lygio virusologijos laboratorija. Kartu su klinikine veikla klasteryje bus vykdoma mokslinė ir pedagoginė veikla.

Visi reikalavimai paslaugų teikimui numatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakyme *Dėl suaugusiųjų infekcinių ligų antrinio ir tretinio lygio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų aprašo patvirtinimo* (2021 metai gruodžio 13 diena Nr. V-2834, Vilnius). Įsakymas įsigalios 2024 metais sausio 1 dieną.

Naujajame pastate numatyta įrengti palatas, kurios bus suskirstytos į 3 lygius. Pirmojo lygio palatos bus skirtos įprastoms infekcijoms, tokioms kaip odos ir minkštųjų audinių, žarnyno, šlapimo takų ir kt. Antrojo 1ygio palatose bus gydomi sergantieji oru plintančiomis infekcijomis (vėjaraupiais, tymais, COVID-19, kt.), ir imunosupresinės būklės pacientai, kuriems bet kokios infekcijos patekimas iš išorės gali būti labai pavojingas. Trečiojo lygio patalpos bus skirtos labai pavojingoms ligoms, tokioms kaip hemoraginė karštinė, Ebolos virusinė liga, kt.

Antrojo ir trečiojo lygio palatose bus specialios sumažinto slėgio sąlygos, kurios neleidžia mikroorganizmams plisti, taip pat jos turės atskirą išėjimą į lauką. Taip pacientai bus saugiai izoliuojami, išvengsime kontaktų su kitais ligoniais. Kai kurios palatos turės ir padidintą slėgį, kad pavojingi mikroorganizmai nepatektų į jas ir neužkrėstų imunosupresinės būklės ligonių.

Kalbant apie privalumus, palyginti su Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninės Infekcinių ligų skyriumi, jie yra esminiai ir didžiuliai. Pirma, reikšmingas skirtumas – patalpų išdėstymas ir įrengimas, bendra infrastruktūra, kuri naujajame centre atitiks šiuolaikinius saugumo pacientams ir personalui bei efektyvaus darbo reikalavimus. Numatyta autonominė reanimacija, operacinė, nes juk sergantys pavojingomis infekcijomis pacientai kartu gali sirgti ir kitomis gretutinėmis ligomis. Ir jas tirti, gydyti reikia taip, kad nebūtų jokio užkrato pavojaus kitiems pacientams. Kauno ligoninės Infekcinių ligų skyriuje, kuris izoliuotas nuo universitetinės ligoninės infrastruktūros, neįmanoma teikti daugiadalykes ir tretinio lygio infektologijos paslaugas. O Kauno universitetinis infekcinių ligų klasterio centras bus sukurtas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikose – tretinio lygio universitetinėje ligoninėje. Taigi pagrindinė ir bene svarbiausia žinutė, kad pagaliau Lietuvoje turėsime tretinio lygio infektologijos paslaugas. Iki šiol infektologijos paslaugos buvo tik antrinio lygio. Tretinio lygio paslaugų ir negalėjome turėti, nes, norėdami jas teikti, turėjome turėti ir atitinkamas diagnostikos ir gydymo galimybes, kurios įmanomos tik infekcinių ligų kliniką sujungus su universitetinės gydymo įstaigos struktūra.

Aptarkime plačiau tretinio lygio infektologijos paslaugas. Kur jos bus teikiamos?

Pagal minėtą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymą, mūsų šalyje nuo 2024 metų sausio 1 dienos įsigalios aprašas, patvirtinantis tretinio lygio infektologijos paslaugas ir reikalavimus specialistams, patalpoms, medicinos priemonėms, paslaugų teikimo tvarkai.

Visoje Europoje jau daugiau nei prieš 20 metų infekcinių ligų centrai yra integruoti į tretinio lygio universitetines klinikas, nes jose yra gydomi patys sunkiausi pacientai. Galiausiai tretinio lygio infektologija atsiras ir Lietuvoje. Tai yra labai svarbi, reikšminga naujiena, kuri leis Kauno ir Vilniaus infekcinių ligų klasterio centrams atitikti Europos standartus. Tai yra esminis kokybinis pokytis, palyginti su tuo, ką turime šiandien.

Kokie ligoniai bus gydomi Kauno infekcinių ligų klasterio centre?

Kauno klasteryje, tretinio lygio infekcinių ligų stacionarines paslaugas teikiančiose ligoninėje, bus izoliuojami ir gydomi labai sunkios, komplikuotos, įprastiniam gydymui nepasiduodančios būklės ir retomis infekcinėmis ligomis sergantys ligoniai, kai ištyrimui reikalingos sudėtingos technologijos ir (ar) gydymo metodai. Taip pat pacientai, sergantys gretutinėmis ligomis, apsunkinančiomis ligos eigą, kai reikia daugiadalykių specialistų konsultacijų. Bus užtikrinta, kad prireikus pacientas gaus daugiadalykės gydytojų specialistų komandos paslaugą. Taigi bus teikiamos čia dirbančių gydytojų konsultacijos: neurochirurgo, neurologo, oftalmologo, hematologo, alergologo ir klinikinio imunologo, abdominalinio chirurgo, dermatovenerologo ir kitų.

Be abejo, centre bus gydomi patys sunkiausi ligoniai, tie, kuriems įtariama arba diagnozuota labai pavojinga infekcija (maras, cholera ar sukėlėjo nešiojimas, beždžionių raupai, geltonoji karštligė, Marburgo virusinė liga, Ebolos virusinė liga, Lasos karštligė, raupai ir kt.). Šie ligoniai bus guldomi į trečiojo lygio palatas.

Kaip klasteryje keisis gydytojų darbas?

Kokybiniai gydytojų darbo pokyčiai būtų tokie:

- pirma, integracija į tretinio lygio universitetinę įstaigą ir darbas komandoje, tai yra daugiadalykis požiūris į pacientą. Universitetinėje ligoninėje dirba visų sričių specialistai, o ligoniai, kaip rodo praktika, vis dažniau yra polimorbidiniai. Gydytojai turės dirbti daugiadalykės komandos darbo principu. Tai vienas svarbių privalumų – galimybė greitai suteikti pacientui visų specialistų konsultacijas;
- antras ir esminis pokytis – gydytojai dirbs visus šiuolaikinius reikalavimus ir saugumo standartus atitinkančioje darbo aplinkoje;
- trečia, taps prieinama naujausia, moderniausia universitetinės ligoninės diagnostika. Tai pagerins pacientų ištyrimo galimybes.

Visa tai padarys infektologo specialybę atitinkančią tarptautinius standartus ir patrauklią jaunimui. Šiandien jauni gydytojai nenori rinktis šios specialybės, nes mato, kad turės dirbti archajiškomis sąlygomis, kurios yra nesaugios ir visiškai neatitinka Europos standartų. Kaip ir galimybė važiuoti į kongresus, stažuotes, matyti, kaip dirba kolegos Europoje, o grįžus nieko panašaus neturėti Lietuvoje, tikrai nėra viliojanti. Jauni gydytojai nemato galimybių realizuoti savęs, todėl nesirenka infektologijos. Tikiu, kad šiuolaikinio infekcinių ligų klasterio centro steigimas paskatins rinktis šią specialybę. Beje, ši specialybė labai populiari Europos šalyse, kur patekti į infektologijos rezidentūrą yra gana sudėtinga.

Ar Kaune liks antrinio lygio infektologijos paslaugos?

Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ministro patvirtintą koncepcijos planą, Kauno centre tretinio lygio paslaugos bus teikiamos visiems Vidurio ir Vakarų Lietuvos regionų pacientams (Klaipėdos, Šiaulių, Telšių, Kauno ir Marijampolės apskričių, Alytaus miesto ir rajono bei Lazdijų rajono savivaldybių), o antrinio lygio paslaugos bus teikiamos Kauno ir Marijampolės apskričių bei Alytaus miesto ir rajono, Lazdijų ir Jurbarko rajonų savivaldybių gyventojams, kaip ir buvo iki šiol.

Kokie pokyčiai numatomi Infekcinių ligų centre, kuris įsikūręs Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikose visai neseniai, tik prieš keletą metų?

Negaliu plačiai komentuoti šio klausimo, geriau paaiškintų vilniečiai. Viena, kas yra aišku visiems, kad pandemija išryškino visų gydymo įstaigų trūkumus. Netgi tokių kaip Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Infekcinių ligų centro, kuris duris atvėrė visai prieš pat pandemiją. Taigi net modernus ir šiuolaikinis pastatas pandemijos akivaizdoje pasirodė turįs trūkumų: paaiškėjo, kad stokojama neigiamo slėgio palatų, nėra reanimacijos, nepakanka tokio, koks yra dabar, priėmimo skyriaus pajėgumo.

Šis centras yra integruotas į universitetinę struktūrą. Šiandien jame teikiamos visos antrinio lygio skubios ir planinės infekcinių ligų stacionarinės ir ambulatorinės paslaugos ir imunoprofilaktika. Koncepcijoje numatyta plėsti ir modernizuoti Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų aukščiausio lygio infrastruktūrą. Numatyta, kad centre bus teikiamos visos infekcinių ligų

diagnostikos ir gydymo paslaugos Vilniaus apskrities ir Druskininkų miesto bei Varėnos rajono savivaldybių gyventojams. O tretinio lygio paslaugos bus teikiamos Rytų ir Pietryčių Lietuvos (Vilniaus, Panevėžio ir Utenos apskričių, Varėnos rajono ir Druskininkų miesto savivaldybių) gyventojams.

Infekcinių ligų klasterio centrai bus įkuriami tik Kaune, Vilniuje ar ir kituose miestuose? Kokie planai numatomi Klaipėdos, Panevėžio, Šiaulių infekcinių ligų skyriuose?

Be Kaune ir Vilniuje veikiančių universitetinių infekcinių ligų klasterio centrų, numatoma, kad mūsų šalyje veiks 3 regioniniai infekcinių ligų klasterio centrai – Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, Respublikinėje Panevėžio ligoninėje. Juose bus teikiamos antrinio lygio paslaugos. Koncepcijoje numatyta modernizuoti ir plėsti šių miestų regioninių infekcinių ligų centrų infrastruktūras. Tam numatytos lėšos iš jau minėto EGADP fondo. Kiekviena šių gydymo įstaigų turėtų rengti investicinius projektus, siekdama pagerinti infektologines paslaugas savo regionuose.

Kaip įsivaizduojate infekcinių ligų gydytojų poreikį ateityje? Jų reikės tiks didžiuosiuose miestuose ar konsultavimas plėsis, o gal net ir skyriai rajoninėse ligoninėse, ypač po dabartinių infekcinių ligų (COVID-19, beždžionių raupų) plitimo?

Manau, kad koncepcijoje numatyti 5 infekcinių ligų centrai užtikrins kokybiškas ir saugias paslaugas pacientams ir darbą medicinos personalui. Taip pat manau, kad vienas infekcinių ligų gydytojo etatas turėtų būti kiekvienoje rajono ligoninėje. Gydytojas galėtų konsultuoti dėl infekcijų, antibiotikų, vakcinacijos ir kitais klausimais.

Mūsų specialybės gydytojų poreikis yra didelis ir toks išliks. Infektologai pirmieji susiduria su nežinoma infekcija, pirmieji pradeda ją gydyti ir paskutiniai baigia: visi jau užmiršta tą protrūkį ar epidemiją sukėlusią ligą, pavyzdžiui, kokliušą ar tymus, o infektologai vis dar šias pamirštas ligas gydo. Neišvengsime ir pandemijų, epidemijų. Jų ne tik buvo ir bus, bet ateityje jos dažnės. Negalima atsipalaiduoti ir manyti, kad artimiausia pandemija atkeliaus po 100 metų. Deja, ne. Keičiasi klimatas, žmonės keliauja, migruoja, vyksta karas – visa tai didina įvairių infekcinių ligų protrūkių riziką. Niekur nedingsta ir naujų infekcijų grėsmė. Infektologija išliks aktuali. Manau, kad ji populiarės ir Lietuvoje. Šiandien galbūt to dar nėra, nes mūsų šalyje infekcinių ligų gydytojai siejami su užkrečiamosiomis ligomis (botulizmas, stabligė ir kt.) ir nepatraukliomis darbo sąlygomis. Europoje vyrauja kitokia samprata, nes ten infekcinės ligos – tai visos ligos, kurias sukelia mikroorganizmai, tai yra ir plaučių uždegimas, ir žaizdų infekcijos, ir onkologinių ligonių infekcijos, ir kt. Tokia samprata ateina ir į Lietuvą, o ir naujų klasterio centrų statybos, šiuolaikinės ir saugios darbo sąlygos, galimybė tobulėti ir vykdyti mokslinę veiklą pritrauks į mūsų specialybę jaunimo.

Dėkojame už atsakymus

Kalbėjosi Natalija Voronaja



Pirmosios COVID-19 bangos metu Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Infekcinių ligų centre hospitalizuotų COVID-19 sirgusių pacientų ligos eigos analizė

Analysis of the course of COVID-19 in patients admitted to Vilnius University Hospital Santaros Clinic Centre of Infectious Diseases during first COVID-19 Wave

Parengta pagal *K. Lubytės 2020 metų baigiamąjį darbą, remiantis tuo metu žinotais duomenimis apie COVID-19 ir buvusia epidemiologine padėtimi.*



Karolina Lubytė
Vilniaus universiteto
Medicinos fakultetas



Monika Kunigonytė
Vilniaus universiteto
Medicinos fakultetas



Dokt. Ieva Kubiliūtė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Klinikinės medicinos instituto Infekcinių ligų
ir dermatovenerologijos klinika



Gyd. Akvilė Rudėnaitė
Vilniaus universiteto
ligoninės *Santaros* klinikų
Infekcinių ligų centras



Doc. Birutė Zablockienė
Vilniaus universiteto Medicinos
fakulteto Klinikinės medicinos
instituto Infekcinių ligų ir
dermatovenerologijos klinika



Prof. Ligita Jančorienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Klinikinės medicinos instituto Infekcinių ligų
ir dermatovenerologijos klinika

Santrauka

Įvadas. Naujojo koronaviruso sukelta COVID-19 išplito labai greitai, sukėlė pandemiją ir nusinešė daug gyvybių įvairiose šalyse, tarp jų ir Lietuvoje. Pandemijai tęsiantis, svarbu įvertinti ligos eigą, siekiant tobulinti pandemijos valdymo priemones, tinkamai parinkti ligonių gydymo metodus.

Darbo tikslas. Išanalizuoti pirmosios COVID-19 bangos metu hospitalizuotų pacientų, sirgusių COVID-19, ligos eigą ir jos išraišką lemiančius veiksnius.

Metodai. Retrospektyviojo tyrimo metu buvo surinkti nuo 2020 metų kovo 13 dienos iki 2020 metų birželio 30 dienos Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Infekcinių ligų centre hospitalizuotų COVID-19 sirgusių pacientų klinikiniai duomenys. Įvertinti ligonių demografiniai rodikliai, COVID-19 pasireiškimo sunkumas ir baigtys.

Rezultatai. Iš 258 tiriamųjų 53,1 proc. sudarė moterys. Amžiaus mediana – 56 metai. 34,9 proc. tiriamųjų buvo 65 metų ar vyresni. 69,7 proc. tiriamųjų nustatyti radiologiniai pneumonijos požymiai (59,3 proc. iš jų diagnozuota abipusė pneumonija). Atlikus binarinę daugialypę logistinę regresiją, nustatyta, kad labiausiai tikimybę mirti nuo COVID-19 didina vyresnis amžius (≥65 metai) (rizikos santykis (RS) 1,17). Pagrindiniai skirti gydymo metodai: antikoaguliantai (64,7 proc.), deguonies terapija (50 proc.), antibakterinė terapija (48,1 proc.). Gydymo Reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuje (RITS) prireikė 8,9 proc. tiriamųjų, dažniau vyrams (82,6 proc. *vs.* 17,4 proc., p<0,001). Bendrasis mirštamumas buvo 5,8 proc., o iš gydytų RITS pacientų grupėje – 30,4 proc.

Išvados. Pirmosios COVID-19 bangos metu sunkios ligos eigos bei mirties atvejų skaičius nebuvo didelis. Daroma prielaida, kad taip galėjo atsitikti dėl jaunesnio ligonių amžiaus. Vyresnis amžius buvo blogos prognozės ir mirties nuo COVID-19 rizikos veiksnys.

Raktažodžiai: COVID-19, mirštamumas, SARS-CoV-2.

Abstract

Introduction. Coronavirus disease (COVID-19) spread quickly and took many lives across the globe, including Lithuania. It is important to analyze local outbreaks to improve measures of patients' management during the pandemic.

Aim of the study. To analyze the course of the disease and its' determining factors of COVID-19 patients hospitalized in Vilnius University Hospital *Santaros* Clinic during the first pandemic wave.

Methods. Clinical data of hospitalized COVID-19 positive patients in VUHSK between March 2020 and June 2020 were retrospectively collected from medical records. Demographic characteristics, COVID-19 disease severity and outcomes were analized.

Results. Of 258 participants, 53.1% were women, the median age – 56 years, 34.9% of participats were 65 years or older. Pneumonia was diagnosed for 69.7% of participants, 59.3% of them bilateral pneumonia was confirmed. The main treatment options were: anticoagulants (64.7%), oxygen therapy (50.0%), antibiotics (48.1%). Almost one tenth of participants (8.9%) required treatment in Intensive Care Unit (ICU), mostly men (82.6% *vs.* 17.4%, p<0.001). Overall, 5.8% of participants died, ICU mortality rate was 30.4%. Binary multivariable logistic regression revealed older age (≥65 years) to be the main risk factor increasing the risk of dying from COVID-19 disease (odds ratio 1.17, 95% confidence interval (1.06–1.19), p<0.01).

Conclusions. The number of severe and lethal cases during the first pandemic wave were not high, possibly due to the younger age of hospitalized patients. Older age was identified as the risk factor for lethal COVID-19 disease outcome.

Keywords: COVID-19, mortality, SARS-CoV-2.

Įvadas

COVID-19 yra infekcinė liga, kurią sukelia naujasis sunkaus ūminio respiracinio sindromo koronavirusas 2 (angl. SARS-CoV-2) [1, 2]. SARS-CoV-2 buvo nustatytas 2019 metų gruodį kaip virusinės pneumonijos protrūkio Uhane (Kinija), kur buvo užfiksuoti pirmieji COVID-19 atvejai, sukėlėjas [3]. SARS-CoV-2 greitai išplito ir sukėlė epidemiją visoje Kinijoje, o vėliau – ir pasaulinę pandemiją [4].

Dauguma COVID-19 atvejų pasireiškia lengva ar vidutine ligos forma, tačiau mirštamumas nuo COVID-19 siekia 10 proc.; mirštamumas nuo sezoninio gripo, Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) duomenimis, yra tik 0,1–0,2 proc. [5]. Didžiausia problema pasaulyje išlieka COVID-19 gydymas. Daugumos iki šiol, o ypač pirmosios COVID-19 bangos metu, COVID-19 gydymui skirtų vaistų (antivirusinių, antimaliarinių, kai kurių antibakterinių preparatų) poveikis nesumažino sergamumo ir mirštamumo rizikos, todėl jų skyrimo pamažu atsisakyta. Kai kurie vaistai tiriami ir šiandien – vykdomi klinikiniai tyrimai, siekiant įvertinti jų tinkamumą, efektyvumą, tačiau efektyvaus specifinio COVID-19 gydymo dar nėra atrasta [6].

Virusas paveikė ekonominį ir socialinį gyvenimą tiek asmeniniu, tiek valstybiniu, tiek pasauliniu lygmeniu. Tai tik parodo tinkamo ir efektyvaus pasiruošimo pandemijai svarbą. Labai svarbu įvertinti SARS-CoV-2 ir jo sukeliamos COVID-19 rizikos veiksnius, sergamumą, mirštamumą, poveikį socialiniam ir ekonominiam gyvenimui. Šio tyrimo metu nustatyti sirgusių COVID-19 pacientų klinikiniai duomenys ir jų sąsajos gali būti reikšmingi vertinant infekcijos padarinius, kuriant pandemijos valdymo strategiją. Darbo tikslas – retrospektyviojo kohortinio tyrimo metu išanalizuoti pirmosios COVID-19 bangos metu hospitalizuotų ir COVID-19 sirgusių pacientų ligos eigą ir jos išraišką lemiančius veiksnius.

Tiriamieji ir tyrimo metodai

Retrospektyviojo kohortinio tyrimo metu išanalizuoti į Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų Infekcinių ligų centro COVID-19 I skyrių pirmosios pandemijos bangos laikotarpiu, tai yra nuo 2020 metų kovo 13 dienos iki 2020 metų birželio 30 dienos, hospitalizuotų COVID-19 sirgusių pacientų duomenys.

Šis tyrimas yra I-MOVE-COVID-LT *COVID-19 stebėsenos ir rizikos veiksnių tyrimo* bei I-MOVE-COVID-19 (angl. *Multidisciplinary European network for research, prevention and control of the COVID-19 pandemic*) tinklo vykdomo tyrimo, kurio tikslas nustatyti epidemiologinius, klinikinius virusologinius duomenis apie COVID-19, dalis.

Duomenys rinkti retrospektyviai iš medicininės dokumentacijos. Įvertinti tiriamųjų demografiniai, klinikiniai rodikliai, vertintas COVID-19 pasireiškimo sunkumas (perkėlimas į RITS traktuotas kaip sunkios COVID-19 kriterijus) ir letali infekcijos baigtis.

Aprašomosios statistikos duomenys pateikti dažniais, santykiniais dažniais, vidurkiu su standartiniu nuokrypiu (SD), mediana su tarpkvartiliniu skirtumu (IQR). Kiekybinių kintamųjų vidurkiams tarp grupių palyginti buvo naudotas dviejų nepriklausomų imčių T kriterijus; esant duomenų pasiskirstymui ne pagal normalųjį skirstinį, medianų lyginimui tarp grupių buvo naudotas Manno-Whitney'io U testas. Mirties rizikai įvertinti naudotas

1 lentelė. **Demografinė tiriamųjų charakteristika (n = 258)**

Charakteristika, n (proc.)	Vyrai	Moterys	Visi tiriamieji
Iš viso	121 (46,9)	137 (53,1)	258
Amžius hospitalizuojant			
Mediana (IQR)	54 (39–68)	59 (48–71)	56 (43–69)
Amžiaus grupės (metais)			
18–29	15 (12,4)	11 (8,0)	26 (10,1)
30–39	18 (14,9)	9 (6,6)	27 (10,5)
40–49	22 (18,2)	26 (19,0)	48 (18,6)
50–64	27 (22,3)	40 (29,2)	67 (26)
65–74	23 (19,0)	25 (18,2)	48 (18,6)
75–84	12 (9,9)	17 (12,4)	29 (11,2)
85+	4 (3,3)	9 (6,6)	13 (5)
COVID-19 rizikos grupė pagal amžių (≥65 metų)	39 (32,2)	51 (37,2)	90 (34,9)
Bent viena gretutinė liga	72 (59,5)	84 (61,3)	156 (60,5)
Gretutinės ligos			
Hipertenzija	63 (52,1)	72 (52,6)	135 (52,3)
Kitos širdies ir kraujagyslių ligos	35 (28,9)	30 (21,9)	65 (25,2)
Cukrinis diabetas	13 (10,7)	13 (9,5)	26 (10,1)
Plaučių ligos	15 (12,4)	8 (5,8)	23 (8,9)
Anemija	7 (5,8)	15 (10,9)	22 (8,5)
Onkologinės ligos	12 (9,9)	9 (6,6)	21 (8,1)
Inkstų ligos	11 (9,1)	8 (5,8)	19 (7,4)
Insultas	6 (5,0)	8 (5,8)	14 (5,4)
Demencija	5 (4,1)	6 (4,4)	11 (4,3)
Lėtinės kepenų ligos	3 (2,5)	5 (3,6)	8 (3,1)
Reumatinės ligos	4 (3,3)	3 (2,2)	7 (2,7)
Neuroraumeninės ligos	2 (1,7)	4 (2,9)	6 (2,3)
Imunosupresinės būklės	1 (0,8)	0,00	1 (0,4)

dvinarės logistinės regresijos modelis. Reikšmingumo lygmuo $a<0,05$. Duomenų statistiniams skaičiavimams naudoti *Microsoft Office Excel* ir *IBM SPSS 21.0* programiniai paketai.

Rezultatai

Demografiniai ir epidemiologiniai rodikliai

Į tyrimą įtraukti 258 tiriamieji, iš kurių 137 (53,1 proc.) buvo moterys. Amžiaus mediana – 56 metai. Daugiau nei pusė tiriamųjų (52,3 proc.) sirgo pirmine arterine hipertenzija (PAH), beveik ketvirtadalis (23,3 proc.) – kitomis širdies ir kraujagyslių sistemos (ŠKS) ligomis, 10,2 proc. – cukriniu diabetu. Detalesni demografiniai duomenys pateikiami *1 lentelėje*.

Ketvirtadalis tiriamųjų (26 proc.) teigė, kad COVID-19 užsikrėtė užsienio šalyse, 88 proc. įvežtinių infekcijos atvejų buvo užfiksuoti iki kovo mėnesio pabaigos. Beveik šeštadalis tiriamųjų (15,9 proc.) COVID-19 užsikrėtė darbovietėje. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal galimas COVID-19 užsikrėtimo aplinkybes pateikiamas *2 lentelėje*.

Klinikinis infekcijos pasireiškimas ir ligos eiga

Dažniausi tiriamiesiems pasireiškę COVID-19 simptomai buvo subfebrilus ar febrilus karščiavimas (atitinkamai 80,6 proc. ir 54,3 proc.), bendras silpnumas (67,8 proc.) ir kosulys (58,5 proc.). Taip pat dažnai pasireiškė tokie simptomai kaip dusulys (31,8 proc.), raumenų skausmai (24,0 proc.), gerklės skausmas (20,9 proc.). Dienų skaičiaus nuo simptomų atsiradimo pradžios iki hospitalizacijos mediana (IQR) buvo 4 (2–8) dienos.

Analizuojant tiriamųjų klinikinius rodiklius hospitalizacijos metu, nustatyta, kad deguonies saturacijos (SpO_2), matuotos pulsoksimetru, mediana (IQR) buvo 93 (90–96) proc., pusei pacientų (129 / 258; 50 proc.) pasireiškė kvėpavimo nepakankamumo požymiai (SpO_2 <94 proc.). Hospitalizacijos metu vertinant NEWS (angl. *National Early Warning Score*) rodiklį, kuriuo remiantis galima prognozuoti gydymo RITS poreikį, nustatyta, kad trečdalis

ligonių (iš tų, kuriems NEWS rodiklis buvo įvertintas) priklausė vidutinei (38 / 189; 20,1 proc.) ar didelei (23 / 189; 12,2 proc.) rizikai pagal šią skalę.

Pagrindiniai radiologiniai tyrimai, atlikti COVID-19 sergantiems pacientams, buvo krūtinės ląstos rentgenograma (241 / 258; 93,4 proc.) ir krūtinės ląstos kompiuterinė tomografija (KT) (82 / 258; 31,8 proc.). Dažniausi radiologinių tyrimų radiniai buvo plaučių infiltracija (168 / 241; 69,7 proc.), periferiniai plaučių infiltratai krūtinės ląstos rentgenogramoje (91 / 241; 37,8 proc.) ir vadinamojo matinio stiklo vaizdas krūtinės ląstos KT (40 / 82; 48,8 proc.). Abiejų plaučių infiltracija nustatyta 143 / 241 (59,3 proc.) tiriamiesiems.

Stacionarinio gydymo trukmės mediana (IQR) buvo 10 (5–13) dienų.

Gydymo metodai

Pagrindiniai pirmosios COVID-19 bangos metu skirti gydymo metodai buvo deguonies terapija per nesandarią veido kaukę ar nosines kaniules, kuri buvo skirta 129 / 258 (50 proc.) tiriamiesiems, invazinė plaučių ventiliacija – 7 / 258 (2,7 proc.), antibakteriniai medikamentai – 124 / 258 (48,1 proc.), mažos molekulinės masės heparinai (MMMH) – 167 / 258 (64,7 proc.). Pasirodžius literatūros duomenims apie galimą hidroksichlorokvino ir azitromicino (HCQ+AZI) derinio efektyvumą gydant COVID-19, šis gydymas buvo skirtas 117 tiriamųjų (45,3 proc.). Gydymas šiuo deriniu nebuvo skirtas vėliau pasirodžius priešingas išvadas apie jo naudą pateikusioms publikacijoms.

Veiksniai, susiję su ligonių perkėlimu į RITS ir mirtimi nuo COVID-19

Į RITS buvo perkelti 23 / 258 (9,8 proc.) ligoniai. Jų amžiaus vidurkis – 61,2±13,1 metų. Statistiškai reikšmingai dažniau gydymo RITS prireikė vyrams nei moterims (82,6 proc. *vs.* 17,4 proc., p<0,001). Gydyti RITS tiriamieji dažniau sirgo onkologinėmis (26,1 proc. *vs.* 6,4 proc., p=0,004) ir reumatologinėmis ligomis (13,0 proc. *vs.* 1,7 proc., p=0,006), palyginti su tiriamaisiais, kurie nebuvo perkelti į RITS. Vyresnis amžius (≥65 metai) ir bent 1 gretutinė liga nebuvo reikšmingai susiję su perkėlimu į RITS (atitinkamai 43,4 proc. *vs.* 34,0 proc., p=0,365 ir 78,3 proc. *vs*. 58,7 proc., p=0,67). Iš 23 RITS gydytų ligonių 7 (30,4 proc.) mirė.

Iš viso ligoninėje mirė 15 iš 258 (5,8 proc.) tiriamųjų. Jų amžiaus vidurkis – 75,6±10,9 metų. Iš mirusiųjų 6 / 15 (40 proc.) buvo moterys. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp lyčių nenustatyta (p=0,295). Reikšmingai daugiau mirusių tiriamųjų priklausė vyresnio amžiaus (≥65 metų) grupei (86,7 proc. *vs.* 31,7 proc., p<0,001), jie dažniau sirgo bent 1 gretutine liga (86,7 proc. *vs.* 58,8 proc., p=0,032), palyginti su išgyvenusiais tiriamaisiais. Ligoninėje mirę tiriamieji dažniau sirgo PAH, kitomis širdies ir kraujagyslių, plaučių, inkstų, onkologinėmis ir hematologinėmis ligomis, palyginti su išgyvenusiaisiais. Detalesni duomenys pateikiami *3 lentelėje*.

2 lentelė. **Užsikrėtimo COVID-19 aplinkybės (n=258)**

Užsikrėtimo aplinkybės	Dažnis, n (proc.)
Grįžęs (-usi) iš užsienio	67 (26)*
Nežinoma	60 (23,3)
Šeimoje	48 (18,6)
Darbovietėje	41 (15,9)
Sveikatos priežiūros įstaigoje (aktyvaus gydymo metu)	25 (9,7)
Slaugos / ilgalaikio gydymo / priežiūros įstaigoje	11 (4,3)
Kita	6 (2,3)

** 59 / 67 (88,1 proc.) atvejų nustatyti iki 2020 metų kovo 31 dienos.*

Atlikus dvinarės daugialypės logistinės regresijos analizę, nustatyta, kad vyresnis nei 65 metų amžius yra vienintelis rizikos veiksnys mirti nuo COVID-19 (RS 1,12; 95 proc. pasikliautinasis intervalas (PI) 1,06; 1,19, p<0,01).

Diskusija

Lyginant skirtingus tyrimus, kuriuose tirti hospitalizuotų COVID-19 sirgusių ligonių demografiniai duomenys, pastebėta, kad dažniau buvo hospitalizuojami vyresnio amžiaus vyrai. Panašios tendencijos stebimos ir ISARIC konsorciumo (angl. *International Severe Acute Respiratory and emerging Infection Consortium*) 2020 metų liepos mėnesio 13 dienos COVID-19 ataskaitoje, kurioje pateikiami susisteminti duomenys apie nuo pandemijos pradžios iki 2020 metų birželio 29 dienos hospitalizuotus COVID-19 sergančius ligonius iš 42 šalių (n=60 430): vyrai sudarė 57 proc. hospitalizuotų ligonių; amžiaus mediana – 73 metai [7]. Panaši padėtis stebima ir Jungtinėje Karalystėje atliktame tyrime (n=269): 62 proc. hospitalizuotųjų buvo vyrai; amžiaus mediana – 71 metai [8]. Italijoje atliktame perspektyviajame kohortiniame tyrime (n=233) tarp hospitalizuotųjų 69,1 proc. buvo vyrai, amžiaus mediana – 61 metai [9].

Mūsų tyrime pirmosios pandemijos bangos metu nustatyta šiek tiek kitokia hospitalizuotų ligonių tendencija – hospitalizuota šiek tiek daugiau moterų (53,1 proc.) nei vyrų, o amžiaus mediana buvo mažesnė, nei aprašoma mokslinėje literatūroje, tai yra 56 metai. Kitoks pasiskirstymas pagal lytį mūsų atliktame tyrime nustatytas sunkiau sirgusių pacientų grupėje – statistiškai reikšmingai didesnę dalį RITS gydomų ligonių sudarė vyrai. Kitose šalyse sunkiau sirgusių ligonių pasiskirstymas pagal lytį panašus: Vokietijoje atlikto tyrimo duomenimis (n=70), 81 proc. RITS gydytų ligonių sudarė vyrai, Velse ir Šiaurės Airijoje atliktame tyrime (n=10 834) vyrai sudarė 70,1 proc. [10]. Mūsų tyrime nustatyta vidutinė stacionarinio gydymo trukmė (mediana – 10 dienų) beveik nesiskiria nuo kitose šalyse atliktų tyrimų rezultatų. JAV perspektyviajame kohortiniame tyrime (n=1 328) stacionarinio gydymo trukmės medianos buvo 9,3 dienos išgyvenusių tiriamųjų grupėje ir 12,7

3 lentelė. **Rizikos veiksniai ir jų sąsaja su mirtimi nuo COVID-19, χ2 testas**

Charakteristika, n (proc.)	Išgyvenę pacientai (n=243)	Mirę pacientai (n=15)	P reikšmė
Amžius ≥65 metai	77 (31,7)	13 (86,7)	**<0,01**
Buvęs gydymas stacionare per paskutinius 12 mėnesių	61 (23,6)	11 (73,3)	**<0,001**
Gretutinės ligos			
Pirminė arterinė hipertenzija	135 (52,3)	12 (80)	**0,027**
Kitos širdies ir kraujagyslių ligos	60 (23,3)	8 (53,3)	**0,004**
Cukrinis diabetas	26 (10,2)	2 (13,3)	0,666
Hematologinės ligos	22 (8,5)	5 (33,3)	**<0,001**
Onkologinės ligos	21 (8,1)	7 (46,7)	**<0,001**
Inkstų ligos	19 (7,4)	4 (26,7)	**0,003**
Insultas	14 (5,8)	1 (6,7)	0,827
Plaučių ligos	14 (5,8)	4 (26,7)	0,045
Demencija	11 (4,3)	1 (6,7)	0,635
Lėtinės kepenų ligos	8 (3,1)	0 (0,0)	0,475
Reumatinės ligos	7 (2,7)	0 (0,0)	0,505
Neuroraumeninės ligos	6 (2,3)	0 (0,0)	0,538
Imunosupresinės būklės	1 (0,4)	0 (0,0)	0,803

dienų mirusiųjų nuo COVID-19 grupėje [11]. Mūsų tyrimo COVID-19 sirgusių pacientų demografiniai rodikliai šiek tiek skyrėsi nuo kitų šalių tyrimų jaunesniu ligonių amžiumi ir kitokiu lyčių pasiskirstymu. Tai galima sieti su tuo, kad dauguma COVID-19 atvejų pirmosios bangos metu mūsų tyrime buvo įvežtiniai. Pandemijos pradžioje dar nebuvo tikslių kriterijų ligonių hospitalizacijai, todėl į COVID-19 stacionaro skyrių buvo hospitalizuojami ir tie, kuriems pasireiškė lengvesnė ligos forma. Nustatėme, kad daugumą RITS gydytų pacientų pirmosios COVID-19 bangos metu mūsų tyrime sudarė jaunesni nei 65 metų vyrai. Analogiška tendencija aprašoma ir 2020 metų gruodį publikuotoje metaanalizėje. Joje teigiama, kad vyrų rizika patekti į RITS buvo beveik 3 kartus didesnė nei moterų. Metaanalizėje nustatyta didesnė rizika vyrams mirti nuo COVID-19 (RS 1,39) [12], tačiau šiame tyrime statistiškai reikšmingo ryšio tarp lyties ir mirštamumo nebuvo nustatyta.

Analizuojant epidemiologinius duomenis, pastebėta, kaip padėtis labai pasikeitė 2020 metais kovo 14 dieną Lietuvoje įvedus visuotinį karantiną [13]. Mūsų duomenimis, pandemijos pradžioje vyravo įvežtiniai COVID-19 atvejai ir dauguma jų (88 proc.) buvo užfiksuoti iki 2020 metų kovo 31 dienos. Vėliau įvežtinių infekcijos atvejų sumažėjo ir įsivyravo plitimas šalies viduje – darbo, šeimos kolektyvuose, gydymo įstaigose ir kt. Taip pat svarbu pažymėti, kad atvejų skaičiaus padidėjimas buvo susijęs su vietiniais protrūkiais, o jų sumažėjimas – su vietinių protrūkių suvaldymu griežtomis priemonėmis. Aktyvūs ir greiti protrūkių valdymo veiksmai, tokie kaip šalies, miestų sienų uždarymas, asmenų izoliavimas ir aktyvus testavimas, buvo veiksmingi ir efektyviai sumažino įvežtinių atvejų skaičių bei vietinių protrūkių mastą. Panašios išvados priemonių efektyvumo klausimu pateikiamos žurnale *EclinicalMedicine* publikuotame straipsnyje, kuriame buvo vertinti protrūkių valdymo veiksmai 50 šalių, turėjusių daugiausiai COVID-19 atvejų tyrimo laikotarpiu: nepakankamas nacionalinio pasirengimo lygis (uždelstas šalies sienų uždarymas) bei mažos testavimo apimtys buvo susijusios su padidėjusiu ligos plitimu ir bendru mirštamumu [14].

Beveik nuo pat pandemijos pradžios akcentuojama komorbidiškumo reikšmė sunkesnei COVID-19 eigai. Uhane (Kinija) atliktame tyrime (n=191) bent 1 gretutine liga sirgo beveik pusė COVID-19 sirgusių pacientų, iš kurių dažniausios buvo PAH, cukrinis diabetas ir koronarinė širdies liga. Šios ligos buvo dažniausios ir mūsų tyrimo populiacijoje, kurioje gretutinėmis ligomis sirgo 58,1 proc. tiriamųjų. Literatūroje išskiriami įvairūs statistiškai reikšmingų rizikos veiksnių deriniai, lemiantys sunkesnę ligos eigą ar letalias jos baigtis. Jau minėtame Italijos perspektyviajame kohortiniame tyrime (n=756) vyresnis amžius, nutukimas ir pažengusios eigos COVID-19 buvo sietini su didesniu mirštamumu nuo COVID-19 [9]. JAV atliktoje studijoje (n=5 279) didžiausia hospitalizacijos dėl COVID-19 ir kritinės ligos eigos rizika nustatyta vyresnio amžiaus ligoniams, sergantiems gretutinėmis ligomis (pavyzdžiui, kardiovaskulinėmis, lėtine inkstų liga ir kt.). Kiti minimi rizikos veiksniai buvo širdies nepakankamumas, vyriškoji lytis, kūno masės indekso (KMI) padidėjimas, ypač didesnis nei 40 kg/m^2 [15]. Kitame Jungtinėje Karalystėje atliktame tyrime (n=470) išskiriami panašūs sunkesnę COVID-19 eigą lemiantys veiksniai: vyresnis amžius, PAH, onkologinės ligos [16]. Lyginant aptartus duomenis su mūsų tyrimo rezultatais, stebimos analogiškos sąsajos – statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp letalių išeičių ir daugelio jau minėtų rizikos veiksnių: amžiaus, PAH, kitų ŠKS ligų, onkologinių ir inkstų ligų. Ligų prevencijos ir kontrolės centras (angl. *Center for*

Disease Control and Prevention) kaip galimą sunkesnės COVID-19 eigos rizikos veiksnį nurodo ir lėtines plaučių ligas [17]. Kinijos (n=222) retrospektyviojoje kohortinėje studijoje tikslingai tyrinėjant anemija sergančius ligonius, nustatyta, kad ši liga yra nepriklausomas rizikos veiksnys sunkesnėms COVID-19 formoms išsivystyti [18]. Nutukimas taip pat neretai išskiriamas kaip modifikuojamas sunkesnės COVID-19 eigos rizikos veiksnys [15, 19]. Mūsų tyrime šio veiksnio išanalizuoti nebuvo įmanoma dėl tyrimo modelio – duomenys rinkti retrospektyviai iš medicininės dokumentacijos, kurioje nebuvo nurodyta tiriamųjų kūno masė, KMI ar konstitucija.

Pagrindinis ir svarbiausias pirmosios COVID-19 bangos metu taikytas gydymas – deguonies, antibakterinė terapija ir MMMH. Šie gydymo metodai taikomi ir šiuo metu: deguonies terapija skiriama esant kvėpavimo nepakankamumui, kai SpO_2 <94 proc., kvėpuojant aplinkos oru, antibakterinę terapiją skatinama skirti racionaliai, esant sunkiai pneumonijai ir (ar) antrinės bakterinės pneumonijos požymiams, o tromboembolijų profilaktikai MMMH skiriami visiems hospitalizuotiems COVID-19 sergantiems ligoniams [20]. Pirmosios bangos metu į Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikas hospitalizuotiems COVID-19 sergantiems pacientams pagal iš anksto patvirtintą gydymo protokolą buvo skiriamas eksperimentinis gydymas hidroksichlorokvino ir azitromicino deriniu. Visiems šį gydymą gavusiems ligoniams buvo rutiniškai stebėtas QT intervalo ilgis elektrokardiogramoje dėl galimo jo pailgėjimo ir aritmijų rizikos. Nepaisant galimo hidroksichlorokvino ir azitromicino derinio kardiotoksiškumo, Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikose atlikto retrospektyviojo tyrimo metu, kuriame buvo analizuoti hidroksichlorokvino ir azitromicino deriniu gydyti ligoniai (n=81) [21], QT pailgėjimo daugiau nei 500 milisekundžių atvejų skaičius buvo mažas, o ventrikulinės tachikardijos atvejų nenustatyta. Pasirodant vis daugiau duomenų apie reikšmingą šio derinio kardiotoksiškumo riziką ir nepakankamą terapinį efektą gydant COVID-19, šio gydymo metodo atsisakyta [22]. Pirmosios pandemijos bangos metu Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikose pradėti taikyti ir kiti gydymo metodai, vertinti kaip galimai efektyvūs gydant COVID-19 įvairiuose klinikiniuose tyrimuose, pavyzdžiui, intraveninis deksametazonas, antivirusiniai vaistai (remdesiviras ir kt.), imuninė plazma [20]. Mūsų tyrime nustatyta, kad taikant minėtus gydymo ir ligonių priežiūros metodus, palyginti su kitomis šalimis, pirmosios pandemijos bangos laikotarpiu buvo pasiekti pakankamai maži sunkių, kritinių ir letalių ligos baigčių rodikliai: RITS gydytų ligonių dalis buvo 8,9 proc., bendrasis mirštamumas nuo COVID-19 – 5,8 proc., mirštamumas RITS – 30,4 proc. Minėtoje ISARIC 2020 metų liepos 13 dienos COVID-19 ataskaitoje, į kurią įtraukti 42 šalių hospitalizuotų ligonių duomenys (n=60 430), bendrasis mirštamumas nuo COVID-19 siekė 33,2 proc., RITS gydytų ligonių dalis – 16 proc. [7]. Kitose šalyse atliktų minėtų tyrimų mirštamumo rodikliai taip pat buvo didesni ir svyravo nuo 18,7 proc. Danijoje [23] iki 36,0 proc. Jungtinėje Karalystėje [16]. Mūsų tyrimo ligonių mirštamumas RITS buvo panašesnis, tačiau taip pat šiek tiek mažesnis, palyginti su kitų šalių rodikliais: pagal minėtą ISARIC ataskaitą (n=60 430), mirštamumas RITS siekė 34,3 proc. [7], Anglijoje, Velse ir Šiaurės Airijoje (n=10 834) – 42 proc. [10]. Taigi nuo pat pirmosios pandemijos bangos pradžios mūsų tyrime buvo pasiekti nedideli mirštamumo bei sunkių COVID-19 atvejų rodikliai, palyginti su kitomis šalimis. Tai iš dalies būtų galima sieti ir su didesne jaunesnių ligonių dalimi.

Retrospektyviojo pirmosios COVID-19 bangos tyrimo metu nustačius tikėtinus sunkesnės COVID-19 rizikos veiksnius, prasminga atlikti antrosios bangos analizę, siekiant palyginti pandemijos bangų charakteristikas. Tikslinga atlikti ligonių stebėjimą ne tik hospitalizacijos metu, tačiau ir po jos, taip siekiant įvertinti asmenų, prasirgusių COVID-19, išgyvenamumą, gyvenimo kokybę ilgalaikėje perspektyvoje, stebėti dėl galimų liekamųjų reiškinių.

Išvados

Vyresnis amžius nustatytas kaip rizikos veiksnys letalioms COVID-19 išeitims. Daugiau nei pusei ligonių buvo nustatyti kvėpavimo nepakankamumo požymiai bei radiologiniais tyrimais patvirtinta pneumonija, tačiau pirmosios pandemijos bangos metu paskyrus medikamentinį gydymą, deguonies terapiją, taip pat dėl jaunesnio hospitalizuotų ligonių amžiaus pavyko išvengti didelių mirštamumo rodiklių.

Straipsnis recenzuotas

LITERATŪRA

1. Coronavirus [Internet]. [cited 2021 Mar 19]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
2. WHO. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. 2020.
3. Backer JA, Klinkenberg D, Wallinga J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. Eurosurveillance. 2020 Feb 6;25(5):2000062.
4. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Mar 19]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention
5. Mortality Risk of COVID-19 - Statistics and Research - Our World in Data [Internet]. [cited 2021 Mar 20]. Available from: https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid#case-fatality-rate-of-covid-19-by-age.
6. Vaccines and treatment of COVID-19 [Internet]. [cited 2021 Mar 20]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/vaccines-and-treatment.
7. COVID-19 Report: 13 July 2020. ISARIC (International Severe Acute Respiratory and Emerging Infections Consortium).
8. Manson JJ, Crooks C, Naja M, et al. COVID-19-associated hyperinflammation and escalation of patient care: a retrospective longitudinal cohort study. The Lancet Rheumatology. 2020 Oct 1;2(10):e594–602.
9. Giacomelli A, Ridolfo AL, Milazzo L, et al. 30-day mortality in patients hospitalized with COVID-19 during the first wave of the Italian epidemic: A prospective cohort study. Pharmacological Research. 2020 Aug 1;158.

Visas literatūros sąrašas redakcijoje

Epidemiologiniai ir klinikiniai pacientų, sirgusių juostine pūsleline ir gydytų Kauno klinikinėje ligoninėje 2016–2020 metais, ypatumai

Epidemiological and Clinical Characteristics of Patients with Herpes Zoster Treated in Kaunas Clinical Hospital Between 2016 and 2020



Gyd. rez. Gerardas Savulionis
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Urologijos klinika



Dr. Evelina Pukenytė
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Infekcinių ligų klinika
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė

Santrauka

Darbo tikslas. Įvertinti pacientų, sirgusių juostine pūsleline ir gydytų Kauno klinikinės ligoninės Infekcinių ligų skyriuje 2016–2020 metais, epidemiologinius ir klinikinius ypatumus.

Metodai. Retrospektyviojo tyrimo metu buvo renkami ir analizuojami juostine pūsleline sirgusių pacientų ligos istorijų duomenys, gauti gydžius juos nuo 2016 metų sausio 1 dienos iki 2020 metų gruodžio 31 dienos Kauno klinikinės ligoninės (dabar – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė) Infekcinių ligų skyriuje. Tyrimui atlikti buvo gautas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Bioetikos centro komiteto leidimas (Nr. BEC-MF-424, 2021 metai birželio 28 diena).

Rezultatai. Per tiriamąjį laikotarpį buvo stacionarizuoti 327 pacientai, sirgę juostine pūsleline: 132 (40,4 proc.) buvo vyrai ir 195 (59,6 proc.) – moterys. Moterų buvo statistiškai daugiau nei vyrų ($p<0,001$). Tiriamųjų vidutinis amžius – 70,98±15,93 (mediana – 74) metų. Moterys buvo vyresnės nei vyrai ($p=0,034$): vyrų vidutinis amžius buvo 70,33±14,001 (mediana – 71) metų, o moterų – 73,47±13,159 (mediana – 77) metų. Daugiau nei trys ketvirtadaliai pacientų, tai yra 251 (77 proc.), sirgo gretutinėmis ligomis: 95 (72 proc.) vyrai ir 156 (80 proc.) moterys. Dažniausiai pacientai sirgo širdies ir kraujagyslių ligomis – 237 (72,7 proc.). Vidutinė stacionarinio gydymo trukmė buvo 8,23±3,332 (mediana – 8) dienos. Bėrimai dažniausiai pasireikšdavo krūtinės, pilvo ir nugaros srityse – 108 (33 proc.), veido srityje – 122 (38,1 proc.) pacientams. Diseminuota juostinė pūslelinė stebėta 32 pacientams (9,9 proc.). Dažniausia juostinės pūslelinės komplikacija buvo neuralgija. Pagal bėrimų eigą ji pasireiškė 51 (15,6 proc.) tiriamajam. Pacientai, priklausantys 65–74 metų ir 75 metų ir vyresnio amžiaus grupėms, sirgo ilgiau nei kitų grupių ligoniai ($p<0,001$). Gretutinėmis ligomis sirgusių pacientų stacionarinio gydymo trukmė buvo 8,55±3,579 (mediana – 8) dienos, tai yra statistiškai reikšmingai ilgesnė, palyginti su nesirgusių gretutinėmis ligomis tiriamųjų – 7,16±2,040 (mediana – 7) dienos ($p=0,003$). Iki stacionarizavimo antivirusiniais vaistais – aciklovіru arba valaciklovіru – skirtingomis dozėmis gydyti 75 (22,9 proc.) pacientai. Jų stacionarinio gydymo trukmė buvo statistiškai reikšmingai trumpesnė negu negydytų pacientų – atitinkamai 7,39±2,304 (mediana – 7) ir 8,47±3,545 (mediana – 8) dienos ($p=0,025$).

Išvados. Tarp 327 stacionarizuotų juostine pūsleline sirgusių pacientų didesnę dalį sudarė moterys. Daugiau nei trys ketvirtadaliai tiriamųjų sirgo ir gretutinėmis ligomis. Dažniausios jų buvo širdies ir kraujagyslių ligos. Vidutinė juostine pūsleline sirgusiųjų stacionarinio gydymo trukmė – 8,23 (mediana – 8) dienos. Vyresnio amžiaus ir gretutinėmis ligomis sirgę pacientai stacionare gydyti ilgiau. Dažniausiai bėrimai pasireiškė krūtinės, pilvo, nugaros ir veido srityse, kartu vargino neuralginis skausmas. Beveik dešimtadaliui tiriamųjų išsivystė diseminuota juostinės pūslelinės forma. Pacientai, kurie ambulatoriškai buvo gydyti antivirusiniais vaistais, stacionare gydyti trumpiau. Remiantis retrospektyviojo tyrimo duomenimis, būtina atkreipti ambulatorinės grandies gydytojų dėmesį į juostinės pūslelinės epidemiologinės anamnezės, ankstyvosios diagnostikos, laiku paskirto ir kokybiško etiotropinio gydymo antivirusiniais vaistais pakankamomis dozėmis, remiantis naujausiomis rekomendacijomis ir imunoprofilaktikos svarbą.

Raktažodžiai: juostinė pūslelinė, *Varicella zoster* viruso infekcija, herpetinė infekcija.

Summary

Aim of the study. To analyze the epidemiological and clinical characteristics of patients with herpes zoster treated in Kaunas clinical hospital between 2016 and 2020.

Methods. During the retrospective study, data on the history of shingles patients treated at Kaunas Clinical Hospital (now LSMU Kaunas Hospital) during the period 01 01 2016–31 12 2020 were collected and analyzed with the permission of the Bioethics Center Committee of the Lithuanian University of Health Sciences (Nr. BEC-MF-424, 2021-06-28).

Results. There were a total of 327 patients hospitalised because of herpes zoster: 132 (40.4%) men and 195 (59.6%) women were hospitalised because of herpes zoster. There were statistically more women than men ($p<0.001$). The mean age of the subjects was 70.98±13.572 (median – 74) years. Women were older than men ($p=0,034$). Mean age of men was 70.33±14.001 (median – 71), years, women – 73.47±13.159 (median – 77) years. More than three-quarters of 251 (77%) patients had comorbidities: 95 (72%) men and 156 (80%) women, the most common being cardiovascular diseases 237 (72,7%). The mean duration of hospitalization for herpes zoster was 8.23±3.332 days, with a median of 8. Among patients rashes were most commonly found in torso 108 (33%) and face 122 (38,1%) areas. Disseminated herpes zoster occurred in 32 (9.9%) patients. The most common complication was neuralgia, which occurred in 51 (15.6%) patients. Patients, belonging to 65-74, 75 and older age groups had a longer inpatient duration ($p<0.001$). Before hospitalization 75 (22.9%) of patients received antiviral treatment. Patients, who received antiviral treatment before hospitalization, had a shorter time of hospitalization (7.39±2.304 d. (median – 7 d.), compared to those who didn't – 8.47±3.545 d. (median – 8 d.) ($p<0.001$).

Conclusion. There were more women than men, who were hospitalised due to herpes zoster. Three quarters of patients had co-morbidities, the most common being cardiovascular. Patients treated for shingles were hospitalized for an average of 8.23 days, with a median of 8. Older patients were more likely to have a longer hospitalization period. Patients with co-morbidities had a longer inpatient duration The rash was most common in the torso and face. Approximately one-tenth of the patients developed a disseminated form of shingles. Patients who received anti-viral treatment prior to hospitalization had a shorter inpatient period.

Keywords: herpes zoster, shingles, VZV infection, herpes infection.

Įvadas

Varicella zoster virusas (VZV) yra 1 iš 8 žmonėms patogeniškų *herpes* virusų. VZV sukelia pirminę infekciją – vėjaraupius, labai užkrečiamą ligą, kuria dažniausiai suserga vaikai. Šiuo virusu dažniausiai užsikrečiama oro lašeliniu būdu ir per tiesioginį kontaktą su sergančiojo odos pažeidimais. Pirminės infekcijos metu virusas per kraują patenka į odą, burnos gleivinę, limfmazgius ir sukelia generalizuotą odos bėrimą [1]. Po pirminės infekcijos virusas neuronuose tampa latentiškas. Latentiškas virusas lokalizuojasi periferiniuose autonominiuose mazguose, įskaitant nugarinį mazgą, trišakio nervo mazge ar enterinės sistemos autonominiuose mazguose. Per gyvenimą natūraliai silpnėjant ląsteliniam imunitetui, VZV gali reaktyvintis ir sukelti juostinę pūslelinę, kuriai būdingas makulopapulinis, o vėliau vezikulinis bėrimas ir skausmas, plintantis dermatomu [2].

Remiantis Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis, vėjaraupiai yra viena labiausiai paplitusių infekcinių ligų ne tik Lietuvoje, bet ir pasaulyje – apie 90 proc. visų žmonių perserga vėjaraupiais. Lietuvoje kiekvienais metais apie 15 000 žmonių užsikrečia vėjaraupiais. Vadinasi, visi šie žmonės ateityje galėtų susirgti juostine pūsleline [3]. Darbo tikslas – įvertinti juostinės pūslelinės epidemiologinius ir klinikinius ypatumus pacientams, gydytiems Kauno klinikinės ligoninės Infekcinių ligų skyriuje nuo 2016 iki 2020 metų.

Metodai

Retrospektyviojo tyrimo metu buvo renkami ir analizuojami nuo 2016 metų sausio 1 dienos iki 2020 metų gruodžio 31 dienos Kauno klinikinės ligoninės (dabar – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė) Infekcinių ligų skyriuje gydytų pacientų, sirgusių juostine pūsleline, ligos istorijų duomenys. Tyrimui buvo atrinktos tų pacientų ligos istorijos, kuriems nustatytos šios galutinės klinikinės diagnozės pagal TLK-10-AM:

- B02 Juostinė pūslelinė;
- B02.0 Juostinės pūslelinės sukeltas encefalitas;
- B02.1 Juostinės pūslelinės sukeltas meningitas;
- B02.2 Juostinė pūslelinė su kitų nervų sistemos pažeidimu;
- B02.3 Juostinės pūslelinės sukelta akių liga;
- B02.7 Išsisėjusi juostinė pūslelinė;
- B02.8 Juostinė pūslelinė su kitomis komplikacijomis;
- B02.9 Juostinė pūslelinė be komplikacijų.

Tiriamiesiems buvo pateiktos anketos, kuriose jie turėjo pateikti demografinius ir epidemiologinius duomenis, tokius kaip lytis, amžius, gyvenamoji vieta, simptomų atsiradimo data, stacionarizavimo data, žalingi įpročiai, per pastaruosius 3 mėnesius patirtos traumos ir didelio streso situacijos, imunosupresinis gydymas, organų transplantacija, gretutinės ligos – širdies ir kraujagyslių ligos (išeminė širdies liga, išeminė smegenų liga, arterinė hipertenzija, širdies nepakankamumas, ritmo sutrikimai, įgimtieji širdies defektai, širdies vožtuvų ligos, miokardo infarktas, statinų vartojimas), kvėpavimo takų ligos (lėtinė obstrukcinė plaučių liga, bronchinė astma), onkologinės ligos (Hodžkino ir ne Hodžkino limfomos, leukemija bei kitų lokalizacijų navikai), autoimuninės ligos (sisteminė raudonoji vilkligė, reumatoidinis artritas, Sjogreno sindromas, uždegiminės žarnų ligos, išsėtinė sklerozė, dermatomiozitas, polimiozitas,

psoriazė), ŽIV ir įgytasis imunodeficito sindromas (AIDS), endokrininės ligos (1 ir 2 tipo cukrinis diabetas, hiper- ir hipotirozė), inkstų ir šlapimo takų ligos (lėtinė inkstų liga, lėtinis pielonefritas, gerybinė prostatos hiperplazija), psichikos ligos (šizofrenija, depresija, asmenybės sutrikimai), gastroenterologinės ligos (gastroezofaginio refliukso liga, skrandžio bei dvylikapirštės žarnos opaligės, gastritai, hepatitai), ar pirmą kartą serga juostine pūsleline.

Atlikta ligos klinikinių ypatumų analizė: stacionarinio gydymo trukmė, ligos prodrominiai simptomai (odos perštėjimas, parestezijos, hiperestezija, alodinija, skausmas, karščiavimas, fotofobija, pykinimas, vėmimas), juostinei pūslelinei tipiški bėrimai, juos lydintys simptomai (perštėjimas, parestezijos, skausmas, limfmazgių padidėjimas, karščiavimas, pykinimas, vėmimas), bėrimų lokalizacija (galva, kaklas, viršutinė ir apatinė galūnės, pilvas, nugara, krūtinė), bėrimo trukmė iki stacionarizavimo, kita klinikinė išraiška (diseminuota, akių, ausies juostinė pūslelinė, encefalitas, meningitas, visceralinė juostinė pūslelinė) ir komplikacijos (neuralgija, bakterinė superinfekcija, idiopatinis veidinio nervo paralyžius, kurtumas, keratitas, motorinė neuropatija, diafragmos paralyžius).

Analizuotas pacientų ambulatorinis ir stacionarinis gydymas antivirusiniais vaistais – laikas nuo simptomų atsiradimo iki vaistų paskyrimo, vaistų dozės, gydymo trukmė.

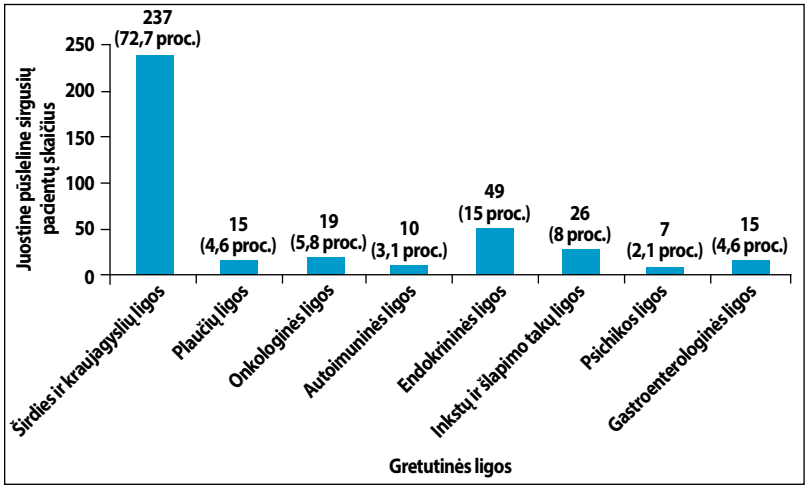
Rezultatai ir jų aptarimas

Tiriamųjų demografiniai ir epidemiologiniai duomenys

Nuo 2016 iki 2020 metų Kauno klinikinės ligoninės Infekcinių ligų skyriuje buvo stacionarizuoti 327 juostine pūsleline sirgę pacientai: 132 (40,4 proc.) – vyrai, 195 (59,6 proc.) – moterys. Moterų buvo statistiškai reikšmingai daugiau nei vyrų (p<0,001). Panašius rezultatus radome ir M. Levi ir bendraautorių Italijoje, Toskanos regione, atliktame tyrime. Tyrime buvo analizuojami 4 475 sirgusių juostine pūsleline pacientų ligos duomenys. Nustatyta, kad tarp stacionarizuotų asmenų didesnę dalį sudarė moterys (54 proc.), palyginti su vyrais (46 proc.). Panašūs rezultatai pateikiami ir Švedijoje atliktame tyrime. Tiriant stacionare 2006–2010 metais gydytų juostine pūsleline sirgusių pacientų atvejus, moterų stacionarizavimo dažnis buvo 8,1 atvejo iš 100 000, vyrų – 5,6 atvejo iš 100 000 [4, 5].

Ligos istorijų analizės duomenimis, sirgusių pacientų vidutinis amžius buvo 70,98±15,93 (mediana – 74) metų: vyrų – 70,33±14,001 (mediana – 71), moterų – 73,47±13,159 (mediana – 77) metų. Vyrai, sirgę juostine pūsleline, buvo statistiškai reikšmingai jaunesni nei moterys (p=0,034).

1 pav. **Stacionarizuotų juostine pūsleline sirgusių pacientų gretutinių ligų pasiskirstymas**



Daugiau nei trys ketvirtadaliai pacientų, tai yra 251 (77 proc.), sirgo gretutinėmis ligomis: 95 (72 proc.) vyrai ir 156 (80 proc.) moterys. Vyrai ir moterys gretutinėmis ligomis sirgo vienodai dažnai (p=0,116). Vyrų ir moterų gretutinių ligų skaičius statistiškai reikšmingai nesiskyrė (p=0,260) – vidutiniškai 1,929±1,7 (mediana – 2, minimumas – 0, maksimumas – 8) gretutinės ligos. Dažniausia gretutinių ligų grupė buvo širdies ir kraujagyslių ligos. Jomis sirgo 237 (72,7 proc.) pacientai. Informacija apie gretutines ligas, kuriomis sirgo stacionarizuoti juostine pūsleline sirgę pacientai, pateikta *1 pav.*

Pacientų, sirgusių juostine pūsleline, klinikiniai ypatumai

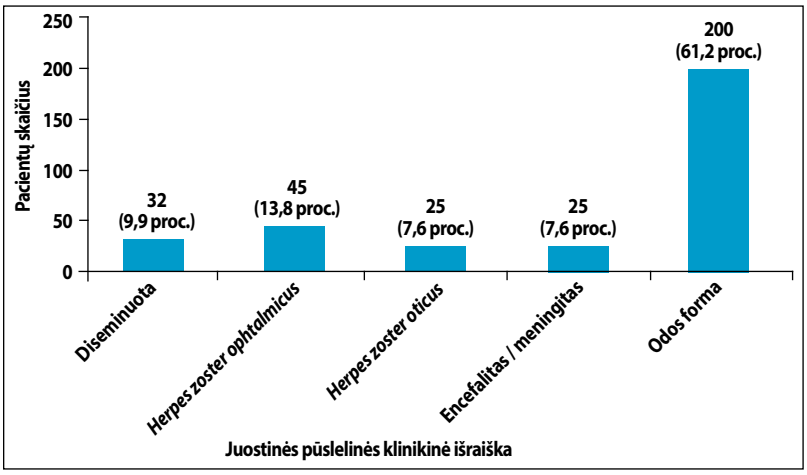
Vidutinė pacientų, sirgusių juostine pūsleline, stacionarizavimo trukmė buvo 8,23±3,332 (mediana – 8) dienos. Mūsų gauti rezultatai skyrėsi nuo A. Garcia-Rojas ir bendraautorių Ispanijoje atlikto tyrimo. Jų tyrime, kuriame buvo analizuojami 1 088 pacientų duomenys, vidutinė stacionarizavimo trukmė buvo 15,82±18,84 dienų [6].

Stacionarizuotiems juostine pūsleline sirgusiems pacientams bėrimas dažniausiai pasireiškė krūtinės, pilvo ir nugaros srityse – 108 (33 proc.), veido srityje – 122 (38,1 proc.). Kaklo ir viršutinių galūnių bėrimas pasireiškė 45 (13,8 proc.), kojų bėrimas – 34 (10,6 proc.), per kelias skirtingas kūno dalis besitęsiantis bėrimas – 31 (9,6 proc.) pacientui.

Vertinant pacientų klinikines išraiškas, nustatyta, kad dažniausia jų buvo odos bėrimų forma. Kitos analizuotos klinikinės išraiškos buvo akių forma (*herpes zoster ophtalmicus*), ausies juostinė pūslelinė (*herpes zoster oticus*), encefalitas / meningitas ir generalizuota juostinė pūslelinė, pasireiškianti diseminuotu bėrimu. Remiantis ligos istorijų duomenimis, klinikinių formų pasiskirstymas pavaizduotas *2 pav.*

Daugumai pacientų, tai yra 276 (84,4 proc.), juostinė pūslelinė nesukėlė jokių komplikacijų, 51 (15,6 proc.) pasireiškė neuralgija pagal bėrimų eigą. 17 tiriamųjų buvo stebimos dar šios komplikacijos: 8 (2,4 proc.) pasireiškė idiopatinis veidinio nervo paralyžius, 7 (2,1 proc.) – juostinė pūslelinė komplikavosi antrine bakterine infekcija, 1 (0,3 proc.) – keratitu, 1 (0,3 proc.) – kurtumu.

2 pav. **Klinikinių ligos išraiškų pasiskirstymas tarp sirgusių juostine pūsleline pacientų, gydytų Kauno klinikinėje ligoninėje**

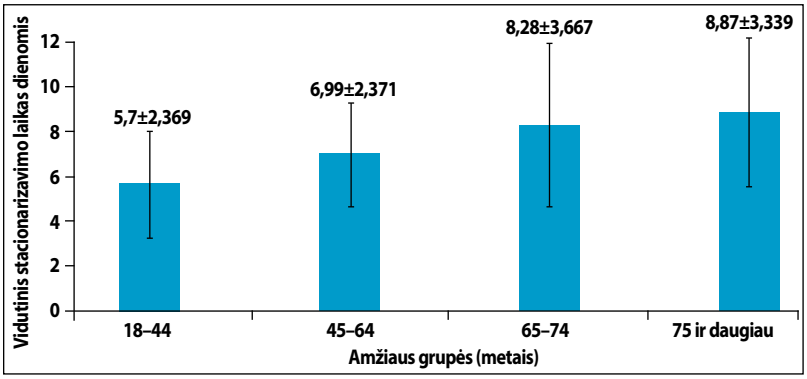


Epidemiologinių duomenų įtaka juostinės pūslelinės klinikiniams ypatumams

Tyrimo metu siekėme išsiaiškinti, ar epidemiologiniai veiksniai turėjo įtakos ligos klinikiniams ypatumams – stacionarinio gydymo trukmei, klinikinei išraiškai, komplikacijoms ir pan. Tyrime nebuvo nustatyta ryšio tarp pacientų lyties ir stacionarizavimo trukmės (p=0,132).

Siekiant išsiaiškinti, ar pacientų amžius turėjo įtakos stacionarinio gydymo trukmei, suskirstėme tiriamuosius pagal amžiaus grupes: 18–44, 45–64, 65–74, 75 metų ir vyresnio amžiaus. Nustatėme, kad pacientų amžius turėjo įtakos stacionarinio gydymo trukmei: vyresni pacientai buvo gydomi ilgiau negu jaunesni nei 65 metų (p<0,001). Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių ir stacionarinio gydymo trukmę pavaizduotas *3 pav.*

3 pav. **Juostine pūsleline sirgusių pacientų stacionarizavimo trukmės pasiskirstymas pagal amžių**



Panašūs rezultatai pateikiami M. Levi ir bendraautorių atliktame tyrime, kuriame taip pat buvo stebimas ryšys tarp pacientų amžiaus ir stacionarinio gydymo trukmės [5].

251 (77 proc.) pacientas sirgo gretutinėmis ligomis. Nustatėme, kad gretutinėmis ligomis sirgusių pacientų stacionarinio gydymo trukmė buvo 8,55±3,579 (mediana– 8) dienos, kuri buvo statistiškai reikšmingai ilgesnė nei nesirgusiųjų gretutinėmis ligomis (7,16±2,040 (mediana –7) dienos, p=0,003).

Sirgusių širdies ir kraujagyslių ligomis tiriamųjų stacionarinio gydymo trukmė buvo ilgesnė – 8,65±3,605 (mediana – 8) dienos, palyginti su šiomis ligomis nesirgusiųjų grupe (7,08±2,097 (mediana – 7) dienos, p<0,001).

Stacionarinio gydymo trukmė sergant skirtingomis širdies ir kraujagyslių ligomis pavaizduota *1 lentelėje.*

Antivirusinių vaistų vartojimo iki stacionarizavimo įtaka ligos klinikai ir stacionarizavimo trukmei

Ligos istorijų analizės duomenimis, 75 (22,9 proc.) pacientams buvo paskirtas sisteminis antivirusinis gydymas aciklovіru arba valaciklovіru iki stacionarizavimo. Vidutinė ambulatorinio gydymo trukmė – 4,14±3,036 dienos. Anksčiausiai vaistai buvo paskirti praėjus 1 dienai, o vėliausiai – 13 dienų nuo simptomų pasireiškimo. Ambulatoriškai aciklovіras rekomenduojamomis pakankamomis dozėmis, tai yra po 800 mg 5 k./d., buvo skirtas 29 pacientams (38,67 proc.), likusiems – antivirusinis gydymas skirtas nepakankamomis dozėmis.

Antivirusinių vaistų paskyrimas pacientams iki stacionarizavimo statistiškai reikšmingai sumažino stacionarinio gydymo trukmę (p=0,025): pacientams, gydytiems iki stacionarizavimo, gydymo trukmės mediana siekė 7, o negydytiems – 8 dienas. Ligos klinikinė išraiška bei komplikacijos nepriklausė nuo to, ar iki stacionarizavimo buvo paskirtas antivirusinis gydymas.

Išvados

- Nuo 2016 iki 2020 metų Kauno klinikinės ligoninės Infekcinių ligų skyriuje buvo stacionarizuoti 327 juostine pūsleline sirgę pacientai. Moterų buvo statistiškai reikšmingai daugiau nei vyrų.
- Vidutinis stacionarizuotų ligonių amžius buvo 70,98 metų. Daugiau nei trys ketvirtadaliai pacientų sirgo

gretutinėmis ligomis, dažniausios jų buvo širdies ir kraujagyslių ligos.

- Juostine pūsleline sirgusių pacientų vidutinė stacionarinio gydymo trukmė buvo 8,23 dienos. Dažniausiai bėrimas pasireikšdavo krūtinės, pilvo, nugaros srityse ir veide. Beveik dešimtadaliui pacientų pasireiškė diseminuota juostinės pūslelinės forma.
- Vyresnio amžiaus asmenys ir pacientai, sirgę gretutinėmis ligomis, buvo gydyti stacionare ilgiau negu jaunesnio amžiaus ir gretutinėmis ligomis nesirgę tiriamieji.
- Pacientų ambulatorinis gydymas antivirusiniais vaistais iki stacionarizavimo sutrumpino stacionarinio gydymo trukmę, bet neturėjo įtakos ligos klinikinei išraiškai ir komplikacijų išsivystymui.
- Būtina atkreipti ambulatorinės grandies gydytojų dėmesį į juostinės pūslelinės epidemiologinės anamnezės, ankstyvosios diagnostikos, laiku paskirto ir kokybiško etiotropinio gydymo antivirusiniais vaistais pakankamomis dozėmis, parinktomis remiantis naujausiomis rekomendacijomis ir imunoprofilaktikos svarbą.

1 lentelė. **Juostine pūsleline sirgusių pacientų stacionarinio gydymo trukmė priklausomai nuo širdies ir kraujagyslių ligų**

Širdies ir kraujagyslių liga	Ar sirgo šia liga	Stacionarinio gydymo trukmė (mediana, dienos)	P reikšmė
Išeminė širdies liga	Taip	8	=0,003
	Ne	7	
Išeminė smegenų liga	Taip	9	<0,001
	Ne	8	
Ritmo sutrikimai	Taip	9	<0,001
	Ne	7	
Arterinė hipertenzija	Taip	8	=0,119
	Ne	7	
Širdies nepakankamumas	Taip	8	=0,071
	Ne	8	
Miokardo infarktas	Taip	8	=0,346
	Ne	8	

Daugiau informacijos apie juostinę pūslelinę *Pukenytė, Evelina; Mickienė, Auksė. Juostinė pūslelinė // Infekcinės ligos. Žurnalo* Internistas *priedas. Vilnius: UAB* Baltijos idėjų grupė ir partneriai. ISSN 1822-8771, 2019, Nr. 1(13), p. 69-71.

Straipsnis recenzuotas

LITERATŪRA

1. Koshy E, Mengting L, Kumar H, Jianbo W. Epidemiology, treatment and prevention of herpes zoster: A comprehensive review. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2018 May 1; 84(3):251–62.
2. Kennedy PGE, Gershon AA. Clinical Features of Varicella-Zoster Virus Infection. Viruses 2018, Vol 10, Page 609. 2018 Nov 2; 10(11):609.
3. Vėjaraupių epidemiologijos, klinikos ir profilaktikos metodinės rekomendacijos. Internetinė prieiga: http://www.ulac.lt/uploads/downloads/vejaraupiu_m_r.pdf.
4. Studahl M, Petzold M, Cassel T. Disease burden of herpes zoster in Sweden--predominance in the elderly and in women - a register based study. BMC Infect Dis. 2013 Dec 12; 13(1).
5. Levi M, Bellini I, Capecchi L, et al. The burden of disease of Herpes Zoster in Tuscany: A retrospective search of hospital discharge records, 2002–2012. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2015 Jan 1; 11(1):185.
6. García-Rojas A, Gil-Prieto R, Núñez-Gallo DÁ, et al. Hospitalizations realted to herpes zoster infection in the Canary Islands, Spain (2005-2014). BMC Infectious Diseases. 2017 Aug 24; 17(1).



Žaibinis pneumokokinis sepsis pacientui, kuriam yra asplenija. Klinikinis atvejis

Fulminant pneumococcal sepsis in a patient with asplenia. Clinical case



Gyd. rez. Marius Ogenskas
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Infekcinių ligų klinika

Santrauka

Streptococcus pneumoniae yra pagrindinė apatinių kvėpavimo takų infekcijos sergamumo ir mirštamumo priežastis pasaulyje. Ši infekcija yra itin pavojinga vaikų iki 5 metų, vyresnių nei 65 metų amžiaus pacientų ir imunosupresinės būklės pacientų grupėse. Nepaisant galimybės vakcinuotis nuo šios mirtinos infekcijos sukėlėjo, pasaulyje kasmet miršta daugiau nei 1 000 000 žmonių. Šiame straipsnyje pristatomas letalaus *Streptococcus pneumoniae* sukelto sepsio klinikinis atvejis pacientui, kuriam buvo asplenija, ir pristatomos naujos skiepijimo nuo pneumokokinės infekcijos gairės.

Raktažodžiai: *Streptococcus pneumoniae*, sepsis, imunosupresija, vakcinacija.

Summary

Streptococcus pneumoniae is the leading cause of lower respiratory infection morbidity and mortality globally. This infection is extremely dangerous among children under 5 years of age, patients over 65 years of age and patients with immunosuppression. Despite the possibility of vaccination against this deadly infection, more than 1,000,000 people die worldwide every year. This article presents a clinical case of fatal sepsis caused by *Streptococcus pneumoniae* in a patient with asplenia and presents new guidelines for vaccination against this pathogen.

Keywords: *Streptococcus pneumoniae*, sepsis, imunosupression, vaccinacion.

Įvadas

Streptococcus pneumoniae yra pagrindinė apatinių kvėpavimo takų infekcijos sergamumo ir mirštamumo priežastis pasaulyje. *Streptococcus pneumoniae* sukelta infekcija yra kontroliuojama vakcinomis, tačiau dėl mažo vakcinacijos masto kasmet miršta daugiau nei 1 000 000 žmonių pasaulyje [1]. *Steptococcus pneumoniae* infekcija yra itin pavojinga vaikų, vyresnio amžiaus ir imunosupresinės būklės pacientų grupėje [2].

Klinikinis atvejis

2021 metais lapkričio 17 dieną 34 metų vyras kvietėsi greitąją medicinos pagalbą (GMP) dėl bendro silpnumo, dusulio, karščiavimo iki 40 °C ir viduriavimo. GMP duomenimis, arterinis kraujo spaudimas buvo 70/55 mm Hg, širdies susitraukimų dažnis – 118 k./min., kraujo prisotinimas deguonimi (SpO_2) – 88 proc. Stebėta cianotiška oda, šaltos galūnės.

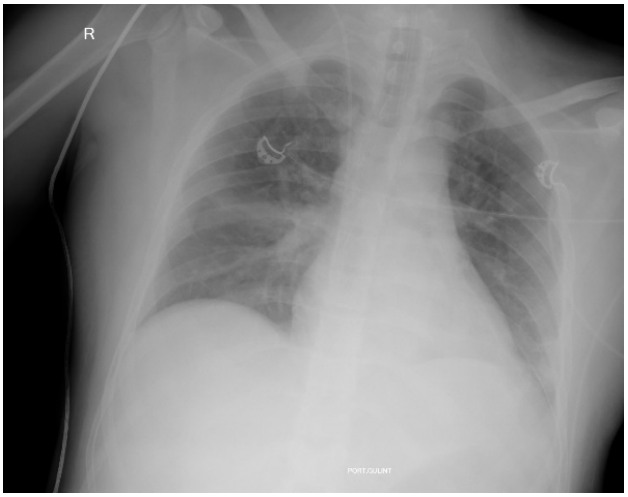
Pacientas atvežtas į Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninės Skubios pagalbos skyrių. Iš ligos anamnezės žinoma, kad pacientas namuose slaugė vėjaraupiais sergantį vaiką. Iš gyvenimo anamnezės išsiaiškinta, kad dėl trombocitų patologijos ir blužnies padidėjimo 2004 metais pacientui buvo pašalinta blužnis, kitomis gretutinėmis ligomis neserga. Duomenų apie vakcinaciją nuo *Streptococcus pneumoniae* nebuvo. Atliktuose kraujo tyrimuose stebėti padidėję uždegiminiai rodikliai (C reaktyviojo baltymo koncentracija – 88 mg/l, leukocitų – 9,8 x 10^9/l, prokalcitonino koncentracija – >100 µg/l), sutrikusi inkstų funkcija (kreatininas – 353,21 µmol/l), padidėjusios transaminazės (AST – 142,9 U/l, ALT – 110,1 U/l), sutrikę krešumo rodikliai (D-dimerų – >20 mg/l, fibrinogeno – 0,56 (2–4 g/l)), trombocitopenija (trombocitų 46 x 10^9/l). Atliktoje krūtinės ląstos rentgenogramoje, viršutinėje ir vidurinėje dalyse, stebėti įtartini infiltraciniai pakitimai (*1 pav.*).

Suformuluota pneumonijos, sepsio, komplikuoto dauginiu organų nepakankamumu, ir diseminuotos intravaskulinės koaguliacijos (DIK) diagnozė, paimti kraujo, šlapimo pasėliai, paskirti intraveniniai cefuroksimas 1,5 g, kristaloidai, deksametazonas.

Pacientas perkeltas į Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninės Reanimacijos ir intensyvios terapijos skyrių (RITS). Vertinant paciento aspleniją, empirinė antibakterinė terapija pakeista į piperaciliną / tazobaktamą 4,5 g 2 k./d. ir vankomiciną 1 g 1 k./d.

Lapkričio 18 dieną paciento būklė sparčiai blogėjo, išryškėjo dirbtinės plaučių ventiliacijos (DPV), vazopresorių

1 pav. **Krūtinės ląstos rentgenogramoje stebimi infiltraciniai pakitimai**



2 pav. **Susiliejantys purpuros tipo pakitimai veide ir krūtinėje**



poreikis, atsirado ryškūs susiliejantys purpuros tipo pakitimai veide ir krūtinėje (*2 pav.*).

Pacientas perkeltas į Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikų RITS. Pacientą ištiko klinikinė mirtis, pradėtas gaivinimas pagal suaugusiųjų asistolijos algoritmą. Po 6 min. nuo gaivinimo pradžios registruota širdies veikla. Antibiotikų terapija koreguota į meropenemą 2 g 3 k./d., vankomiciną 1 g 1 k./d. bei klindamiciną 600 mg 3 k./d. Pradėta sudėtinė nuolatinė hemofiltracija su plazmos filtracine sorbcija. Gydymas papildytas intraveniniu hidrokortizonu 50 mg 4 k./d. Daugiadalykio konsiliumo metu nuspręsta atlikti *Varicella zoster* viruso (VZV) DNR PGR metodu, VZV IgG kraujyje ir gydymą papildyti aciklovіru 10 mg/kg 3 k./d.

Lapkričio 17 dieną paimtame kraujo pasėlyje išaugo: *Streptococcus pneumoniae*, jautrus penicilinui, eritromicinui, klindamicinui, vankomicinui, ceftriaksonui, TMP / SMX, *Staphylococcus hominis* bei *Staphylococcus caprae*. Plazmos nekoaguliuojantys stafilokokai vertinti kaip kontaminacija. Nutrauktas meropenemo skyrimas, paliktas vankomicinas su klindamicinu. VZV DNR plazmoje rasta, IgG 2 000, imunoglobulinas M – neigiamas. Esant neabejotinam pneumokokiniam sepsiui, aciklovіro skyrimas nutrauktas, pakartotinai atlikta VZV DNR PGR kraujyje (nerasta). Viso gydymo stacionare metu anemijos ir trombocitopenijos korekcijai skirta daugybinės eritrocitų ir trombocitų masės transfuzijos. Krešumo sutrikimams koreguoti – šviežiai šaldytos plazmos ir krioprecipitato transfuzijos. Paciento būklė viso gydymo metu buvo kritiškai sunki – išliko DPV, vazopresorių poreikis.

Lapkričio 23 dieną atliktas galvos smegenų kompiuterinės tomografijos (KT) tyrimas sąmonės sutrikimui patikslinti – rasti difuziniai hipoksiniai galvos smegenų pakitimai (KT neprieštarautų galvos smegenų mirčiai), pradėtas pildyti smegenų mirties konstatavimo protokolas.

Lapkričio 24 dieną atlikta galvos smegenų KT angiografija – nėra kraujotakos 4 pagrindinėse galvos smegenis maitinančiose arterijose – tik esktracerebrinė kraujotaka. Konstatuota mirtis. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninės Mikrobiologijos laboratorijoje išskirto *S. pneumoniae* izoliato patvirtinamasis tyrimas – *S. pneumoniae, serotipas 22 F.*

Diskusija

Žaibinė pneumokokinė infekcija dažnai yra mirtina liga, ypač asmenims, kuriems pašalinta blužnis. Norint pagerinti išgyvenamumą, būtina ankstyvoji diagnostika, infekcijos eigos ypatumų žinojimas aspleniniam pacientui ir greitas reagavimas staiga blogėjant ligonio būklei, įskaitant diseminuotą intravaskulinę koaguliaciją ir daugelio organų nepakankamumo vystymąsi. Siekiant išvengti šios sunkios komplikacijos, asmenims, kuriems pašalinta blužnis, būtina skiepytis nuo meningokokinės, pneumokokinės ir *H. influenzae* infekcijų.

Mūsų aptartu atveju, tą patvirtina ir statistika, pats dažniausias postsplenektominio sepsio sukėlėjas yra *Streptococcus pneumoniae*, nuo kurio mirštamumas siekia 59 proc. [3].

Iki 2022 metų Lietuvoje suaugusiuosius buvo rekomenduojama skiepyti 13-valente pneumokokine konjuguota vakcina. Jau nuo 2022 metų vidurio Lietuvoje prieinama nauja 20-valentė pneumokokinė konjuguota vakcina, kada bus Lietuvoje 15-valentė pneumokokinė konjuguota vakcina, kol kas nėra tiksliai žinoma. Nuo šiol bus rekomenduojama skiepyti viena 20-valente pneumokokine konjuguota vakcina arba 13-valente pneumokokine konjuguota vakcina (15-valente pneumokokine konjuguota vakcina), šiuo atveju vėliau revakcinuojant polisacharidine 23-valente pneumokokine vakcina [4].

Mūsų aptartame klinikiniame atvejyje buvo išskirtas *S. pneumoniae* 22 F serotipas. Nuo šio serotipo apsaugo tiek 15-valentė pneumokokinė konjuguota vakcina ir 20-valentė, tiek polisacharidinė 23-valentė pneumokokinė vakcina. Šis klinikinis atvejis primena ir parodo, kaip svarbu informuoti pacientus apie galimybę skiepytis, nes tai gali išgelbėti gyvybę.

Straipsnis recenzuotas

LITERATŪRA

1. GBD 2016 Lower Respiratory Infections Collaborators. Estimates of the Global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. The Lancet Infectious Diseases, 18(11), p. 1191–1210, 2018.
2. S. A. K. M. e. a. Feikin DR. Mortality from invasive pneumococcal pneumonia in the era of antibiotic resistance. Public Health. 2000, p. 223–229, 1995-1997.
3. I. A. C. A. Holdsworth RJ. Postsplenectomy sepsis and its mortality rate: actual versus perceived risks. Br J Surg, 1991.
4. Practices, Advisory Committee on Immunization, 2021.

Akimirkos iš ECCMID 2022: asmeniniai pastebėjimai ir naujos patirtys

32-asis Europos klinikinės mikrobiologijos ir infekcinių ligų kongresas ECCMID 2022 po 2 metų pertraukos vėl tiesiogiai vyko balandžio 23–26 dienomis. Šį kartą – Lisabonoje (Portugalija).

Europos klinikinės mikrobiologijos ir infekcinių ligų draugijos kongresas (angl. ECCMID) yra didžiausia lyderiaujanti edukacinė platforma, skirta klinikinės mikrobiologijos, infekcinių ligų, infekcijų kontrolės ir profilaktikos bei visuomenės sveikatos specialistams.

Kongrese dalyvavau kaip Lietuvos infektologų draugijos (LID) deleguotasis šalies atstovas, nes nuo 2005 metų LID yra su ESCMID afilijuotoji šalies draugija.

Kongresą atidarė ESCMID prezidentas prof. Maurizio Sanguinettis (Italija). Svarbu, kad pagaliau po 2 metų pertraukos, susijusios su COVID-19 pandemija, šiemet ECCMID atgimė kaip tiesioginis renginys. Simboliška, kad jis kaip tik įvyko Lisabonoje, kuri po katastrofinio 1755 metų žemės drebėjimo irgi sugebėjo atgimti, pakilti lyg Feniksas iš pelenų. Įdomus palyginimas…

ESCMID parengė net 4 įvairių rekomendacijų paketus, susijusius su įvairiais COVID-19 aspektais, tai yra nuo diagnostikos iki valdymo ir prevencijos.

Kokios išmoktos pamokos? Tai:

- laboratorinės medicinos svarba, sisteminis greitųjų testų galimybės plėtojimas, nuolatinis testų galimybių didinimas;
- sėkminga laboratorinių ir klinikinių duomenų integracija;
- sėkminga viruso genomo išaiškinimo duomenų integracija;
- sindrominės diagnostikos įsisavinimas leido išvengti nereikalingos pacientų izoliacijos, sumažino antibiotikų vartojimą;
- esant gretutinėms ligoms, padidėja rizika užsikrėsti SARS-CoV-2, o jau susirgus padidėja infekcinių ir neinfekcinių komplikacijų rizika;
- buvo iššūkis atskirti SARS-CoV-2 simptomus nuo gretutinių ligų paūmėjimų ir respiracinės ligos paūmėjimo;
- naujai patvirtinta pagrindinių infekcijos kontrolės priemonių svarba, įskaitant ir socialinį atsiribojimą laikantis saugaus socialinio atstumo, rankų plovimo ir medicininių kaukių ar respiratorių nešiojimo, kosėjimo higienos laikymosi;
- buvo užtikrintas intensyviosios terapijos skyrių teikiamų paslaugų prieinamumas visiems vienodai be jokių diskriminacijos apraiškų;
- buvo įrodyta kokybiškos komunikacijos tarp pacientų ir personalo, tarp personalo ir artimųjų ir tarp paciento ir jo šeimos svarba;



Vilniaus universiteto afilijuotasis prof. habil. dr. Arvydas Ambrozaitis

- būtinybė palaikyti psichologinę paramą medicinos personalui.

ECCMID 2020 pagrindinis akcentas – įvairūs COVID-19 aspektai.

ECCMID 2019 kongrese buvo daugiau nei 13 000 dalyvių iš 130 šalių, ECCMID 2021 (nuotolinis) – daugiau nei 9 000 dalyvių iš 136 šalių.

ECCMID 2022 kongrese dalyvavo 13 327 atstovai iš 156 šalių, daugiausiai iš Jungtinės Karalystės, Jungtinių Amerikos Valstijų, Ispanijos, Italijos ir Vokietijos. Iš viso priimtos 3 685 tezės, tai sudaro 77 proc. nuo visų atsiųstųjų.

Balandžio 25 dieną man, kaip šalies atstovui, teko dalyvauti ESCMID Tarybos posėdyje (angl. ESCMID *Council Meeting*). Iš viso yra registruotos 43 šalių afilijuotosios draugijos. Nuo 2022 metų sausio mėnesio pasikeitė afilijuotųjų draugijų metinių įmokų dydžiai: jei draugijoje yra mažiau nei 100 narių, metinis narystės mokestis siekia 100 eurų, nuo 100 iki 1 000 narių – 250 eurų. Vienam afilijuotosios draugijos atstovui suteikiama nemokama registracija į ECCMID renginį, o 2 nariams suteikiamas kelionės kompensavimo 500 eurų vertės paketas kiekvienam, jei jų tezės buvo priimtos į kongresą. Priminta, kad ESCMID

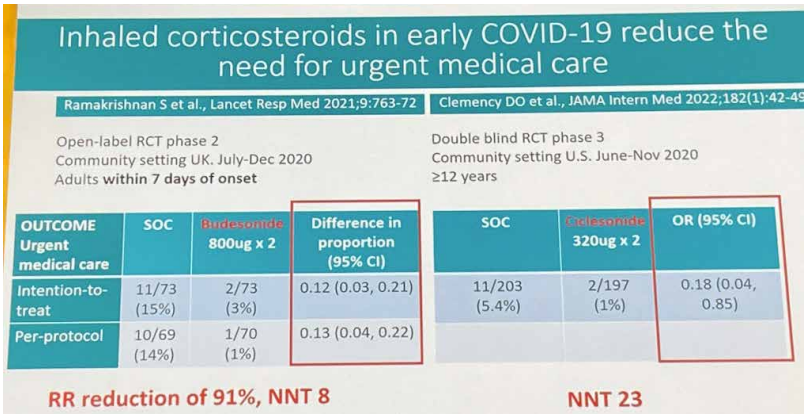
gali būti nacionalinių konferencijų oficialus nefinansinis rėmėjas. Esant poreikiui, reikėtų kreiptis į prof. Anu Kantele iš Helsinkio (Suomija).

Trumpai per savo asmeninę prizmę apžvelgsiu balandžio 24 dieną vykusio vieno iš įdomiausių plenarinių posėdžių *Year in the Infectious Diseases*, skirto pagrindinėms naujienoms ir pasiekimams infekcinių ligų srityje per pastaruosius metus, pranešimus.

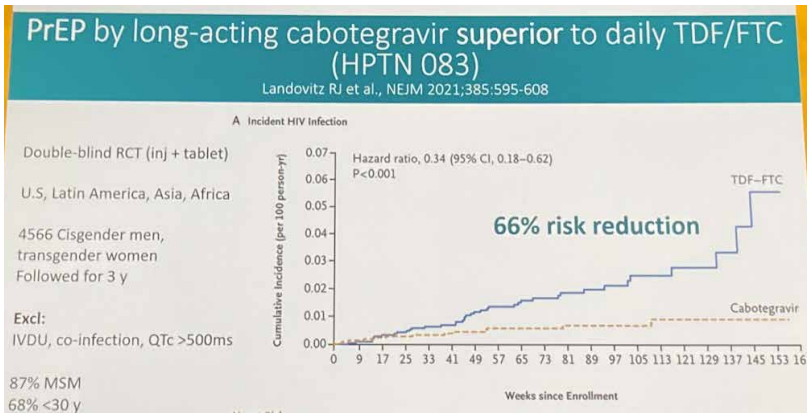
Apžvalgą apie naujienas svarbiausių virusinių infekcijų srityje pateikė prof. Synne Jenum iš Oslo universiteto (Norvegija). Jos pranešime pagrindinis dėmesys skirtas COVID-19 problemai. Per pastaruosius metus buvo atlikti 32 169 COVID-19 gydymo klinikiniai tyrimai, iš jų 7 825 buvo įtraukti į *ClinicalTrials.gov* platformą.

2021 metų kovo 23 dieną Pasaulio sveikatos organizacija išleido COVID-19 gydymo ir kontrolės gaires, kurios buvo atnaujintos 2022 metais balandžio 13 dieną.

Antros fazės klinikinis, atsitiktinių imčių tyrimas (Ramakrishnan, et al., 2021) ir trečios fazės klinikinis atsitiktinių imčių tyrimas (Clemency, et al., 2022) įrodė, kad kortikosteroidų (budezonido ar ciklezonido) inhaliacijos ankstyvoje COVID-19 stadijoje gana ženkliai (vartojant budezonidą – net 91 proc.) sumažina skubių intensyviosios terapijos priemonių poreikį. Tai pigi ir gerai toleruojama gydymo strategija. Jos efektyvumui neturi įtakos viruso mutacijos.



1 pav. **Kongrese pristatyto pranešimo skaidrė**



2 pav. **Kongrese pristatyto pranešimo skaidrė**



3 pav. **Kongrese pristatyto pranešimo skaidrė**

Žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) ikiekspozinės profilaktikos, dvigubai aklas klinikinis tyrimas (Landovitz et al., 2021) įrodė, kad ilgo veikimo ŽIV integrazės inhibitorius kabotegraviras (CAB), skiriamas injekcijomis, yra gerokai pranašesnis už peroralinį sudėtinį preparatą *Truvada*® (tenofoviras (TDF) / emtricitabinas (FTC)): CAB 66 proc. sumažino riziką užsikrėsti ŽIV infekcija. Tyrime dalyvavo 4 566 savanoriai, 87 proc. iš jų buvo homoseksualūs vyrai.

Išvados: ilgo veikimo ŽIV integrazės inhibitorius CAB yra labai efektyvus ŽIV ikiekspozicinei profilaktikai; ankstyvesnis antivirusinės terapijos (ART) skyrimas sumažina atsparumo ŽIV integrazės inhibitoriams išsivystymo riziką.

Kaip žinoma, Pasaulio sveikatos organizacijos iškelto tikslo, kad iki 2020 metų gydymas ART būtų prieinamas visiems, tai yra įgyvendinti 90–90–90, nepavyko pasiekti. Yra 38 mln. žmonių, gyvenančių su ŽIV diagnoze. Iš jų 81 proc. žino, kad yra ŽIV pozityvūs, 2 iš 3 gauna ART ir tik 59 proc. seropozityvių pacientų virusas nėra aptinkamas.

Atliekami klinikiniai tyrimai su ilgalaikio veikimo vaistais. Atliekami pirmos ir antros fazės klinikiniai tyrimai su nauju ilgalaikio poveikio nukleozidiniu atvirkštinės transkriptazės inhibitoriumi islatraviru (ISL), kuris gali būti vartojamas *per os*, injekcijomis arba kaip subderminis implantas ikiekspozinei profilaktikai. Tiesa, ISL sukelia limfopeniją ir CD4 lygio sumažėjimą.

Atliekami antros ir trečios fazės klinikiniai tyrimai, siekiant įrodyti ISL derinio su DOR efektyvumą gydant

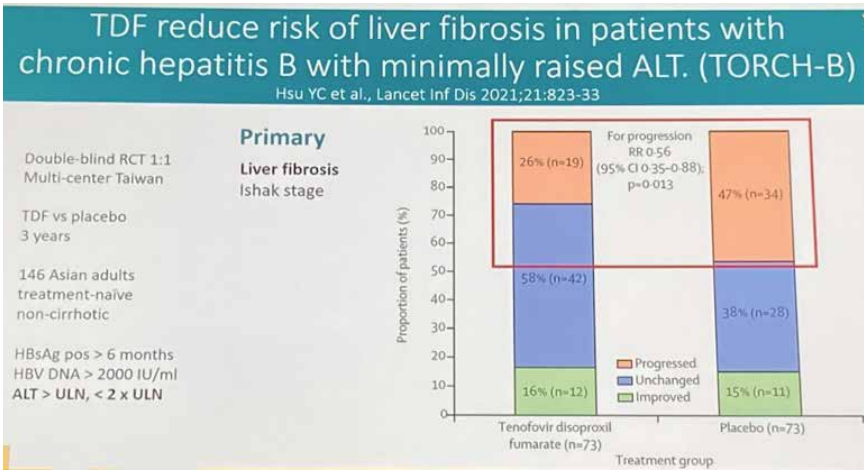
infekciją ir skiriant vaistus *per os* 1 k./d. ar injekcijomis 1 k./sav.

Atlikus antros ir trečios fazės klinikinius tyrimus su savanoriais, kuriems pasireiškė dauginis atsparumas, nustatytas ilgalaikio poveikio ŽIV kapsidės inhibitoriaus lenakapaviro (LEN), skiriamo injekcijomis po oda kas 6 mėnesius, efektyvumas: 83 proc. (30 / 36) gauta viruso supresija 52 gydymo savaitę (Ogbaugu, et al., 2022). Skiriant LEN anksčiau negydytiems pacientams (antros fazės tyrimas) kartu su FTC / TAF *vs.* BIC / FTC / TAF, gautas 88 proc. efektyvumas slopinant viruso replikaciją 54 gydymo savaitę (Gupta, et al., 2022).

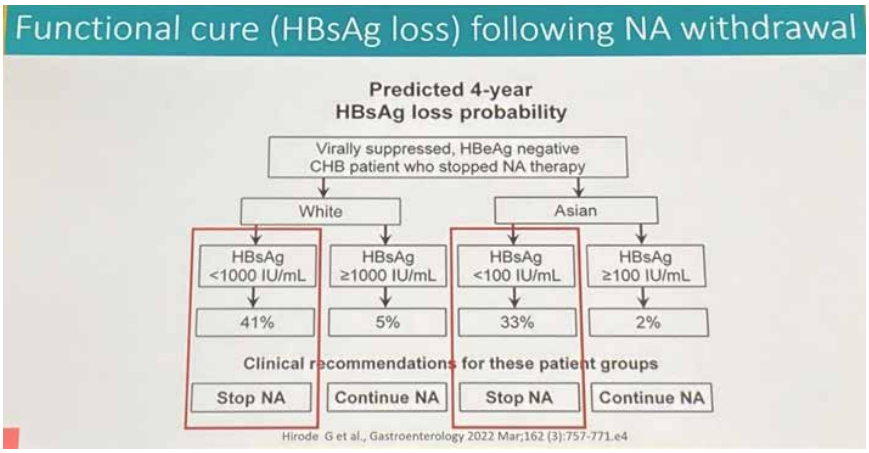
Pateikti tyrimų rezultatai rodo, kad ilgalaikio poveikio ART vaistų poveikis gydant pacientus ar skiriant ikiekspozicinei profilaktikai, yra gana efektyvus, be to, labai patogus pacientams. Išlieka prieinamumo dėl didesnės kainos klausimas.

Kalbant apie lėtinę hepatito B viruso (HBV) infekciją, kyla klausimų, ar yra gydymo nukleozidų / nukleotidų analogais (NA) trukmės riba? Ar gydymo NA nutraukimas gali būti sietinas su funkciniu pasveikimu (HBsAg eliminacija)?

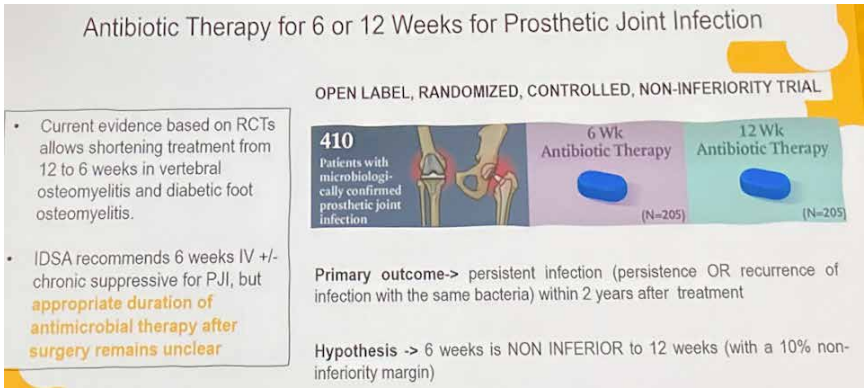
Taivane buvo atliktas trečios fazės klinikinis atsitiktinių imčių tyrimas (Hsu, et al., 2021), kuriame dalyvavo anksčiau negydyti ir kepenų ciroze nesergantys 146 savanoriai, kuriems buvo nustatytas nedidelis ALT aktyvumo padidėjimas. Tyrimo rezultatai parodė, kad TDF sumažina kepenų fibrozės riziką šioje pacientų grupėje: kepenų fibrozės progresavimas kontrolinėje placebo grupėje nustatytas 47 proc. savanorių ir tik 28 proc. pacientų tiriamojoje grupėje (p=0,013).



4 pav. **Kongrese pristatyto pranešimo skaidrė**



5 pav. **Kongrese pristatyto pranešimo skaidrė**



6 pav. **Kongrese pristatyto pranešimo skaidrė**

Klinikinio tyrimo *Retract-B* tikslas buvo nustatyti funkcinio pasveikimo (HBsAg eliminacijos) tikimybę procentais nutraukus gydymą NA. Gydymas NA nutraukiamas, kai HBsAg tampa neigiamas. Tyrime dalyvavo 1 552 savanoriai (88 proc. sudarė azijiečiai). Praėjus 48 savaitėms, 38 proc. ne azijiečių kilmės pacientų grupėje nustatyta HBsAg eliminacija (Hirode, et al., 2022). Remiantis šio tyrimo rezultatais, buvo pasiūlytos praktinės rekomendacijos (Hirode, et al., 2022):

- jei po 4 metų stebėjimo HBsAg titras sumažėja <1 000 IU/ml (tokių buvo 41 proc.), tolesnis gydymas NA nėra tikslingas;
- jei po 4 metų stebėjimo HBsAg titras laikosi >1 000 IU/ml (tokių buvo 5 proc.), reikia vėl atnaujinti gydymą NA.

Naujiena – atliekamas antros fazės klinikinis tyrimas su nauju priešprasminiu oligonukleotidu bepirovirsenu, kuris, prisijungęs prie hepatocito, blokuoja HBV mRNR (2021).

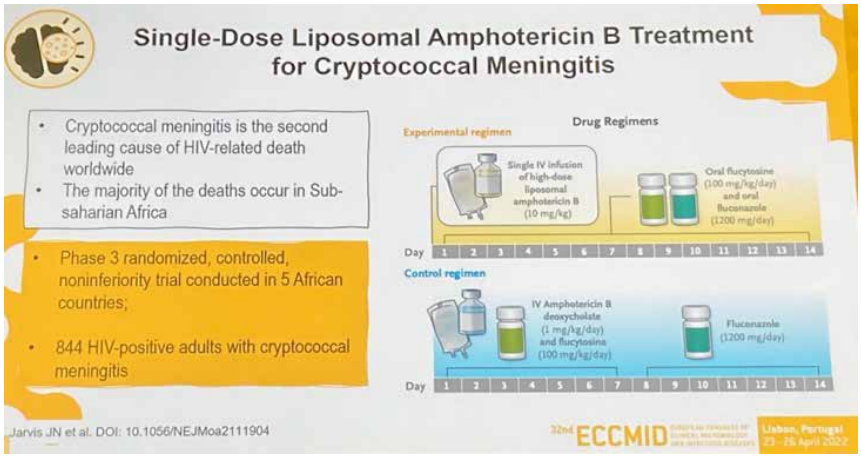
Šveicarijoje atliktas tyrimas parodė, kad būtina keisti periferinių venų kateterius (PVK) kas 96 val., norint išvengti kraujo infekcijos rizikos. PVK keitimas pagal klinikines indikacijas gali gerokai padidinti kraujo infekcijos

išsivystymo tikimybę (Buetti, et al., 2021).

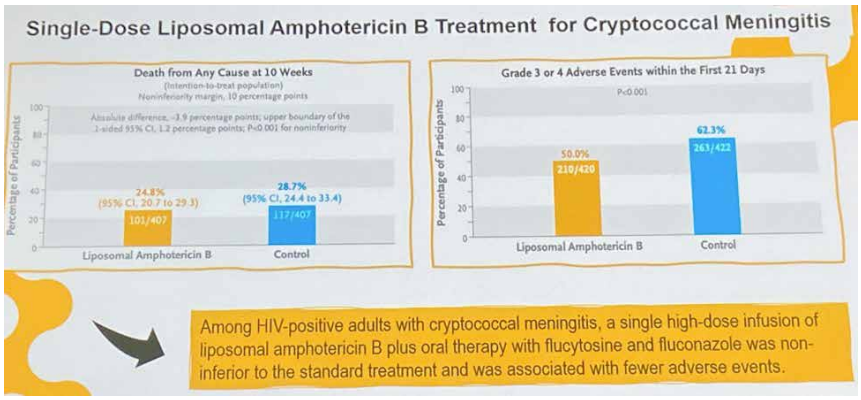
Apžvalgą apie naujienas svarbiausių bakterinių infekcijų srityje pateikė prof. Elena Carrara iš Veronos universiteto (Italija).

Įrodyta, kad esant stuburo osteomielitui arba diabetinės pėdos osteomielitui gydymo trukmę antibiotikais (AB) galima sutrumpinti nuo 12 iki 6 savaičių. Tuo tarpu gydymo AB trukmė, po operacijos išsivysčius sąnario protezo infekcijai (SPI), nėra nustatyta. Atlikus atvirąjį atsitiktinių imčių, kontroliuojamąjį tyrimą (410 savanorių), buvo nustatyta gydymo AB trukmė esant persistuojančiai SPI praėjus 2 metams po operacijos. Įrodyta, kad 6 savaičių gydymo AB trukmė nebuvo mažiau efektyvi, palyginti su 12 savaičių trukmės gydymu (Bernard, et al., 2021).

Trečios fazės klinikinis, atsitiktinių imčių, kontroliuojamasis tyrimas, siekiant įrodyti kriptokokinio meningito gydymo viena liposominio amfotericino B doze efektyvumą, buvo atliktas 5 Afrikos šalyse. Tyrime dalyvavo 844 ŽIV teigiami pacientai, kuriems diagnozuotas kriptokokinis meningitas.



7 pav. **Kongrese pristatyto pranešimo skaidrė**



8 pav. **Kongrese pristatyto pranešimo skaidrė**

Tyrimo išvados: gydymo viena doze infuzinio (10 mg/kg kūno svorio) liposominio amfotericino B su flucitozinu ir flukanozolu efektyvumas buvo ne mažesnis nei standartinis gydymas intraveniniu amfotericino B deoksicholatu su flucitozinu ir flukonazolu, be to, buvo retesnės nepageidaujamos reakcijos (Jarvis, et al., 2022).

Balandžio 26 dieną kartu su dr. Mauricio Farfan iš Čilės universiteto, esančio Santjagoje, teko pirmininkauti vienos valandos plenariniam posėdžiui, kuris buvo skirtas pandeminiams COVID-19 sunkumams ir padariniams įvertinti (angl. *Severity and outcome of infection during the COVID-19 pandemic*).

Šio posėdžio metu išklausėme 5 pranešimus.

Alessandra Oliva iš Romos universiteto (Italija) kalbėjo apie COVID-19 pneumonija susirgusių onkohematologinių pacientų klinikinius ir prognostinius aspektus. Atvejo ir kontrolės tyrime nustatyta, kad onkologiniams ligoniams, kuriems išsivystė COVID-19 pneumonija, yra didesnė mirties rizika, palyginti su onkohematologiniais ligoniais, nesirgusiais COVID-19 pneumonija.

Pontusas Hedbergas iš Karolinos universiteto (Stokholmas, Švedija) kalbėjo apie pokovidinio sindromo incidentiškumą ir jo rizikos veiksnius. Atvejo ir kontrolės tyrimas parodė, kad pokovidinis sindromas yra glaudžiai susijęs su infekcijos ūminio laikotarpio sunkumo laipsniu ir amžiumi. Nehospitalizuoti pacientai, kuriems vėliau išsivystė pokovidinis sindromas, dažniau sirgo gretutinėmis lėtinėmis plaučių ir neurologinėmis ligomis, taip pat turėjo psichiatrinių problemų.

Dereko Hazardo iš Freiburgo universiteto (Vokietija) pranešimas buvo skirtas COVID-19 sergančių pacientų Vokietijoje hospitalizacijos trukmės ir mirštamumo analizei.

Eduardas Reyna-Villasmilas iš Sevilijos universiteto (Ispanija) pateikė sisteminės apžvalgos ir metaanalizės duomenis apie gretutinių ligų ir būklių ryšį su COVID-19 sunkumo formomis ir mirštamumo dažniu. Smegenų kraujagyslių liga (insultas praeityje), vyresnis nei 60 metų amžius ir lėtinės plaučių ligos buvo susijusios su dažnesne hospitalizacija dėl COVID-19. Kritinė būklė buvo dažnesnė esant plaučių, širdies ir kraujagyslių ir smegenų kraujagyslių ligoms. Širdies ir kraujagyslių gretutinės ligos buvo didžiausias mirties nuo COVID-19 veiksnys.

Milas Gatti iš Bolonijos universiteto (Italija) pasidalijo atliktos sisteminės apžvalgos ir metaanalizės duomenimis apie parenchiminių organų transplantatų (POT) recipientų, paveiktų COVID-19, klinikinius padarinius. Atlikta analizė parodė, kad POT recipientams, sergantiems COVID-19, yra didesnė rizika būti hospitalizuotiems, dažnesni ūminio inkstų nepakankamumo epizodai.

Kitas ECCMID kongresas įvyks 2023 metais balandžio 15–18 dienomis Kopenhagoje (Danija).

Jaunųjų infektologų profesinis tobulinimasis

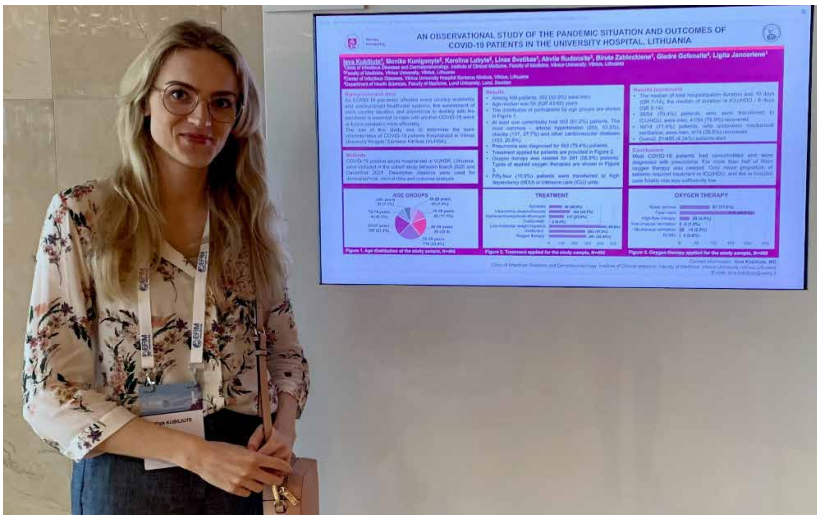


Dokt. Ieva Kubiliūtė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinika

Šių metų birželio 9–11 dienomis Malagoje (Ispanija) vyko 20-asis *Europos vidaus ligų kongresas* (ECIM 2022). Šiame kongrese buvo gilinamasi ne tik į tokias vidaus ligų specialybės tematikas kaip širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo sistemos, virškinimo sistemos ir kepenų ligos, cukrinis diabetas, nutukimas, subklinikinis hipotiroidizmas, gerontologinių pacientų gydymo ir priežiūros ypatumai, telemedicinos perspektyva vidaus ligų specialybėje, bet dėmesys buvo skirtas ir hospitalinėms infekcijoms, atsparumui antimikrobiniams vaistams, COVID-19 ir kitoms kvėpavimo takų infekcijoms (gripui, pneumokokinei infekcijai, kokliušui), kurių galima išvengti pasiskiepijus. Mokslinių darbų santraukos buvo priimamos net į 19 skirtingų tematikų, tarp kurių buvo ir infekcinės ligos bei COVID-19.

Šiame kongrese dalyvavo infekcinių ligų gydytoja rezidentė ir Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinikos doktorantė Ieva Kubiliūtė, kuri su bendraautoriais kongrese pristatė net tris stendinius pranešimus – *COVID-19 disease course risk factors among adults hospitalized in the university hospital, Lithuania*, *An observational study of the pandemic situation and outcomes of COVID-19 patients in the university hospital, Lithuania*, *Obesity and overweight associations with COVID-19 severity among adults hospitalized in the university hospital, Lithuania*. Pastarieji du pranešimai buvo priimti į *Rapid-fire session*, kurioje pranešimai buvo pristatomi gyvai atskiroje stendinių pranešimų pristatymo sesijoje.

Šių metų liepos 1–2 dienomis Belgijos karališkojoje mokslo ir menų akademijoje (Briuselis) vyko Europos AIDS klinikinės draugijos (EACS) *Jaunųjų mokslininkų konferencija 2022* (*YING Conference 2022*). Dalyviai į šią konferenciją buvo kviečiami iš visos Europos tik asmeniniais EACS kvietimais. Konferencijoje dalyvavo 57 dalyviai iš 22 Europos šalių. Į šį renginį buvo pakviestos



I. Kubiliūtė 20-ajame Europos vidaus ligų kongrese (ECIM 2022) prie pristatyto stendinio pranešimo *An observational study of the pandemic situation and outcomes of COVID-19 patients in the university hospital, Lithuania*



ir jame dalyvavo Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinikos doktorantės Elžbieta Matulytė ir Ieva Kubiliūtė. Konferencijos plenarinių sesijų metu buvo gilinamos žinios apie klinikinius tyrimus, biomedicininių tyrimų metodologiją, SARS-CoV-2 ir ŽIV, dalyviai buvo geriau supažindinami su YING veikla Europoje. Seminarų mažesnėmis dalyvių grupėmis metu dalyviai dalijosi savo šalių patirtimi, siekdami įgyvendinti ŽIV infekcijos valdymo tikslus, apibūdinamus kaip 90–90–90. Aptarta, kurie iš šių tikslų jau yra pasiekti, kokios strategijos galėjo būti to priežastimi bei kokios kliūtys trukdo juos įgyvendinti skirtingose šalyse ir Europos regionuose. Buvo diskutuojama apie mokslinių įrodymų pritaikymą praktikoje, pavyzdžiui, kaip skirtingose šalyse sekasi įgyvendinti ar įdiegti ŽIV ištyrimą pagal indikacines būkles, kaip vyksta gimdos kaklelio vėžio prevencija bei vakcinacija nuo COVID-19 ŽIV sergančių pacientų populiacijoje. Taip pat nagrinėti sudėtingi klinikiniai atvejai, visuomenės ir pacientų įtraukimo į mokslinius biomedicininius tyrimus klausimai. Dalyviai per dvi konferencijos dienas ne tik gilino savo specialybės žinias, bet ir diskutavo, dalijosi patirtimi aktualiais klausimais su kolegomis iš visos Europos.



I. Kubiliūtė 20-ajame Europos vidaus ligų kongrese (ECIM 2022) prie pristatyto stendinio pranešimo *Obesity and overweight associations with COVID-19 severity among adults hospitalized in the university hospital, Lithuania*





***Jaunųjų mokslininkų konferencija 2022 (YING Conference 2022)* Belgijos karališkojoje mokslo ir menų akademijoje**



Skirta sveikatos priežiūros specialistams

Virusologinis slopinimas yra pirmasis žingsnis siekiant [1]

ŽIV + SVEIKAS

Su Dovato sukurkite sveikesnę ateitį savo ŽIV pacientams

DOVATO

- **EFEKTYVUS IR ILGALAIKIS**[1,2]
- **SVEIKO GYVENIMO SU ŽIV DALIS**
- **BE TDF, TAF 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.

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/parą, 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, lemiančią 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 osteonekrozės 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 išgerimo. 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 išgerimo. 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 su paciente reikia aptarti tolimesnio gydymo dolutegraviru naudą ir riziką. Gydymo taikant dviejų vaistų planą saugumas ir veiksmingumas nėštumo metu netirti. Siekiant išvengti ŽIV perdavimo kūdikiui, ŽIV infekuotoms moterims rekomenduojama nežindyti savo kūdikių. Nepageidaujamos poveikis. Nepageidaujamos reakcijos, apie kurias buvo pranešama dažniausiai, buvo galvos skausmas (3 %), viduriavimas (2 %), pykinimas (2 %) ir nemiga (2 %). Sunkiausios nepageidaujamos reakcijos, pasireiškusios vartojant dolutegravirą, buvo padidėjusio jautrumo reakcija, įskaitant bėrimą ir sunkų poveikį kepenims. 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; kūno masės padidėjimas, 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. 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. Čia pateikta sutrumpinta informacija apie vaistą. Visą informaciją rasite preparato charakteristikų santraukoje (PCS), žr. https://www. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/dovato-epar-product-information_lt.pdf.

References: 1. Cahn P, Sierra Madero J, Arribas JR, et al. Three-year durable efficacy of dolutegravir plus lamivudine in antiretroviral treatment-naïve adults with HIV-1 infection. AIDS. 2022;36(1): 39-48. doi:10.1097/QAD.0000000000003070 2. Osiyemi O, De Wit S, Ajana F, et al. Efficacy and safety of switching to dolutegravir/lamivudine (DTG/3TC) versus continuing a tenofovir alafenamide-based 3- or 4-drug regimen for maintenance of virologic suppression in adults living with HIV-1: results through week 144 from the phase 3, non-inferiority TANGO randomized trial. Clin Infect Dis. 2022;ciac036 and suppl 1-18. doi:10.1093/cid/ciac036. 3. Dovato, produkto charakteristikų santrauka, https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/dovato

Dovato
dolutegravir/lamivudine

Dovato prekės ženklas priklauso ViiV Healthcare įmonių grupei arba ViiV Healthcare įmonių grupė turi jiems licenciją.
©2022 ViiV Healthcare įmonių grupė arba licencijos turėtojas.

Parengimo data: 2022 m. rugsėjo mėn., LT-DOV-29-22

Lietuvos infektologų draugijai – 50 metų!



Gyd. rez. Marius Ogenskas
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Infekcinių ligų klinika
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė

Minint Lietuvos infektologų draugijos (LID) penkiasdešimtmetį, LID kartu su Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Infekcinių ligų klinika ir Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinika po dvejų metų trukusių nuotolinių konferencijų surengė tiesioginę tarptautinę mokslinę praktinę konferenciją *Infektologija 2022*. Simboliškai konferencija birželio 3–4 dienomis vyko jau tradicija tapusiame uostamiestyje – Klaipėdoje. Pranešimus skaitė geriausi Lietuvos ir užsienio specialistai.

Konferenciją pradėjo ir sveikinimo žodį tarė LID pirmininkė dr. Danguolė Važnaisienė. Prof. Arvydas Ambrozaitis priminė apie LID veiklą per 50 draugijos metų. Pagrindinėje konferencijos dalyje pranešimus skaitė svečiai iš užsienio. Grybelinių infekcijų diagnostikos ypatumus pristatė buvęs Europos klinikinės mikrobiologijos ir infekcinių ligų asociacijos (ESCMID) prezidentas prof. Mauri-zio Sanguinetti. Infekcines ligas biologinės terapijos fone pristatė Beatriz Ângelo ligoninės (Portugalija) gyd. infektologė Raquel Tavares. Su COVID-19 gydymo naujovėmis supažindino Hanoverio universiteto (Vokietija) Pulmonologijos ir infekcinių ligų skyriaus prof. Tobias Welte. Latvijos infekcinių ligų centro doc. Ieva Tolmane pristatė COVID-19 gydymo remdesiviru efektyvumą.

Pertraukos metu konferencijos dalyviai turėjo galimybę lavinti žmogaus gaivinimo veiksmus ir išmokti kepenų elastografijos tyrimo *FibroScan* aparatu praktinių įgūdžių stotelėse.

Antroje konferencijos dalyje buvo aptariamos aktualiausios šių dienų infektologijos temos. Prof. Ligita Jančorienė



Ekspertų sesija – prof. L. Jančorienė (Vilnius, Lietuva) ir doc. I. Tolmane (Ryga, Latvija)



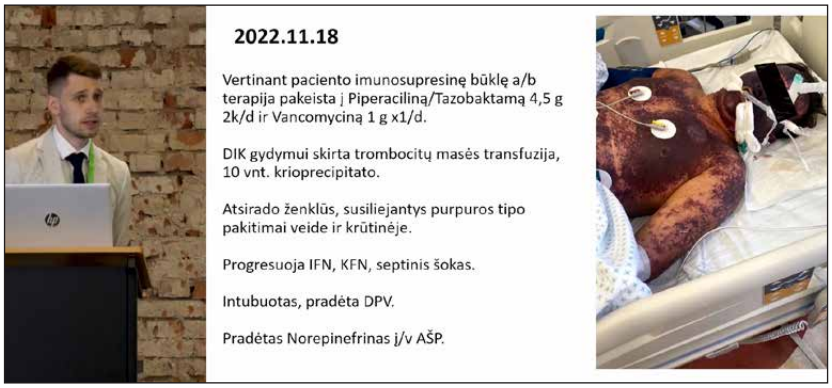
Didžioji vizitacija su prof. R. Matulionyte (Vilnius), gyd. Nijole Chmieliauskiene (Panevėžys) ir gyd. Aidu Kaušu (Šiauliai). Moderuoja prof. A. Ambrozaitis (Vilnius)



LID pirmininkė dr. D. Važnaisienė (Kaunas, Lietuva) su infekcinių ligų gydytoja konsultante, ambulatorinio skyriaus vadove pranešėja R. Tavares (Lisabona, Portugalija) konferencijos pertraukos metu



Nuotolinis pranešimas. ESCMID buvęs prezidentas prof. M. Sanguinetti (Italija)



Infekcinių ligų rezidentas M. Ogenskas (Kaunas) pristatė žaibinio pneumokokinio sepsio pacientui, kuriam yra asplenija, atvejį. Pranešimą parengė su prof. A. Mickiene (Kaunas)

pristatė vakcinacijos gairių naujoves, naujienas apie neaiškios kilmės vaikų ūminio hepatito protrūkį ir bene aktualiausią šių dienų problemą – beždžionių raupų protrūkį. Prof. Raimonda Matulionytė papasakojo apie jau kylančius ir ateityje kilsiančius iššūkius diagnozuojant ir gydant žmogaus imunodeficito viruso infekciją tarp karo pabėgėlių. Infekcinių ligų gyd. Linas Svetikas pristatė naujausias poekspozicinės užkrečiamųjų ligų profilaktikos gaires. Baigiantis pirmajai konferencijos dienai, vyko jau tradicija tapusi vadinamoji didžioji vizitacija, kurios metu buvo narpliojami infekcinių ligų gyd. Rasos Girdžiūnienės, dr. Birutės Zablockienės ir gyd. rez. Kristijono Balčiūno paruošti klinikiniai atvejai.

Antrąją konferencijos dieną prof. Saulius Čaplinskas aptarė, ko galime pasimokyti iš COVID-19 ir AIDS pandemijų. Nacionalinio visuomenės sveikatos centro Užkrečiamųjų ligų valdymo skyriaus vedėja Orina Ivanauskienė pristatė svarbiausius su tuberkuliozės valdymu susijusius dokumentus. Prof. Arvydas Ambrozaitis priminė apie natūralių priemonių svarbą užtikrinant imuninės sistemos stiprinimą. Vėliau dokt. Arnoldas Pautienius pristatė naujus stebėsenos metodus tiriant erkinio encefalito paplitimą naminių gyvūnų populiacijose. Doc. Agnė Kirkliauskienė aptarė galimybes dekolonizuoti *Staphylococcus aureus* Lietuvos populiacijoje.

Paskutinėje konferencijos dalyje gyd. Edgaras Klemanskis ir doc. Jolita Pakalnienė pristatė retos, tačiau visada aktualios ligos – stabligės – klinikinį atvejį. Vėliau infekcinių ligų gyd. rez. Marius Ogenskas pasidalijo žaibinio pneumokokinio sepsio pacientui, kuriam yra asplenija, atveju, aptarė vakcinacijos nuo pneumokoko naujoves. Infekcinių ligų gyd. rez. Roberta Vaikutytė pristatė retus erkių platinamų ligų atvejus, o gyd. Liucijus Ambraška papasakojo apie imuninės sistemos senėjimą. Konferenciją pranešimu apie retus ir sudėtingus infekcinių ligų atvejus COVID-19 pandemijos metu pabaigė gyd. infektologė Audronė Marcinkutė.

Manome, kad konferencijos metu dalyviai atnaujino infekcinių (ir ne tik) ligų žinias, įgavo daug aktualios patirties, kurią pritaikys kasdienėje praktikoje. Tikimės, kad renginys buvo įdomus, naudingas ir kitąmet vėl sulauksime gausaus dalyvių skaičiaus.

Informacija parengta Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ir Kauno klinikų savaitraščiui Ave Vita.

Botulizmas



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

Įvadas

Botulizmas – ūminė infekcinė liga, pasireiškianti simetriniu galvos nervų paralyžiumi ir *nusileidžiančiojo* tipo kūno raumenų silpnumu, kai nėra jutimo sutrikimų, karščiavimo ir išlieka normali sąmonė.

Etiologija

Sukėlėjas – *Clostridium botulinum* – yra sporas sudarančios anaerobinės gramteigiamos lazdelės, kurios, patekusios į anaerobinę aplinką, esant palankiai temperatūrai (nuo 25 iki 37 °C) ir pH >7, virsta vegetacinėmis formomis ir gali išskirti 8 antigeniškai skirtingus toksinus (A–H). A, B ir E toksinų tipai yra dažniausia žmonių botulizmo priežastis.

C. botulinum sporos yra labai atsparios aplinkos veiksniams (šaldymui, džiovinimui, ultravioletinių spindulių poveikiui). Esant +120 °C temperatūrai, jos sunaikinamos per 5 min., o esant +100 °C – tik per 5–6 val. Vegetacinės formos yra mažiau atsparios karščiui ir virinant žūsta per keletą minučių. Botulino toksinas neatsparus karščiui, todėl, esant +100 °C temperatūrai, suyra per 2–3 min., tačiau jo nesuardo skrandžio rūgštis ir virškinimo fermentai. Chloruotas vanduo jį inaktyvina per 20 min.

Epidemiologija

Botulizmo sukėlėjų vegetacinės formos ir sporos aptinkamos įvairių gyvūnų, graužikų, vandens paukščių, žuvų, rečiau žmogaus žarnyne. Iš žarnyno sukėlėjai patenka į aplinką, kurioje vegetacinės formos, esant nepalankioms sąlygoms, virsta sporomis. Sporos yra plačiai paplitusios aplinkoje – dirvožemyje, dumble, ant daržovių, vaisių, grybų, mėsos produktų, užterštų dirvožemiu ar gyvūnų žarnyno turiniu.

Botulizmu užsikrečiama į organizmą patekus botulino toksino ar sukėlėjo sporų. Galimi 5 skirtingi užsikrėtimo botulizmu būdai:

- *užsikrėtimas per maistą (alimentarinis).* Tai svarbiausias ir dažniausias užsikrėtimo botulizmu būdas. Užsikrečiama patekus toksino su maistu, valgant netinkamai pagamintus grybų, daržovių, mėsos, žuvų konservus, rūkytus ar vytintus mėsos gaminius, žuvų produktus, jūrų gėrybes. Reikia pastebėti, kad suserga ne visi valgiusieji tą patį maistą. Tai priklauso nuo maisto produkto konsistencijos. Skystame maiste toksinas gali būti pasiskirstęs tolygiai (pavyzdžiui, konservuotų grybų stiklainyje), kietame – salelėmis (pavyzdžiui, vytintoje dešroje). Botulizmo toksinas nekeičia maisto skonio, kvapo ir spalvos. Dažniausia botulizmo priežastis yra namuose konservuoti grybai, rūkyti ir vytinti namų gamybos mėsos gaminiai, kurie prieš vartojimą neapdorojami karščiu. Pramoniniu būdu gaminamo maisto technologijos užtikrina sporų sunaikinimą, todėl labai retai aprašomi protrūkiai, susiję su komerciniu maistu;
- *jatrogeninis užsikrėtimas.* Pasitaiko labai retai, perdozavus botulino toksino, kuris naudojamas gydymui ar kosmetikai (gydant blefarospazmą, kaklo raumenų distoniją (spazminę kreivakaklystę), hiperhidrozę ir kt.);
- *inhaliacinis užsikrėtimo būdas.* Užsikrečiama įkvėpus toksino laboratorijoje, uostant užterštą kokainą ar bioterorizmo atveju;
- *užsikrėtimas per žaizdas.* Į žaizdą patekusios sukėlėjo sporos, esant anaerobinėms sąlygoms, pradeda daugintis ir gaminti toksiną žmogaus organizme. Šiuo būdu botulizmu užsikrečia švirkščiamojo heroino vartotojai;
- *kūdikių botulizmas.* Dėl nesusiformavusios žarnyno mikrobiotos ar esant jos pažeidimui, į žarnyną patekus *C. botulinum* sporų, jos virsta vegetacinėmis formomis ir pradeda gaminti toksiną. Kūdikių botulizmas dažniausiai siejamas su medaus vartojimu.

Žmogus nuo žmogaus botulizmu neužsikrečia.

Botulino toksinas yra vienas stipriausių nuodų. 1 g botulino toksino gali nužudyti apie 1 mln. žmonių. Dėl šių savybių botulino toksinas gali būti vartojamas kaip biologinis ginklas – užkrečiant maistą, vandens rezervuarus ar platinant jį per orą.

Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro duomenimis, Europos Sąjungos šalyse 2010–2019 metais buvo užregistruoti 989 botulizmo atvejai. Lietuvoje 2010–2021 metais buvo užregistruota 20 botulizmo atvejų (0–4 atvejų per metus), mirė 5 proc. pacientų (1/20).

Patogenezė

Nepriklausomai nuo užsikrėtimo būdo, botulizmo požymiai visada pasireiškia dėl toksino poveikio. Į kraują toksino patenka per gleivines (viršikinimo trakto, plaučių alveolių epitelį), iš žaizdų arba iš toksino injekcijos vietų (jatrogeninis botulizmas). Per nepažeistą odą toksinas neprasiskverbia. Per kraują toksinas pasiekia periferinių cholinerginių nervų galūnėles – nervo ir raumens jungtis (sinapses), ir į jas patenka. Jose toksinas blokuoja acetilcholino išsiskyrimą ir nutraukia nervinio impulso perdavimą iš nervo į raumenį, todėl pasireiškia raumenų paralyžiaus simptomai. Autonominės nervų sistemos pažeidimo simptomai pasireiškia pažeidus parasimpatinių nervų galūnėles ar autonominių nervų mazgus. Kadangi botulino toksinas blokuoja nervinio impulso perdavimą, jis yra vadinamas neurotoksinu.

Botulino toksinas, panašiai kaip stabligę sukeliantis tetanospazminas, plinta neuronais ir gali patekti į centrinę nervų sistemą, tačiau botulizmo atveju tai įvyksta labai retai. Hematoencefalinio barjero botulino toksinas neįveikia.

Persirgus net ir sunkiomis botulizmo formomis, imunitetas nesusidaro, nes kraujyje toksinas cirkuliuoja trumpai ir nesukelia antikūnų gamybos.

Klinika

Inkubacinis laikotarpis priklauso nuo toksino patekimo į organizmą būdo:

- užsikrėtus per maistą – 12–36 val. (4 val.–10 dienų);
- užsikrėtus per žaizdas – vidutiniškai 7 dienas (4–14 dienų);
- užsikrėtus per kvėpavimo takus – 12–80 val.

Kuo trumpesnis inkubacinis laikotarpis, tuo ligos eiga yra sunkesnė.

Pirmieji botulizmo simptomai dažniausiai yra dispepsiniai, tai yra pykinimas, rečiau vėmimas. Kartu ar kiek vėliau pasireiškia burnos džiūvimas, kartais peristaltikos parezė, meteorizmas, prasideda pagrindiniai botulizmo požymiai – simetrinis galvos nervų pažeidimas, dėl kurio užkimsta balsas (*dysphonia*), springstama, neįmanoma praryti maisto (*dysphagia*), sutrinka kalba (*dysarthria*), regėjimas (*oftalmoplegia*): išsiplėtę, dažnai nelygūs vyzdžiai (*anisocoria*), mirgėjimas ir dvejinimasis akyse, žvairumas (*strabismus*), vokų ptozė. Ligai progresuojant, išsivysto simetrinis *nusileidžiantysis* (iš viršaus į apačią) raumenų silpnumas – sprando, vėliau rankų, kvėpavimo raumenų, vėliausiai kojų. Išsivysčius diafragmos ir / ar tarpšonkaulinių raumenų paralyžiui, gali sutrikti kvėpavimas. Sergant botulizmu, pažeidžiama tik motorika, jutimai išlieka nesutrikę. Ligoniai nekarščiuoja, jiems nesutrinka sąmonė.

Dažniausios botulizmo komplikacijos yra:

- aspiracija dėl rijimo sutrikimo su / be aspiracinės pneumonijos;
- kvėpavimo funkcijos nepakankamumas (20–35 proc. pacientų) dėl kvėpavimo raumenų paralyžiaus;
- dirbtinės plaučių ventiliacijos sukeltos komplikacijos (pneumonija, respiracinio distreso sindromas ir kt.).

Mirštamumas nuo botulizmo siekia 5–8 proc.

Diagnostika

Botulizmas diagnozuojamas remiantis būdingais klinikiniais požymiais, epidemiologine anamneze ir patvirtinančiais ligą mikrobiologiniais tyrimais. Šią infekciją reikia įtarti, jei staiga pasireiškia abipusis galvos nervų pažeidimas, vėliau išsivysto periferinis simetrinis *nusileidžiantysis* paralyžius, kurio metu jutimai išlieka nepakitę. Kadangi ligoniai nekarščiuoja, neretai infekcinė liga nėra įtariama.

Mikrobiologinė diagnostika yra sudėtinga, ilgai trunkanti, be to, ją galima atlikti tik specializuotose laboratorijose. Pagrindinis mikrobiologinis tyrimas yra teigiamas biologinis mėginys toksinui nustatyti, naudojant laboratorines peles, kurioms sušvirkščiama paciento kraujo arba įtariamo produkto filtrato. Botulino toksino tipas nustatomas toksino neutralizacijos reakcijos būdu. Įtarus užsikrėtimą per žaizdą, galima atlikti žaizdos pasėlį, tačiau reikia turėti omenyje, kad *C. botulinum* pasėliuose išauga retai, nes augimui reikalingos griežtai anaerobinės sąlygos.

Kiti tyrimai, kurie atliekami bendrai paciento būklei įvertinti, yra bendrasis ir biocheminis kraujo tyrimai, bendrasis šlapimo tyrimas, elektrokardiograma, pulsoksimetrija ir kt.

Elekromiografinis tyrimas rutiniškai botulizmo diagnostikai nėra naudojamas, tačiau kartais jis gali būti atliekamas, nes tam tikri nespecifiniai požymiai sergant botulizmu yra galimi.

Diferencinė diagnostika

Botulizmas diferencijuojamas su *miastenija gravis*, Guillaino-Barre'o sindromu (kuriam būdingas *kylantysis*

paralyžius su jutimo sutrikimais ir padidėjusia baltymo koncentracija likvore), neuroinfekcija, apsinuodijimu sunkiaisiais metalais. Atskirti nuo neuroinfekcijų padeda tai, kad sergantiesiems botulizmu nebūdingas galvos skausmas ir nėra meninginių požymių. Diferencinei diagnostikai atlikus juosmeninę punkciją ir likvoro tyrimą, uždegiminių pakitimų nerandama, tačiau kartais gali būti nedaug padidėjusi baltymo koncentracija. Neuroradiologiniai tyrimai (kompiuterinė tomografija, branduolinis magnetinis rezonansas) sergant botulizmu taip pat būna be patologinių pokyčių.

Gydymas

Įtariant botulizmą, gydymas pradedamas nedelsiant, nelaukiant laboratorinio ligos patvirtinimo. Svarbiausias gydymo tikslas yra kuo skubiau neutralizuoti toksiną, nes, jam patekus į sinapses, toksinas tampa nepasiekiamas neutralizacijai. Gydymui skiriamas polivalentis A, B, E arba A–G botulino antitoksinas (serumas). Sušvirkščiama 1 serumo dozė 1 k. į veną lėtos infuzijos būdu (atsižvelgiant į gamintojo rekomendacijas). Pacientui, kuriam yra buvusi alerginė reakcija į arklio baltymą, serumas skiriamas kartu su medikamentais, perspėjančiais šoką. Pacientą, kuriam atliekamos infuzijos, gydytojas turi atidžiai stebėti visą vaisto infuzijos laiką ir ne trumpiau kaip 2 val. po jo. Pasireiškus generalizuotai alerginei reakcijai, būtina nutraukti serumo skyrimą, skirti adekvačią infuzoterapiją, katecholaminus, steroidus, H_1 ir H_2 receptorių antagonistus, stebėti gyvybines funkcijas.

Pacientui, kuris botulizmu užsikrėtė per maistą, skubiai atliekamas skrandžio plovimas, valomoji klizma, skiriami vidurius laisvinantys vaistai (išskyrus tuos, kurių sudėtyje yra magnio druskų, nes jos gali sustiprinti nervo ir raumens jungties blokadą).

Žaizdų botulizmo atveju atliekama žaizdos revizija, pašalinami negyvybingi audiniai. Skiriamas penicilinas G arba metronidazolas. Įtarus polimikrobinę žaizdos infekciją, skiriama sudėtinė antibakterinė terapija. Kartu skiriama stabligės imunoprofilaktika, jeigu ji nebuvo atlikta pagal standartinę revakcinacijos schemą.

Sergantiesiems botulizmu skiriama adekvati rehidratacija ir mityba (per nazogastrinį zondą ar enterinė / parenterinė). Išsivysčius šlapimo pūslės atonijai, įstatomas *Foley* kateteris. Taikoma giliųjų venų trombozės ir peptinių opų bei pragulų profilaktika.

Pasireiškus kvėpavimo raumenų paralyžiui, būtina intubacija ir dirbtinė plaučių ventiliacija. Dėl galimo greitai progresuojančio kvėpavimo funkcijos nepakankamumo, kuris yra pagrindinė tiesioginė mirties priežastis. Įtariant botulizmą, pacientai neretai hospitalizuojami į reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių. Paciento izoliuoti nereikia.

Profilaktika

Botulizmas yra privalomai registruojama liga, apie kurią būtina pranešti vietinei visuomenės sveikatos priežiūros įstaigai.

Susirgus botulizmu, įtartino produkto reikia nebevartoti ir, esant galimybei, jį toksikologiškai ištirti. Asmenis, valgiusius tą patį produktą kaip ir pacientas, reikia stebėti dėl botulizmo simptomų pasireiškimo. Pastebėjus pirmuosius simptomus, nedelsiant turėtų būti skiriama antitoksinio serumo.

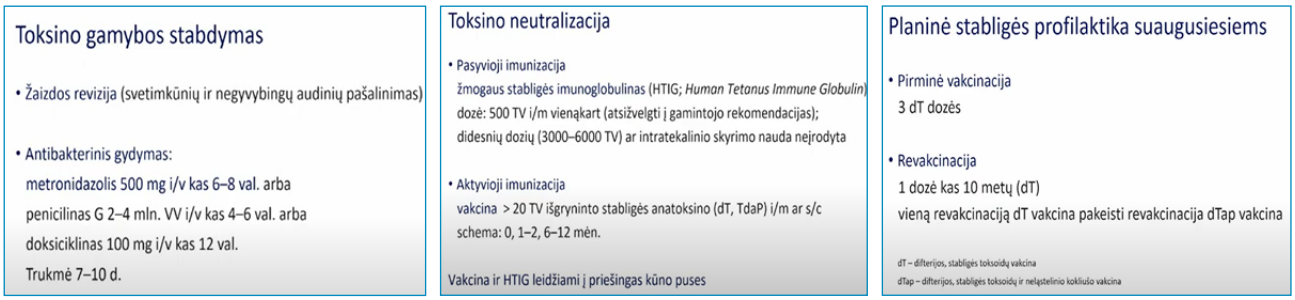
Specifinės profilaktikos (vakcinos) nėra.

Nespecifinė profilaktika – tinkamų maisto gaminimo ir laikymo sąlygų užtikrinimas. Konservuojant maistą, namų sąlygomis klostridijų sporų sunaikinti beveik neįmanoma, todėl svarbu, kad sukėlėjo sporų nepatektų į konservuojamus produktus:

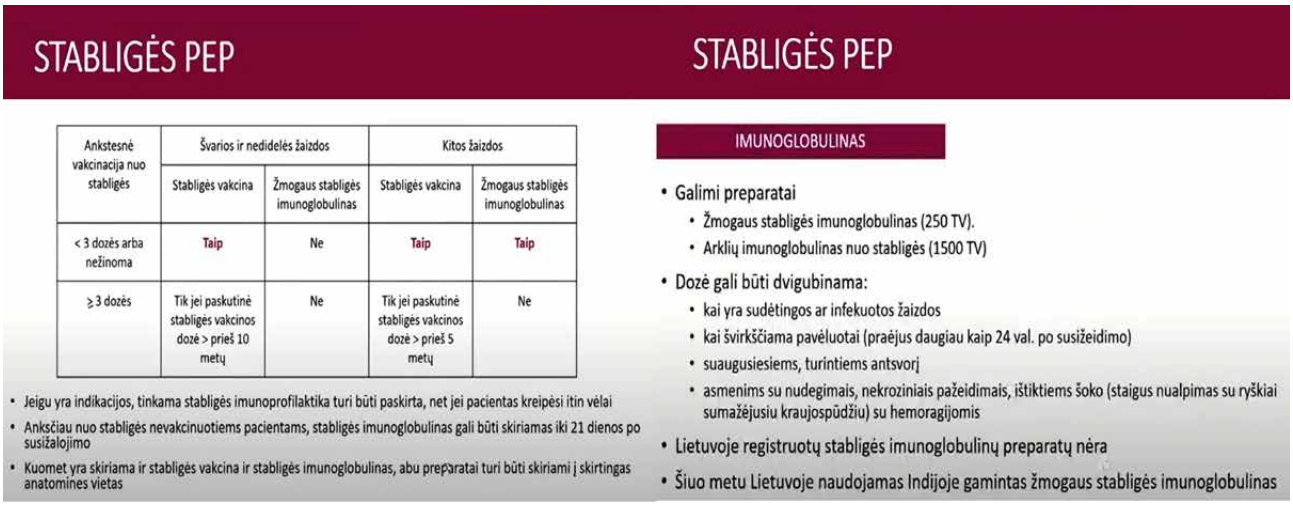
- namie konservuojant vaisius, daržoves, grybus, būtina juos gerai nuplauti;
- skerdžiant gyvulius, reikia stengtis nepažeisti žarnų, norint išvengti mėsos užteršimo;
- gerai išvalyti ir išplauti gyvulių žarnas, naudojamas dešroms ar skilandžiams gaminti;
- atkreipti dėmesį į tinkamą konservavimo laiką ir temperatūrą, reikalingą sporoms sunaikinti,
- geriau rinktis tokius konservavimo būdus kaip sūdymą ar rauginimą, kuriais nesudaroma bedeguonė aplinka;
- konservuotus produktus būtina laikyti šaltoje, toksino produkcijai nepalankioje temperatūroje (ne didesnėje kaip 10 °C);
- namuose konservuotus produktus (mėsos, daržovių konservus) prieš naudojimą pakaitinti, kad botulino toksinas būtų sunaikintas;
- nevartoti konservų iš dėžučių išsipūtusiais dangteliais. Kūdikiams iki 1 metų negalima duoti medaus.

Stabligės gydymas ir profilaktika

Schemos iš doc. Jolitos Pakalnienės pranešimo *Stabligė – reta, bet sunki liga*, pristatyto 2022 metais birželio 3 dieną Klaipėdoje vykusioje konferencijoje *Infektologija 2022.*



Schemos (adaptuota pagal *UpToDate*) iš gyd. Lino Svetiko pranešimo *Poekspozicinė profilaktika*, pristatyto 2022 metais birželio 3 dieną Klaipėdoje vykusioje konferencijoje *Infektologija 2022*.



Schema iš ruošiamo infekcinių ligų vadovėlio (adaptuota pagal Valstybinę vaistų kontrolės tarnybą).

Poekspozicinės stabligės imunoprofilaktikos schema suaugusiesiems

Žaizda	**Neimunizuotas arba iš dalies imunizuotas pacientas. Pagal rizikos ligas / būkles**	**Visiškai imunizuotas pacientas**	
		Laikotarpis po paskutinės revakcinacijos	
		5–10 metų	>10 metų
Maža, švari	dT**	–	dT
Didelė, švari	250 TV HTIG* dT**	dT	250 TV HTIG* dT
Užleista arba nepakankamai išvalyta	500 TV HTIG* dT** Antibiotikai	dT Antibiotikai	500 TV HTIG* dT Antibiotikai

dT–difterijos ir stabligės vakcina, skirta suaugusiems skiepyti (0,5 ml), HTIG – žmogaus imunoglobulinas nuo stabligės, TV – tarptautiniai vienetai.
** Naudokite atskirus švirkštus ir adatas, injekuokite į skirtingas rankas.*
*** Baikite vakcinaciją laikydamiesi skiepijimo grafiko (0, 1–2, 6–12 mėnesių).*

Pacientų, kuriems nustatyta asplenija, infekcijų profilaktika

Lentelė iš rengiamo atnaujinti Lietuvos infektologų draugijos leidinio *2022 metų suaugusiųjų skiepijimo Lietuvoje rekomendacijos(rizikos grupių, be rizikos veiksnių, senyvo amžiaus).*

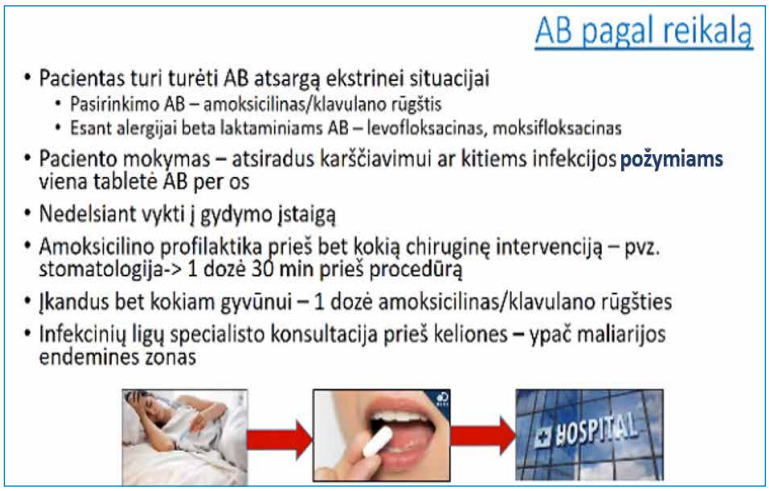
Pacientų skiepijimo rekomendacijos esant asplenijai

Rizikos ligos / būklės	Rekomenduojamos vakcinos	Pastabos dėl vakcinų vartojimo
Anatominė asplenija: jatrogeninė ar potrauminė. Jeigu įmanoma, skiepijimas visomis rekomenduojamomis vakcinomis turi būti baigtas likus 2 savaitėms iki planuojamos splenektomijos. Jeigu nebuvo galimybės paskiepyti iki splenektomijos, būtina tai padaryti kiek galima anksčiau po operacijos	**Pagal rizikos ligas / būkles**	
	Sezoninė vakcina nuo gripo	1 dozė kasmet prieš gripo sezoną
	Vakcina nuo pmeumokokinės infekcijos	PCV20 (1 dozė) arba PCV13 (PCV15) ir praėjus 8 savaitėms papildomai PPSV23
	Konjuguota vakcina nuo B tipo *Haemophilus influenzae* vakcina	Rekomenduojama įskiepyti vieną Hib vakcinos dozę, jeigu pacientas nebuvo skiepytas anksčiau
	Men B vakcina Men A, C, W, Y vakcina	Iki splenektomijos rekomenduojamos: Men B vakcinos arba 2 dozės Men B-4C (*Bexsero*) su mažiausiai 1 mėnesio intervalu tarp dozių, arba 3 dozės Men B-FHbp (*Trumenba*), kurios 2 pirmosios dozės įskiepijamos darant 1–2 mėnesių pertrauką, likus mažiausiai 2 savaitėms iki splenektomijos, o 3-ioji dozė įskiepijama praėjus mažiausiai 4 mėnesiams po antrosios; revakcinacija po 1 metų; Men A, C, W, Y vakcinos 1 dozė ir revakcinacijos kas 5 metai. Skiepijant po splenektomijos, rekomenduojamos Men B vakcinos arba 2 dozės Men B-4C (*Bexsero*) su mažiausiai 1 mėnesio intervalu tarp dozių, arba 3 dozės Men B-FHbp (*Trumenba*) pagal schemą 0, 1–2 ir 6 mėnesiai; revakcinacija po 1 metų; Men A, C, W, Y vakcinos 2 dozės su mažiausiai 2 mėnesių intervalu tarp dozių ir revakcinacijos kas 5 metai
	Pagal epidemiologinę situaciją Lietuvoje	
	Td arba Tdap vakcina	1 dozė kas 10 metų (Td vakcina), vieną revakcinaciją Td vakcina pakeisti revakcinacija nuo kokliušo, difterijos ir stabligės (Tdap vakcina), jei yra galimybė
	Vakcina nuo erkinio encefalito	3 vakcinos dozės: tarp 1-os ir 2-os vakcinos dozių rekomenduojamas 1–3 mėnesių intervalas, tarp 2-os ir 3-ios vakcinos dozių rekomenduojamas 5–12 arba 9–12 (priklausomai nuo vakcinos gamintojo) mėnesių intervalas. Revakcinacija – kas 3 metai
	Vakcina nuo HepB	HBsAg, anti-HBc ir anti-HBs neigiamiems asmenims 3 dozių po 20 µg kursas pagal schemą 0, 1 ir 6 mėnesiai. Galimos kitos skiepijimo schemos pagal vakcinų aprašus. Spręsti, ar reikia skiepyti vyresnius nei 60 metų amžiaus asmenis
	Vakcina nuo žmogaus papilomos viruso	Iki 45 metų 3 dozių kursas pagal vakcinų aprašus
	RZV vakcina (persirgusiems vėjaraupiais)	Nuo 50 metų 2 vakcinos dozės, darant tarp jų 2–6 mėnesių intervalą
	Vakcina nuo vėjaraupių (imliems vėjaraupiams – neskiepytiems, nesirgusiems vėjaraupiais, juostine pūsleline, VZV IgG neigiamas)	Iki 45 metų 2 dozės, darant 4–8 savaičių intervalą (pagal vakcinų aprašus)

Į lentelę neįtraukta poekpozicinė profilaktika, vakcinos keliautojams ir vakcinos nuo COVID-19 bei bėdžionių raupų dėl besikeičiančios situacijos. *PCV13 (PCV15, PCV20)– pneumokokinė polisacharidinė konjuguota 13-valentė (15-valentė, 20-valentė) vakcina, PPSV23 – pneumokokinė polisacharidinė 23-valentė vakcina, Hib – konjuguota B tipo* Haemophilus influenzae *vakcina, MenB – meningokokų B grupės vakcina, Men A, C, W, Y – meningokokų A, C, W-135 ir Y grupių konjuguota vakcina, Td – vakcina nuo difterijos, stabligės toksoidų, Tdap – vakcina nuo difterijos, stabligės toksoidų ir neląstelinio kokliušo, HepB – vakcina nuo virusinio hepatito B, HBsAg – hepatito B viruso paviršiaus antigenas, Anti-HBc – antikūnai prieš hepatito B viruso šerdinį antigeną, Anti-HBs – antikūnai prieš hepatito B viruso paviršiaus antigeną, RZV vakcina – rekombinantinė* Herpes zoster *vakcina, VZV IgG – IgG antikūnai prieš* Varicella zoster *virusą.*

Schema iš dr. Ingridos Lisauskienės pranešimo *Ligonis po splenektomijos – ko tikėtis klinicistui,* pristatyto 2022 metais spalio 12 dieną nuotolinėje konferencijoje *Infekcinių ligų epidemiologijos, gydymo ir profilaktikos aktualijos.*

Atvykęs į gydymo įstaigą pacientas stacionarizuojamas, būklei blogėjant – perkeliamas į Reanimacijos ir intensyvios terapijos skyrių.



Lentelės iš atnaujinamo Lietuvos infektologų draugijos rengiamo leidinio *2022 metų suaugusiųjų skiepijimo Lietuvoje rekomendacijos (rizikos grupių, be rizikos veiksnių, senyvo amžiaus)*. Į lenteles neįtraukta poekpozicinė profilaktika, vakcinos keliautojams, vakcinos nuo COVID-19 ir beždžionių raupų dėl besikeičiančios padėties.

Lietuvos Respublikos profilaktinių skiepijimų kalendorius (2022 metai)

Eil. Nr.	Vakcina	Amžius																
		Iki 24 val.	2–3 paros	1 mėn.	2 mėn.	3 mėn.	4 mėn.	5 mėn.	6 mėn.	12–15 mėn.	15–16 mėn.	18 mėn.	2 metai	6–7 metai	11 metų	15–16 metų	25–64 metai	≥65 metai
1.	Tuberkuliozės vakcina		BCG															
2.	Hepatito B vakcina	HepB*		HepB					HepB									
3.	Kokliušo, difterijos, stabligės vakcina				DTaP		DTaP		DTaP			DTaP		DTaP		Tdap	Td kas 10 metų	
4.	B tipo *Haemophilus influenzae* infekcijos vakcina				Hib		Hib		Hib			Hib						
5.	Poliomielito vakcina				IPV		IPV		IPV			IPV		IPV				
6.	Pneumokokinės infekcijos vakcina				PCV		PCV			PCV**			PCV*****					
7.	Tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina										MMR**			MMR				
8.	Žmogaus papilomos viruso infekcijos vakcina														HPV1 HPV2***			
9.	B tipo meningokokinės infekcijos vakcina					MenB		MenB		MenB**								
10.	Rotavirusinės infekcijos vakcina				RV		RV		RV****									
11.	Nuo gripo								IIV4 kasmet******									IIV4 kasmet

1. Sutrumpinimai: BCG – tuberkuliozės vakcina; HepB – hepatito B vakcina; DTaP – kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės vakcina; Hib – B tipo *Haemophilus influenzae* infekcijos vakcina; Tdap – kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės (suaugusiųjų) vakcina; IPV – inaktyvuota poliomielito vakcina; PCV – pneumokokinės infekcijos (polisacharidinė konjuguota) vakcina; MMR – tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina; HPV – žmogaus papilomos viruso infekcijos vakcina; RV – rotavirusinės infekcijos vakcina; MenB – B tipo meningokokinės infekcijos vakcina; Td – difterijos, stabligės vakcina, IIV4 – inaktyvuota gripo vakcina.

2. HepB* pirma dozė turi būti įskiepijama naujagimiui per 24 val. po gimimo.

3. PCV** ir MenB** gali būti skiepijama kartu (vieno vizito metu) su MMR** vakcina.

4. HPV*** skiepijamos tik mergaitės, skiepijimo schemą sudaro dvi HPV dozės (tarp pirmos ir antros HPV dozių turi būti ne trumpesnis kaip 6 mėn. laikotarpis).

5. RV**** trečioji dozė skiepijama, jei skiepijama penkiavalente RV ir trijų dozių schema, nurodyta vaistinio preparato charakteristikų santraukoje.

6. Skiepijimai atliekami pagal vaistinio preparato charakteristikų santrauką.

7. Prieš kiekvieną vaiko skiepijimą tėvus ar teisėtus globėjus būtina informuoti apie vakcinų skyrimą, galimas nepageidaujamas reakcijas į skiepą. Dėl informacijos gavimo bei sutikimo skiepyti jie turi pasirašyti Sutikimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formoje.

8. Jei vaikas laiku nepaskiepijamas, jam sudaromas individualus skiepijimų kalendorius pagal indikacijas, nurodytas vaistinių preparatų charakteristikų santraukose.

9. PCV***** skiepijami rizikos grupių asmenys pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. rugsėjo 11 d. įsakymą Nr. V-999 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. spalio 8 d. įsakymo Nr. V-1130 „Dėl pneumokokinės infekcijos rizikos grupių patvirtinimo“ pakeitimo.

10. IIV4****** Valstybės biudžeto lėšomis nuo gripo gali būti skiepijami šioms rizikos grupėms priklausantys asmenys: nėščiosios (bet kuriuo nėštumo laikotarpiu); asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis nepriklausomai nuo jų amžiaus (taip pat ir vaikai); asmenys, gyvenantys socialinės slaugos ir globos įstaigose (taip pat ir vaikų globos įstaigose); asmenys nuo 65 metų ir vyresni. Skiepijama prieš gripo sezoną. Vaikai nuo 6 mėn. iki 8 metų pirmą kartą skiepijami 2 dozėmis su ≥4 savaičių intervalu.

LID Lietuvos infektologų draugija

Lietuvos infektologų draugijos (LID) rekomenduojamas skiepijimo kalendorius asmenims, neturintiems rizikos veiksnių, Lietuvoje (2022 metai)

Eil. Nr.	Vakcina	Amžius																						
		Iki 24 val.	2–3 paros	1 mėn.	2 mėn.	3 mėn.	4 mėn.	5 mėn.	6 mėn.	12–15 mėn.	15–16 mėn.	18 mėn.	2 metai	6–7 metai	11 metų	15 metų	16 metų	17-18 metų	23 metai	25-26 metai	33-45 metai	46-49 metai	50-59 metai	60-64 metai	≥65 metai
1	Tuberkuliozės vakcina		BCG																					
2	Hepatito B vakcina	HepB*		HepB					HepB												HepB1, HepB2, HepB3†				
3	Kokliušo, difterijos, stabligės vakcina				DTaP		DTaP		DTaP			DTaP		DTaP		Tdap				Td kas 10 metų					
																				Td kas 10 metų, viena revakcinacija Tdap					
4	B tipo Haemophilus influenzae infekcijos vakcina				Hib		Hib		Hib			Hib													
5	Poliomielito vakcina				IPV		IPV		IPV			IPV		IPV											
6	Pneumokokinės infekcijos vakcina				PCV		PCV			PCV**			PCV****												
																									PCV, PPSV††
7	Tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina										MMR**			MMR											
8	Žmogaus papilomos viruso infekcijos vakcina														HPV1, HPV2***			HPV1, HPV2, HPV3††††							
															HPV1, HPV2†††										
9	B tipo meningokokinės infekcijos vakcina					MenB		MenB		MenB**							MenB1, MenB2†††††								
10	Rotavirusinės infekcijos vakcina				RV		RV		RV****																
11	Inaktyvuota gripo vakcina								IIV4******																IIV4 kasmet
									IIV4 kasmet																
13	Vėjaraupių vakcina									VAR1, VAR2††††††															
14	Erkinio encefalito vakcina									EEV1, EEV2, EEV3, po to kas 3-5 metai†††††††															
15	Rekombinantinė juostinės pūslelinės vakcina																						RZV1, RZV2††††††††		

Vakcinos, įtrauktos į Nacionalinį skiepų kalendorių | Vakcinos, įtrauktos į Nacionalinį skiepų kalendorių rizikos grupėms | Papildomai rekomenduojamos vakcinos

1. Sutrumpinimai: BCG – tuberkuliozės vakcina; HepB – hepatito B vakcina; DTaP – kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės vakcina; Hib – B tipo *Haemophilus influenzae* infekcijos vakcina; Tdap – kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės (suaugusiųjų) vakcina; IPV – inaktyvuota poliomielito vakcina; PCV – pneumokokinės infekcijos (polisacharidinė konjuguota) vakcina; MMR – tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina; HPV – žmogaus papilomos viruso infekcijos vakcina; RV – rotavirusinės infekcijos vakcina; MenB – B tipo meningokokinės infekcijos vakcina; Td – difterijos, stabligės vakcina, EEV – erkinio encefalito vakcina, PPSV – pneumokokinė polisacharidinė vakcina, RZV vakcina - rekombinantinė *Herpes zoster* vakcina, VAR – vėjaraupių vakcina, IIV4 – inaktyvuota gripo vakcina.

2. HepB* pirma dozė turi būti įskiepijama naujagimiui per 24 val. po gimimo.

3. PCV** ir MenB** gali būti skiepijama kartu (vieno vizito metu) su MMR** vakcina.

4. HPV*** skiepijamos tik mergaitės, skiepijimo schemą sudaro dvi HPV dozės (tarp pirmos ir antros HPV dozių turi būti ne trumpesnis kaip 6 mėn. laikotarpis).

5. RV**** trečioji dozė skiepijama, jei skiepijama penkiavalente RV ir trijų dozių schema, nurodyta vaistinio preparato charakteristikų santraukoje.

6. PCV*****skiepijami rizikos grupių asmenys pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. rugsėjo 11 d. įsakymą Nr. V-999 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. spalio 8 d. įsakymo Nr. V-1130 „Dėl pneumokokinės infekcijos rizikos grupių patvirtinimo“ pakeitimo.

7. IIV4****** Valstybės biudžeto lėšomis nuo gripo gali būti skiepijami šioms rizikos grupėms priklausantys asmenys: nėščiosios (bet kuriuo nėštumo laikotarpiu); asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis nepriklausomai nuo jų amžiaus (taip pat ir vaikai); asmenys, gyvenantys socialinės slaugos ir globos įstaigose (taip pat ir vaikų globos įstaigose); asmenys nuo 65 metų ir vyresni. Skiepijama prieš gripo sezoną. Vaikai nuo 6 mėn. iki 8 metų pirmą kartą skiepijami 2 dozėmis su ≥4 savaičių intervalu.

8. HepB† neskiepytiems vaikystėje (gimusiems iki 1989 10 05), HBsAg, anti-HBc ir anti-HBs neigiamiems asmenims 3 dozių po 20 µg kursas pagal schemą: 0, 1, 2 ir 6 mėnesių. Jeigu, praėjus ≥1 mėn. po trečiosios hepatito B vakcinos dozės anti-HBs yra neigiami, rekomenduojama skiepyti iš naujo 3 HepB vakcinos dozėmis. Galimos kitos skiepijimo schemos pagal vakcinų aprašus. Spręsti, ar reikia skiepyti asmenis virš 60 metų, atsižvelgiant į galimą kontakto riziką.

9. PCV, PPSV†† PCV20 arba PCV13 (PCV15) (šiuo atveju praėjus 1 metams papildomai skiriama PPSV23).

10. HPV††† ir mergaitėms, ir berniukams; HPV†††† neskiepytiems vaikystėje (gimusiems iki 2004 09 01) asmenims 3 dozių kursas pagal schemą 0, 1(2) ir 6 mėnesiai (priklausomai nuo vakcinų gamintojo) iki 45 metų amžiaus vyrams ir moterims.

11. MenB †††††anksčiau neskiepytiems 2 dozės MenB-4C (Bexsero) su mažiausiai 1 mėnesio intervalu tarp dozių, arba 2 dozės MenB-FHbp (Trumenba) su bent 6 mėnesių intervalu.

12. VAR†††††† vėjaraupiams imliems (nesirgusiems vėjaraupiais, juostine pūsleline, neskiepytiems nuo vėjaraupių, esant neigiamam VZV IgG) iki 45 metų 2 dozės su 4-8 savaičių intervalu pagal vakcinų aprašus.

13. EEV††††††† erkinio encefalito vakcina 3 vakcinos dozės: 0, 1-3, 5-12 mėnesiai, pirmoji sustiprinamoji dozė po 3 metų, vėliau - kas 5 metai, nuo 50 metų amžiaus – kas 3 metai (priklausomai nuo vakcinos gamintojo). Įkandus erkei vakcinacijos atidėti nereikia.

14. RZV††††††††persirgusiems vėjaraupiais 2 vakcinos dozės: tarp vakcinos dozių rekomenduojamas 2-6 mėnesių intervalas.

LID Lietuvos infektologų draugija

KAS GALI PASISKIEPYTI NEMOKAMAI?

Nacionalinis visuomenės sveikatos centras

PNEUMOKOKINĖS INFEKCIJOS VAKCINA

- **Vaikai (nuo 2 iki 18 metų), priklausantys rizikos grupėms (jei neskiepyti nuo pneumokokinės infekcijos anksčiau);**
- **suaugusieji (vyresni nei 18 metų), priklausantys rizikos grupėms.**

Pneumokokinės infekcijos rizikos grupių sąrašas patvirtintas 2015 m. spalio 8 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro Nr. V-1130 įsakymu.

SEZONINIO GRIPO VAKCINA

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

Rizikos grupės, skiepijamos sezoninio gripo vakcina valstybės lėšomis, yra patvirtintos 2019 m. sausio 28 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro Nr. V-115 įsakymu

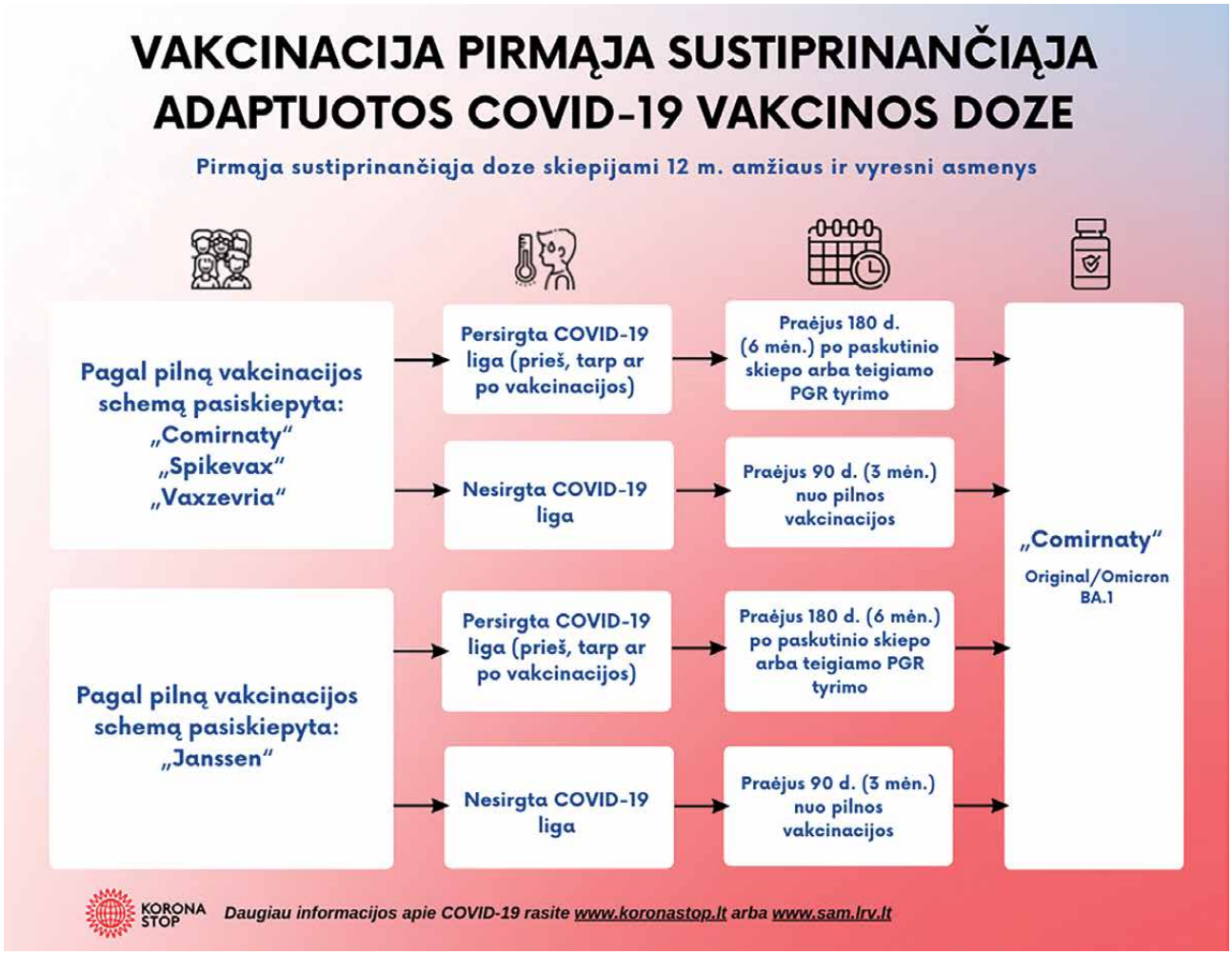
COVID-19 VAKCINA

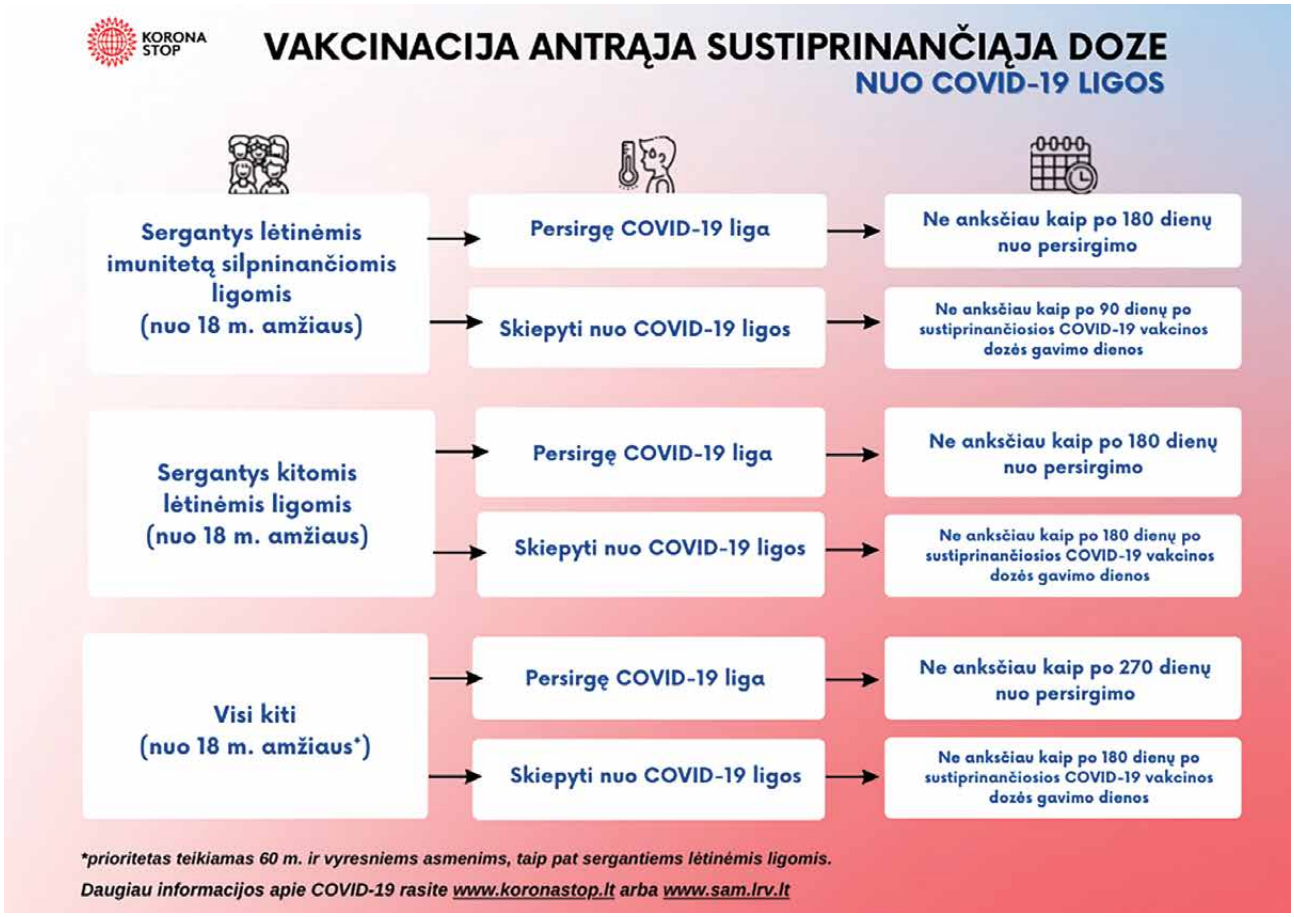
Visi 5 metų ir vyresni Lietuvos gyventojai:

- **pagal pirminę skiepijimo schemą galima skiepytis asmenims nuo 5 metų;**
- **pirmąja sustiprinančiąja doze gali skiepytis 12 m. ir vyresni asmenys;**
- **antrąja sustiprinančiąja doze – 18 m. ir vyresni gyventojai.**

Gyventojų skiepijimo COVID-19 vakcina organizavimo tvarka patvirtinta 2020 m. gruodžio 23 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro Nr. V-2997 įsakymu.

Norintys pasiskiepyti rizikos grupėms priklausantys gyventojai turi kreiptis į savo šeimos gydytoją.


VAKCINACIJA PIRMĄJA SUSTIPRINANČIĄJA ADAPTUOTOS COVID-19 VAKCINOS DOZE
Pirmąja sustiprinančiąja doze skiepijami 12 m. amžiaus ir vyresni asmenys
Pagal pilną vakcinacijos schemą pasiskiepyta: „Comirnaty“ „Spikevax“ „Vaxzevria“
Persirgta COVID-19 liga (prieš, tarp ar po vakcinacijos)
Praėjus 180 d. (6 mėn.) po paskutinio skiepo arba teigiamo PGR tyrimo
Nesirgta COVID-19 liga
Praėjus 90 d. (3 mėn.) nuo pilnos vakcinacijos
Pagal pilną vakcinacijos schemą pasiskiepyta: „Janssen“
Persirgta COVID-19 liga (prieš, tarp ar po vakcinacijos)
Praėjus 180 d. (6 mėn.) po paskutinio skiepo arba teigiamo PGR tyrimo
Nesirgta COVID-19 liga
Praėjus 90 d. (3 mėn.) nuo pilnos vakcinacijos
„Comirnaty“
Original/Omicron BA.1
KORONA STOP
Daugiau informacijos apie COVID-19 rasite www.koronastop.lt arba www.sam.lrv.lt


KORONA STOP
VAKCINACIJA ANTRĄJA SUSTIPRINANČIĄJA DOZE
NUO COVID-19 LIGOS
Sergantys lėtinėmis imunitetą silpninančiomis ligomis (nuo 18 m. amžiaus)
Persirgę COVID-19 liga
Ne anksčiau kaip po 180 dienų nuo persirgimo
Skiepyti nuo COVID-19 ligos
Ne anksčiau kaip po 90 dienų po sustiprinančiosios COVID-19 vakcinos dozės gavimo dienos
Sergantys kitomis lėtinėmis ligomis (nuo 18 m. amžiaus)
Persirgę COVID-19 liga
Ne anksčiau kaip po 180 dienų nuo persirgimo
Skiepyti nuo COVID-19 ligos
Ne anksčiau kaip po 180 dienų po sustiprinančiosios COVID-19 vakcinos dozės gavimo dienos
Visi kiti (nuo 18 m. amžiaus*)
Persirgę COVID-19 liga
Ne anksčiau kaip po 270 dienų nuo persirgimo
Skiepyti nuo COVID-19 ligos
Ne anksčiau kaip po 180 dienų po sustiprinančiosios COVID-19 vakcinos dozės gavimo dienos
*prioritetas teikiamas 60 m. ir vyresniems asmenims, taip pat sergantiems lėtinėmis ligomis.
Daugiau informacijos apie COVID-19 rasite www.koronastop.lt arba www.sam.lrv.lt

1. Dirbate šeimos gydytoju. Jūsų pacientui, 38 metų vyrui, po eismo įvykio buvo pašalinta blužnis. Spalio 1 dieną pacientas atvyko po reabilitacinio gydymo apžiūrai. Skundžiasi nesunkiu maudimu operacinio pjūvio vietoje, kitų simptomų nenurodo. Objektyvus tyrimas be pakitimų.

1. Kokių infekcijų padidėjusią išsivystymo riziką turi pacientas?
2. Nuo kokių infekcijų rekomenduosite pasiskiepyti šiam pacientui?
3. Kada geriausias laikas vakcinuotis šiomis vakcinomis?
4. Ar galima visas vakcinas įskiepyti vienu metu?
5. Ar pasiskiepijus šiomis vakcinomis imunitetas susidaro visam gyvenimui?
6. Kas turi pacientą informuoti apie vakcinaciją ir padidėjusią sunkių infekcijų riziką po blužnies pašalinimo?

2. Į Skubiosios pagalbos skyrių kreipėsi 48 metų vyras dėl kąstinės žaizdos kairėje blauzdoje. Grįžo iš Indijos, kurioje, likus 2 dienoms iki vykimo į oro uostą, įkando valkataujantis šuo. Prieš kelionę papildomai nesiskiepijo. Apie vaikystėje atliktus skiepus tiksliai nežino. Nekarščiuoja. Atlikus apžiūrą, stebėtos kairės blauzdos užpakaliniame paviršiuje kąstinės žaizdos, pasidengusios šašais.

1. Kokią poekspozicinės imunoprofilaktikos taktiką pasirinksite?
2. Kaip skirtųsi imunoprofilaktikos taktika, jei pacientui būtų įkandęs kaimynų šuo?

3. 39 metų vyras skundžiasi iki 38,9 °C temperatūra, kosuliu, skrepliavimu, dusuliu, prakaitavimu ir dideliu bendru silpnumu. Minėti simptomai vargina 3 dienas. Prieš tai sirgo pūlinga sloga, gydėsi simptomiškai. Kreipėsi į šeimos gydytoją. Atlikus kraujo tyrimus, buvo nustatyta ryški leukocitozė su nuokrypiu į kairę, padidėjusi C reaktyviojo baltymo koncentracija. Pacientas nusiųstas į Skubiosios pagalbos skyrių. Rūko apie 15 metų po 5–10 cigarečių per dieną. Serga 1 tipo cukriniu diabetu, gydomas insulinu. Objektyviai: kūno temperatūra 39 °C, tonzilės be pakitimų, liežuvis sausas, be apnašo. Arterinis kraujo spaudimas – 100/60 mm Hg, širdies susitraukimų dažnis – 115 k./min., tonai ritmiški. Kvėpavimo dažnis – 30 k./min., SpO_2 – 90 proc. be papildomo deguonies. Plaučiuose alsavimas šiurkštus, vezikulinis, dešinėje apatinėje dalyje išklausoma smulkių drėgnų, visame plote – sausų švilpiančių karkalų. Pilvas minkštas, palpuojant neskausmingas, peristaltika išklausoma. Ant blauzdų nedidelės edemos. Bėrimų, padidėjusių limfmazgių nėra. Neurologinės simptomatikos nestebima. Krūtinės ląstos rentgenogramoje stebimi infiltraciniai pakitimai dešinėje apatinėje skiltyje. Kraujo ir skreplių pasėliuose išaugo *S. pneumoniae*, jautrus penicilinui.

1. Kokius pneumokokinės infekcijos rizikos veiksnius turėjo šis pacientas?
2. Kokias infekcijas gali sukelti pneumokokas?
3. Kokia yra specifinė pneumokokinės infekcijos profilaktika?
4. Kas Lietuvoje nuo pneumokokinės infekcijos vakcinuojami valstybės lėšomis?
5. Kokias pneumokokines vakcinas žinote?
6. Ar, atlikus pirminę vakcinaciją suaugusiems pacientams, reikalingos sustiprinamosios pneumokokinės vakcinos dozės?

Atsakymus į daugumą klausimų rasite mūsų žurnalo puslapiuose.

Lietuvos infektologų draugijai – 50 metų (1972–2022 metai): praeitis, dabartis ir ateitis. Istorinė apybraiža



Prof. habil. dr. Arvydas Ambrozaitis
Vilniaus universitetas

Iki 1972 metų Lietuvoje, kaip ir Sovietų Sąjungoje, veikė Epidemiologų, mikrobiologų ir infekcionistų draugija.

1969 metų gruodžio 26 dieną Epidemiologų, mikrobiologų ir infekcionistų mokslinėje respublikinėje konferencijoje buvo nutarta įsteigti atskirą infekcionistų sekciją, kuriai tuo metu priklausė 40 narių. Pirmininku buvo išrinktas Vilniaus universiteto Infekcinių ligų katedros vedėjas prof. Povilas Čibiras.

1972 metais prof. P. Čibiras buvo pakviestas į steigiamąjį SSRS infekcionistų mokslinės draugijos susirinkimą Leningrade. Čia jis buvo išrinktas sąjunginės draugijos valdybos nariu. Šios valdybos iniciatyva buvo pradėta steigti respublikines ir miestų infekcionistų draugijas.

1972 metų spalio 6 dieną Sveikatos apsaugos ministerijos salėje mokslinėje konferencijoje, skirtoje sanitarinės tarnybos 50-mečiui paminėti, įvyko Steigiamasis Infekcionistų draugijos posėdis, kuriame dalyvavo 50 gydytojų infekcionistų iš Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio. Šio posėdžio metu nutarta: įsteigti Lietuvos SSR Infekcionistų mokslinę draugiją; jos veiklą išplėsti visoje Lietuvos Respublikoje, Vilniuje ir Kaune įkurti miestų draugijas (filialus). Draugijos veiklos pagrindu laikyti sąjunginės infekcionistų mokslinės draugijos įstatus.

Lietuvos infekcionistų draugijos pirmininku 1972 metais išrinktas prof. P. Čibiras (Vilniaus universitetas), pirmininko pavaduotoja – prof. Stefanija Gruodytė (Kauno medicinos institutas), sekretoriumi – doc. Juozas Ūsaitis (Vilniaus universitetas), iždininku – Vilniaus miesto infekcinės ligoninės vyriausiasis gydytojas Edvardas Motiejaitis. Prof. P. Čibiras buvo išrinktas ir Vilniaus miesto filialo pirmininku.

Lietuvos infektologų draugija (LID) – tai ne pelno siekianti visuomeninė, mokslinė organizacija, kurios misija nuolat gerinti infekcinių ligų diagnostiką, gydymą ir jų prevenciją šalyje. Draugija skatina mokslinę veiklą ir geros medicininės praktikos taikymą, remia specialistų profesinį tobulėjimą.

LID Vilniaus infektologų veikla

Vilniuje iki 1979 metų draugijos posėdžius organizuodavo respublikinė valdyba. Narių skaičius svyravo nuo 45 iki 53. Per metus vykdavo 4–5, kartais 8 susirinkimai, buvo nagrinėjami gripo, hepatitų, meningokokinės infekcijos, žarnyno infekcijų klausimai, pranešimus skaitė profesoriai V. Pokrovskis, A. Bilbinas, A. Bliugeris, G. Jira (Čekija), H. Bernhartas (Vokietija) ir kiti.

Po 7 metų prof. P. Čibiro iniciatyva Vilniuje buvo organizuota savarankiška Vilniaus krašto infekcionistų draugija. Vilniaus infekcionistų draugijos pirmininku 1979 metais buvo išrinktas gyd. dr. Eugenijus Broslavskis – Vilniaus universiteto Infekcinių ligų katedros asistentas. Pavaduotoja išrinkta doc. B. Luneckaitė, sekretore – gyd. A. Perkauskienė, iždininke – gyd. O. Pocienė. Nauja valdyba organizuodavo po 8–9 susirinkimus per metus.

Prof. P. Čibiras knygoje *Vilniaus medicinos draugija* 1988 metais rašė, kad *Vilniaus draugija tapo kvalifikacijos kėlimo mokykla*.

Nuo 1979 metų iš viso net 30 metų pirmininku buvo doc. E. Broslavskis, 1995–2007 metais – LID pirmininko pavaduotoju. Nuo 2011 metų valdybos pirmininke



LID Vilniaus infektologų draugijos valdyba 1984–1994 metais



Doc. E. Broslavskis. 2015 metų birželio 15 dieną šventėme 80 metų jubiliejų

išrinkta doc. Raimonda Matulionytė. 2021 metais LID Vilniaus skyriaus pirmininke išrinkta gyd. Alina Voinič.

Draugijos sekretoriai: gyd. A. Perkauskienė (iki 1984 metų), vėliau – gyd. V. Gulbinienė, nuo 2000 metų – gyd. G. Bedalienė. Draugijos iždininkai: gyd. O. Pocienė, vėliau – gyd. A. Žitkovskis, prof. Ligita Jančorienė. Revizijos komisija: doc. I. Narkevičiūtė, gyd. Ž. Svičiulienė, I. Lukoševičienė (iki 2000 metų).

2020 metais buvo 44 nariai, o 2021-aisiais – 41 narys.



P. Čibiras

Atskirai reikėtų pabrėžti neįkainojamą prof. P. Čibiro (1913 06 29–2003 03 17) indėlį kuriant ir plėtojant LID, ypač pradinėje jos stadijoje.

Jis visuomet skyrė pagrindinius dalykus nuo smulkmenų, ypatingą dėmesį kreipdamas į ligų patogenezę. Konsultuodamas daugybę ligonių, labai vertino jų apklausą, apžiūrą ir tikslingus tyrimus, tiesiausiu keliu vedančius į diagnozę.

Gydymo taktikoje profesorius visuomet buvo prieš polipragmaziją, ilgus gydymo kursus, kurie gali sukelti vaistaligę. Profesorius sakydavo, kad *jei gydymas nepadeda, tai jis jau pradeda kenkti*. Jis griežtai kritikuodavo nepagrįstą ligonio kilnojimą iš vienos ligoninės į kitą. Skeptiškai vertino ir medikų pastangas bet kokiomis priemonėmis palaikyti žmogaus gyvybę, kai jos išgelbėti neįmanoma. Būtent todėl savo mokiniui, o vėliau ir bičiuliui doc. E. Broslavskiui jis net keletą kartų sakė: *Eugenijau, kai jau man bus visai blogai, tik netempk manęs į reanimaciją*. Per 89 gyvenimo metus profesoriui medikų pagalbos beveik neprireikė. Bet, deja, jis mirė dėl gripo infekcijos komplikacijų, nes nebuvo pasiskiepijęs…



Švenčiame prof. P. Čibiro 80 metų jubiliejų (1993 06 29)

LID Kauno infektologų veikla

Kauno krašto infektologų draugijos Valdybos pirmininkė iki 1972 metų buvo prof. S. Gruodytė, kartu ir Lietuvos LID pirmininko pavaduotoja. Vėliau šias pareigas ėjo prof. V. Bagdonienė, prof. J. Dievaitienė, nuo 1993 metų – prof. Alvydas Laiškonis, kartu ir LID pirmininko pavaduotojas.

Prof. A. Laiškonis labai suaktyvino Kauno infektologų draugijos veiklą. Užmezgė ryšius su Prancūzijos Lilio miesto infektologais. Nuo 1993 metų krašto draugijos sekretorė – doc. D. Vėlyvytė. Nuo 2011 metų pirmininke išrinkta prof. Auksė Mickienė. Ji kartu tapo LID valdybos pirmininko pavaduotoja. 2020 metais buvo 42 nariai, o 2021 metais – 44 nariai.

Jūratė Dievaitienė (1927–2017)



LID garbės narė, 1950 metais baigė Kauno valstybinio universiteto Medicinos fakultetą. Po studijų dirbo Raudonojo Kryžiaus klinikinėje ligoninėje (dabar Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos) Vidaus ligų skyriuje gydytoja ordinatore, 1952–1965 metais – Kauno medicinos instituto (dabar Lietuvos sveikatos mokslų universitetas) Vidaus ligų propedeutikos katedros asistente. 1960 metais apgynė medicinos mokslų kandidato disertaciją. 1965–1973 metais toje pačioje katedroje dirbo docente. 1968 metais apgynė medicinos mokslų daktaro disertaciją. Nuo 1973 metų iki išėjimo į pensiją 1993 metais dirbo Kauno medicinos instituto Infekcinių ligų katedros vedėja, profesore. Vadovaudama Infekcinių ligų katedrai, prof. J. Dievaitienė plėtojo mokslinį darbą virusinių hepatitų srityje. Nuo 1984 metų paskaitose, o nuo 1986 metų spaudoje

pradėjo skelbti informaciją apie AIDS plitimą pasaulyje ir Lietuvoje. Kaune organizavo pirmąją konferenciją AIDS klausimais. 1987 metais prof. J. Dievaitienei suteiktas Lietuvos nusipelniusios gydytojos vardas. Prof. J. Dievaitienė buvo aktyvi Lietuvos infektologų draugijos narė, Lietuvos infekcionistų draugijos pirmininko pavaduotoja, Kauno infektologų draugijos pirmininkė.



Prof. Alvydas Laiškonis

LID garbės narys, Lilio universiteto (Prancūzija) garbės daktaras (2005 metais). 1962 metais baigė Kauno medicinos institutą. Iki 1967 metų dirbo Naujamiesčio ligoninėje. Nuo 1967 metų dėstė Kauno medicinos universitete (iki 1989 metų – Kauno medicinos institutas, 1989–1998 metais – Kauno medicinos akademija). Nuo 1991 metų – Infekcinių ligų klinikos vadovas, profesorius (2001 metais). Nuo 1992 metų – Sveikatos apsaugos ministerijos vyriausiasis infektologas. Mokslinių tyrimų sritis – infekcinių ligų epidemiologija, klinika, diagnostika, profilaktika, ŽIV infekcija. Paskelbė daugiau kaip 470 mokslinių straipsnių. Daugelio tarptautinių ir Lietuvos žurnalų redakcinių kolegijų narys. Parašė monografijas *Žmogaus imunodeficito viruso infekcija* (1998), *Žmogaus imunodeficito viruso infekcijos diagnostika, gydymas ir imunoprofilaktika* (2000), *Infekcinės ligos šeimos gydytojo praktikoje* (2002, 2005), *Infekcinių ligų žinynas* (1994, 2005), *Encefalito tyrimų progresas* (*Progress in Encephalitis Research.* 2005), 17 mokomųjų knygų.

Apdovanotas Gedimino ordino Karininko kryžiumi (2004 metais), Prancūzijos Akademinių palmių ordinu (2005 metais).



Kauno miesto infektologų mokslinės draugijos valdyba (1988 metai)

LID Klaipėdos infektologų veikla

Klaipėdoje 1972–1982 metais infektologų draugijos pirmininku buvo gyd. G. Maizelis. Palaikė glaudų ryšį su epidemiologais, organizuodavo bendrus susirinkimus. Nuo 1983 iki 1985 metų Klaipėdos krašto draugijai vadovavo gyd. A. Narvilas – Klaipėdos ligoninės vyriausiasis gydytojas.

1985–2001 metais Klaipėdos krašto draugijai vadovavo gyd. K. Šaknys. Nuo 2001 metų – gyd. R. Girdžiūnienė, o nuo 2021 metų – gyd. Rūta Pundinienė. 1995 metais buvo 23 nariai. Panaikinus infekcinių ligų skyrius rajonų ligoninėse, draugijos narių sumažėjo iki 15. 2001 metais Klaipėdos krašto infektologų draugija laikinai buvo prijungta prie Kauno krašto infektologų draugijos, jos nariai dalyvavo Kauno krašto renginiuose. Idėjai nepasiteisinus, vėl buvo sugrįžta prie atskiros krašto draugijos statuso. 2021 metais šioje draugijoje buvo 12 narių.

LID Šiaulių infektologų veikla



Gyd. I. Ruškuvienė (1935–2017)

Nuo 1971 iki 1988 metų Šiaulių krašto epidemiologų, mikrobiologų ir infekcionistų draugijai vadovavo a. a. skyriaus vedėja gyd. Irena Ruškuvienė (mirė 2017 metais). Draugijoje buvo 46 nariai (15 infektologų ir 31 epidemiologas, mikrobiologas). Vyko kvalifikacijos kėlimo renginiai, pranešimus skaitydavo draugijos nariai ir kviestiniai lektoriai – profesoriai P. Čibiras, J. Dievaitienė, Biziulevičius, doc. A. Laiškonis, doc. J. Ūsaitis. 1986–2008 metais (22 metus) draugijai vadovavo pediatrė infektologė R. Jacinkevičienė, nuo 2008 metų – Judita Minickaitė-Katinienė, nuo 2011 metų – skyriaus vedėjas gyd. Aidas Kaušas, o nuo 2021 metų – gyd. Zinaida Kovaliova. 2021 metais buvo 6 nariai.



Akimirkos iš LID kraštų draugijų veiklos





Akimirkos iš LID kraštų draugijų veiklos

LID Panevėžio infektologų veikla

1972–1982 metais Panevėžio krašto infektologų draugijai vadovavo gyd. S. Kušlys. Iš viso narių buvo 27. 1983–1995 metais vadovavo M. Kraniauskienė, nuo 1996 metų – gyd. Nijolė Chmieliauskienė.

Panaikinus infekcinius skyrius rajonuose, draugijos narių skaičius sumažėjo iki 12. Panevėžys išsiskyrė iš kitų nuolatiniu savo materialinės bazės gerinimu. Dar vyriausiosios gydytojos M. Rozovos vadovavimo laiku pastatyta atskira infekcinė ligoninė, po to gyd. E. Preidis ją gerokai padidino, modernizavo, buvo prijungti tuberkuliozės skyriai.

Dabar infekcinių ligų skyriai priklauso Respublikinės Panevėžio ligoninės Infekcinių ligų klinikai (vadovas – gyd. E. Preidis). 2021 metais draugijoje buvo 8 nariai.

Reikia pastebėti, kad LID narių skaičius turėjo tendenciją mažėti – nuo 194 narių 1995 metais iki 87 narių 2018 metais. Tiesa, vėliau didėjo ir 2021 metais jau sudarė 111 narių. Tokie svyravimai priklausė ir nuo reformų, pavyzdžiui, panaikinus pediatrų infektologų specialybę, smarkiai mažėjo narių skaičius. Be to, daugumoje šalies rajonų buvo uždaryti ligoninių infekcinių ligų skyriai.

LID įstatai

LID buvo įkurta 1972 metų spalio 6 dieną, bet jos pirmieji įstatai buvo patvirtinti vėliau. 1975 metais spalio 2 dieną LID buvo perregistruota 1975 metų rugsėjo 27 dienos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu Nr. 693.

Lietuvai atgavus nepriklausomybę, LID nutraukė ryšius su sovietine infektologų draugija ir nustojo galioti buvę įstatai. 1995 metų birželio 9 dieną Palangoje įvykusioje LID konferencijoje apsvarstyti ir priimti naujieji draugijos veiklos įstatai. Jų projektą ruošė doc. E. Broslavskis, doc. J. Ūsaitis, prof. A. Ambrozaitis ir prof. P. Čibiras. 1996 metų gruodžio 18 dieną LID įregistruota Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijoje (įsakymas 558-V).

Dabartiniai įstatai buvo atnaujinti ir patvirtinti 2021 metų rugsėjo 16 dieną įvykusiame eiliniame LID suvažiavime.

LID aktyviai veikia infekcinių ligų diagnozavimo ir gydymo srityje jau 50 metų. Per tą laiką susibūrė daugiau nei 100 šioje medicinos srityje dirbančių specialistų iš visos Lietuvos.

Nariai rengia siūlymus optimizuoti infekcinių ligų diagnozavimą ir gydymą, tobulina profesines žinias šalies ir tarptautiniuose renginiuose, dalijasi patirtimi su kolegomis Lietuvoje.

LID nuo 2007 metų leidžia žurnalo *Internistas* priedą *Infekcinės ligos*.

2005 metų gegužės 9 dieną LID buvo priimta į Europos klinikinės mikrobiologijos ir infekcinių ligų draugiją (angl. ESCMID), tapo su ESCMID afilijuotoji šalies draugija.



1999 metų LID suvažiavimas Klaipėdoje



2011–2012 metų LID suvažiavimas Trakuose

LID suvažiavimai

Svarbus LID veiklos renginys yra LID suvažiavimai. Remiantis įstatais, iki 2011 metų LID suvažiavimai vyko kas 4 metus: pirmasis vyko 1995 metais Palangoje, antrasis – 1999 metais Klaipėdoje, trečiasis – 2003 metais Palangoje, ketvirtasis – 2007 metais Palangoje.

Nuo 2011 metų LID suvažiavimai vyksta kasmet. Juose dalyvauja LID narių deleguotieji atstovai. Iš viso įvyko 15 suvažiavimų. 2016 metais buvo surengtas visuotinis suvažiavimas, kurio metu į naująją valdybą išrinktos dr. Danguolė Važnaisienė ir gyd. Birutė Zablockienė.





Akimirkos iš 2004 metų birželio 3–6 dienomis vykusio šeštojo *Šiaurės ir Baltijos šalių infekcinių ligų kongreso* Palangoje. Organizacinio komiteto pirmininkas – prof. A. Laiškonis, organizacinio komiteto pirmininko pavaduotojas – prof. A. Ambrozaitis

LID organizavo daug tarptautinių konferencijų. Įsimintiniausi buvo 1998 metų gegužės 7–8 dienomis Vilniuje vykęs trečiasis *Šiaurės ir Baltijos šalių infekcinių ligų kongresas* (organizacinio komiteto pirmininkas – prof. A. Ambrozaitis) ir 2004 metų birželio 3–6 dienomis Palangoje vykęs šeštasis *Šiaurės ir Baltijos šalių infekcinių ligų kongresas* (organizacinio komiteto pirmininkas – prof. A. Laiškonis, organizacinio komiteto pirmininko pavaduotojas – prof. A. Ambrozaitis).

Svarbi LID veiklos sritis – kasmetės Lietuvos infektologų konferencijos *Infektologija*, vykstančios Palangoje arba Klaipėdoje. Jos vykdavo birželio mėnesio pirmąjį penktadienį. Šiose konferencijose dalyvaudavo ir pranešėjai iš užsienio – Rusijos, Baltarusijos, Ukrainos, Vokietijos, Danijos, Švedijos, Norvegijos, Jungtinių Amerikos Valstijų, Austrijos, Šveicarijos, Portugalijos ir kt.

Pirmoji LID konferencija *Infektologija* įvyko 1994 metais Kauno medicinos universiteto Poilsio namų salėje (Plytų g., Palanga).

1999 metais vyko Klaipėdoje (antrasis LID suvažiavimas).

2000–2001 metais – Palangos reabilitacijos ligoninės salėje.

2002 metais – Palangos ligoninės salėje *Reti ir diagnostiškai sudėtingi infekcinių ligų atvejai*.

2003–2007 metais – Palangos reabilitacijos ligoninės salėje.

2004 metais – šeštasis *Šiaurės ir Baltijos šalių infekcinių ligų kongresas* viešbučio *Vanagupė* konferencijų centre.

2007 metais – *Keliautojų užkrečiamosios ligos* (ketvirtasis LID suvažiavimas).

2009–2012 metais – viešbučio *Vanagupė* konferencijų centre.

2013 metais – viešbučio *Palangos vėtra* Konferencijų salėje (skirta prof. P. Čibiro 100 metų sukakčiai pažymėti).

2014 metais – viešbučio *Vanagupė* konferencijų salėje.

2015–2019 metais – Klaipėdoje (viešbučių *Aurora* ir *Amberton* konferencijų centruose, konferencijų centre *Piliavietė*).



LID metinės konferencijos *Infektologija 2017* organizacinio komiteto pirmininkas prof. A. Ambrozaitis

LID konferencijų lektoriai



Gyd. Audronė Marcinkutė



Gyd. Liucijus Ambraška



Gyd. Aidas Kaušas



Doc. Juozas Ūsaitis ir gyd. Audronė Marcinkutė



LID konferencija *Infektologija 2017*

2020–2021 metais – nuotolinės konferencijos.

2022 metais – Klaipėdoje viešbučio *Aurora* Konferencijų salėje (skirta 50 metų LID sukakčiai pažymėti).

Nuo 1994 metų iš viso suorganizuotos 28 konferencijos.

Prof. A. Ambrozaitis – ilgametis LID valdybos pirmininkas

Prof. A. Ambrozaitis buvo išrinktas LID valdybos pirmininku 1995, 2007, 2011 ir 2016 metais. 2018 metų balandžio 26 dieną nusprendė atsistatydinti, nuo 2018 metų liepos 1 dienos nebaigęs 5 metų kadencijos. 2018 metų birželio mėnesį valdybos posėdyje LID valdybos pirmininke išrinkta valdybos narė nuo 2016 metų birželio 10 dienos gyd. dr. D. Važnaisienė.

A. Ambrozaitis 1972 metais baigė Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto gydomąją specialybę. 1981 metais jam suteiktas medicinos mokslų kandidato (daktaro) mokslo laipsnis, 1991 metais – docento pedagoginis mokslo vardas, 1995 metais – habilituoto medicinos daktaro mokslo laipsnis, 1998 metais – profesoriaus pedagoginis mokslo vardas.

Nuo 1972 metų dirba Vilniaus universiteto Medicinos fakultete. Laimėjęs konkursą užimti asistento vietą, nuo 1975 metų dirbo asistentu Infekcinių ligų katedroje (vedėjas prof. P. Čibiras). 1977–1979 metais atliko aspirantūrą SSRS Medicinos mokslų akademijos Maskvos D. Ivanovskio Virusologijos instituto klinikiniame skyriuje. 1981 metais SSRS Medicinos mokslų akademijos D. Ivanovskio Virusologijos instituto mokslinėje taryboje apgynė medicinos mokslų kandidato (daktaro) disertaciją. 1995 metais Vilniaus universitete apgynė habilituoto medicinos daktaro disertaciją *Hepatito C epidemiologiniai ir klinikiniai aspektai Lietuvoje* (1990–1994 metais).

1990–2002 metais dirbo Vilniaus universiteto Infekcinių ligų klinikos vedėju, 2002–2006 metais – Vilniaus



LID valdyba 2002 metais. 2002 06 07 LID konferencija *Reti ir diagnostiškai sudėtingi infekcinių ligų atvejai* (Palanga)



LID valdybos nariai 2003 metais. 2003 01 13 LID valdybos posėdis Trakuose

universiteto Infekcinių ligų ir mikrobiologijos klinikos vedėju, 2006–2011 metais – Vilniaus universiteto Infekcinių ligų, dermatovenerologijos ir mikrobiologijos klinikos vedėju. 2012–2017 metais – Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Infekcinių ir krūtinės ligų, dermatovenerologijos ir alergologijos klinikos vedėju, nuo 2017 metų lapkričio 1 dienos iki 2020 metų rugpjūčio 31 dienos – Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinikos profesoriumi. Nuo 2021 metų – Vilniaus universiteto afilijuotasis profesorius.

Pagrindinė mokslinių darbų tematika – virusinių hepatitų ir ŽIV infekcijos epidemiologija, diagnostika, klinika, gydymas, gripo profilaktika ir gydymas, naujų antivirusinių preparatų ir vakcinų klinikiniai tyrimai.

A. Ambrozaitis buvo 43 mokslinių projektų vadovas. Jam vadovaujant apgintos 9 daktaro disertacijos (pradedant nuo 1993 metų). Yra paskelbęs 235 mokslinius straipsnius ir kitas publikacijas Lietuvos ir užsienio spaudoje.

Prof. A. Ambrozaitis su bendradarbiais 1992 metais Respublikiniame kraujo centre *Kraujas* išaiškino hepatito C viruso infekcijos protrūkį tarp kraujo plazmos donorų. 1993 metais, vadovaujant prof. A. Ambrozaičiui, buvo įdiegta hepatito C infekcijos laboratorinė diagnostika ir pirmą kartą Lietuvoje nustatyta ūminių virusinių hepatitų etiologijos struktūra, išaiškinta ūminio hepatito C lyginamoji dalis tarp suaugusiųjų. 1993 metais, bendradarbiaudamas su Jungtinių Amerikos Valstijų Viskonsino universiteto mokslininkais ir gydytojais, atliko pirmąjį Lietuvoje naujos gripo vakcinos klinikinį tyrimą. Jo iniciatyva 1992–1993 metais Vilniaus universitetinėje infekcinėje ligoninėje į klinikinę praktiką įdiegtas lėtinio hepatito C ir lėtinio hepatito B gydymas Lietuvoje pagamintais alfa 2 rekombinantinio interferono preparatais (*Reaferon* ir *Realdiron*).

Apdovanotas Vilniaus medicinos draugijos diplomu už geriausią mokslo darbą, praktiškai panaudojant virusinio C hepatito diagnostikos metodą (1992 metai). Laimėjo Jungtinių Amerikos



LID valdybos nariai 2011 metais. Palanga, viešbučio *Vanagupė* konferencijų centras



Trumpas atokvėpis po intensyvios darbo dienos (LID suvažiavimas ir LID valdybos posėdis 2017 metų balandžio 15 dieną Trakuose)



Baltijos šalių konferencija *Vakcinacijos diena*. Ryga, 1994 metai (prof. Ludmila Viksna, prof. A. Ambrozaitis, prof. Anatolij Bliuger, prof. Baiba Rozentale, prof. A. Laiškonis)

Valstijų valstybinę Fulbraito stipendiją mokslinei stažuotei Jungtinių Amerikos Valstijų universitete (1997 metai). Įteiktas Vilniaus universiteto rektoriaus padėkos raštas už aktyvią mokslinę veiklą (2007 metai). Savaitraščio *Lietuvos sveikata* organizuoto konkurso *Metų vadovas 2010* nominacijos *Metų mokslo autoritetas 2010* nugalėtojas.

Suteiktas Lietuvos nusipelniusio gydytojo vardas (2009 metai). Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto 235 įkūrimo metinių proga įteiktas apdovanojimo raštas už dosnų pasidalijimą profesinėmis žiniomis ir kūrybingą pedagoginę veiklą, neeilinius mokslinius pasiekimus ir lojalumą *Alma Mater* (2016 metai). Suteiktas Vilniaus universiteto afilijuotojo profesoriaus vardas už išskirtinį indėlį į Vilniaus universiteto mokslo ir studijų plėtrą (2021 metai).



2010 metais LID garbės nariu tapo prof. Stefanas Gravensteinas (Jungtinės Amerikos Valstijos)



2011 metais LID garbės nariu tapo doc. E. Broslavskis

Garbės nariai

LID įstatų 4 skirsnio 4.6. punkte nurodyta, kad LID garbės nariu gali būti ypatingai nusipelnęs fizinis ar juridinis asmuo, kuriam garbės nario vardą suteikia LID valdyba.

Iki 2022 metų birželio 3 dienos iš viso buvo 9 garbės nariai. 2022 metais birželio 3 dieną vykusioje konferencijoje *Infektologija 2022* LID garbės nario regalijos įteiktos prof. A. Ambrozaičiui, doc. Aldonai Rainytei ir gyd. Vidai Joneliūnienei. Šiuo metu turime 12 garbės narių:

- prof. A. Ambrozaitis (2022 metai);
- doc. A. Rainytė (2022 metai);
- gyd. V. Joneliūnienė (2022 metai);
- prof. A. Laiškonis (2012 metai);
- doc. J. Ūsaitis (2012 metai);
- doc. V. Bareišienė (2019 metai);
- doc. E. Broslavskis (2011 metai);
- prof. S. Gravensteinas (Jungtinės Amerikos Valstijos) (2010 metai);
- prof. M. A. Andreičin (Ukraina) (2007 metai);
- prof. P. Čibiras (a. a. 1913–2003 metai);
- prof. J. Dievaitienė (a.a. 1927– 2017 metai);
- prof. Y. Mounton (Prancūzija) (a. a. 1940– 2021 metai).

Dabartinė LID valdyba išrinkta 2021 12 20:

- dr. Danguolė Važnaisienė – LID pirmininkė (Kaunas);
- gyd. Zinaida Kovaliova – LID pirmininko pavaduotoja ir LID Šiaulių skyriaus pirmininkė;
- prof. Ligita Jančorienė – iždininkė (Vilnius);
- prof. Raimonda Matulionytė – narė (Vilnius);
- doc. Birutė Zablockienė – narė (Vilnius)
- doc. Daiva Vėlyvytė – LID revizorė (Kaunas);
- prof. Auksė Mickienė – LID Kauno skyriaus pirmininkė;
- gyd. Alina Voinič – LID Vilniaus skyriaus pirmininkė;
- gyd. Rūta Pundinienė – LID Klaipėdos skyriaus pirmininkė;
- gyd. Nijolė Chmieliauskienė – LID Panevėžio skyriaus pirmininkė.

LID ATEITIES VIZIJA

Visapusiškai kompetentingi specialistai Europos ir pasaulio mastu dirbant tiek savarankiškai, tiek komandoje.

LIETUVOS INFEKTOLOGŲ DRAUGIJA LID

LID Lietuvos infektologų draugija

LID Lithuanian Society for Infectious Diseases

Ačiū visiems už kartu praleistus nepamirštamus 23 metus!

Sezoninio gripo sergamumo, hospitalizacijos ir specifinės profilaktikos dinamika Lietuvoje 2019–2022 metais

Parengta pagal Gyd. Daivos Razmuvienės pranešimą, skaitytą 2022 10 12 d. nuotolinėje konferencijoje „Gripo epidemiologinės situacijos apžvalga SARS-CoV-2 pandemijos laikotarpiu“.



Parengė
gyd. rez. Tomas Masilionis
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Infekcinių ligų klinika
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė

Įvadas

Lietuvoje užkrečiamosios ligos sudaro 10–20 proc. visų užregistruotų ligų šalyje. Iš jų didžiąją dalį (96,85 proc.) sudaro per orą plintančios infekcijos, kurios dažniausiai (98,25 proc.) yra ūminės viršutinių kvėpavimo takų infekcijos ir gripas. Šiame straipsnyje apžvelgiama sezoninio gripo sergamumo ir vakcinacijos nuo jo dinamika Lietuvoje pastarųjų sezonų metu, svarstoma COVID-19 pandemijos įtaka ir kitos galimos priežastys, primenamos vakcinacijos rekomendacijos naujuoju sezonu.

Sergamumo gripu dinamika Lietuvoje pastaraisiais sezonais

2021–2022 metų sezonas pagal sergamumą gripu buvo panašus į iki pandemijos buvusius sezonus, kai Lietuvoje buvo registruota net 20 kartų daugiau gripo atvejų ir 2,4 karto daugiau ūminės viršutinių kvėpavimo takų infekcijos atvejų, palyginti su 2020–2021 metų sezonu [1]. Toks skirtumas aiškinamas tuo, kad 2020–2021 metų gripo sezonu labai buvo apribotas socialinis gyvenimas, žmonės mažiau bendravo, mokėsi ir dirbo nuotoliniu būdu, laikėsi prevencijos priemonių, todėl mažas sergamumas gripu buvo registruojamas ne tik Lietuvoje, bet ir visoje Europoje.

2021–2022 metų sezonu didžiąją dalį (70 proc.) Lietuvoje gripu sirgusių asmenų sudarė vaikai (0–17 metų). Ankstesniais sezonais ši dalis visose amžiaus grupėse buvo panaši. Verta paminėti, kad praėjusį sezoną Reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose (RITS) nuo gripo infekcijos gydyti tik vaikai, o 2019–2020 metų sezoną RITS gydytų vaikų dalis vos viršijo 1/3 visų nuo gripo RITS gydytų asmenų [1].

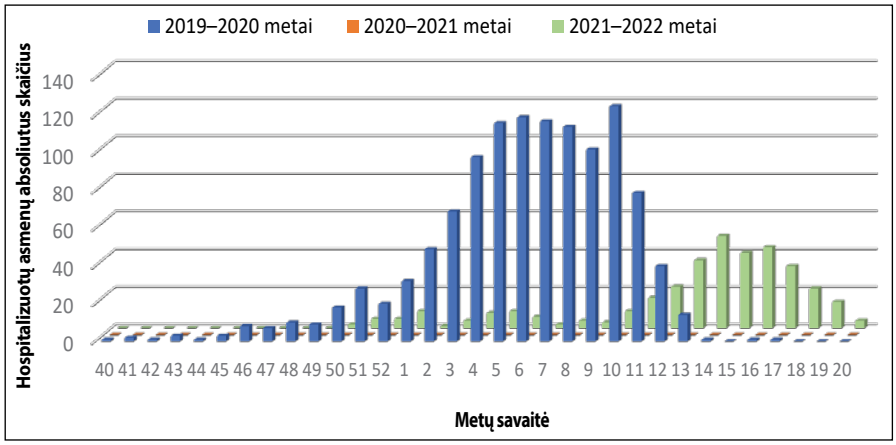
2019–2020 metų sezonu daugiausiai hospitalizacijų dėl gripo stebėta kovo mėnesį, o 2021–2022 metais – balandį (*1 pav.*).

Iš viso nuo 2009 metų Lietuvoje registruotos 128 mirtys nuo gripo, kurios dažniausiai stebėtos darbingo amžiaus (nuo 30 metų) pacientų grupėse.

Išlieka ūminės viršutinių kvėpavimo takų infekcijos pasirinktinės diagnostikos problema, nes 2021–2022 metų sezonu Lietuvoje ją atliko 3,4 proc. šeimos, vidaus ligų bei vaikų ligų gydytojų, kai reprezentatyvus skaičius būtų bent 5 proc.

2017–2018 metų sezonu Lietuvoje dominavo B tipo gripo virusas (86 proc., o B Jamagatos linija – net 81,7 proc.), o kitais sezonais – A tipo; praėjusį sezoną B tipo gripo viruso linija mūsų šalyje iš viso nebuvo išskirta (*2 pav.*).

1 pav. **Dėl gripo hospitalizuotų asmenų skaičius 2019–2022 metais**



Šaltinis NVSC. Gripo analizė 2021–2022 metais.



Pasirūpinkite savimi ir savo artimaisiais

Visiems nuo 6 mėn.[1]
Galima skiepyti tą pačią dieną su COVID-19 vakcinomis į skirtingas kūno vietas[2]

VaxigripTetra®

Keturvalentė vakcina nuo gripo (iš virionų fragmentų, inaktyvuota)

VaxigripTetra injekcinė suspensija užpildytame švirkšte - keturvalentė vakcina nuo gripo (iš virionų fragmentų, inaktyvuota). **Sudėtis.** Veiklioji medžiaga yra inaktyvuoti, suskaldyti gripo padermių, kultivuotų sveikų vištų pulkų apvaisintuose kiaušiniuose, virusai. Vienoje 0,5 ml dozėje yra po 15 mikrogramų keturių inaktyvuotų gripo virusų padermių hemagliutinino. Vakcina atitinka PSO rekomendacijas (Šiaurės pusrutuliui) ir ES nutarimą 2022/2023 metų gripo sezonui. **Terapinės indikacijos.** Profilaktikai nuo gripo, kurį sukelia du gripo A viruso potipiai ir du gripo B viruso tipai, esantys vakcinos sudėtyje: aktyviai suaugusiųjų, įskaitant nėščias moteris, ir 6 mėnesių bei vyresnių vaikų imunizacijai; pasyviai kūdikio (-ių) (laikotarpiu nuo gimimo iki mažiau kaip 6 mėnesių amžiaus) apsaugai, jei buvo paskiepyta nėščia moteris. **Dozavimas ir vartojimo metodas.** Dozavimas. Rekomenduojama gripo vakcina pakartotinai skiepytis kasmet, atsižvelgiant į vakcinos užtikrinamą imuniteto trukmę ir dėl to, kad plintančios gripo viruso padermės kiekvienais metais gali keistis. Suaugusiesiems: viena 0,5 ml dozė. **Vaikų populiacija.** Vaikams nuo 6 mėnesių iki 17 metų: viena 0,5 ml dozė. Anksčiau neskiepytiems jaunesniems kaip 9 metų vaikams antroji 0,5 ml dozė turi būti skiriama praėjus bent 4 savaičių laikotarpiui. Jaunesniems kaip 6 mėnesių kūdikiams vakcinos saugumas ir veiksmingumas neištirti. Pasyvi apsauga: nėščiai moteriai sušvirkšta viena 0,5 ml dozė gali apsaugoti kūdikius laikotarpiu nuo gimimo iki mažiau kaip 6 mėnesių amžiaus. Vartojimo metodas. Vakcina turi būti leidžiama į raumenis arba po oda. Injekcijos į raumenis vieta, kuriai teikiama pirmenybė, 6–35 mėnesių vaikams yra priekinė šoninė šlaunies dalis (arba deltinis raumuo, jei šio raumens dydis yra pakankamas), o 36 mėnesių ir vyresniems vaikams bei suaugusiesiems – deltinis raumuo. **Kontraindikacijos.** Padidėjęs jautrumas veikliajai arba bet kuriai sudėtyje esančiai pagalbinei medžiagai ar sudėtyje esančioms medžiagoms, kurių gali likti kaip pėdsakai, pvz., kiaušiniams (ovalbuminui, vištienos baltymams), neomicinui, formaldehidui ir oktoksinoliui 9. Vakcinaciją reikia atidėti vidutinės ar sunkios ligos su karščiavimu ar ūminės ligos atveju. **Specialūs įspėjimai ir atsargumo priemonės.** Kaip ir su visomis kitomis injekcinėmis vakcinomis, prieš vartojant turi būti paruoštas tinkamas anafilaksinės reakcijos gydymo ir priežiūros rinkinys. VaxigripTetra draudžiama švirkšti į kraujagyslę. Šią vakciną reikia atsargiai leisti asmenims, kuriems yra trombocitopenija ar kraujavimo sutrikimų, nes tokiems asmenims suleidus vakcinos į raumenis gali prasidėti kraujavimas. Kaip psichogeninė reakcija į injekciją adata po skiepijimo ar net prieš jį galimas apalpimas. Turi būti parengtos procedūros, apsaugančios nuo susižalojimų apalpus ir apalpimo reakcijai suvaldyti. VaxigripTetra skirta apsaugoti nuo tų gripo viruso padermių, iš kurių ta vakcina paruošta. Vakcinacija VaxigripTetra gali neapsaugoti visų vakcinuotų asmenų. Vertinant pasyvią apsaugą, ne visi jaunesni kaip 6 mėnesių kūdikiai, gimę nėštumo laikotarpiu paskiepytoms moterims, bus apsaugoti. Asmenims, kuriems yra endogeninė ar jatrogeninė imunosupresija, antikūnų atsakas gali būti nepakankamas. **Sąveika su kitais vaistiniais preparatais ir kitokia sąveika.** Sąveikos tyrimų neatlikta. VaxigripTetra galima skirti tuo pačiu metu su kitomis vakcinomis, atsižvelgiant į klinikinę patirtį su Vaxigrip. Jei skiriama tuo pačiu metu, turi būti naudojamos skirtingos injekcijos vietos ir atskiri švirkštai. Pacientų, gydomų imunosupresantais, imuninis atsakas gali būti silpnesnis. Paskiepytiems gripo vakcina žmonėms stebėti klaidingai teigiami ŽIV1, hepatito C ir ypač HTLV1 antikūnų serologinių testų, atliktų ELISA būdu, rezultatai. Western Blot būdas paneigia šiuos klaidingai teigiamus ELISA tyrimo rezultatus. Laikinai klaidingai teigiama reakcija gali būti dėl IgM, kurio atsiranda po vakcinacijos.

Vaisingumas, nėštumo ir žindymo laikotarpis. Nėštumas. VaxigripTetra galima vartoti bet kuriuo nėštumo laikotarpiu. Nors, skiriant vakciną antrojo ir trečiojo trimestro metu, yra surinkta daugiau saugumo duomenų, nei skiriant pirmojo trimestro metu. Pasauliniai duomenys apie nėščiųjų skiepijimą inaktyvuota vakcina nerodo nepageidaujamo poveikio vaisiui ir motinai. Žindymas. VaxigripTetra galima vartoti žindymo metu. Vaisingumas. Duomenų nėra. **Nepageidaujamas poveikis.** Toliau pateikiami apibendrinti nepageidaujamų reakcijų, kurios buvo registruotos po vakcinacijos VaxigripTetra klinikiniuose tyrimuose ir nustatytos stebėjimo po pateikimo į rinką metu visame pasaulyje, dažniai. Nepageidaujamo poveikio dažnis apibūdinamas taip: labai dažni (≥1/10); dažni (nuo ≥1/100 iki <1/10); nedažni (nuo ≥1/1000 iki <1/100); reti (nuo ≥1/10000 iki <1/1000); labai reti (<1/10000). **Suaugusieji ir senyvi žmonės.** Labai dažnos nepageidaujamos reakcijos: galvos skausmas, mialgija, negalavimas, skausmas injekcijos vietoje. Dažnos: drebulys, karščiavimas, eritema injekcijos vietoje, patinimas injekcijos vietoje, sukietėjimas injekcijos vietoje. Nedažnos: limfadenopatija, svaigulys, karščio pylimas (dėl kraujo samplūdžio į veidą ir kaklą), viduriavimas, pykinimas, nuovargis, ekchimozė injekcijos vietoje, niežėjimas injekcijos vietoje, karštis injekcijos vietoje. Retos: padidėjęs jautrumas, alerginės reakcijos, pvz., angioedema, alerginis dermatitas, generalizuotas niežėjimas, dilgėlinė, niežėjimas, eritema, parestezija, mieguistumas, dusulys, hiperhidrozė, artralgija, astenija, į gripą panaši liga, diskomfortas injekcijos vietoje. **Vaikų populiacija.** Toliau pateikti VaxigripTetra saugumo duomenys gauti 429 vaikams nuo 9 iki 17 metų vartojus vieną VaxigripTetra dozę, o 884 vaikams nuo 3 iki 8 metų amžiaus – vieną arba dvi VaxigripTetra dozes, atsižvelgiant į ankstesnį jų skiepijimą nuo gripo bei pagrįsti duomenimis, gautais stebėjimo po pateikimo į rinką metu visame pasaulyje. Labai dažnos nepageidaujamos reakcijos: galvos skausmas, mialgija, negalavimas, drebulys, skausmas injekcijos vietoje, patinimas injekcijos vietoje, eritema injekcijos vietoje, sukietėjimas injekcijos vietoje. Dažnos: karščiavimas, ekchimozė injekcijos vietoje. Nedažnos: trombocitopenija, dejavimas, neramumas, svaigulys, viduriavimas, vėmimas, viršutinės pilvo dalies skausmas, artralgija, nuovargis, karštis injekcijos vietoje, niežėjimas injekcijos vietoje. Toliau pateikti saugumo duomenys gauti 1614 vaikų nuo 6 iki 35 mėnesių amžiaus vartojus dvi VaxigripTetra dozes bei pagrįsti duomenimis, gautais stebėjimo po pateikimo į rinką metu visame pasaulyje. Labai dažnos nepageidaujamos reakcijos: galvos skausmas, vėmimas, mialgija, dirglumas, apetito netekimas, nenormalus verkimas, negalavimas, karščiavimas, apsnūdimas, skausmas ar jautrumas injekcijos vietoje, eritema injekcijos vietoje. Dažnos: drebulys, sukietėjimas injekcijos vietoje, patinimas injekcijos vietoje, ekchimozė injekcijos vietoje. Nedažnos: padidėjęs jautrumas, viduriavimas. Retos: alerginės reakcijos, pvz., generalizuotas niežėjimas, papulinis išbėrimas, į gripą panaši liga, išbėrimas injekcijos vietoje, niežėjimas injekcijos vietoje. **Kiti galimi nepagedaujami poveikiai.** Kraujo ir limfinės sistemos sutrikimai. Laikina trombocitopenija, limfadenopatija. Nervų sistemos sutrikimai. Parestezija, Gijeno-Bare *(Guillain-Bare)* sindromas (GBS), neuritas, neuralgija, konvulsijos, encefalomielitas. Kraujagyslių sutrikimai. Vaskulitas, pvz., *Henoch-Schonlein* purpura, su inkstų sutrikimu tam tikrais atvejais. **Vaistinio preparato kiekis pakuotėje.** 0,5 ml suspensijos užpildytame švirkšte (I tipo stiklo) su adata ir elastomero stūmokliniu kamščiu (chlorbutilo arba brombutilo). Pakuotės dydžiai: 1, 10 arba 20. **Receptinis vaistas. Registruotojas.** SANOFI PASTEUR, Prancūzija. Vietinis registruotojo atstovas: UAB „Swixx Biopharma" Bokšto g. 1-3, LT-01126 Vilnius, Lietuva, tel.: +370 5 236 9140. 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. Teksto parengimo data – 2022 m. rugsėjo mėn.

PM-LT-2022-9-3981

[1] Vaxigrip Tetra preparato charakteristikų santrauka (https://vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/medications/view/25949)

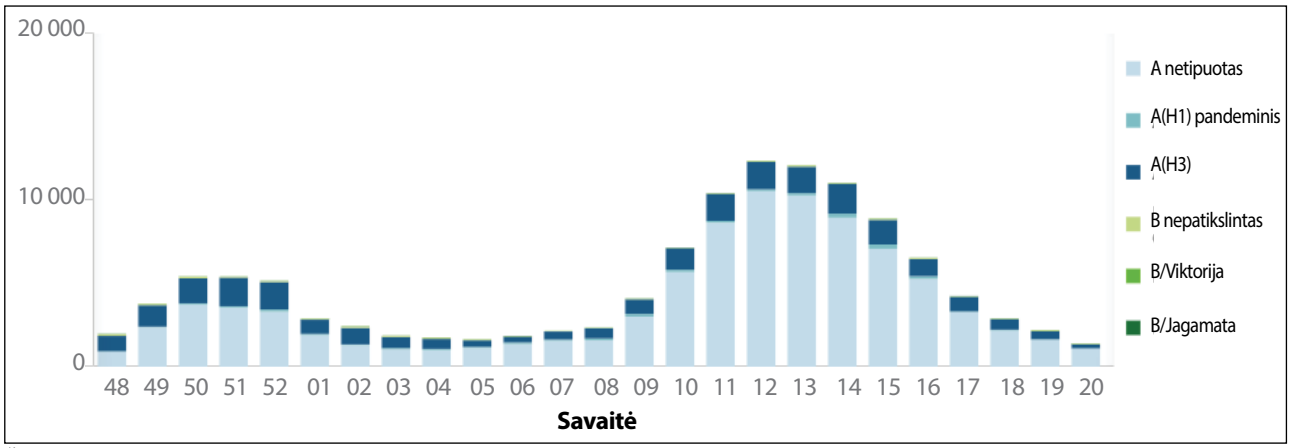
[2] Dėl COVID-19 vakcinų derinimo su kitomis vakcinomis – Lietuvos infektologų draugijos rekomendacijos (https://www.lid.lt/del-covid-19-vakcinu-derinimo-su-kitomis-vakcinomis/)

Swixx BioPharma
Modern Medicines for All

sanofi

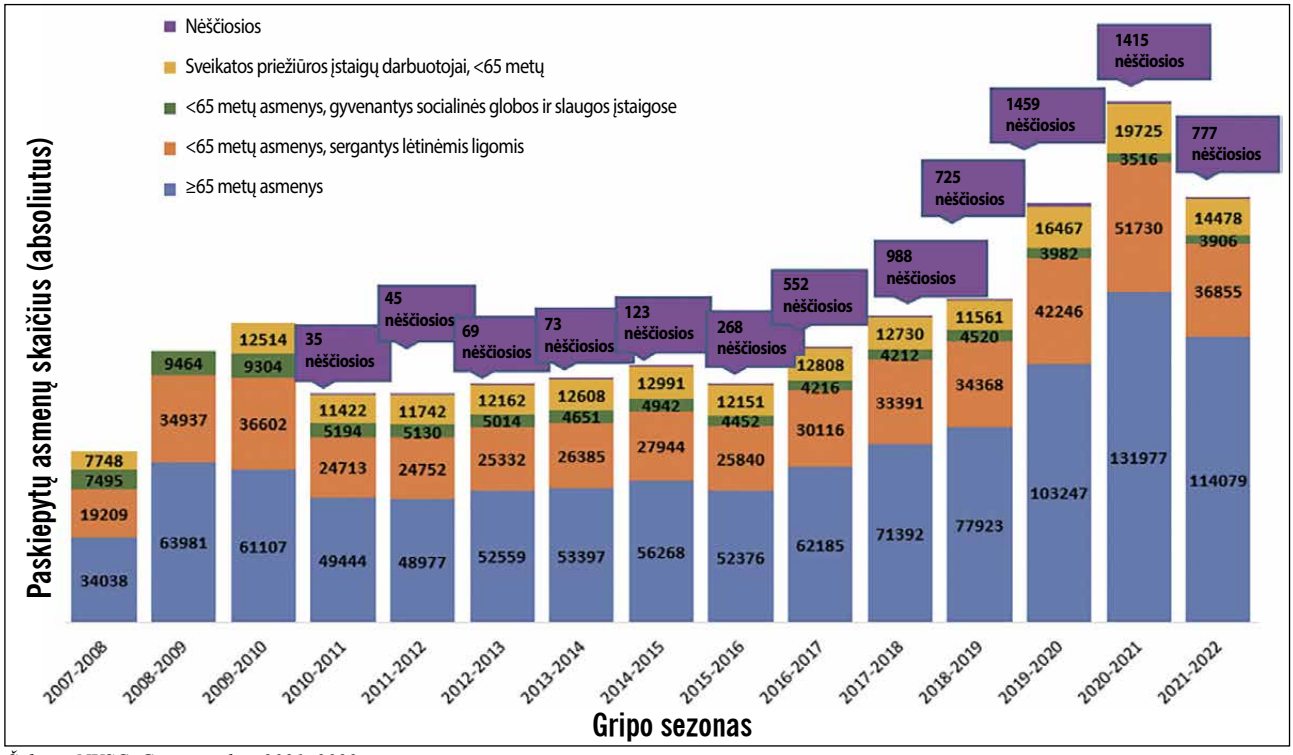
UAB "Swixx Biopharma", LT-01126, Bokšto g. 1-3, Vilnius, tel. +370 5 236 9140

2 pav. **Europos savaitiniai duomenys apie 2021–2022 metų sezonu nustatytus gripo viruso tipus**



Šaltinis https://flunewseurope.org/VirusCharacteristics.

3 pav. **Valstybės lėšomis paskiepytų asmenų, priklausančių rizikos grupei, skaičius Lietuvoje. 2007–2022 metų duomenys**



Šaltinis NVSC. Gripo analizė 2021–2022 metais.

Pirminė specifinė sezoninio gripo profilaktika: mastas ir aktualijos pastaraisiais sezonais

Gripo virusai yra nenuspėjami, todėl nauja pandemija yra neišvengiama. Pastaruosius 3 sezonus stebėtas palyginti nedidelis sergamumas gripu, todėl sunku prognozuoti jo virulentiškumą ateinantį sezoną, prasidėjusį 2022 metų spalio mėnesį. Pasaulyje B tipo gripo virusas sudaro 20–30 proc. cirkuliuojančių gripo virusų ir abi B gripo viruso padermės to paties gripo sezono metu cirkuliuoja kartu tame pačiame regione. Pastebėta tendencija, kad B tipo gripo virusai registruojami vėliau nei A tipo, o prognozuoti, kuri B tipo gripo viruso padermė cirkuliuos ateinantį sezoną, neįmanoma, todėl vakcinoje yra abi B tipo gripo viruso linijos (Jamagatos ir Viktorijos). Pasaulio sveikatos organizacija 2022 metų sezonu rekomenduoja naudoti keturvalentę vakciną nuo gripo, susidedančią iš dviejų A tipo gripo viruso struktūrų (H1N1 ir H3N2) bei dviejų B tipų (Viktorijos ir Jamagatos linijos) [2, 3].

Sergamumas gripu kelia didelę naštą visuomenei – mažėja žmonių darbingumas (serga darbingo amžiaus asmenys), o lėtinėmis ligomis sergantiems ir imunosupresyviems asmenims kyla didelė rizika sirgti sunkios formos gripo infekcija, patirti tokias komplikacijas kaip ūminį respiracinio distreso sindromą, antrines bakterines infekcijas (ypač rizikos grupėms didelė tikimybė, kad gripas komplikuosis pneumokokine infekcija).

Rizikos grupėms priklausantys asmenys valstybės lėšomis Lietuvoje pradėti skiepyti nuo 2008–2009 metų gripo sezono (nėščiosios į rizikos grupių sąrašą įtrauktos ir pradėtos skiepyti 2011–2012 metų sezoną). Išlieka ryški vakcinacijos nuo gripo problema Lietuvoje, nes jos

mastas vis dar mažas (kiekvieną sezoną sezonine vakcina nuo gripo pasiskiepija apie 10 proc. visų Lietuvos gyventojų), o praėjusį sezoną vakcina nuo gripo pasiskiepijo 18 proc. mažiau rizikos grupės asmenų, palyginti su 2020–2021 metų sezonu (*3 pav.*). Didžiausia vakcinuotų asmenų dalis išlieka 65 metų ir vyresni asmenys (67 proc. 2021–2022 metais). Vis dėlto net 10 proc. nesiekia sveikatos priežiūros darbuotojų skiepijimasis (8,5 proc.), tik 2,3 proc. vakcinuota asmenų iki 65 metų, gyvenančių socialinės globos ir slaugos įstaigose, bei 0,5 proc. nėščiųjų. Mažesnį įskiepytų dozių skaičių galima sieti su asmenų požiūrio pokyčiu, kurį lėmė labai mažas sergamumas gripu 2020–2021 metų sezonu, kai nebuvo hospitalizuotų asmenų, sergančių gripu, neregistruota mirties nuo jo atvejų.

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, skiepijant sezonine vakcina nuo gripo, 34–44 proc. sumažėja vizitų pas gydytojus skaičius, 32–45 proc. sumažėja prarastų darbingų darbo dienų ir 25 proc. mažiau suvartojama antibiotikų, skirtų bakterinėms gripo komplikacijoms gydyti. Skiepijant vyresnio amžiaus žmones, 50–60 proc. sumažėja hospitalizacijos atvejų ir 80 proc. – mirtingumas nuo gripo. Didėjant atsparumui antibiotikams, vakcinacija pripažįstama kaip veiksminga priemonė ne tik kovojant su užkrečiamosiomis ligomis, jų komplikacijomis ir mirtimis, bet ir mažinant antibiotikų vartojimą.

Vyresnio amžiaus žmones rekomenduojama skiepyti kuo vėliau, nes jų imuninė reakcija į vakciną yra silpnesnė, tai yra spalio–lapkričio mėnesiais, kad stipriausias susiformavęs imuninis atsakas sutaptų su gripo paplitimo piku. Pasiskiepijus imunitetas susidaro po 2 savaičių, piką pasiekia po 1 mėnesio. Po 6 mėnesių antikūnų koncentracija sumažėja apie 50 proc. Pasiskiepijęs jaunas ir sveikas žmogus imunitetą gripui išsaugo 6–12 mėnesių, tačiau dėl nuolatinio gripo viruso kintamumo būtina skiepytis kiekvienais metais.

Pasaulyje vis dar cirkuliuoja COVID-19, todėl gripo sezonas gali būti gerokai sudėtingesnis ir tapti didžiule našta sveikatos sektoriui. Skiepijant nuo sezoninio gripo, galima kartu įskiepyti ir vakciną nuo COVID-19, o priklausantiems rizikos grupei asmenims – ir vakciną nuo pneumokokinės infekcijos, injekuojant jas į skirtingas vietas.

Apibendrinimas

Pasaulyje dar cirkuliuoja COVID-19, tačiau, vertinant pastarųjų gripo sezonų sergamumo dinamiką, stebima, kad 2021–2022 metų sezonas pagal sergamumą gripu buvo panašus į iki pandemijos buvusius sezonus. Analizuojant vakcinacijos nuo gripo dinamiką, stebimas jos mažėjimas. Tai siejama su asmenų požiūrio pokyčiu, kurį lėmė labai mažas sergamumas gripu 2020–2021 metų sezonu. Gripo sezonas gali būti gerokai sudėtingesnis ir tapti didžiule našta sveikatos sektoriui. 2022 metų sezonui rekomenduojama naudoti keturvalentę vakciną nuo gripo, susidedančią iš dviejų A tipo gripo (H1N1 ir H3N2) bei dviejų B tipo viruso struktūrų (Viktorijos ir Jamagatos linijos), kuri gali būti skiepijama kartu su vakcina nuo COVID-19, o rizikos grupės asmenims – ir vakcina nuo pneumokokinės infekcijos, injekuojant jas į skirtingas vietas.

LITERATŪRA

1. Nacionalinis visuomenės sveikatos centras. Epidemiologinė 2021–2022 metų gripo sezono analizė. Prieiga internetu [2022 09 28]: https://nvsc.lrv.lt/uploads/nvsc/documents/files/Gripo%20analiz%C4%97%202021-2022%20sezonas(1)(1).pdf.
2. Global Influenza Surveilance and Response System. Prieiga internetu [2022 09 28]: https://gisaid.org.
3. WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2022-2023 northern hemisphere influenza season. Prieiga internetu [2022 09 28]: https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2022-2023-northern-hemisphere-influenza-season.



Laktoferino nauda valdant infekcines ligas

Laktoferinas pasaulyje žinomas nuo 1939 metų, o Lietuvoje jis yra naujas preparatas. Su Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų šeimos gydytoju medicinos mokslų daktaru Kaziu Simanausku aptarsime laktoferino naudą sergant COVID-19, antiuždegiminį ir imunomoduliacinį aktyvumą esant lėtiniam uždegimui bei laktoferino vaidmenį geležies homeostazei.



Įsibėgėjant šaltajam sezonui, gydytojams dažnai reikia atskirti peršalimo, gripo ir SARS-CoV-2 simptomus. Tad kokie pagrindiniai skirtumai?

Tiek peršalimo, tiek gripo ar SARS-CoV-2 infekcija sukelia panašius simptomus. Kalbant apie ligos pradžią, sergant gripu pasireiškia labai staigi pradžia su karščiavimu. Tuo tarpu peršalimas prasideda palaipsniui ir dažniausiai be karščiavimo. SARS-CoV-2 sukeltos infekcijos pradžia gali atrodyti kaip peršalimas, tačiau pirmuoju atveju vyrauja staigus uoslės ir skonio praradimas, nors slogos dar nėra ir nosis nėra užgulusi.

Sergant gripu ar SARS-CoV-2 sukelta infekcija, būdingas raumenų ir viso kūno skausmingumas, silpnumas ir nuovargis, pacientai jaučia šaltkrėtį, nes dažnai pasireiškia karščiavimas. Šiems pacientams pasireiškia sunkus (sausas) kosulys, gali būti dusulys, pacientai įvardija, kad užgulė krūtinę. Galvos skausmas taip pat dažnas gripo ir COVID-19 palydovas. Tuo tarpu peršalus pasireiškia lengvas ar vidutinio sunkumo kosulys, o raumenų skausmas, šaltkrėtis ir galvos skausmas nebūdingi ar pasireiškia retais atvejais. Gerklės skausmas, kaip simptomas, dažnai būna ryškus peršalus ir susirgus SARS-CoV-2 infekcija, kaip ir sloga, užgulusi nosis, nes gripo atveju šie simptomai įvardijami retai.

Gastrointestiniai simptomai (pykinimas, vėmimas, viduriavimas) susirgus SARS-CoV-2 sukelta infekcija pasireiškia kartais, peršalus nėra būdingi, o susirgus gripu jie būdingesni vaikams.

Kokie yra kvėpavimo takų virusų plitimui įtakos turintys veiksniai?

- Sezoniškumas. Šaltuoju metu, esant žemai aplinkos temperatūrai ir vyraujant dideliam drėgnumui ore, susidaro puikios sąlygos virusams plisti.
- Aplinkos veiksniai. Gera patalpų ventiliacija, paviršių dezinfekavimas gali sumažinti virusų koncentraciją.
- Žmogaus imunitetas. Riziką užsikrėsti gali padidinti imunosupresinės būklės, amžius, tam tikros lėtinės ligos, cirkadinio ritmo sutrikdymas.
- Socialinis elgesys. Virusų plitimą skatina dideli susibūrimai, kolektyvai, žmonių migracija. Distancijos laikymasis, kontaktų apribojimas virusų plitimą mažina.
- Higiena. Rankų plovimas, kaukių dėvėjimas sumažina virusų plitimą.

Kaip dažnai pasireiškia pokovidiniai sutrikimai persirgus COVID-19?

Daugeliui COVID-19 sirgusių pacientų pasireiškia bent vienas pokovidinis sutrikimas. Dažniausiai pacientai įvardija nuovargį ir galvos skausmą.

Prieš ateidami pas gydytoją, pacientai veikiausiai jau bando COVID-19 gydytis patys. Kokiais būdais?

Lengva ligos forma sergantys pacientai gydomi ambulatoriškai. Jiems pakanka simptominio gydymo – hidratacijos ir pakankamos mitybos užtikrinimo, antipiretikų, kosulį lengvinančių medikamentų. Sunkia ligos forma sergantiems asmenims, atsiradus plaučių pažaidai su kvėpavimo nepakankamumu ar kitai COVID-19 komplikacijai, reikalinga hospitalizacija.

Kaip veikia laktoferinas susirgus virusine ar bakterine infekcija?

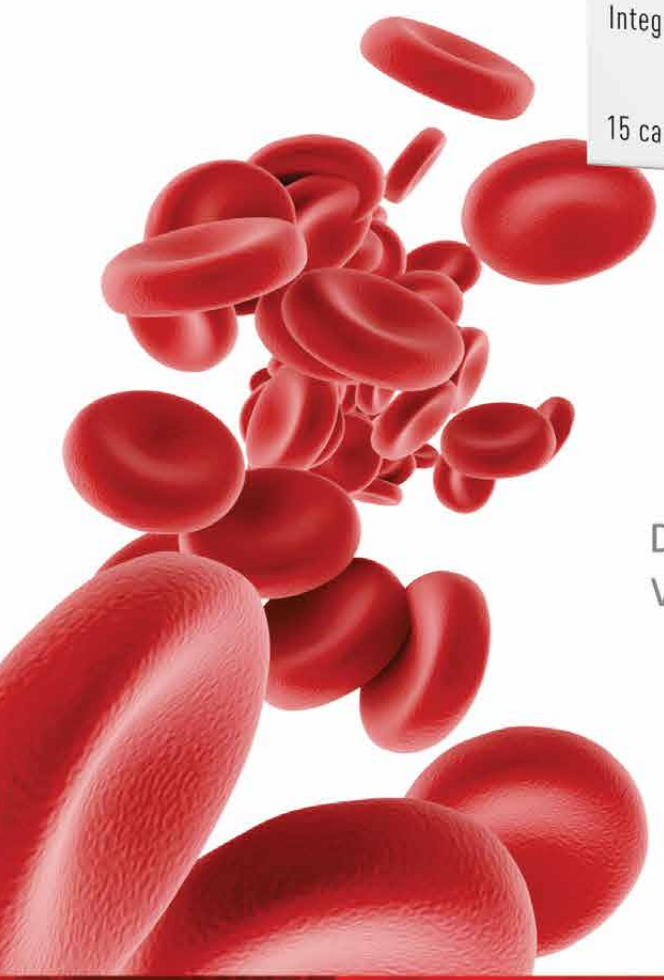
Moksliniai tyrimai rodo, kad laktoferinas gali būti naudingas virusinių / bakterinių infekcijų atvejais. Laktoferinas pasižymi antiuždegiminiu ir imunomoduliaciniu aktyvumu bei sugeba prisijungti prie ląstelių paviršiuose esančių anijoninių molekulių (pavyzdžiui, proteoglikanų).



Laktoferinas

200 mg
per dieną





Jau ir Lietuvos vaistinėse!

Dozavimas: 1 kapsulė per dieną, geriausia tarp valgymų.
Vartojimas: suaugusiems, nėščioms moterims, vaikams nuo 3 metų.

Maisto papildas neturi būti vartojamas kaip maisto pakaitalas.
Svarbu įvairi ir subalansuota mityba bei sveikas gyvenimo būdas.

Gamintojas: Sofar SpA , Italija
Atstovas: Genba Pharma, Lietuva
www.genbapharma.lt

GENBA PHARMA

Kokį vaidmenį laktoferinas atlieka SARS-Co-V infekcijai?

Heparano sulfato proteoglikanai (HSPG), makromolekulės, plačiai pasiskirsčiusios ląstelių paviršiuje, tarnauja kaip pradinė SARS-Co-V atakos vieta, padeda užmegzti pradinį viruso kontaktą su ląstelėmis ir sudaro sąlygas vėlesnei viruso dalelių koncentracijai ant ląstelių paviršiaus.

Tada viruso dalelės yra pernešamos iš mažo afiniteto molekulių (HSPG) prie didelio afiniteto specifinių AKF2 receptorių ir virusas patenka į ląsteles. 2020 metais atliktas tyrimas parodė apsauginį laktoferino vaidmenį atsižvelgiant į SARS-CoV infekciją. Kadangi laktoferinas gali prisijungti prie HSPG, jis slopina pradinį viruso ir ląstelių kontaktą, todėl virusas nepatenka į ląsteles. Apie laktoferino naudą ir prevenciją sergant COVID-19 2021 metais pranešė ir Pasaulio sveikatos organizacija, žurnalas *Europos farmakologija*.

Kuo pasižymi laktoferino antiuždegiminis ir imunomoduliacinis veikimas?

Laktoferino antiuždegiminis aktyvumas priklauso nuo jo gebėjimo per endocitozę patekti į ląstelių vidų ir pereiti branduolį, taip reguliuojant uždegimą skatinančių genų raišką. Jis gali sumažinti uždegimą skatinančių citokinų, pavyzdžiui, interleukino 6 (IL-6), ekspresiją ir padidinti imuninį atsaką. IL-6 turi svarbų vaidmenį imuninei sistemai kovojant su SARS-CoV-2.

Kokiomis ligomis sergantiems pacientams būdingas lėtinis uždegimas?

Lėtinis uždegimas būdingas pacientams, sergantiems onkologine liga, reumatoidiniu artritu, 2 tipo cukriniu diabetu, paveldimąja trombofilija, Krono liga, lėtinėmis širdies ligomis, astma, psoriaze, nutukimu.

Liga labiausiai paplitusi tarp vyresnių žmonių. Ar jiems pakanka žinių apie lėtinį uždegimą? Galbūt dar yra nemažai manančių, kad lėtinis uždegimas yra nepageidaujamas senatvės reiškinys. Tai – mitas, o gal šiame teiginyje yra tiesos?

Lėtinio uždegimo ligos yra viena dažniausių mirties priežasčių pasaulyje. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, lėtinės ligos kelia didžiausią grėsmę žmonių sveikatai. Pasaulyje 3 iš 5 žmonių miršta nuo lėtinio uždegimo ligų, tokių kaip insultas, lėtinės kvėpavimo takų ligos, širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys, nutukimas, diabetas. Lėtinis uždegimas ne visada sukelia ligas – dažnai prie to papildomai prisideda genetiniai ir aplinkos veiksniai.

Dar vienas mitas – lėtinis uždegimas gali praeiti, jeigu pacientas pakeis gyvenimo būdą.

Daugelyje organų sistemų yra stebimas ūminio ir lėtinio uždegimo sukeltas audinių pažeidimas. Labai svarbu suprasti, kad lėtinis uždegimas nėra kokia nors specifinė liga, tai yra sudėtingas mechanizmas. Lėtiniam uždegimui nepastebimai progresuojant, išsivysto kai kurios lėtinės ligos, kurios kelia didelę grėsmę žmonių sveikatai ir ilgaamžiškumui. Yra tiesos, jog įvairios sveikos dietos ir gyvenimo būdo pokyčiai gali padėti pašalinti uždegimo priežastis ir sumažinti lėtinį uždegimą, užkertant kelią lėtinių uždegiminių ligų vystymuisi. Tačiau lėtinio uždegimo požymiai paprastai yra subtilesni, todėl ne visada juos galima iš karto pastebėti.

Kaip laktoferinas mažina lėtinį uždegimą?

Esant kai kuriems sutrikimams, susijusiems su geležies homeostazės pokyčiais, padaugėja uždegimo mediatorių. Tokiais atvejais *in vitro* ir klinikiniai tyrimai parodė, kad laktoferinas gali būti naudingas, nes gali moduliuoti imuninį atsaką, mažindamas uždegimo citokinų, tokių kaip IL-6, ekspresiją, o tai įrodo, kad laktoferinas mažina uždegimą.

Kokį vaidmenį atlieka laktoferinas geležies homeostazei?

Laktoferinas priklauso transferinų šeimai, gali prisijungti ir pernešti geležį dėl didelio afiniteto šiam elementui. Jis atlieka svarbų vaidmenį reguliuojant geležies homeostazę, nes dalyvauja tiek metabolizuojant geležį, tiek vykstant transportui žarnyne.

Be to, laktoferinas sugeba išlaikyti surištą geležį, kai pH yra apie 3, tuomet, kai transferinas ją išlaiko esant pH apie 5,5, lengvindamas geležies sekvestraciją net tada, kai pH yra rūgštinė dėl didėjančio uždegiminio proceso. Tai apriboja geležies, būtinos mikrobų išlikimui ir vystymuisi, prieinamumą.

Įprasta geležies stokos anemiją gydyti geležies sulfatu. Kuo laktoferinas pranašesnis už geležies sulfatą? Ar laktoferiną galima vartoti nėščioms moterims?

Pagrindiniai laktoferino pranašumai, palyginti su tradiciniu geležies sulfatu, yra geras virškinamo trakto toleravimas ir mažesni nepageidaujami reiškiniai, kuriuos sukelia didelės geležies dozės. Laktoferino papildai parodė geresnį geležies parametrų kraujyje pagerėjimą, įskaitant geležį serume ir feritiną, palyginti su geležies sulfatu. Be to, tiriamiesiems, vartojusiems laktoferiną, pastebėtas geresnis eritropoezę gerinantis poveikis.

Laktoferiną galima vartoti nėštumo metu. Tyrime, kuriame tirtas laktoferino veiksmingumas gydant anemiją nėštumo metu, įrodyta, kad absoliutus geležies trūkumas nėra vienintelė anemijos išsivystymo priežastis, o veikiau geležies funkcinis imobilizavimas ir nepakankamas jos prieinamumas ląstelių metabolinei funkcijai ir kraujodarai.

Geležies galime gauti iš maisto produktų. Ar iš maisto produktų galime gauti laktoferino?

Laktoferino natūraliai yra motinos piene. Motinos pienu maitinamiems kūdikiams jo pakanka. Taip pat yra dirbtinio maitinimo pieno mišinių, papildytų laktoferinu.

Dėkojame už pokalbį
Kalbino žurnalo redakcija

Vilniaus universiteto Infekcinių ligų katedra-klinika



Doc. Eugenijus Broslavskis

Universiteto katedros personalas ligoninėse turi ne tik mokyti studentus ir aptarti pacientų būklę prie jų lovos, bet kartu ir tobulinti, gerinti diagnostinį bei gydomąjį darbą stacionare, kuriame dirba, lavinti personalą tų specialybių, kurias dėsto. Pirmenybė teikiama gydytojams, jiems puoselėjamos naujausios progresyvinės tendencijos medicinoje, padedama įsavinti naujus diagnostikos metodus, perprasti vaistinius preparatus ir jų gydymo schemas. Pagal galimybes dėstytojas turi dirbti mokslinį darbą ir įtraukti į tyrimus skyriuose dirbantį personalą. Vykdant šiuos uždavinius ir gerinant mokslinį darbą universitetinėse ligoninėse, katedros buvo pervardytos klinikomis, o katedros vedėjai tapo klinikų vadovais.

Vilniaus universiteto Infekcinių ligų katedros užuomazgos prasidėjo 1944 metais, kai užkrečiamųjų ligų kursą pradėjo dėstyti Povilas Čibiras. 1937 metais baigęs studijas Vilniaus universitete, P. Čibiras Medicinos fakultete buvo išrinktas dirbti vyriausiuoju asistentu Propedeutikos katedroje pas žymų terapeutą V. Legeiką, kuris vadovavo ir Lietuvių ligoninei (buvo įsikūrusi Lukiškių aikštės vakariniame kampe). P. Čibirui teko dirbti ir garsioje Šv. Jokūbo ligoninėje. P. Čibiras, jau tapęs profesoriumi, prisiminė vieną nutikimą, kaip, būdamas paskutinio kurso studentas, pamiršo rūbinėje kaliošus, o atėjęs jų atsiimti iš ten dirbusio vyro išgirdo pranašišką frazę – *Jūs būsite profesorius*.

1941 metais P. Čibiras, dirbdamas pedagoginį darbą, tuo pat metu dirbo ir Sveikatos apsaugos komisariate vyriausiuoju epidemiologu. Šiame darbe jis iš arti *susipažino* su tada paplitusiomis infekcinėmis ligomis. Tai paskatino gilintis į infekcinių ligų paplitimą, diagnostiką, gydymą ir kovą su jomis.

1943 metais vokiečių valdžiai uždarius Vilniaus universitetą, P. Čibiras pradėjo dirbti Trakų ligoninės Vidaus ir infekcinių ligų skyriaus vedėju. Diagnozuodamas užkrečiamąsias ligas, jis naudojosi asmeniniu mikroskopu, dažnai pats atlikdavo reikalingus mikroskopinius tyrimus.

1944 metais P. Čibiras buvo pakviestas į vėl atidarytą Vilniaus universitetą. Dirbdamas vyriausiuoju asistentu Fakultetinės terapijos katedroje, dėstyti infekcines ligas ir pagelbėti dirbant praktinius darbus buvo įdarbinti gydytojai Chaimas Tokeris, Tadeušas Podsedlovskis, Ekaterina Kriklenko (dirbo Vilniaus infekcinėje ligoninėje). Fakultetinės terapijos katedrai tuomet vadovavo prof. J. Kairiūkštis.

1947 metais P. Čibiro iniciatyva įkurta Infekcinių ligų katedra, o jis išrinktas vedėju. Vietoj praktikos gydytojų įdarbintas medicinos mokslų kandidatas Efimas Paktoris. 1951 metais jis padavė dokumentus į Maskvos virusologijos institutą. Laimėjęs konkursą, E. Paktoris išvyko į Maskvą. Jo vietą užėmė asistentė Bronė Luneckaitė, dirbusi Farmakologijos katedroje.

P. Čibiras tarp ligoninės gydytojų užsitarnavo geriausio ligų diagnostiko vardą. Pamenu, su juo konsultavosi ir mano tėvas, kai tarėsi dėl mano sveikatos problemų.

Kadangi Lietuvoje, ypač Vilniuje, buvo didelis sergamumas vidurių šiltine, P. Čibiras tyrinėjo šią ligą ir šia tema 1954 metais sėkmingai apgynė medicinos mokslų kandidato disertaciją.

1956 metais prie Infekcinių ligų katedros buvo prijungta Vaikų ligų katedra, kurioje dirbo vyriausiasis dėstytojas P. Baublys, vyriausioji dėstytoja L. Steponaitienė, asistentė J. Usonytė. Šiuo laikotarpiu sklido kalbos, kad Vilniaus universiteto Medicinos fakultetą ruošiamasi uždaryti, o dėstytojus ir studentus perkelti į Kauno medicinos institutą, nes mažoje respublikoje per brangu turėti dvi tokias pat aukštąsias mokymo įstaigas. Tuo metu jau buvau medicinos studentas. Tėvai pradėjo ruošti daiktus mano išvykimui į Kauną. Šis sumanymas neįvyko, nes Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas buvo daug senesnė aukštoji medicinos mokykla nei Kauno. Įtakos turėjo ir kai kurie žymūs partijos ir ministerijos veikėjai, kurie bijojo likti be artimos kvalifikuotos medicinos pagalbos. Buvo svarstomas ir atvirkštinis variantas – uždaryti Kauno medicinos institutą. Vis dėlto nuolatinė lovų plėtra ir gydytojų poreikis galutinai nutraukė šiuos sumanymus.

1956–1960 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakultete kiekvienam kurse buvo 50–60 studentų. Užsiėmimai vyko dviem kalbomis – lietuvių ir rusų. Lietuvių grupės buvo šiek tiek gausesnės.

Pirmoji mano pažintis su katedra įvyko 1958 metais, studijuojant penktame kurse. Katedros auditorija buvo

administracijos pastate, antro aukšto pietrytiniame kampe. Tai buvo nedidelė patalpa, pro kurios duris buvo galima patekti į dėstytojų kabinetą. Jame nuolat dirbo katedros vedėjas P. Čibiras. Asistentė B. Luneckaitė nuolat būdavo skyriuje, kuriame gydė ligonius.

Epidemiologiją mums dėstė mokslų kandidatas Leontijus Motiejūnas. Studentai ilgą laiką prisimindavo jo pasakojimus apie tuo metu retas keliones į Vakarų šalis. Laborante katedroje dirbo Marytė Norkuvienė, kuri tikrindavo studentų lankomumą, paruošdavo užsiėmimams plakatus, atlikdavo kitus sekretorės darbus. Papildomai ji dirbo ir ligoninės laboratorijoje – pavadavo sergančius arba išėjusius į atostogas darbuotojus.

1958 metais medicinos mokslų kandidatas P. Čibiras parašė monografiją *Gripas*. Tais pačiais metais jam suteiktas docento vardas. Mano tėvas pasakojo, kad ligoninėje tai buvo didelis įvykis. Vedėjo kabinetas ir auditorija buvo įrengti administracijos korpuso antrame aukšte, šiaurės rytų pusėje. Kabinetas ir auditorija turėjo atskirus įėjimus. Šalia buvo maža patalpėlė, kurioje buvo laikomi plakatai.

1959 metais į katedrą dirbti aspirantu priimtas iš Kauno suaugusiųjų infekcinės ligoninės atvykęs Juozas Ūsaitis. Jis labai greitai atsiskleidė kaip sumanus, turintis gerą medicininį išsilavinimą, daug žinių ir sugebantis gerai diagnozuoti ligas žmogus.

1960 metais bendromis jėgomis su pediatrais išleistas vadovėlis *Vaikų ligos*. Jam P. Čibiras parašė atskirą skyrių.

1959–1960 metais Vilniaus infekcinėje ligoninėje, kaip ir visoje Lietuvoje, gydėsi daug ligonių, sergančių virusiniais hepatitais. Aspirantas J. Ūsaitis ėmėsi tyrinėti šią ligą. Katedroje jis tapo virusinių hepatitų mokslinių studijų pradininkas. Jo pradėtą darbą vėliau tęsė kiti katedros darbuotojai (Arvydas Ambrozaitis, Vytautas Usonis, Ligita Balčiūnienė (vėliau Jančorienė)). Doc. P. Čibiras mažai gilinosi į šią problemą, nors buvo J. Ūsaičio mokslinis vadovas ir daug padėdavo jam patarimais, pastabomis.

1962 metais doc. P. Čibiras parašė monografiją *Toksoplazmozė*, nors jo mėgstamiausia problema buvo žarnyno infekcijos, pasireiškiančios viduriavimais. Infekcinėje ligoninėje dažniausiai beveik visiems viduriuojantiems pacientams nustatydavo ir užrašydavo diagnozę – dizenterija. Jis nuolat įtikinėjo ir tvirtino, kad viduriavimo sindromas gali atskleisti daugelį ligų, kas vėliau ir pasitvirtino.

P. Čibiras mėgdavo prisiminti vieną karo metų epizodą, kai į jo namus labai lieknas žmogus atnešė nedaug malkų. Paklaustas, kodėl jis taip sunykęs, žmogus paaiškino, kad labai viduriuoja. Tuoj pat mikroskopu ištyręs jo išmatas, P. Čibiras nustatė amebiazę, paskyrė vaistus ir žmogus pasveiko. Atsidėkodamas jis atvežė pilną vežimą malkų. Šis atvejis įtikino jauną gydytoją, kad, pacientui viduriuojant, reikia ieškoti įvairių ligų. To P. Čibiras nuosekliai siekė visą savo darbą.

Į Vilniaus universiteto Medicinos fakultetą priimdavo vis daugiau studentų, didėjo studentų grupės, buvo įdarbinami nauji dėstytojai. 1964 metais iš Eksperimentinės ir klinikinės medicinos instituto dirbti asistentu įdarbintas Stasys Gurčinas. 1965 metais jis apgynė disertaciją reumatologijos tematika.

Dar greičiau ir intensyviau plėtėsi pediatrijos skyrius. Pirmiausia skyrių papildė P. Šimulis, o 1963 metais įsiliejo jauni ir perspektyvūs pediatrai Algimantas Raugalė, P. Kaltenis, B. Lučinskas. Pediatrams vadovauti iniciatyvos ėmėsi L. Steponaitienė, labai greitai tapusi profesore. 1966 metais pediatrai atsiskyrė ir tapo Vaikų ligų katedra, o prof. L. Steponaitienė – katedros vedėja. Ji buvo iniciatorė steigiant vakarines pediatrų grupes, o vėliau – ir dienines. Laikui bėgant grupių tik daugėjo, todėl ir atsirado poreikis atsiskirti nuo infektologų. Prieš tai dar buvo išleista bendra monografija *Ligonių slaugymas* (1966 metai).

1965 metų pradžioje mokslų kandidato disertaciją sėkmingai apsigynė J. Ūsaitis. Disertacijoje jis nagrinėjo hepatitų klinikinę eigą, diagnostiką, gydymą vartojant kortikosteroidus. Jo dėka iš hepatinės komos pabudo ir pasveiko trys jaunos moterys.

Nuolatinės, atkaklios, kultūringos P. Čibiro pastangos išsamiau tirti viduriuojančius ligonius ėmė realizuotis. Viduriuojantiems vaikams ir suaugusiems pacientams patvirtinama salmoneliozės diagnozė. Kūdikiams vis dažniau diagnozuojamas kolienteritas, sukeltas patogeninių ešerichijų (*Coli* OIII, O56 ir kt.). Išsiaiškinta, kad kūdikiams ir mažiems vaikams salmoneliozę sukelia vidaus infekcijos.

1966 metais asistentė B. Luneckaitė apsigynė disertaciją maisto toksinių infekcijų tema ir įrodė, kad salmoneliozės infekcijos šaltinis yra ir gyvuliai. Disertacijos gynimo posėdyje dalyvavę veterinarijos darbuotojai prieštaravo, tvirtindami, kad tarp gyvūnų cirkuliuoja kiti salmonelių štamai, palyginti su žmonėmis. Susidarė kebli situacija, bet disertacija buvo apginta. Laikui bėgant paaiškėjo, kad doktorantė ir jos vadovas doc. P. Čibiras buvo teisūs. Salmonelioze užsikrečiama nuo gyvūnų mėsos, kiaušinių. Tik kūdikiams ir labai mažiems vaikams infekcijos šaltinis gali būti kitas žmogus.

Doc. P. Čibiras man pasakojo, kad su ligoninėje paskutiniais vyriausiojo gydytojo I. Chomenko vadovavimo metais santykiai buvo įtempti. Jie pasikeitė tik tada, kai ligoninės vyriausiuoju gydytoju tapo Juozas Šapoka. Jo dėka 1966 metais doc. P. Čibirui buvo suteiktas nusipelniusio Lietuvos gydytojo vardas.

Tais pačiais metais doc. P. Čibiras išleido vadovėlį *Infekcinės ligos*. Prisimenu, kai vėlais vakarais iš jo kabineto girdėjosi spausdinimo mašinėlės garsai. Spėjama, kad visą knygos tekstą jis spausdino pats.

1966 metais konkurso tvarka katedroje įdarbintas patyręs epidemiologas, buvęs Kauno miesto vyriausias sanitarijos gydytojas Jonas Prapiestis. Jis dėstė epidemiologijos kursą ydomosios medicinos, pediatrijos ir naujai įkurtos sanitarijos ir higienos specialybės grupių studentams.

1968 metais doc. P. Čibiras *Infekcinių ligų* vadovėlyje aprašė daug savo stebėjimų, todėl sėkmingai apgynė daktaro

disertaciją. Be to, tais laikais parašytas vadovėlis prilygo daktaro disertacijai.

1969 metais J. Prapiestis sėkmingai apgynė mokslų kandidato disertaciją tymų imunoprofilaktikos tema.

1969 metais asistentas S. Gurčinas paskirtas Epidemiologijos ir higienos instituto direktoriumi. Išeidamas jis prikalbėjo ligoninės pavaduotoją ūkio reikalams Rimantą Grigaravičių užimti šias pareigas institute. Po kelerių metų R. Grigaravičius tapo didelės parduotuvės Vilniuje *Vaikų pasaulis* direktoriaus pavaduotoju, dar vėliau – parduotuvės *Baldų rojus* savininku.

1969 metais iš darbo katedroje ir ligoninės laboratorijoje išėjo M. Norkuvienė. Vietoj jos laborante buvo įdarbinta Dalia Grigaravičienė. Ji dirbo tik katedroje, todėl jos darbo stalas buvo pastatytas doc. P Čibiro kabinete. Be įprasto katedros laborantės darbo, D. Grigaravičienė daug spausdino doc. P. Čibiro knygos antrajam leidiniui, nuolat tvarkė plakatus, šalia esančiame kabinete.

1970 metais doc. P. Čibirui buvo suteiktas profesoriaus pedagoginis vardas. Taigi jaunystėje jam pasakyta pranašystė išsipildė.

Medicinos studentų daugėjo, ypač pediatrijos specialybės. Atsirado naujų dėstytojų poreikis. 1970 metais katedroje įdarbinti trys asistentai – Elvyra Sakalinskienė, Medicinos fakulteto prodekano žmona, 1967 metais apgynusi kandidatinę disertaciją, Vida Eigminienė, Vilniaus universiteto prorektoriaus ūkio reikalams žmona, ir Česlava Lenkauskaitė, dirbusi parazitologe Respublikinėje sanitarijos epidemiologijos stotyje, o prieš tai – Infekcinės ligoninės laboratorijoje.

Dauguma ligoninėje dirbančių žmonių manė, kad jauną profesorių privertė įdarbinti viršininkų žmonas, kiti sakė, kad naujos darbuotojos įdarbintos konkurso tvarka.

1971 metais J. Prapiestis tapo docentu. Jo darbo krūvį sudarė labai daug pedagoginių valandų. Jam teko dėstyti epidemiologijos pagrindus gydomojo, pediatrijos ir labai daug laiko skirti sanitarijos ir higienos profilio studentams. Pastarųjų grupių skaičius padvigubėjo.

1972 metais Č. Lenkauskaitė apsigynė mokslų kandidato disertaciją askaridžių tema. Disertacijai naudojo medžiagą, kurią surinko dirbdama Respublikinėje sanitarijos epidemiologijos stotyje.

1974 metais prof. P. Čibiras išleido monografiją *Žarnyno infekcinės ligos*. Joje apibendrino savo ilgametę patirtį diagnozuojant ir gydant šias ligas.

1974 metais laborantė D. Grigaravičienė išėjo iš darbo. Vietoj jos įdarbinta Daiva Niaurienė.

Ligoninės administracija nutarė prof. P. Čibirui pagerinti darbo sąlygas. Jo kabinetą durimis sujungė su mažu šalia esančiu kabinetu, kuriame įkūrė laborantės darbo vietą – stalas, spausdinimo mašinėlė, dubliuotas telefonas. Durys į koridorių panaikintos, į profesoriaus kabinetą buvo galima patekti tik per sekretorės kabinetą.

Tais laikais bendravimas tarp katedros dėstytojų, ligoninės administracijos ir skyrių personalo buvo labai šiltas. Kartais vasaromis profesorius pakviesdavo katedros ir kai kuriuos ligoninės darbuotojus į savo sodą Jeruzalės rajone pagulėti ant šieno, kurio ten būdavo. Aišku, niekas ant jo negulėdavo. Užtat būdavome sočiai vaišinami, kalbėdavomės apie ligoninės reikalus, dalydavomės istorijomis ir nuotykiais.

1975 metais konkurso tvarka asistentais įdarbinti du perspektyvūs gydytojai – A. Ambrozaitis, dirbęs Farmakologijos katedroje moksliniu bendradarbiu, ir V. Usonis.

1975 metais asistentė B. Luneckaitė konkurso tvarka išrinkta docente.

1976 metais asistentė E. Sakalinskienė tampa docente.

1977 metais E. Sakalinskienė parašė ir išleido mokomąją metodinę priemonę *Epidemiologijos ir infekcinių ligų pagrindai*, skirtą kitų fakultetų atsargos medicinos seserims. Trumpą šios tematikos kursą katedros darbuotojai dėstė beveik visuose universiteto fakultetuose. Prisimenu, ir man vėliau teko dėstyti tuos kursus fakultetuose, esančiuose studentų miestelyje *Saulėtekyje*. Tai buvo tarsi pasiruošimas galimam karui.

1977 metais Č. Lenkauskaitė konkurso tvarka išrinkta docente. Katedroje ji buvo atsakinga už parazitologiją. Jos pacientės daugiausia buvo nėščios moterys, bijančios susirgti toksoplazmoze. Tuo metu toksoplazmozės diagnozė nebuvo tiksli, nes dar nebuvo laboratorijose išskiriami M ir G klasės antikūnai. Nepaisant to, administracija, ypač profesorius, teigiamai vertino jos darbą, palaikydavo morališkai, o ligoninei savo komandoje turėti tokį mediką buvo prestižas. Be šio darbo, Č. Lenkauskaitė daug dirbo ir konsultuodavo ligoninės laboratorijoje diagnozuojant kitas ligas. Kai kurie gydytojai jai net pavydėdavo.

1978 metais prof. P. Čibiras išleido antrąjį patobulintą ir papildytą vadovėlio *Infekcinės ligos* leidimą. Jame kai kurios ligos buvo aprašytos iš naujo, kitos – papildytos, koreguotas tekstas, pateikta daug naujų iliustracijų. Virusiniai hepatitai aprašyti kartu su doc. J. Ūsaičiu. Vadovėlio pratarmėje padėkota už patarimus ne tik katedros, bet ir ligoninės darbuotojams.

Vykstant ligoninės IV skyriaus remontui, buvo įrengtas centrinis šildymas. Prof. P. Čibiras paprašė įstiklinti atvirą pastato verandą ir joje pajungti šildymą. Išėjo neblogas mokymo kambarys studentams, bet šaltokas žiemą.

1978 metais laimėjus konkursą, katedroje asistente įdarbinta Irena Narkevičiūtė. Ji kandidato disertaciją žarnyno infekcijų tema jau buvo apgynusi Epidemiologijos, mikrobiologijos ir higienos institute. I. Narkevičiūtė buvo pediatrė, todėl pradėjo dirbti kūdikių viduriavimo skyriuje, kuriame dėl salmonelių sukeltų vidaus infekcijų buvo daug problemų. Ligoninės administracija teigiamai įvertino jos pasirinkimą.

1979 metais Vilniaus universiteto Infekcinių ligų katedroje paskelbtas konkursas užimti asistento pareigas. Supratau, kad tai paskutinė galimybė įsidarbinti Vilniaus

universitete. Namiškiai mane labai įkalbinėjo pradėti pedagoginį darbą Vilniaus universitete. Žinojau, kad tai žemesnės pareigos, bet, nepaisydamas to, 1979 metais rugsėjo 1 dieną tapau Infekcinių ligų katedros asistentu. Daugumai ligoninės darbuotojų mano poelgis atrodė nelogiškas, tačiau gerokai vėliau savo pasirinkimu buvau labai patenkintas. Sprendimą lėmė 1976 metais apginta Medicinos mokslų kandidato disertacija *Klinikinė-epidemiologinė meningokokinės infekcijos charakteristika Lietuvoje*. Disertacijos gynimas vyko Maskvoje. Vadovai buvo prof. V. Pokrovskis ir prof. P. Čibiras, kuris dalyvavo gynime ir mane palaikė. Už tai jam buvau labai dėkingas.

Pirmaisiais darbo metais profesorius nepagailėjo man pedagoginių valandų, veikiausiai dėl to, kad ligoninėje nesusidarytų nuomonė, jog katedroje lengva dirbti.

1978 metais Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) paskyrė mane neetatiniu vaikų infekcinių ligų vyriausiuoju šalies specialistu. Tuometė ligoninės administracija kartu su katedra nuolat rašydavo prašymus įvairioms institucijoms, kad reikia statyti naują ligoninę, nes esama stacionaro materialinė bazė labai paseno. Vyko nuolatiniai remontai, kurie tik nedaug pagerindavo pastatų būklę, gerokai atsilikusių nuo tuomečių standartų. Tapęs vyriausiuoju specialistu, įvairiose institucijose nuolat gvildenau šią problemą. SAM vaikų valdyba pritarė mūsų prašymui ir pagaliau buvo nutarta statyti vaikų infekcijos skyrius Santariškių ligoninės teritorijoje. Statybai lėšas nutarta panaudoti uždirbtas šeštadienio talkose. Tiesiogiai finansuoti įpareigota Vaikų ligoninės administracija. Projektuoti vaikų infekcinių ligų skyrius buvo paskirta architekto E. Chlamausko vadovaujamai įstaigai.

1980 metais SAM mane, vyriausiąjį specialistą, paskyrė konsultuoti ir kuruoti ligoninės planavimą ir statybą. Pirmojo susitikimo su architektais metu nubraižiau jiems būsimų skyrių planus, kurie būtinai turėjo būti padalyti į dvi puses, ir kiekvienos pusės viduje dar suprojektuotos atskiros palatos izoliacijai. Prašiau architektų, kad vykdytų visas izoliavimui keliamas sąlygas, nes tai labai svarbu, ligoninės nuolat turėjo problemų dėl vidaus infekcijų. Architektai nuosekliai vykdė mano nurodymus. Projektuojant ligoninę, teko dažnai susitikinėti su architektais ir derinti, koreguoti projektavimo detales. Kadangi projekto finansavimas buvo Vaikų ligoninės administracijos žinioje, kartais jie su mano pasiūlymais nesutikdavo. Priešta-ravo tualetų įrengimui kiekviename priėmimo skyriaus kabinete, atsisakė įrengti terasą antrame ligoninės aukšte tam, kad ten būtų galima suplanuoti Melcero boksus. Argumentai buvo, kas valys sniegą ir kad gali iškristi vaikai. Galutinis rezultatas – buvo suplanuoti tik 24 Melcero boksai pirmame aukšte.

Viceministras M. Zaikauskas nurodė planuoti taip, kad būtų galima hospitalizuoti ir suaugusius pacientus. Man tai labai patiko. Todėl palatos ir koridoriai suplanuoti taip, kad atitiktų šiuos reikalavimus. Pastatas suprojektuotas 5 aukštų, 5 skyrių, su laboratorija ir reanimacijos skyriumi. Atrodė gražiai. Tik izoliacijos erdves skyriuose dėl didelio skersvėjo laikui bėgant teko uždaryti stikliniais langais.

Pradžioje pediatrai mane kritikavo dėl per griežtos patalpų izoliacijos, bet vėliau liko patenkinti.

Kilus COVID-19 epidemijai, pastatas panaudotas ir suaugusiems pacientams, sirgusiems COVID-19, gydyti.

1980 metais asistentas V. Usonis apgynė medicinos mokslų kandidato disertaciją virusinio hepatito B tematika.

Asistentas A. Ambrozaitis stažavosi Maskvos virusologijos institute. 1982 metais čia ir apsigynė mokslų kandidato disertaciją virusinių A ir B hepatitų tema.

1982 metais asistentei I. Narkevičiūtei konkurso tvarka suteiktas docentės vardas. Mane šis įvykis labai nustebino, jaučiausi nepatogiai. Katedroje ji buvo įdarbinta metais anksčiau už mane, tačiau aš turėjau gerokai didesnę infektologo patirtį, 15 metų buvau atsakingas už visą ligoninės gydomąjį darbą. Be to, konkursas buvo paskelbtas pusiau slapta nuo daugumos katedros darbuotojų ir dar vasarą. Šią situaciją greitai pataisė dekanas S. Pavilonis. 1983 metais man buvo paskelbtas konkursas docento vardui gauti, kurį 1984 metais patvirtino Maskvos aukštoji atestacinė komisija. Nuo tada mano darbas gerokai palengvėjo, nes nebereikėjo budėti ligoninėje, gydyti pacientų ir rašyti skubių išrašų ir epikrizių. Liko pedagoginis darbas ir konsultacijos. Nesibodėjau atlikti šių darbų net ir visą parą. Turėjau papildomą darbą SAM, kuris reikalavo nemažai laiko. Prisimenu, kad prof. P. Čibiras porą kartų mane įspėjo, kad pirmoje eilėje turi būti pedagoginis darbas, o tada – visa kita.

1983 metais naujas ligoninės vyriausiasis gydytojas A. Šilys uždarė vaistinę ir buvusiose jos patalpose, administracinio pastato pirmojo aukšto koridoriaus gale, katedros darbuotojams įrengė nemažą kabinetą, kuriame buvo beveik kiekvienam darbuotojui atskiri stalai, taip pat ir man.

1981–1986 metais buvo daug darbo, nes kai kurie darbuotojai sirgo, kiti važiuodavo į stažuotes, tobulinimosi kursus. Katedra 1–2 kartus per metus Lietuvos infektologams organizuodavo tobulinimosi kursus įvairiomis temomis. Nemažai temų skaitė kursų kuratorius doc. J. Ūsaitis, bet teko dalyvauti ir visiems dėstytojams. Vienos dienos kursai buvo organizuojami ir rajonuose. Prisimenu, kai vieno tokio tobulinimosi kurso metu aplankėme Šiauliuose esantį Kryžių kalną.

Pasikeisdami katedros darbuotojai kas savaitę konsultuodavome kituose miesto stacionaruose ir Vilniaus zonos rajonuose. Važiuodavome automobiliu arba vykdavome sanitarinės aviacijos lėktuvais, kartais malūnsparniais. Prisimenu, kai į Elektrėnus kelis kartus teko skristi malūnsparniu. Atrodė keistoka, nes sanitarine jų mašina miestą buvo galima pasiekti greičiau ir gerokai pigiau.

Kadangi buvau Vilniaus zonos infektologų draugijos pirmininkas, tekdavo kiekvieną mėnesį, išskyrus vasaros,

organizuoti posėdžius. Pranešimus skaitė ne tik infektologai, kviesdavome ir kitų specialybių gydytojus, neretai iš kitų miestų ir respublikų. Kruopščiai ruošdavome posėdžių programas, kurias siųsdavome į poliklinikas, kitus miestus.

1986 metais pasikeitė ligoninės vyriausiojo gydytojo pavaduotojas. Juo tapo gydytoja Vida Gulbinienė. Jos iniciatyva apsikeitėme su ja kabinetais. Nauja patalpa buvo erdvesnė, be to, šalia jos buvo išėjimas į gatvę ir kiemą.

Gerą ir ryškų prisiminimą prof. P. Čibiro vadovavimo metais paliko jo dažnai taikytas metodas, kai dėstytojai lankydavosi vienas kito pratybose. Po to kiekvieno pedagogo dėstymo metodika buvo aptarinėjama katedros posėdžiuose. Dažniausiai tai vykdavo prieš atestaciją. Aptarimo metu gautos kolegų pastabos buvo labai naudingos, be to, apsilankius kolegų pratybose, žinias buvo galima pritaikyti ir savo darbe. Man, jaunam aukštosios mokyklos pedagogui, tai buvo itin svarbu ir naudinga. Gaila, kad tas metodas vėliau nebuvo taikomas.

1988 metais prof. P. Čibiras baigė vadovauti ir tapo tik katedros profesorius, o mane, Eugenijų Broslavskį, fakulteto Mokslo taryba išrinko katedros vedėju. Dekanui doc. A. Švičiuliui siūliau katedros vedėju skirti doc. J. Ūsaitį, bet jis tvirtino, kad pensininką keisti pensininku netinka. Doc. J. Ūsaitis jau buvo pensinio amžiaus.

Gavus prof. P. Čibiro sutikimą, mano darbo stalas buvo pastatytas jo kabinete. Man teko didelė našta, nes Santariškėse atsidarė naujai pastatyti vaikų infekcinių ligų skyriai. Ten buvo įrengti atskiri kabinetai man ir prof. P. Čibirui. Nauji skyriai labai patiko profesoriui ir doc. Č. Lenkauskaitei. Ne vieną kartą jie gyrė mane už tą ligoninę.

Pradėjęs eiti katedros vedėjo pareigas, labai norėjau prijungti naujai pastatytą vaikų korpusą prie Žvėryno ligoninės, juk ir vaikų ligoninė turėjo skyrius dviejose teritorijose. Dėl to kelis kartus važiavome su A. Šiliu į SAM. Kartą su mumis važiuoti pakvietėm ir prof. P. Čibirą, bet jis visai neparodė iniciatyvos. Nenorėjo vaikų skyriaus prijungti prie Žvėryno infekcinės ligoninės ir SAM vaikų valdyba. Taigi mano pastangos liko bevaisės.

Dalis katedros darbuotojų – doc. I. Narkevičiūtė, V. Usonis, V. Domarkienė (buvusi Eigminienė) – pradėjo dėstyti ir dirbti naujuose vaikų ligų skyriuose. Ligoninės vaikų skyriaus personalas persikėlė dirbti į Respublikinę vaikų ligoninę. Iš pradžių čia pradėjo dirbti, dėstyti studentams ir ruošti disertaciją gyd. Audronė Marcinkutė, bet vėliau grįžo į Žvėryno ligoninę.

Padėtis buvo tokia, kad man tekdavo iš ryto iki 12 val. dirbti Santariškių vaikų infekcinių ligų skyriuose, dalyvauti vizitacijose, konsultuoti sergančius vaikus. Po 12 val. savo transportu grįždavau į Žvėryno ligoninę, dalyvaudavau vizitacijoje, gydytojų konsiliumuose, tvarkydavau dokumentaciją. Prof. P. Čibiras daugiausia dirbo Žvėryno ligoninėje, kurioje buvo likę tik 150 lovų. Kai kada profesorius atvažiuodavo ir į Santariškių klinikų vizitacijas.

1989 metais Medicinos fakulteto Mokslo taryba prijungė Gamtinių židinių laboratoriją prie Infekcinių ligų katedros. Įkūrė ir vadovavo laboratorijai habilituotas mokslų daktaras L. Motiejūnas. Jis turėjo aukštesnį mokslo laipsnį už mane, bet niekada to bendraudamas neparodė. Prireikus mano parašo ant kokio nors dokumento, jis visada kultūringai paaiškindavo esmę ir palikdavo dokumentą, kad galėčiau išsamiai susipažinti. Prijungus mokslų ir tyrimų laboratoriją, labai pagerėjo katedros įvaizdis. Už tai mane viešai gyrė žymus kardiochirurgas prof. A. Marcinkevičius.

1989 metais prof. P. Čibiras išleido knygos *Infekcinės ligos* trečiąjį leidimą. Knygą papildė doc. J. Ūsaičio skyrelis apie virusinius hepatitus, AIDS, pakoreguoti ir kitų ligų aprašymai (hemoraginių karštligių, leišmaniozės), naujai aprašyta difterija.

1990 metais po stažuotės Frankfurte prie Maino aspirantas V. Usonis apgynė daktaro disertaciją *Virusinio hepatito B profilaktikos ir patogenezės imunogeniniai mechanizmai* ir tapo docentu.

1990 metų rudenį staigiai ir nelauktai mirė docentas J. Prapiestis. Civilinės laidotuvės vyko Vilniaus universiteto centriniuose rūmuose. Laidojom docentą Kaune. Ten jį pasitiko daug žmonių ir žinomas kunigas M. Mikutavičius. Klebonas paprašė mane tęsti laidotuvių ceremoniją, nes daug žmonių atėjo atsisveikinti, buvo sakomos patriotinės kalbos. Atsisveikinimo kalbą sakė ir tuometis SAM ministras V. Kleiza. Paskutinis laidotuvių apeigas pabaigė kunigas M. Mikutavičius.

1990 metais į laisvą vietą asistentu įdarbinamas epidemiologas medicinos mokslų kandidatas Kęstutis Žagminas, kuris 1983 metais apgynė disertaciją *Hepatito B epideminiai dėsningumai ir profilaktinių priemonių efektyvumas*.

1990 metais doc. Č. Lenkauskaitė parašė ir išleido monografiją *Žmogaus parazitinės ligos*. Knyga parašyta taisyklinga kalba ir lengvai skaitoma.

Naujai išrinktas Medicinos fakulteto dekanas prof. G. Česnys priėmė sprendimą katedras, įsikūrusias ligoninėse, pervardyti klinikomis. Tikslas – kad būsimų klinikų vedėjai daugiau dėmesio skirtų ligonių gydymui ir būtų už tai atsakingi. 1991 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Mokslo taryboje organizuoti klinikų vedėjų rinkimai. Konkurse Infekcinių ligų klinikos vadovo pareigoms užimti dalyvavo du katedros darbuotojai – E. Broslavskis ir A. Ambrozaitis. Prie Mokslo tarybos prisijungęs Infekcinės ligoninės direktorius A. Šilys karštai pasisakė už tai, kad klinikos vedėju taptų asistentas A. Ambrozaitis. Nedidele balsų persvara laimėjo A. Ambrozaitis. Pamaniau, kad gal ir gerai, nes jaunam, energingam klinikos vadovui pavyks prijungti naujai pastatytus vaikų skyrius prie Infekcinės ligoninės, bet taip neįvyko.

Po nedidelių svarstymų nutariau likti dirbti docentu Infekcinių ligų suaugusiųjų klinikoje, nes gyvenau netoli Žvėryno ligoninės. Tuo metu atsirado galimybė pasistatyti mažą namelį. Tuo intensyviai užsiėmiau, ir 1992 metais, gavęs leidimą, pradėjau statybas. Dirbdamas netoli, galėjau dažniau stebėti darbus ir daugiau dirbti.

1991 metais A. Ambrozaitis tapo docentu.

1992 metais K. Žagminas pradėjo dėstyti epidemiologijos kursą, jo žodžiais tariant *naujoviškai*, kaip visame pasaulyje. Gydomojo fakulteto studentams šis metodas nelabai patiko.

1991 metais Infekcinių ligų klinika pradėjo diagnozuoti hepatitą C. Kitais metais šį metodą plačiai įdiegė kitos šalies gydymo įstaigos, siekdamos nustatyti hepatito C paplitimą Lietuvoje. 1992 metais už šį darbą doc. A. Ambrozaitis ir K. Žagminas buvo apdovanoti Vilniaus medicinos draugijos diplomais.

1992 metais Kauno medicinos instituto Infekcinių ligų klinikos iniciatyva Palangoje organizuota 3 dienų visos Lietuvos infektologų konferencija. Joje dalyvavo ir kitų šalių infektologai. Konferencija vyko visada penktadieniais, birželio mėnesio pradžioje. Pranešimai buvo skaitomi pirmąją konferencijos dieną. Kitą dieną vyko konferencijos valdybos posėdis, kuriame buvo svarstomi įvairūs organizaciniai klausimai. Kiti dalyviai šeštadienį ir iki sekmadienio vidurdienio ilsėjosi. Konferencijos dalyviams iš Vilniaus ir Kauno nuvežti į Palangą buvo samdomas autobusas, kuris ir parveždavo. Kai kas važiuodavo savo transportu. Laikui bėgant konferencija tapo kasmetė. Joje dalyvavo visi Vilniaus ir Kauno klinikų darbuotojai, nes užsiėmimų su studentais nebuvo, o egzaminai vyko vėliau.

Prof. P. Čibiras 1993 metais išėjo į pensiją. Katedroje jis išdirbo 49 metus, iš kurių 41 metus ėjo katedros vedėjo pareigas. Tais laikais buvo nedaug taip ilgai dirbusių katedros vedėjų, juolab kad profesorius nebuvo Komunistų partijos narys. Profesorius parašė ir išleido 3 knygos* Infekcinės ligos *leidimus. Ši knyga ilgus metus buvo ne tik vadovėlis studentams, bet ja naudojosi ir infektologai, kitų specialybių gydytojai. Jo plunksnai priklauso 3 monografijos ir 3 skyriai kitose knygose.

Profesorius paskelbė daugiau nei 100 straipsnių moksliniuose žurnaluose, konferencijų darbuose, enciklopedijose. Jam vadovaujant apgintos 3 medicinos mokslo kandidato disertacijos, ilgus metus buvo Lietuvos ir Vilniaus gydytojų infektologų draugijos pirmininkas, 6 metus vadovavo Medicinos fakulteto studentų mokslinei draugijai.

Prof. P. Čibiras – ne tik daug žinantis, puikus konsultantas, bet ir gerai suprantantis ligonio jausmus ir lūkesčius žmogus. Šias savybes jis išsiugdė dirbdamas gydytoju įvairiose ligoninėse. Profesorius nuolat skatino gydytojus kruopščiai diferencijuoti viduriavimo sindromą, daug dėmesio skyrė parazitinių ir invazinių ligų diagnostikai, ragino vaikams nustatyti acetonemiją. Nuolat skatino daugiau naudotis mikroskopiniais tyrimais, ypač žaibinės meningokokinės infekcijos atvejais. Už tai buvo apdovanotas Vilniaus medicinos draugijos garbės raštu.

Profesorius skyrė pagrindinius dalykus nuo smulkmenų, nuolat prieštaravo ilgiems gydymo kursams, kurie neretai sukeldavo vaistaligę. Jis griežtai priešinosi ligonių kėlimui į kitus skyrius arba ligonines.

Egzaminuodamas studentus, jis buvo objektyvus, bet mažai dėmesio skyrė dėstytojų nuomonei, kurie vedė praktikos darbus. Prisimenu, profesorius jau buvo pensijoje. Man teko egzaminuoti jo anūkę, tačiau jis apie tai manęs neįspėjo. Gerai, kad įvertinau jo anūkę geru pažymiu.

Prof. P. Čibiro 60 metų jubiliejus buvo garbingai paminėtas Vilniaus universiteto Medicinos fakultete kartu su Lietuvos infektologų draugija. Paruoštas gražus pakvietimas su jubiliato nuotrauka. Išklausyta daug sveikinimų ir 6 moksliniai pranešimai apie įvairias infekcines ligas. Panašiai paminėtas ir 70 metų jubiliejus. Tuomet kolegos padovanojo jo portretą, kurį nutapė žinomas dailininkas Bronislovas Uogintas.

Profesorius mėgdavo poeziją, pats rašė eiles. Ypač vertino Adomo Mickevičiaus kūrybą, organizuodavo katedros darbuotojų ekskursijas į poeto gimtinę. Pagarbiai profesorius prisimindavo Juzefą Pilsuckį, pasakodavo apie jo apsilankymą Vilniuje, rodė namus, kuriuose J. Pilsuckis gyveno.

Jau būdamas pensijoje profesorius apdovanotas Karaliaus Mindaugo atminimo medaliu Dainų šventės metu už lietuvybės puoselėjimą Vilniaus krašte.

Būdamas pensijoje, jis parašė knygą apie savo tėvus ir gimines *Pranciškaus ir Nastės Čibirų atsiminimai*. 2005 metais knygą išleido jo giminės. Joje buvo atspausdintos ir P. Čibiro eilės. Kaštonų gatvėje garbingai atidengta atminimo lenta. Ceremonijoje dalyvavo ne tik Vilniaus infektologai, kitų specialybių gydytojai, bet ir atstovai iš Kauno.

1993 metais suaugusiam ligoniui pavyko diagnozuoti toksinę difteriją po ilgo šios ligos nebuvimo. Vėliau buvo nustatytas nedidelis difterijos protrūkis, daugiausia sirgo suaugę pacientai. Kadangi ligoniui reikėjo reanimacijos pagalbos, jį dideliais vargais perkėlė į vaikų infekcinių ligų korpusą. Po šio nutikimo Infekcinė ligoninė buvo priversta atidaryti reanimacijos skyrių, kurio pedagogai jau seniai prašė.

1993 metais į pensiją išėjo doc. B. Luneckaitė. Ji katedroje išdirbo 42 metus, iš kurių 28 metus – docente. Jos reputacija, kaip griežtos ir principingos dėstytojos, buvo pelningai užtarnauta. Daugelį metų būdama asistente, ji antraeilėse pareigose dirbo ligoninėje.

Tais pačiais 1993 metais į pensiją išėjo ir doc. Č. Lenkauskaitė. Ji 22 metus konsultavo laboratoriją, praleido joje daug laiko, o katedroje buvo atsakinga už parazitologinius tyrimus. Jai išėjus į pensiją, parazitologija labai nuodugniai užsiėmė gyd. A. Marcinkutė. Abiejų docenčių išėjimas į pensiją paskatino kalbas apie galimą mokslininkų pensijos nemokėjimą.

1993 metais asistentui K. Žagminui suteiktas docento mokslinis laipsnis. Kadangi jis dirbo ir epidemiologu ligoninėje, jam pirmame ligoninės skyriuje, prie įėjimo durų, paskirtas atskiras kabinetas, kuris kartu buvo naudojamas ir kaip auditorija užsiėmimams su studentais.

1993 metais katedros vedėjas doc. A. Ambrozaitis stažavosi Jungtinėse Amerikos Valstijose Viskonsino-Medisono universiteto Geriatrijos klinikoje ir Virusologijos laboratorijoje, kur pradėjo mokslinį bendradarbiavimą su prof. Stefanu Gravensteinu. Rezultatas – pradėtas naujas vakcinos nuo gripo efektyvumo tyrimas vyresnio amžiaus asmenims Lietuvoje. Docentas organizuodavo darbo grupes ir važiuodavo į įvairių miestų vyresnio amžiaus žmonių pensionatus. Juose pensionatų gyventojus skiepydavo bandomąja vakcina nuo gripo ir placebu. Rezultatai buvo viešinami ir vertinamas vakcinos efektyvumas Amerikos klinikoje. Panašus tyrimas atliktas ir su inhaliacinio zanamiviro preparatu gydant gripą. Tyrimas tęsėsi iki 2000 metų.

1994 metais klinikoje parengta 2 metų tretinio lygio infekcinių ligų programa, kurią pirma įvykdė gyd. J. Urbonienė (1998 metai).

1995 metais doc. A. Ambrozaitis Vilniaus universitete sėkmingai apgynė habilituoto daktaro disertaciją *Hepatito C epidemiologiniai ir klinikiniai aspektai Lietuvoje (1990–1994)*.

1995 metais suremontuotas klinikos vedėjo kabinetas. Jis išplėstas ir sujungtas su mažu sekretorės kabinetu. Kabinete pastatytas naujas, gražus stalas, įrengtas originalus apšvietimas, įmontuotos sieninės spintos su stelažais knygoms ir byloms laikyti. Sekretorė laborantė iškelta į apatinį pirmojo aukšto klinikos kabinetą. Ryšys palaikomas paraleliniu telefonu viršininkas–sekretorė.

1995 metais klinikoje vyko daug hepatito ir gripo klinikinių tyrimų, todėl buvo įdarbinta dar viena laborantė Irina Oblivanec. Pagrindinis jos darbas buvo laboratorijoje, bet ten nebuvo vietos, tad jai pastatytas stalas apatiniame dėstytojų kambaryje. Jame visai kitaip sustatyti stalai, originaliai įrengtas apšvietimas, sumontuota daug metalinių stelažų. Turėjo čia stalą ir vedėjas, prie kurio dirbo tada, kai buvo remontuojamas jo kabinetas.

Galutinai įsikūriau Diagnostikos skyriaus pirmojo aukšto kabinete, nes nuolat konsultavau ir globojau šį padalinį. Šioje patalpoje užsiiminėjau su studentais, egzaminavau ir konsultavau juos. Kartais konsultuodavau ligonius. Šis kabinetas buvo ir auditorija, ir mano darbo kabinetas. Jame ant sienų pritvirtino dekoratyvines lentas, ant kurių pakabinome daugybę plakatų. Jų skaičius nuolat didėjo, nes už praleistus užsiėmimus studentas, užuot atsiskaitęs, galėjo nupiešti plakatą. Manau, kad toks metodas studentams padeda geriau įsisavinti dėstomą dalyką.

Doc. J. Ūsaitis laisvu nuo dėstymo studentams laiku būdavo hepatitų ir viduriuojančių ligonių skyriuje, nuolat kuravo sergančius hepatitu ligonius. Doc. E. Sakalinskienė vadovavo antrajam skyriui ir gydytojų kabinete turėjo darbo stalą. Abu docentai su studentų grupėmis užsiiminėdavo auditorijoje prie vedėjo kabineto arba ligoninės konferencijų salėje. Popietiniu laiku šioje salėje buvo skaitomos paskaitos visam studentų kursui. Šioje patalpoje visada vykdavo gydytojų tobulinimosi kursai.

Bendrame klinikos kabinete liko dirbti tik sekretorės. Jame klinikos vadovas organizuodavo pedagoginio personalo susirinkimus, kartais užsukdavome išgerti kavos iš aparato arba arbatos.

1995 metais doc. A. Ambrozaitis išrenkamas Lietuvos infektologų draugijos pirmininku. Jis labai aktyviai organizuodavo jau pradėtas tradicinėmis tapusias visos Lietuvos infektologų konferencijas Palangoje. Į jas kviesdavo atstovus ir iš kitų šalių. Dalyviai buvo apgyvendinami Kauno instituto, o vėliau ir Vilniaus universiteto poilsio namuose. Atsimenu, visi buvo patenkinti, nes dalyvaudavo įdomioje konferencijoje, o po to dar porą dienų ilsėdavosi prie jūros.

1996 metais Vilniaus medicinos draugija apdovanojo doc. habil. dr. A. Ambrozaitį ir dr. M. Mauricą garbės raštais už įdiegtą gydymą hepatito C rekombinantiniu žmogaus interferonu.

1997 metais Infekcinių ligų klinikoje asistente įdarbinta L. Balčiūnienė. 1989 metais ji baigė Vilniaus universiteto Medicinos fakultetą, o 1993 metais įgijo gydytojo gastroenterologo specialybę.

1997 metais baigė veikti Gamtinių židininių infekcijų laboratorija (vadovas prof. L. Motiejūnas). Vietoj jos 1998 metais Medicinos fakulteto Vivariumo pastate doc. habil. dr. A. Ambrozaitis įkūrė Virusologijos laboratoriją, kuri priklausė Infekcinių ligų klinikai. Dirbti laboratorijoje pradėjo A. Stiklerytė. Laboratorijos atidarymas buvo didelis laimėjimas gerinant ligoninėje virusinių infekcijų diagnostiką. Įkurti laboratoriją investicijomis padėjo Vakarų mokslininkai ir įmonės. Atsirado galimybė atlikti bendrus mokslinius tyrimus.

1998 metais įvyko Baltijos šalių infekcinių ligų kongresas. Renginio pagrindinis organizatorius buvo doc. habil. dr. A. Ambrozaitis. Jam padėdavo Vilniaus infektologų draugijos valdybos nariai, klinikos darbuotojai, nemažai talkino ir AIDS centro darbuotojai su vadovu S. Čaplinsku. Kongresas vyko 2 dienas Lietuvos operos ir baleto teatre. Jame dalyvavo ne tik Lietuvos infektologai, bet ir gausus būrys užsieniečių. Konferenciją aplankė Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto dekanas prof. G. Česnys. Išklausyta daug įdomių pranešimų iš įvairių šalių. Neoficialioji dalis vyko paskutinę dieną Vilniaus rotušėje su koncertu ir vaišėmis. Pagrindinės lėšos kongresui gautos iš Europos Sąjungos fondo. Toks kongresas vykdavo kas dvejus metus Baltijos šalių posovietinėse respublikose. Pirmasis toks kongresas įvyko 1994 metais Tartu (Estija), antrasis – 1996 metais Rygoje (Latvija).

1998 metais klinikos vadovui doc. habil. dr. A. Ambrozaičiui suteiktas pedagoginis profesoriaus vardas.

1999 metais į pensiją išėjo ir baigė dirbti doc. E. Sakalinskienė.

2000 metais formaliai į pensiją išėjo doc. J. Ūsaitis, tačiau jis dar ilgus metus dalyvavo ligoninės vizitacijose. Docentu jis dirbo 41 metus. 1962 metais katedroje įsteigti gydytojų tobulinimo kursai, kuriems vadovavo J. Ūsaitis dar nebūdamas docentu. Šia veikla jis užsiiminėjo visą laiką, ilgus metus buvo Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Gydytojų tobulinimo fakulteto tarybos narys. Apsigynęs disertaciją, jau po 2 metų J. Ūsaitis išrenkamas docentu. Visą laiką katedroje, o vėliau klinikoje buvo vedėjo dešinioji ranka. Gerai mokėjo vokiečių kalbą, puikiai valdė plunksną, paskelbė 66 straipsnius. Docentas buvo prof. P. Čibiro vadovėlio trečiojo leidimo bendraautoris, parašė knygos *Klinikinė gastroenterologija* skyrių apie virusinius hepatitus, išleido 3 metodinius mokymo leidinius.

Doc. J. Ūsaitis buvo puikus konsultantas, ypač klausimais dėl hepatitų, tęsė šį darbą ir išėjęs į pensiją. Būdamas pensijoje, vesdavo vieną kitą užsiėmimą su gydytojų tobulinimo grupėmis.

Doc. J. Ūsaičio etatas liko laisvas, todėl prof. A. Ambrozaitis jį užimti pasiūlė gyd. A. Marcinkutei. Ji turėjo pradėti dėstyti visu etatu universitete, o ligoninėje galėjo dirbti tik antraeilininke. A. Marcinkutė nesutiko užimti laisvo etato ir liko dirbti klinikoje, užėmė antraeiles pareigas.

2000 metais paskelbtas konkursas Vilniaus universiteto Infekcinių ligų klinikoje asistento pareigoms užimti. Konkursą laimėjo gyd. Raimonda Matulionytė. 1991 metais ji baigė Kauno medicinos akademiją. 1997 metais įgijo infekcinių ligų gydytojo specialybę, dirbo Kauno infekcinių ligų klinikoje. Gyd. R. Matulionytė nuo 1994 iki 2000 metų kelis kartus stažavosi Lilio universitete ir Turkueno universiteto Infekcinių ir keliautojų ligų klinikoje (Prancūzija). Jai įsidarbinus klinikoje, susiformavo draugiškas ir darbštus dėstytojų kolektyvas.

2001 metais infekcinių ligų doktorantūros studijas baigė gyd. Daiva Radzišauskienė. Ji apsigynė daktaro disertaciją *Gripo klinikinė charakteristika ir epidemiologinė kontrolė pagyvenusių žmonių bendruomenėje*. Darbui panaudota medžiaga, gauta atliekant klinikinius tyrimus su nauja amerikietiška vakcina nuo gripo. Šiuose tyrimuose gyd. D. Radzišauskienė aktyviai dalyvavo.

2001 metais buvau jau pensinio amžiaus. Klinikoje dėstytojams neužteko pedagoginio krūvio valandų, jų pritrūko epidemiologijai dėstyti, todėl teko atsisakyti 0,5 etato. Tai neigiamai atsiliepė mano pajamoms, nes dar nebuvau baigęs statybų. Pradėjau dirbti 0,5 etato Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Mikrobiologijos skyriuje, kur labai trūko dėstytojų. Infektologui mikrobiologija yra artima specialybė, o ir studentai jau supažindinami su infekcinėmis ligomis ir jų diagnostika. Sunku dėstyti nebuvo, tik kartais sudėtinga buvo rodyti tepinėlius mikroskopais, kurie buvo pasenę.

Tais pačiais 2001 metais iš darbo išėjo laborantė D. Niaurienė. Ją pakeitė Joana Lukševičiūtė, prieš tai dirbusi Vilniaus universiteto Medicinos fakultete dekano prof. G. Česnio sekretore. Ji greitai susidraugavo su visu kolektyvu, tapo reikalinga darbuotoja. J. Lukševičiūtė kruopščiai ir atsakingai tvarkydavo klinikos raštus, ataskaitas, spausdindavo straipsnius. Ji aktyviai dalyvavo vakcinų ir preparatų bandymuose. Mėgdavo skoningai organizuoti klinikos pobūvius ir visada atėjusiems siūlydavo puodelį kavos.

2001 metais vadovas prof. A. Ambrozaitis pakvietė klinikos darbuotojus į sodą, kuris buvo Neries ir Žeimenos upių santakoje. Graži vieta. Anksčiau priklausė jo tėvui, kuris irgi dalyvavo kartu su giminaičiais pobūvyje. Sode jau buvo pastatytas vasarnamis. Puikiai pabendravome, pasivaikščiojome vadinamuoju beždžionių tiltu.

2001 metais vyriausiasis gydytojas A. Šilys aplankė mano darbo vietą auditoriją, kuri jam labai patiko. Po kelių mėnesių mane perkėlė dirbti į dabartinio pirmojo skyriaus kabinetą, kuris buvo šalia doc. K. Žagmino. Patalpa buvo mažesnė, bet ir čia įrengiau, nors mažesnį, bet neblogą mokymo kambarį. Ant sienų irgi prikalė dekoratyvines lentas plakatams pakabinti. Mano buvusiame kabinete trumpam įrengė palatą ligoniams, o vėliau elektrokardiografijos ir gydytojos otolaringologės (Vidos Šilienės) kabinetą.

2001 metais R. Matulionytė savo bute Pylimo gatvėje pasidarė originalų remontą. Ji pakvietė visus klinikos pedagogus į suremontuotą butą, ten maloniai pabendravome, buvome skaniai pavaišinti.

2002 metais Visuomenės sveikatos studentų dėstymas buvo perkeltas į Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutą, įsikūrusį fakulteto patalpose. Doc. K. Žagminas pradėjo eiti pagrindines pareigas, jam skirtas kabinetas. Infekcinių ligų klinikoje jis liko dirbti 0,25 etato ir dėstė epidemiologijos kursą gydomosios specialybės studentams.

2002 metais rugsėjo 1 dieną prie Infekcinių ligų klinikos prijungtas Mikrobiologijos skyrius ir įkurta Infekcinių ligų ir mikrobiologijos klinika. Kodėl taip nutiko? Todėl, kad buvo jungiamos klinikos Medicinos fakultete. Infekcinių ligų dėstymas prasideda jau dėstant mikrobiologiją, kas labai logiška. Kadangi doc. K. Žagminas perėjo dirbti į kitą padalinį ir liko 0,5 docento etato, todėl vėl pradėjau dirbti visu etatu.

2002 metais asistentė R. Matulionytė Vilniaus universitete apsigynė daktaro disertaciją *ŽIV užsikrėtusių pacientų visuomenėje įgytos pneumonijos*. Dirbo ligoninėje ir ambulatoriškai užsiiminėjo ŽIV užsikrėtusių pacientų gydymu.

2002 metais Infekcinių ligų klinikoje keitėsi dėstomų studijų programos, sumažėjo auditorinių valandų skaičius. Sudaryta nauja studijų programa slaugytojams (16 auditorinių valandų ir 32 praktinių darbų valandos). Baigus šias studijas, buvo galima dirbti vyriausiomis slaugytojomis. Pagrindinei specialybei – užkrečiamos ligos ir epidemiologija – skirta 32 val. paskaitų ir 88 val. pratybų kiekvienai grupei. Dar 32 val. skirtos infekcinių ligų ir epidemiologijos studijoms odontologijos specialybės studentams. Visuomenės sveikatos mokymo programai (Epidemiologijos

pagrindai, infekcinių ligų profilaktika) skirta 8 val. paskaitų ir 38 val. pratybų.

2002 metais laborantė I. Oblivanec ištekėjo ir tapo Irina Krasavceva.

2003 metais kovo 6 dieną asistentė L. Balčiūnienė Vilniaus universiteto Medicinos fakultete apgynė daktaro disertaciją *Hepatito C viruso dinamika taikant indukcinę arba standartinę alfa interferono terapiją sergantiems lėtiniu hepatitu C: įtaka stabiliam gydymo atsakui ir ryšys su viruso genotipu*. Tema buvo aktuali ir ja anuomet labai domėtasi. Tais pačiais metais L. Balčiūnienė tapo Infekcinių ligų klinikos lektore.

2004 metais Palangoje vietoj kasmetės konferencijos įvyko Šiaurės Baltijos infektologų kongresas. Dalis lėšų kongresui dar gauta iš Europos Sąjungos fondų. Kaip Baltijos šaliai tai buvo didelis pasiekimas. Vėliau Europos Sąjungos finansavimas buvo nutrauktas. Prieš tai kongresas 2000 metais vyko Taline, 2002 metais – Sankt Peterburge.

Į visus kongresus prof. A. Ambrozaičio dėka dalyviai iš įvairių miestų vykdavo autobusu. Kongreso dalyviai ne tik išklausydavo pranešimus, bet jiems buvo organizuojamos ir apžvalginės ekskursijos po miestą, istorinius objektus. Man teko dalyvauti beveik visuose kongresuose, o dviejuose iškabinau stendinius pranešimus (difterijos, rožės tema). Palangos kongresas buvo kuklesnis negu Vilniaus, bet gana įdomus. Jam pirmininkavo prof. A. Laiškonis, o prof. A. Ambrozaitis jį pavadavo. Kongresas baigėsi kaip visada pobūviu ir ekskursijomis svečiams.

2004 metais lektorė L. Balčiūnienė pakvietė visą Žvėryno ligoninės pedagoginės klinikos personalą į naują 4 kambarių butą. Patalpos padarė įspūdį modernumu, virtuvė buvo sujungta su pagrindiniu kambariu, butas be koridoriaus. Iš pagrindinės didelės kambario ir virtuvės zonos buvo galima stebėti puikią miesto panoramą. Maloniai pabendravome, skaniai pavalgėme, pasigrožėjome savotišku židiniu.

2005 metais asistentė R. Matulionytė tapo docente. Tais pačiais metais spalio 15 dieną ji ištekėjo. Vestuvių ceremonija įvyko Kretingos bažnyčioje, šventė vyko Palangos restorane *Vandenis*. Buvo labai smagu. Atvažiavusiems dalyviams buvo užsakytas viešbutis. Iškilmės tęsėsi ir kitą dieną restorane Basanavičiaus gatvėje.

2005 metais lapkričio mėnesį Vilniaus universiteto senate buvo patvirtinta 4 metų programa infektologų rezidentams. Sudarant programą dalyvavo prof. A. Ambrozaitis, doc. R. Matulionytė, bet daugiausia dirbti teko man. Rezidentai turėjo aplankyti daugybę klinikų, bet ilgiausiai dirbti įvairiuose Infekcinės ligoninės skyriuose, budėti. Man teko juos skirstyti po skyrius, prižiūrėti, pagelbėti budėjimuose. Be to, į kliniką nuolat ateidavo ir kitų specialybių rezidentų, kuriuos taip pat turėjau skirstyti po skyrius, kontroliuoti jų darbą. Savaitės pabaigoje rengdavau seminarus, susidėliodavome svarbiausius akcentus, tikrindavau atnaujintas žinias.

2006 metais, sėkmingai baigusi infekcinių ligų rezidentūrą, į mūsų kliniką asistente įdarbinama Birutė Zablockienė. Nuo 2002 metų, dar būdama Ročkaite, ji dirbo gydytoja Infekcinės ligoninės Priėmimo skyriuje.

2006 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakultete tęsėsi klinikų jungimas į didesnius padalinius. Prie Infekcinių ligų ir mikrobiologijos klinikos prisijungus Dermatovenerologijos centrui, pasikeitė ir pavadinimas – Infekcinių ligų, dermatovenerologijos ir mikrobiologijos klinika. Jos vadovu išrinktas prof. A. Ambrozaitis. Dermatovenerologijos centras buvo įsikūręs netoli nuo Santariškių miestelio, J. Kairiūkščio gatvėje. Dermatovenerologijos centro pastatas pastatytas Genovaitei Stanislavai Lapinskaitei būnant Respublikinės dermatovenerologijos ligoninės direktore. Pats centras įkurtas 1993 metais Bokšto gatvėje. Jame iki 1999 metų vadovavo prof. G. Balevičienė. Po to centrui vadovavo doc. I. Marčiukaitienė. 2007 metais vadove išrinkta talentinga lektorė, mokslų daktarė Matilda Bylaitė (vėliau tapo prof. M. Bylaite-Bučinskiene). Padidėjus klinikai, bendri susirinkimai vyko ne tik Infekcinės ligoninės posėdžių salėje, bet ir dermatovenerologijos centre J. Kairiūkščio gatvėje. Iki to bendri susirinkimai su mikrobiologais, kuriems vadovavo lektorius Pranas Žlabys, buvo tik Infekcinės ligoninės patalpose. Mikrobiologai aktyviai dalyvaudavo kasmetėse infektologų konferencijose Palangoje.

2007 metais lektorė L. Balčiūnienė konkurso būdu išrinkta docente.

2008 metais gegužės mėnesį iškilmingai paminėtas prof. A. Ambrozaičio 60 metų jubiliejus. Iškilmės įvyko Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Didžiojoje auditorijoje. Svečių susirinko pilna auditorija. Skaičiau pagrindinį pranešimą. Papasakojau Infekcinių ligų, mikrobiologijos ir dermatovenerologijos centrų istorijas ir priminiau visą prof. A. Ambrozaičio darbo kelią, neaplenkdamas jo šeimos narių (tėvas – garsus profesorius rentgenologas, motina – žinoma mieste gydytoja pediatrė). Jubiliatą sveikino Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto dekanė prof. Z. Kučinskienė, padalinių vadovai, kitų klinikų atstovai, farmacijos įmonių darbuotojai, draugai. Viskas baigėsi puikiu furšetu.

2009 metais antrą kartą už Žilvino Jančoro ištekėjo L. Balčiūnienė. Ž. Jančoras buvo našlys, turėjo dukrą. Ligita augino 2 dukras. Susikūrė didelė darni šeima. Vestuvės vyko garsiame Vilniaus restorane *Boheme*. Vestuvėse dalyvavo visas klinikos personalas. Doc. R. Matulionytė su vyru atskubėjo iš kelionės tiesiai į šventę. Buvo labai smagu, daug šokome.

2009 metais prof. V. Budrys išleido antrąjį knygos *Klinikinė neurologija* leidimą. Prof. A. Ambrozaitis įpareigojo mane redaguoti šeštąjį neuroinfekcijų skyrių (p. 314–404). Dar pirmajam knygos leidimui parašiau apie meningokokinę infekciją ir poliomielitą. Su antruoju leidimu teko daug padirbėti, išsamiau aprašyti kai kurias neuroinfekcijas. Parazitines ligas redagavo gyd. A. Marcinkutė.

2009 metais Infekcinėje ligoninėje pradėjusiai dirbti laboratorinei įmonei *Antėja* buvo atiduota esanti prie klinikos vadovo auditorija. Vietoj jos pasiūlyta nelabai patogi, nemaža patalpa uždarytame antrame ligoninės skyriuje. Mums atrodė, kad pakeitimas įvyko dėl pablogėjusio ligoninės direktoriaus bendradarbiavimo su klinikos vadovu.

2010 metais išleista didelės apimties (816 p.) knyga *Infekcinių ligų vadovas*. Knygos sudarytojas ir mokslinis vadovas – prof. A. Ambrozaitis. Knygą sudarė 19 autorių – Vilniaus ir Kauno pedagogai, dermatovenerologai, mikrobiologai, ftiziatrai, epidemiologai, farmakologai. Jų pavardės paminėtos knygos pradžioje ir skyriuose prie ligų aprašymų. Man teko aprašyti meningokokinę infekciją, difteriją, rožę, epideminį parotitą, poliomielitą. Ligų išdėstymas sudėtas prisilaikant šiuolaikinės pasaulinės klasifikacijos. Knyga papildė ir pakeitė jau kiek pasenusį prof. P. Čibiro vadovėlį, kuris buvo orientuotas į studentų auditoriją, jų mokymo programą.

2010 metais naujame name mane aplankė artimi bendradarbiai ir ligoninės laboratorijos vedėja Jūratė Kirslienė. Pabendravome, man buvo ypatingai malonu.

2011 metais gegužės mėnesį Vilniaus infekcinė ir tuberkuliozės ligoninė tapo Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų filialu, kuriame buvo patvirtinta nauja struktūra – Infekcinių ligų centras. Jos direktoriumi 2011 metais rugsėjo 21 dieną išrinktas prof. A. Ambrozaitis. Tiesa, jo vadovavimas buvo ribotas, nes dar dirbo ligoninės administracija. 2016 metais ligoninei galutinai susijungus su Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikomis, labai sustiprėjo skyrių vadovavimas. Tiesa, jautėsi buvusio direktoriaus A. Šilio įtaka, nes jis dar kurį laiką buvo Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų generalinio direktoriaus patarėjas.

2011 metais laborantė I. Krasavceva įgijo naują mediko specialybę ir išėjo iš darbo. Jos nauja darboviete tapo Centro poliklinika. Laborantės J. Lukševičiūtės darbas padvigubėjo, jai skirtas reikalų tvarkytojos etatas, o dar vėliau – administratoriaus pareigos.

Nuolatinis Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto pertvarkymas vėl palietė ir mūsų kliniką. 2012 metais vasario mėnesį klinikos mikrobiologijos skyrius perkeltas į Laboratorijų medicinos centrą fakultete, o vietoj jo prijungti Pulmonologijos ir alergologijos (vadovas prof. dr. Edvardas Danila) ir Krūtinės ligų (vadovas doc. habil. dr. Ričardas Janilionis) centrai. Įkurta Infekcinių, krūtinės ligų, dermatovenerologijos klinika, kurios vadovu išrinktas prof. A. Ambrozaitis. Kadangi mūsų centro bazėje buvo infekcinė ir tuberkuliozės ligoninė, pulmonologijos centro prijungimą galima suprasti, bet chirurginės krūtinės ligų... Bendravimas tokiame centre apsiribodavo 2 arba 3 susirinkimais per metus, dažniausiai Infekcinėje ligoninėje, rečiau dermatovenerologijos centro patalpose. Dauguma centro darbuotojų mokslo metų pabaigtuves susirinkdavo paminėti miesto restorane. Neformalūs ryšiai su mikrobiologais tęsėsi, jų atstovai dalyvaudavo Palangos infektologų konferencijose. Agnės Kirkliauskienės ir Tomo Kačergio disertacijų vadovas buvo prof. A. Ambrozaitis. T. Kačergio mokslinio tyrimo medžiaga gripo tematika buvo panaudota mūsų centro asistentės B. Zablockienės disertacijoje.

2012 metais pirmojo gastroenterologijos skyriaus remonto metu mano kabinetas-auditorija buvo sujungtas su buvusio K. Žagmino kabinetu. Išėjo puiki salė užsiėmimams su studentais. Mane perkraustė į nedidelį kabinetą, esantį jau nebeveikiančio antrojo skyriaus pastate, šalia jau anksčiau perkrautos auditorijos. Kabinetas buvo daug mažesnis, jame galėjau užsiiminėti tik su rezidentais. Visi plakatai netilpo, juos pakabinau gretimame kabinete. Jame pastačiau ir netilpusius kabinete stalus. Su studentais, kurių daugėjo ir ateidavo dvi grupės iš karto, užsiiminėjau naujoje auditorijoje. Mano nuomone, dėstymas dviem grupėms vienu metu prastesnis negu vienai grupei. Doc. R. Matulionytės kabinetas buvo greta ir gerokai didesnis, su laiku jis visą laiką tobulintas.

Naują auditoriją-salę popietiniu laiku naudojo ligoninės skyrius susirinkimams ir įvairiems renginiams.

2012 metais K. Žagminui suteiktas profesoriaus vardas.

2013 metais prof. A. Ambrozaitis pakvietė Infekcinių ligų centro pedagoginį personalą ir prof. K. Žagminą į savo sodo namelį, kuriame radome ir profesoriaus žmoną. Sodo namelis šiuolaikiškai restauruotas, įrengta suomiška pirtis. Vasarnamis puikiai atrodė. Maloniai pabendravome, šeimininkas iškūreno pirtį, bet ja pasinaudojome tik mudu su profesoriumi, kiti šnekučiavosi ir vaišinosi skaniais valgiais.

2014 metais rugpjūčio 31 dieną pabaigiau pedagoginį darbą. Beveik visada išvykus klinikos vadovui, man tekdavo jį pavaduoti ir dalyvauti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Mokslo taryboje. Balsuodamas visada laikiausi vedėjo rekomendacijos, jeigu jis to prašė. Profesorius A. Ambrozaitis įkalbinėjo mane parašyti prašymą dar dirbti 0,25 etato, bet tvirtai nutariau, kad, Vilniaus universitete išdirbus 35 metus ir artėjant 80-mečiui, dėstyti studentams tiesiog nepatogu. Infekcinėje ligoninėje dar kurį laiką likau dirbti konsultantu.

2015 metais sausio 15 dieną po 55 metų darbo su infekciniais ligoniais parašiau pareiškimą atleisti iš konsultanto pareigų. Klinikos ir ligoninės darbuotojai suorganizavo mano palydėtuves, nors jų ir nenorėjau. Vietoj dovanos man įteikė pinigų, kad užsisakyčiau savo portretą. Tai įvykdžiau dailininkės Silvijos Drebickaitės pagalba, kuri pasidalijo portretu savo feisbuko paskyroje.

Oficialiai nedirbau, bet į ligoninę, gal ne taip reguliariai, ateidavau.

Artėjant mano 80-mečiui, klinikos vadovas prof. A. Ambrozaitis SAM parašė prašymą suteikti man Lietuvos nusipelniusio gydytojo vardą. Iniciatorius buvo ir Seimo narys, buvęs SAM ministro pavaduotojas Antanas Vinkus. Pritarė mano kandidatūrai ir Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų generalinis direktorius Kęstutis Strupas.

2015 metais birželio 15 dieną Nusipelniusio gydytojo vardo diplomą ir medalį įteikė SAM viceministrė Laimutė Vaidelienė. Sveikinimo raštus nuo universiteto rektoriaus prof. A. Žukausko perskaitė prof. A. Ambrozaitis, o nuo Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikų generalinio direktoriaus – pirmoji pavaduotoja gyd. E. Jurevičienė. Pasveikino mane ir visi klinikos padaliniai, mikrobiologai, Kauno infektologų atstovas prof. Alvydas Laiškonis, rezidentai. Ligoninės ir klinikos darbuotojai sveikindami mane vėl įteikė pinigų. Galėjau galutinai padengti portreto išlaidas ir dar liko. Visiems dalyviams nuoširdžiai padėkojau ir pasiūliau pasivaišinti valgiais, kuriuos pateikė ir stalus serviravo restorano darbuotojai. Ligoninės direktorius A. Šilys atėjo tik į vaišes, nors apdovanojimui neprieštaravo.

Po jubiliejaus beveik kiekvieną dieną ateidavau į kliniką, konsultuodavau ligonius, dalyvaudavau vizitacijose, naudojausi mano esamame kabinete buvusiu kompiuteriu.

2016 metai klinikai buvo ypatingi, kadangi doc. L. Jančorienė ir doc. R. Matulionytė tapo profesorėmis.

Tais metais mane, ligoninės direktoriaus nurodymu, perkėlė iš atskiro kabineto į administracijos korpuse esantį bendrą klinikos kabinetą. Naujoje vietoje turėjau stalą, kompiuterį. Kartu persikėlė ir doc. J. Ūsaitis, kuris su manimi keliavo per visus kabinetus. Į mūsų kabinetą patalpino žurnalo *Sveikatos mokslai* darbuotojus, persikėlusius iš uždarytos Tuberkuliozės ligoninės.

Nesėkmingi buvo 2016 metai ir Žvėryno Infekcinės ligoninės administracijai, nes ją panaikino. Vadovauti visam padaliniui liko tik klinikos ir centro vadovas prof. A. Ambrozaitis.

2017 metais pagal Vilniaus universiteto statutą prof. A. Ambrozaičiui baigėsi laikas vadovauti klinikai ir jis negalėjo būti išrinktas dar kartą. Vietoj jo laikinai klinikos ir centro vadove iki rinkimų paskirta prof. L. Jančorienė. Vėliau konkurso tvarka ji buvo išrinkta vadove ir sėkmingai bei profesionaliai vadovavo kovai su COVID-19 epidemija Vilniaus universiteto ligoninės *Santaros* klinikose.

Prof. A. Ambrozaitis Infekcinių ligų klinikos vadovu dirbo 27 metus, iš kurių 15 vadovavo sujungtoms klinikoms. Gerai mokėdamas anglų kalbą, pirmenybę jis skyrė artimiems ryšiams su Vakarų šalių mokslininkais. Tobulindamasis įvairiuose kraštuose – nuo Japonijos per Europą iki Jungtinių Amerikos Valstijų – jis susidraugavo su Vakarų šalių mokslininkais. Pradėjo su jais tyrimus su gripo ir hepatito diagnostikos, gydymo bei profilaktikos preparatais. Vėliau tapo 3 Vakarų šalių Gydytojų draugijų valdybos nariu. Bendri su Vakarų mokslininkais tyrimai buvo naudingi ir finansiškai. Profesoriui pavyko įkurti Virusologijos laboratoriją.

Jis išaiškino hepatito C paplitimą ir net jo protrūkį Lietuvoje. Už tai 2 kartus apdovanotas Vilniaus medicinos draugijos diplomu. Prof. A. Ambrozaitis buvo solidžios infekcinių ligų knygos sudarytojas ir 3 spausdintų knygų bendraautoris. Jam vadovaujant parašytos ir apgintos 9 daktaro disertacijos. Be to, jis yra per 150 spausdintų straipsnių autorius arba bendraautoris.

Su dideliu entuziazmu ir atsakingumu A. Ambrozaitis organizuodavo Baltijos šalių kongresus ir Palangos konferencijas. Į jas buvo kviečiami profesoriai ir žymūs žmonės iš įvairių šalių, kurie skaitydavo įdomius pranešimus.

Organizuoti renginius finansiškai prof. A. Ambrozaičiui padėdavo farmacijos įmonės, su kuriomis profesorius palaikydavo gerus darbinius santykius. Jos parūpindavo transportą, prireikus išspręsdavo apgyvendinimo problemas. Infektologų draugijos nariams išvykos į Palangą, Kauną ir Baltijos šalių miestus kainuodavo minimaliai. Farmacijos įmonės labai mėgdavo Palangos konferencijas, todėl profesorius pakviesdavo jas padėti suorganizuoti. Daug konferencijų vykdavo *Vanagupės* viešbučio Konferencijų salėje. Vėliau farmacijos įmonėms remti konferencijas kurortuose buvo uždrausta. Dabar konferencijos organizuojamos Klaipėdoje, tik po senovei dauguma dalyvių tuo laikotarpiu gyvena Palangoje.

2018 metais gegužės mėnesį prof. A. Ambrozaičio 70 metų jubiliejus buvo atšvęstas Infekcinės ligoninės Konferencijų salėje. Susirinko labai daug žmonių, sujungtų klinikų atstovai, ligoninės padalinių darbuotojai. Pranešimą apie klinikos istoriją ir A. Ambrozaičio darbą skaitė laikinai einanti klinikos vadovo pareigas prof. L. Jančorienė. Jubiliatą sveikino daugybė žmonių. Po sveikinimų buvo perskaityti keli moksliniai pranešimai. Vaišės vyko vienoje didelėje buvusio direktoriaus patalpoje, pats mokslų daktaras A. Šilys nedalyvavo.

Man teko dalyvauti jubiliejuje, nors nuo 2017 metų dėl nuolat blogėjusios sveikatos vis rečiau ateidavau į kliniką ir tuo metu jau nebedalyvaudavau vizitacijose. Iškilmės buvo paskutinis kartas, kai atėjau į administracijos pastatą. Pirmą kartą į šį namą įžengiau 1945 metų pavasarį, kai mūsų šeima keletą mėnesių jame gyveno, nes tėvas tada buvo ligoninės direktorius. Man buvo 10 metų. Nuo to laiko praėjo 72 metai.

2019 metais asistentė B. Zablockienė Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Didžiojoje auditorijoje sėkmingai apgynė medicinos mokslų daktaro disertaciją.

Katedra, o vėliau **klinika**, kaip Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto padalinys, pradėjo savo veiklą nuo infekcinių ligų kurso (1944 metai), po 3 metų įkurta Infekcinių ligų katedra (1947 metai), kuri po 44 metų tapo klinika. Nuo pirmųjų infekcinių ligų paskaitų iki docento išrinkimo praėjo 14 metų (1958 metai), o pirmasis infekcinių ligų profesorius išrinktas po 26 metų (1970 metais). Žvėryne Infekcinių ligų klinika baigė savo veiklą su 4 profesoriais, iš kurių 1 paskutiniais metais dėstė dalyką tik 0,25 etato, nors profesoriaus vardas jam buvo suteiktas už dėstymą ir veiklą Infekcinių ligų klinikoje.

LITERATŪRA

1. Vilniaus medicinos istorijos almanachas. Vilnius, 2006, psl. 135–139.

Tuberkuliozės valdymo rekomendacijos Lietuvoje



Higienos institutas 2022 metais parengė metodines rekomendacijas *Operacinių žaizdų infekcijų prevencija*. Jose pateikiama informacija apie operacinių žaizdų infekcijų rizikos veiksnius ir jų prevencijos priemones.

Leidinys parengtas vadovaujantis mokslo įrodymais ir jais grįstomis kitų šalių rekomendacijomis. Metodinės rekomendacijos skirtos operacijose dalyvaujančiai komandai, tai yra gydytojams chirurgams, slaugytojams, anesteziologams, kitiems operacinės darbuotojams, sveikatos priežiūros darbuotojams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas pacientams pooperaciniu laikotarpiu, infekcijų kontrolės specialistams.



Leidinio nuoroda *https:///hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/2022/Rekomendacijos_Operaciniu_zaizdu_infekciju_prevencija_WEB.pdf.*

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

3rd BALTIC YOUNG INFECTOLOGISTS CONFERENCE

March 24–25, 2023
LATVIA

EIS EESTI INFEKTSIOONHAIGUSTE SELTS /EIS/
ESTONIAN SOCIETY FOR INFECTIOUS DISEASES /ESID/

LID Lithuanian Society for Infectious Diseases

LIHHASA
Latvijas Infektologu, Hepatologu un HIV/AIDS speciālistu asociācija

Dear infectologists, hepatologists, laboratory specialists and young doctors – prospective infectologists!

On behalf of the Latvian Infectologists, Hepatologists and HIV/AIDS specialists association (LIHHASA), I'm delighted to invite you to the 3rd Baltic Young Infectologists Conference to be held in Riga, Latvia from 24–25 of March, 2023.

Previous meetings gave us an opportunity to meet Baltic colleagues involved in different infectology areas, and to discuss the most important aspects of Hepatitis, HIV/AIDS problems, influenza, antibacterial resistance and other actual infectology topics. Now we are going to continue to cooperate and to share our experiences. Last 3 years has brought a lot of challenges because of COVID-19 infection and Monkeypox. Upcoming meeting will give an opportunity for our young colleagues to present their scientific works or interesting clinical cases, which will allow us to see the scientific tendencies from youngest colleagues, as well as experienced professors will present the State-of-art lectures. The conference will educate, inform and offer inspiration for future challenges.

I look forward to seeing you in our wonderful city Riga in next spring.

Sincerely
Ieva Tolmane
President of Organizing Committee

SAVE THE DATE!!!

Lietuvos infektologų draugijos darbo grupių iniciatyvų konkursas

Lietuvos infektologų draugija (LID) skelbia konkursą LID darbo grupių iniciatyvoms ir / ar pilotiniams 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 3 LID kraštų.

Projektų paraiškos teikimo terminas – iki šių metų gruodžio 1 dienos. Paraiškas siųskite elektroniniu paštu sekretoriatas@lid.lt.

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 21–28 dienomis),

Pasaulinės supratimo apie antibiotikus savaitės (lapkričio 18–24 dienomis) ir Europos supratimo apie antibiotikus dienos proga (lapkričio 18 diena).

Kreiptis elektroniniu paštu sekretoriatas@lid.lt.

Lietuvos infektologų draugijos iniciatyva – konkursas kvalifikacijos tobulinimo stipendijai gauti

Lietuvos infektologų draugija (LID) tęsia tradiciją 1 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 ir plačiajai visuomenei.

Paraiškos priimamos iki šių metų gruodžio 1 dienos elektroniniu paštu sekretoriatas@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 3 metus);
- pretendentui netaikomi jokie amžiaus apribojimai;
- pretendentas paraiškoje turi nurodyti visas įstaigas, su kuriomis jį sieja darbiniai santykiai;
- pretendentas turi pateikti per pastaruosius 2 metus iki paraiškos teikimo vykdytų veiklų, susijusių su infektologija, bet neįeinančių į tiesiogines pareigines nuostatas (darbą ligoninėje, universitete, privačioje asmens sveikatos paslaugų įmonėje, 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 infektologijos tematika; parengtos tezės ar stendiniai pranešimai; atspausdinti straipsniai infektologijos 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 2 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 nurodyti tvarka 3 renginius, į kuriuos pageidautų vykti, jeigu parama būtų paskirta.

In memoriam



RITA KLIMIENĖ (1960–2022)

Po sunkios ligos mirė ilgametė Kauno klinikinės ligoninės (dabar Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė) infekcinių ligų gydytoja R. Klimienė, savo gyvenimo metus paskyrusi pacientams ir studentams.

R. Klimienė gimė ir užaugo Kaune pedagogų šeimoje. Puikiais įvertinimais baigusi Kauno Jono Jablonskio gimnaziją, pradėjo studijas Kauno medicinos institute, kurį baigė 1985 metais. Nuo 1986 metų iki ligos dirbo infekcinių ligų gydytoja Kauno klinikinėje infekcinėje ligoninėje (dabar LSMU Kauno ligoninė).

Kartu dėstė Kauno medicinos universiteto (dabar Lietuvos sveikatos mokslų universitetas) ir Kauno aukštesniosios medicinos mokyklos (dabar Kauno kolegija) studentams infekcines ligas. Gydytoja domėjosi medicinos naujovėmis, parengė publikacijų, mokomosios literatūros. Aktyviai dalyvavo daugelyje mokslinių konferencijų ir buvo aktyvi Lietuvos infektologų draugijos narė.

Laisvalaikiu R. Klimienė labai mėgo keliauti, skaityti knygas, dirbti sode, eiti į teatrą, bendrauti. Kolegos prisimena, kad su gydytoja niekada nebūdavo nuobodu. Jos buvo pilna visur. Su vyru chirurgu užaugino du sūnus. Sunki liga sutrukdė tolesnius gydytojos planus.

Šviesus gydytojos atminimas išliks ją pažinojusiųjų atmintyje.

YVESAS MOUTON (1940–2021)

Nuo 1989 metų tapęs profesoriumi, Y. Mouton vadovavo Lilio universiteto Infekcinių ir keliautojų ligų klinikai (Prancūzija) iki 2006 metų, po to dar dirbo konsultantu iki 2009 metų, kol išėjo į pensiją.

Profesorius labai prisidėjo prie infekcinių ligų specialybės plėtros. Gerai įvertinęs žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) ligos plitimo mastą, ligoninėje įkūrė pacientų patikros ir priežiūros struktūras, kurios veikia iki šiol. Jis buvo Pasaulio sveikatos organizacijos ekspertas ŽIV klausimais. Žymus specialistas antibakterinio gydymo srityje daug prisidėjo prie naujų vaistų, ypač skirtų plaučių infekcijoms gydyti, pripažinimo.

Reiklus sau ir bendradarbiams, nenuilstantis vadovas buvo puikus dėstytojas. Visi studentai prisimena jo paskaitas, iliustruotas ryškiais pavyzdžiais ir humoru. Jo oratoriniai sugebėjimai reiškėsi ir per mokslinius susirinkimus, kur būdavo išgirstas ir gerbiamas. Jis išliko aktyvus iki 2009 metų, skaitė paskaitas viena iš mėgstamiausių temų – epidemijų istorija.

Y. Mouton mėgo kultūrą, meną. Jis nuolat rūpinosi pacientais ir jo tikslas buvo pacientų gerovė. *Stop SIDA* (iš pranc. stop AIDS) organizacijos įkūrimas buvo puikus to pavyzdys. Profesorius buvo žurnalo *Infektologijos laiškai* vyriausiasis redaktorius.

Y. Mouton labai nuoširdžiai rūpinosi ir padėjo stažuotojams iš Lietuvos, norintiems pasisemti žinių Turkueno ligoninėje, vėliau padėjo organizuoti konferencijas ŽIV tema



Lietuvoje, skaitė pranešimus Lietuvos infektologų draugijos metinėse konferencijose, labai prisidėjo prie Lietuvos ir Prancūzijos bendradarbiavimo tiek klinikinėje praktikoje, tiek mokslinėje veikloje. Jo vadovaujamoje klinikoje stažavosi per 17 gydytojų, slaugytojų ir akušerių iš įvairių Lietuvos miestų. 1993 metais Kaune įvyko pirmoji Prancūzijos gydytojų konferencija Rytų Europoje. Jo iniciatyva 1995 metais buvo pasirašyta Lilio universiteto ir Kauno medicinos universiteto bendradarbiavimo sutartis. Tai buvo pirmoji sutartis tarp Vakarų ir Lietuvos universitetų.

1998 metais Y. Mouton buvo apdovanotas Lietuvos didžiojo kunigaikščio Gedimino ordinu. 1999 metais Lietuvos infektologų draugija įvertino ypač didelį prof. Y. Mouton indėlį į infektologijos mokslo plėtrą šalyje, suteikė jam garbingą Lietuvos infektologų draugijos garbės nario vardą ir apjuosė lietuviška tautine juosta.

Y. Mouton palieka didžiulį netekties jausmą ir visais atžvilgiais nepaprasto žmogaus atminimą.