

GYDYTOJŲ žinios

2025 M. LAPKRIČIO 4 D.

Žvilgsnis į kitų metų PSDF biudžetą:

gyventi teks kukliai 2, 3

Stipendijomis paskatinti jaunieji mokslininkai 4, 5

Einama link personalizuoto gydymo ir priežiūros 6, 7

Sunku sureguliuoti besimptomę ligą... 7, 8

Žvilgsnis į kitų metų PSDF biudžetą: gyventi teks kukliai

Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdžiui svarstyti buvo pateiktas kitų metų PSDF biudžeto projektas. Jį pristatė Valstybinės ligonių kasos (VLK) direktorius Gytis Bendorius, jo pavaduotoja Tatjana Golubajeva, taip pat VLK Ekonomikos departamento direktorė Simona Adamkevičiūtė.

Pasak S. Adamkevičiūtės, projekte pateikiamos pajamos ir išlaidos: „Pradėti norėtusi nuo vykdymo. Gauname viršplaninių pajamų, tik vieną procentą. Tai 48 mln. eurų. Tai pačios mažiausios pajamos per pastaruosius metus. Matome, kad artėjame prie prognozių, kurias buvo paskelbusi Finansų ministerija.

BVP turėtų didėti 6,7 proc., šalies darbo užmokesčio fondas – 7,5 proc., 11 proc. didės MMA, prognozuojama, kad kitamet nedarbo lygis mažės nuo 7,1 proc. iki 6,8 proc. Prognozuojama, kad PSDF biudžeto pajamos turėtų augti 9,4 proc. Lietuvoje viešųjų išlaidų sveikatai BVP dalis ir toliau neviršys 5 proc. ribos, nors EBPO šalių vidurkis sudaro apie 7 proc. Privalomojo sveikatos draudimo taryba, pritardama pateiktam svarstyti 2026 m. PSDF biudžeto projektui, pateikė siūlymą: „2026 m. PSDF biudžeto svarstymo etapuose ieškoti galimybių sparčiau didinti metinę valstybės biudžeto įmoką už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį,

sudaryti 880 mln. eurų (20,4 proc. pajamų). Jo naudojimas yra ribojamas. 2026 m. bus leidžiama jo panaudoti iki 17,8 mln. eurų, jei Seimo nustatytas planas bus vykdomas 100 proc.“

Pajamų struktūra smarkiai nesikeičia. Anot VLK Ekonomikos departamento vadovės, visas augimas paremtas dirbančiųjų įmokomis (beveik 10 proc.) ir tam įtakos turi ne tik būsimas vidutinio darbo užmokesčio augimas bei „Sodros“ įstatymų pakeitimai. Išlaidų finansavimo didėjimas numatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistams. Paslaugų augimas numatytas apie 8 proc., vaistų – 19,4 proc. Gyventojų išlaidos yra didesnės

sio 1 d. ketinama užtikrinti, kad, pavyzdžiui, gydytojų pagrindinio darbo užmokesčio pastovioji dalis bruto etatui siektų ne mažiau kaip 2595 eurus, o slaugytojų, turinčių aukštąjį universitetinį išsilavinimą, – ne mažiau kaip 2076 eurus. Papildomai 15 mln. eurų numatyta bazinėms kainoms indeksuoti dėl infliacijos, 30 mln. eurų – skubios pagalbos paslaugų kompensavimui tęsti, 17 mln. eurų – šeimos gydytojų tyrimų ir skatinamųjų paslaugų plėtrai ir 11 mln. eurų – intensyviosios terapijos paslaugų klaste riui finansuoti.

Prevencinėse programose mato ma tam tikrų nevykdymų ir kitais metais numatomos lėšos



Visas viršijimas susidaro dėl dirbančiųjų PSD įmokų, valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai pervedami tiek, kiek buvo patvirtinta Seimo plano. Kitų pajamų gauname mažiau, tai priklauso nuo Europos Centrinio Banko palūkanų mažinimo. Kitais metais ekonomika augs 6–7 proc. Kartu su biudžeto projektu teikiamas ir Sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnio pakeitimo projektas. Atsižvelgiant į šį Socialinio draudimo įstatymo projektą, įmoka už vieną Valstybės lėšomis draudžiamą asmenį didėtų nuo 703,6 euro 2025-aisiais iki 780,69 euro 2026 metais. Kitais metais

siekiant mažinti šios įmokos atotrūkį nuo dirbančiųjų asmenų mokamų sveikatos draudimo įmokų. Planuojama, kad kitais metais PSDF biudžeto pajamos ir išlaidos sudarys apie 4,3 mlrd. eurų, tai 9,4 proc. (369 mln. eurų) daugiau nei 2025 m. patvirtintame biudžete. Lyginant su faktiniu šių metų pajamų vykdymu, biudžetas didėja 8 proc. (321 mln. eurų), todėl fondo galimybės papildomam sveikatos sistemos finansavimui išlieka ribotos. Rezervo dydis pastaraisiais metais pastovus – apie 20 proc. PSDF pajamų. Prognozuojama, kad 2026 m. fondo rezervas turėtų



nei Europos Sąjungos vidurkis. Daugiausia savo lėšų žmonės išleidžia būtent vaistams. Siekiama didinti išlaidas vaistams, kad būtų sumažinta gyventojų išlaidų dalis vaistams. Papildomos lėšos būtų skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Tai bazi nių kainų indeksavimas dėl šakos kolektyvinės sutarties įgyvendinimo. Įvyko derybos, pasirašytas susitarimas, su profesinėmis sąjungomis susitarta, kad bus siekiama padidinti atlyginimą mažiausiai uždirbantiems sveikatos sektoriaus darbuotojams. Numatytas pastoviosios dalies dydis – 2,5 koeficiento. Nuo sau-

šiek tiek mažesnės negu patvirtintas planas, bet didesnis nei laukiamas vykdymas. Panaudoti lėšas, kurios buvo nepanaudotos, negerai. Didžiausias nevykdymas yra kraujagyslių ligoms skirta prevencinė programa. Šiai programai lėšos bus skirtos pagal realų vartojimą. Kitos prevencinės programos vykdomos, jų finansinio ribojimo nėra. Jos išlieka prioritetu. Šakos kolektyvinei sutarčiai įgyvendinti skiriami 148 mln. eurų. Valstybės deleguotoms funkcijoms PSDF biudžete numatyta 188,2 mln.

Atkelta iš p. 2

eurų, iš kurių didžioji dalis bus skirta gyvybei gelbėti skirtoms paslaugoms – GMP, t. y. 21 mln. eurų (17 proc.) daugiau nei šiame. Valstybės biudžeto lėšomis užtikrinamas ir apmokėjimas kitoms valstybės funkcijoms, pavestoms finansuoti VLK: neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti ir būtiniosios nedraustų asmenų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Komiteto nariai pateikė nemažai klausimų. Komiteto pirmininkės pavaduotojas sakė, kad gerai, jog gydytojų ir slaugytojų atlyginimai didės ir kitamet, bet paslaugų įkainis nėra didinamas tiek, kad padengtų darbo užmokesčio didėjimą. Atsakydama į parlamentaro klausimą, S. Adamkevičiūtė priminė, kad lėšų poreikis yra apskaičiuotas pagal gydymo įtaigų pateiktus duomenis, pagal kiekvieną kategoriją, įvardytą šakoje: „Padidinama tik pastovioji dalis. Norėtusi, kad darbuotojai būtų saugūs ir gautų stabilesnį atlyginimą. Įstaigos vadovai turėtų pažiūrėti kintamąsias dalis. Patys įkainiai nėra apskaičiuoti. Netrukus mes patys sėsimės prie tų skaičių, kai bus priimtas patis PSDF biudžeto projektas.“

„Galiu užtikrinti, kad, kai skaičiuosime kainų indeksavimą, įtrauksime infliacijos ir atlyginimo didinimo koeficientus. Ar tos kainos visiškai atlieps darbuotojų lūkesčius – jau kitas klausimas. Mes remiamės pasirašytomis sutartimis. Tai, kas yra šakos sutartyje, viskas atspindėta kainose“, – pabrėžė VLK direktorius G. Bendorius.

Parlamentaras Linas Urmanavičius pateikė klausimą: „Ar neatneš kiti metai dar didesnio nuostolio gydymo įstaigose? Jau šiandien jose situacija nėra gera.“ G. Bendorius atsakydamas į klausimą teigė: „Jei geopolitinė situacija gerėja ir yra užsidegimas didinti PSDF fondo pajamas, šios problemos bus laikinos. Jei per kelerius metus fondo finansavimas reikšmingai nedidėja, tuomet reikės imtis optimizavimo darbų. Šiuo metu, kur mažiau atliekama paslaugų, gydymo įstaigos nepakankamai finansuojamos. Ten, kur yra daug paslaugų, atskirai paimtos paslaugos tarifas yra teisingas. Problema, kad nedidelėje ligoninėje nėra daug paslaugų (sakysime, insultų), negali išsilaikyti. Kai joje per metus yra 100 insultų atvejų, o ne tūkstantis.“



Viceministrė Laimutė Vaidelienė dar patikslino atsakymą: „Dabar apie pusę ligoninių turi minusinį biudžetą. Priežastys yra dvejopos. Vienos jų – administracinės organizacinės, kitos – paslaugų įkainiai, nedidelis kiekis pacientų tose įstaigose. Jei nebus finansavimo, teks rinktis. Diskusinis klausimas, ar mes stiprinsime nedideles ligonines regionuose, ar stiprinsime regioną. Jei kalbame apie regionų stiprinimą, būtų mintis, kad gal reikėtų organizuoti paslaugas regiono centre, tačiau gal tiek neinvestuoti į tas nedideles ligonines, kurios dažnai turi daug problemų dėl finansavimo ir pacientų trūkumo. Manau, kad dėl to teks ateityje diskutuoti. Bet tikimės, kad finansavimas vis dėlto didės ir po kitų metų.“

Lietuvos prezidento patarėja akademikė profesorė Sonata Jarmalaitė sakė norėjusi kalbėti optimistiškiau, bet, deja... „Sumažinti 10 mln. eurų prevencinėms programoms? Į kur mes grįžtame? Tektų prisiminti rekomendacijas Europoje. Išvengiama mirtingumas Lietuvoje yra vienas didžiausių pasaulyje. Kur mes gyvename, kad investuojame tiksliai į klasterius, pažengusias sunkiausias ligas? Seniai Europa teigia, kad ligų išvengti yra lengviausias kelias sutaupyti valstybės biudžetą. Jei nebūtume susitikę ir kalbėję su ligonių kasų vadovu, gal suprasčiau, bet susitikome ir kalbėjome. Taip, sistema neveikia, mes skiriame lėšas, bet 50 proc. gyventojų neateina. Ką mes padarėme, kad jie ateitų? Yra įvairių visuomeninių iniciatyvų, sakykime, pavėžėjimas.

Kalbamės su merais: „Pavėžėkite.“ Rajone, provincijoje nėra mamografų. Sprendimų reikia, būtinos ir lėšos, tai gal persikirstykime ir suaktyvinkime prevenciją, o ne vis daugiau pinigų skirkime ten, kur jau dega ir kur jau yra labai blogai. Kitas dalykas – regiono krepšelis. Taip, populiacija mažėja, sensta, demografija keičiasi – mažiau gimsta, ilgiau gyvena. Iš Europos ateina rekomendacijos, kaip keičiasi sveikatos sistema ir kaip reikia adaptuotis. Tai kur ta adaptacija? Regione bus kitos paslaugos, joms irgi reikės lėšų. Kalbant apie ilgalaikę integruotą priežiūrą, ten gydymo įstaigose vietoj chirurginių skyrių yra padarę slaugai skirtas palatas, toliau reikia daryti, nes daug tuščių erdvių ligoninėje yra likusių. Dabartinė politinė jėga daug kalba apie personalizuotą mediciną, net 10 kartų jų programoje ji paminėta. Ką ir kur toliau finansuosime? Parodyti, kad būsimie truputį geriau nei praeitais metais? Tai jau nebetinka, nes keičiasi demografinė situacija, keičiasi sveikatos paslaugos, poreikiai. Kur tas pokytis? Net turint tas pačias sumas galima būti efektyvesniems. Man norisi šiek tiek naujumo ir pokyčio, kitokio požiūrio, laukiama naujų idėjų“, – tokias mintis komiteto posėdyje išsakė Lietuvos prezidento patarėja akademikė prof. S. Jarmalaitė. Savo išvalgas ir pasiūlymus taip pat išsakė parlamentarai prof. Saulius Čaplinskas, Jurgita Sejonienė, Orinta Leiputė, taip pat POLA direktorė Neringa Čiakienė ir kt.

Kartu buvo pateikta informacija apie Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) biudžeto projektą.

Jį parlamentarams pristatė SAM Strateginio valdymo departamento direktorė Raimonda Janonienė. Anot jos, XXI Vyriausybės veiklos kryptys sveikatos srityje yra panašios kaip XIX Vyriausybės programos. Siekis yra įgyvendinti priemones, kurios prisidės prie vidutinės kokybiško ir sveiko gyvenimo trukmės ilginimo, taip pat didinti valstybės įnašą į PSD, t. y. už valstybės draudžiamus asmenis, stiprinti viešąjį sveikatos sektorių, mažinti eiles pas gydytojus, didinti GMP darbuotojų socialines garantijas, taip pat didinti konkurencingumą vaisių rinkoje ir išsaugoti sveikatos priežiūros tinklą bei paslaugas regionuose ir didinti darbo užmokesčių ypač slaugytojams. Veiklos prioritetai išlieka tokie, kokie buvo pristatyti XIX Vyriausybės programoje.

„Kitiems metams SAM skirtas vienas milijardas 734 milijonai. Tos lėšos apima visus finansavimo šaltinius: tai valstybės biudžeto, ES struktūrinio fondo lėšos, bendro finansavimo lėšos, taip pat planuojamos lėšos ir iš kitų finansinių mechanizmų. Gruodį planuojama pasirašyti Susitarimų memorandumą dėl Europos ekonominės erdvės ir Norvegijos finansinių lėšų. Preliminarus programos įgyvendinimo laikotarpis – 2025 m. gruodis–2032 m. balandis. Planuojamas biudžetas – 38,092 mln. eurų. Iš jų 32,378 mln. eurų skirta 14 atraminių ligoninių paruošti vykdyti nepertraukiamą veiklą esant ekstremaliajai situacijai ar kitai grėsmei. Iš šių fondo lėšų bus skiriama psichikos sveikatai stiprinti, skubios medicinos pagalbos komandų veikimui užtikrinti ir kt. Nuo šių metų iki 2029 m. pradėta antrojo Šveicarijos finansinio įnašo Lietuvai programa „Motinos ir vaiko sveikata bei gerovė“. Šios programos biudžetas – 34,2 mln. eurų. Jau įgyvendinamas I programos projektas, susidedantis iš dviejų priemonių: ambulatorinių akušerijos ir vaikų sveikatos priežiūros paslaugų, taip pat holistinių vaiko raidos paslaugų gerinimas. Valstybės biudžeto lėšomis 2026–2028 m. bus finansuojamas brangių medicinos priemonių atnaujinimas“, – R. Janonienė parlamentarams pristatė naujausius lėšų gavimo mechanizmus. Ji parlamentarus supažindino ir su Pažangos ir tęstinių priemonių finansavimu, SAM 2026–2028 m. biudžeto pokyčiais ir kt.

„Gydytojų žinių“ informacija.

Stipendijomis paskatinti jaunieji mokslininkai

Lietuvos mokslų akademijos prezidentas, remdamasis mokslų skyrių ekspertų komisijų siūlymais, 2025–2026 m. Jaunųjų mokslininkų stipendijas skyrė geriausiems jauniems humanitarinių, socialinių, gamtos, medicinos ir sveikatos, žemės ūkio ir technologijos mokslų

paraiškos: 13 humanitarinių ir socialinių mokslų, 64 fizinių, biomedicinos, technologijos ir žemės ūkio mokslų sričių. Biologijos ir medicinos srityse metinės stipendijos paskirtos Vilniaus universiteto (VU) mokslų daktarei Ugnei Kuliešiūtei už vykdomus tyrimus tema „Neuronų, glikokalikso mo-

„Kadangi visas neuronų paviršius padengtas cukrinių „medžių“ mišku, nuo to priklauso neuronų aktyvumas, ryšiai su kitais neuronais, tad galiausiai – smegenų funkcija. Tyrinėju sialo rūgšties vaidmenį smegenims vystantis ir tam tikrų ligų, pvz., epilepsijos, atveju. Tyrinėdama epilepsiją,

„Gydytojų žinios“ priminė, kad 2023 m. jai kartu su dr. Jonu Juozapaičiu buvo įteikta profesorius Virginijaus Šikšnio vardinė stipendija, kuri skiriama išskirtinius rezultatus tarptautiniu mastu pasiekusiems gyvybės mokslų mokslininkams.

Lietuvos mokslų akademijos jaunųjų mokslininkų stipendija paskirta ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Neuronų mokslų instituto Patologinių procesų farmakologinės reguliacijos ir vaistų metabolizmo tyrimų laboratorijos mokslo darbuotojai dr. Katrynai Pampuščenko. Jos tyrimų tema – „Fagocitinių procesų ir lėtinio uždegimo molekuliniai mechanizmai eksperimentiniuose neurodegeneracijos modeliuose“. Pasak akademikės profesorės Vilmantės Borutaitės, K. Pampuščenko yra labai puiki mokslininkė, aktyviai siekianti savo mokslinių tikslų. Ji vadovauja būsimiems doktorantams ir studentų moksliniais darbais. Jos tyrimų siekiuose – naujausi klinikiniai tyrimai, Alzheimerio ligos neurotoksiniam poveikiui smegenų ląstelių tolesni tyrinėjimai. 2022 m. jaunųjų doktorantų konkurse už atliekamus užląstelinio „Tau baltymo“ tyrimus ji pelnė pirmą premiją.

„Gydytojų žinių“ informacija.



Dr. K. Pampuščenko



Akademikė profesorė V. Borutaitė

sričių mokslininkams. Stipendijos skiriamos mokslininkams iki 35 metų, įgijusiems daktaro laipsnį, jų vykdomiems aktualiems moksliniams tyrimams remti.

Lietuvos mokslų akademijos jaunųjų mokslininkų stipendijų konkursui buvo pateiktos 77

lekuliniai žymenys, formuojantys neuronų tinklą ir jo aktyvumą žmogaus smegenyse“. Ši VU Gyvybės mokslų centro daktarė savo moksliniame darbe tyrinėja, kaip neuronų veikla priklauso nuo specifinės cukraus molekulės – sialo rūgšties.

bendradarbiauju su VU ligoninės Santaros klinikų neurochirurgais, todėl, pacientams sutikus, galiu tyrimams naudoti ne įvairius modelius, bet tiesiogiai vertinti pokyčius epilepsiniame žmogaus smegenų audinyje“, – pasakojo dr. U. Kuliešiūtė.

Tokie pokyčiai didins skaidrumą sveikatos sistemoje

Net keturių Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdžių prirėkė svarstant priemonių naikinimo klausimus. Net du posėdžiai buvo skirti klausy-

mams. Juose savo nuomones, samprotavimus ir pasiūlymus išsakė įvairių gydymo įstaigų (tarp jų ir privačių), taip pat asociacijų bei organizacijų atstovai.

Nemažai jų kalbėjo pacientų vardu ir teigė, kad šie sveikatos sistemos bei Sveikatos draudimo įstatymų kai kurių straipsnių pakeitimai pablogins situaciją,

net buvo manoma, kad dėl šių pakeitimų padidės gydytojų emigracija ir t. t.

Atkelta iš p. 4

Pirmajame posėdyje jau svarstant priemonų naikinimo klausimą, pirmą kartą komitete buvo išsakyta Prezidentūros nuomonė. Lietuvos Prezidento patarėja asmens ir visuomenės sveikatos klausimais akademikė profesorė Sonata Jarmalaitė pradėdama komiteto posėdį teigė: „Džiaugiuosi, kad per du papildomus klausymus visi išsakė savo nuo-



mones, diskusijų buvo daug. Sveikatos apsaugos ministerija ėmėsi iniciatyvos – išgrūpinti abu straipsnius, kur kalbama apie priemokas tam tikrose situacijose. Prezidentūros akimis, tai – socialinių netolygumų šalinimo priemonė. Valstybės laiduojamosse paslaugose priemonių neturėtų būti. Mes puikiai suprantame, kad PSDF biudžetas nėra begalinis ir vietomis tenka išsigrūpinti, straipsniuose, o ypač Sveikatos draudimo įstatyme, yra nurodyti punktai. Deja, odontologijos paslaugoms tenka patiems prisidėti. Tolimesni straipsniai kalba apie priemokas esant vaistų skyrimui, tam tikros išimties yra konkrečiai aprašytos. Prie sveikatos paslaugų mes matome raizgalynę. Jei bus patvirtinti siūlomi pakeitimai ir neturėsime priemonių už kitas paslaugas, taip pat turėsime konkretų sąrašą, kur tos priemonės yra reikalingos. Iš esmės matyti, kaip socialinio teisingumo atkūrimą, socialinių netolygumų šalinimo priemonę. Apsvarstius du pasiūlymus, kaip konkretų įstatymo straipsnį patobulinti, pritaria abiem, nors to iš principo būti negali. Teko klausimo svarstyme skelbti pertrauką ir prašyti Sveikatos apsaugos ministerijos pagalbos – išaiškinti ir patikslinti.“

Sveikatos reikalų komiteto pirmininkė Lina Šukytė-Korsakė spalio 15-osios posėdyje teigė, kad praėjusiame posėdyje sustabdė projekto svarstymą, įvyko susi-

tikimas su Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais.

„Susitikime sutarėme, kad bendrų priemonių neturi būti, komforto sąlygoms papildomos priemonės imamos. Ar reikia paslaugų sąrašo? Mūsų tikslas – mažinti netolygumus ir kad sąlygos būtų vienodos visiems pacientams“, – sakė sveikatos apsaugos ministrės patarėjas Nerijus Černiauskas.

Pasak komiteto posėdyje dalyvavusio sveikatos apsaugos viceministro Skirmanto Krunkaitis,

ma taip konstatuoti, nes viešosios gydymo įstaigos tai įvertino.“

„Nuo pat pradžios maniau, kad tai yra geras pasiūlymas, tačiau turėjau tam tikrų abejonių, kad dabar geras darbas – neprisidaryti nereikalingų problemų. Buvau tas, kuris palaikiau balsuojant praeitame komiteto posėdyje. Jau anksčiau buvo padaryti du esminiai kompromisai, kurie, manau, daug problemų išsprendžia. Kita pusė niekaip neatsako dėl argumento, kad priemonė yra



Viceministras S. Krunkaitis ir ministrės patarėjas N. Černiauskas

kartais eilės nusipirkimas sąskaitų, kurie pinigų neturi. Spekuliuodami tuo, kad medikai neturės teikti geresnių paslaugų. Tai jie turės! Tie, kurie, pasak kolegės parlamentarės Jurgitos Sejonienės, gali kirpykloje susimokėti 100 eurų, manau, kad sėkmingai galės susimokėti ir tą dalelę, kurią prideda PSDF. Siūlau neabsoliutinti Konstitucinio Teismo sprendimų. Puikiai suprantame, kad jie didžiule dalimi politizuoti. Dabar susibūrusi laikinoji Seimo narių grupė, kuri galvoja, ką dėl to reikėtų padaryti. Pagalvokime apie daugumą Lietuvos žmonių, o ne apie tuos, kurie gali gydytis ir gauti paslaugas privačiose gydymo įstaigose“, – tokias mintis komiteto posėdyje išsakė parlamentaras Rimas Jonas Jankūnas.

Atviru balsavimu komiteto nariai įvertino kai kurių Seimo narių šiam projektui pateiktus pasiūlymus. Parlamentarės Orinta Leiputė ir Jurgita Šukytė siūlė leisti pacientams savo lėšomis sumokėti už nemedicines aptarnavimo paslaugas. Pasak komiteto narės O. Leiputės, tokia galimybė turi būti pagal ministro patvirtintą paslaugų sąrašą ir metodiką. Nemedicinių paslaugų įkainius turėtų apsiskaiciuoti gydymo įstaiga. Siekiant apriboti galimybę piktnaudžiauti įstatyme turi būti aiškiai nurodyta, kad paciento lėšomis apmokamos nemedicininės aptarnavimo paslaugos gali būti teikiamos tik tuo atveju, jei-

gu jam suteikiama galimybė tuo pačiu metu toje pačioje sveikatos priežiūros įstaigoje nemokamai gauti visos apimties gydymo paslaugas, įskaitant nemedicininį aptarnavimą. Pagal siūlomą projektą pacientas, pageidaujantis gauti mokamas nemedicines aptarnavimo paslaugas, turėtų tai patvirtinti raštu. Šiam parlamentarių pateiktam pasiūlymui komiteto nariai pritarė. Komiteto nariai nepritarė J. Sejonienės, taip pat ir Lino Urmanavičiaus

siūlymams palikti galimybę pacientams prisidėti prie gydymo iš savo kišenės. Bet komiteto nariai pritarė Seimo narės konservatorės Giedrės Balčytės pasiūlytai nuostatai: po metų nuo naujo įstatymo įsigaliojimo kas pusmetį Sveikatos apsaugos ministerija Sveikatos reikalų komitete turės pristatyti sveikatos paslaugų prieinamumo analizę. Ji turėtų apimti tokius rodiklius kaip paslaugų laukimo trukmė, teritorinis jų pasiekiamumas, sveikatos priežiūros specialistų prieinamumas, skaitmeninių sveikatos paslaugų naudojimas. Šioje analizėje taip pat turėtų būti nurodyta, ar medicininės paslaugos prieinamos pažeidžiamų grupių gyventojams. Komiteto posėdyje atviru balsavimu balsavo šeši komiteto nariai, trys (J. Sejoninė, L. Urmanavičius, J. Šuklin) buvo prieš. Tad po ilgų diskusijų Seimo Sveikatos reikalų komitete parlamento plenarinę salę pasieks patobulintas, šiek tiek sušvelnintas įstatymo pataisų variantas.

Komiteto nuomone, siūlomi pakeitimai padės sustiprinti pacientų teises, aiškiau reglamentuos medicinos pagalbos teikimo tvarką ir užtikrins, kad žmonės gydymo įstaigose daugiau nesusidurtų su papildomais mokesčiais už tas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jau sumokėta PSDF lėšomis.

„Gydytojų žinių“ informacija.

Einama link personalizuoto gydymo ir priežiūros

„Krūties vėžio žinomumo mėnuo: personalizuotas požiūris, inovatyvūs sprendimai, kokybiškas gyvenimas“ – tokia tema spaudos konferencija bei diskusija vyko Seime. Ją organizavo parlamentaras prof. Saulius Čaplinskas drauge su Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija (POLA), Nacionaliniu vėžio centru (NVC), Kauno klinikomis, Klaipėdos universiteto ligonine ir šeimos gydytojų profesine sąjunga.

Pasak Seimo Sveikatos reikalų komiteto nario prof. S. Čaplinsko, pernai mūsų šalyje gyveno per 21 tūkst. moterų, išgirdusių krūties vėžio diagnozę. „Tai pati dažniausia onkologinė liga Lietuvoje. Kasmet nustatoma apie 1 700 naujų atvejų, dėl šios ligos kasmet netenka apie 500 moterų. Pažiūrėjus į kelerių metų statistiką, ši situacija, deja, nesikeičia. Tačiau tai liga, kurios dažnai galima išvengti. Pirmos stadijos vėžys beveik visiškai pagydomas, ir vėlesnėse vėžio stadijose galime daug kuo padėti, kad gyvenimas būtų visavertis ir kuo ilgesnis“, – kalbėjo prof. S. Čaplinskas. Anot jo, krūties vėžys neturi amžiaus ribų: serga tiek jaunos, tiek senyvo amžiaus moterys.

NVC gydytoja radiologė Rūta Briedienė spaudos konferencijoje teigė, kad dirba jau 25 metus ir kasdien susiduria su moterimis, kurioms tenka pasakyti šią diagnozę, ir radiologo darbas nėra toks paprastas, nes ieškoma to, ko niekas nesitiki atrasti. „Žinoma, moterys nenorėtų, kad mes jį rastume. Pagrindinės priežastys: kas antra moteris ateina pasitikrinti iš tų, kurias kviečia valstybė, nemo-kamai siūlo šią paslaugą. Daugelis jų teigėdavo, jog girdėjo apie šią prevencinę programą, bet jos liga nepalies. Dar viena priežastis – moterys dažnai tai paaiškina, kad nieko blogo nejaucia. Reikia pasakyti, kad vėžys prasideda be jokių simptomų. Mes, radiologai, galime nustatyti ligą gana anksti. Mamogramoje galima aptikti



būsimą darinį prieš metus, net dvejus. Tai visiškai keičia ligos eigą, gydymą, išgyvenimo prognozę. Krūties vėžio prevencinė programa pradėta prieš 20 metų. Ilgą laiką moterų tikrinimasis yra nepakankamas. Prieš kelerius metus pradėtas programos atnaujinimas. Sekant Europos Sąjungos rekomendacijomis buvo pakeista amžiaus grupė. Anksčiau kvietėme moteris tikrintis nuo 50 iki 69 metų. Siekiamas šalis atsižvelgia į savo gyvenseną rodiklius, todėl programos ribos praplėstos. Dabar kviečiamos pasitikrinti moterys nuo 45 iki 75 metų imtinai. Patikros programa neapima vien mamogramos atlikimo, ji turi užtikrinti pacientės kelią nuo diagnozės nustatymo. Būtent ir siekiama tai padaryti per 3 etapus: moteris pakviečiama, atliekama mamograma ir toliau ji iškviečiama papildomų tyrimų. Jai nereikia ieškoti pagalbos registruotis. Tai vienas iš svarbesnių žingsnių. Pacientei turi būti sudaryta galimybė patogiai pereiti tuo keliu. Tai yra patrauklu. Tikiuosi, kad tai paskatins moteris aktyviau dalyvauti šioje programoje. Tai mes ir matome, turime bandomąją veiklą. Tos moterys, kurios yra iškviečiamos radus

pokyčių, beveik visos ateina ir jos džiaugiasi šia suteikta galimybe. Turime problemą su specialistų skaičiumi, kurie galėtų priimti šias moteris, nes svarbus laikas, terminas. Atlikus tyrimą, moteris jaučia nerimą laukdama atsakymo arba kada bus pakviesta papildomų tyrimų ir kada bus pradėtas gydymas. Turime turėti aiškią kokybės kontrolės užtikrinimo sistemą, kad pacientė visas šias paslaugas gautų per tam tikrą laiką“, – teigė dr. R. Briedienė.

Klaipėdos universiteto ligoninės Krūtų ligų centro vadovė, gydytoja onkochirurgė dr. Agnė Čižauskaitė kalbėdama apie ilgalaikę stebėseną priminė, kad jų ligoninėje ją vykdo onkochirurgai. „Mes labiausiai ir analizuojame, kaip šią stebėseną optimizuoti, suteikti daugiau erdvės tyrimams. Naujausias Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas, kuris skirtas stebėsenai, yra 2014 m. pasirašytas tuomečio sveikatos apsaugos ministro Vytenio Povilo Andriukaičio. Jis nurodo periodiškumą, onkologiniam pacientui po aktyvaus gydymo turi būti vykdoma ilgalaikė stebėseną 5 metus tam tikru periodiškumu. Tačiau kokie tyrimai ir koku dažniu atliekami, nėra nurodyta. Įvai-

rios gydymo įstaigos stebėseną vykdo savo nuožiūra: vienos daugiau, kitos – mažiau, remdamosi tarptautinėmis gairėmis, kurios stebėsenos atžvilgiu yra gana griežtos. Pacientai, kurie lankosi vykdant ilgalaikę stebėseną, patiria daugybę baimių. Viena – ligos atsinaujinimo, jos išsiplėtimo atokiuose organuose, turi įvairių iššūkių su nepageidaujamais reiškiniais, kuriuos sukėlė aktyvus gydymas, praradę psichologinės būsenos, socialinę gyvenimo kontrolę. Visas jų patiriamas nerimas virsta pertekliniais vizitais pas stebėseną vykdančią gydytoją, gairėmis nepagrįstais tiek instrumentiniais, tiek laboratoriniais tyrimais, kurių atliekama mūsų šalyje per daug. Poslinkis, kuris turėtų įvykti nuo koncentracijos į ligą link koncentracijos į savo sveikatą, taip ir neįvyksta, todėl didėja depresija, gilėja nerimas. Pacientai atsiduria tokiaame užburtame rate. Mes, išanalizavę tarptautines gaires, norime pasiūlyti skirstyti pacientus į naujas rizikos grupes, nes senasis skirstymas, atsižvelgiant tiek naujiems molekuliniams, tiek genetiniams tyrimams, šiandien nėra toks

Atkelta iš p. 6

aktualus. Šiandien ryškėja dvirizikos grupės: jaunos, agresyvia liga sergančios pacientės arba pacientės, kurių liga išplitusi lokaliai. Kita grupė – pacientės, kurios vyresnio amžiaus ir serga ne tokios agresyvios formos liga. Šių dviejų grupių ilgalaikė stebėseną turėtų skirtis iš esmės. Toms, kurių ligos atsinaujinimo galimybė yra vos keli procentai, neturi būti varginamos pertekliniais kas 3 mėnesius besikartojančiais tyrimais ir apsilankymais pas gydytojus. Tos moterys, kurios turi iki 20 proc. tikimybę ligai atsinaujinti, turi toliau lankytis pas profesionalus. Dar didžiulė problema – gydytojų onkologų trūkumas šalyje. Nesprendžiant problemos, ji ir toliau gilės. Tad reiktų atkreipti sveikatos politikų dėmesį į išplėstinę praktikos slaugytojų ruošimą onkologijai. Jų specialiai paruošus, bus galima atlikti ilgalaikės stebėsenos funkciją – pacientams, turintiems mažą riziką, nes vienas pagrindinių Europos Sąjungos rekomendacinių nurodymų tikslų ilgalaikiai stebėsenai yra palaikyti pacientą, jį padrąsinti tęsti hormoninį gydymą, mokyti jį savitros, savistabos, kad pacientas galėtų atpažinti simptomus, kurie yra patys pirmieji, išduodantys ligos progresavimą, – apie tokius tikslus pasakojo Lietuvos krūties vėžio asociacijos pirmininkė dr. A. Čižauskaitė.

LSMU Kauno klinikų Onkologijos skyriaus gydytoja onkologė chemoterapeutė Greta Chlebopasėvičienė spaudos konferencijoje priminė, kad krūties vėžys yra dažniausia moterų liga visame pasaulyje, bet, anot jos, esame gerame kelyje, nes gydymas vis labiau tampa personalizuotas. „Mes pacientams parenkame ne vien tik histologinį tipą, bet

mums svarbus yra molekulinis lygmuo, genetinės mutacijos, kurios leidžia parinkti labai specifiską gydymą ir gauti gerokai geresnius rezultatus. Net ir metastazinių ligų atveju matome, kad moterys išgyvena jau ne mėnesiais, bet galime skaičiuoti ir metais. Svarbu kalbėti apie pacientų gyvenimo kokybę, ankstyvąjį paliatyvųjį priežiūrą, kurios apibrėžimas patvirtintas pernai Pasaulio sveikatos organizacijos pagrindinėse gairėse, kur teigiama, kad ankstyvoji paliatyvioji priežiūra turėtų būti pradėta teikti ne tada, kai baigiasi standartinė medicina ir pacientę nukreipiame simptominio gydymo, bet tada, kai diagnozuojame ligą, ypač metastaziniu atveju, nes tuomet moterys susiduria su fizine, dvasine, psichologine ir socialine našta. Tyrimai rodo, kad ankstyvoji paliatyvioji priežiūra smarkiai pagerina pacientų gyvenimo kokybę, sumažėja depresijos lygmuo, nes ankstyvieji pokalbiai su medikų komanda įterpiami jau ankstyvajame etape, moterys jau tampa informuotos dėl savo ligos. Jos labiau yra susipažinusios su ligos prognoze ir blogomis išeitimis. Paliatyviosios medicinos komanda geba anksti identifikuoti klinikinius simptomus, juos suvaldyti: pacientės išvengs krizės, rečiau lankysis skubios pagalbos skyriuose, bus gydamos intensyviosios terapijos skyriuose. Tyrimai taip pat įrodo, kad ankstyvoji paliatyvioji priežiūra turi naudos ir medicinos personalui, nes pacientėms, kurios bendradarbiauja su paliatyviosios priežiūros komanda, bus suvaldyti simptomai, psichologiškai labiau pasiruošę, tuomet specialistai išvengia ir perdegimo sindromų. Paliatyvioji medicina – išskirtinė sritis. Dėl to, kad mes kaip paliatyvistai vertiname pacientą ir stengiamės ne prailginti

jo išgyvenamumą, bet pagerinti gyvenimo kokybę, suteikti orų gyvenimą iki mirties. Antras svarbus aspektas – požiūris, kad teikiamos paslaugos ne tik pacientui, bet ir šeimos nariams. Tai labai svarbu. Šeimos nariai, kurie yra nusiteikę prižiūrėti savo artimuosius, ypač namuose. Jie tampa profesionaliais slaugytojais, labiau savimi pasitiki. Tyrimai rodo, kad išvengiama prailgėjusio gedulo, analizė parodė, kad artimieji, kurie susidūrė su paliatyviosios priežiūros paslaugomis, labiau pasitiki sveikatos apsaugos sistema. Jie labiau lankysis tikrosiose programose, atsiradus pirmiesiems klinikiniams simptomams, drąsiau kreipsis į sveikatos apsaugos specialistus ir, nustačius diagnozę, sutiks gydytis. Tad reiktų nestigmatizuoti paliatyviosios priežiūros, nukreipti į ją ankstyvuojų laikotarpiu, nes taip galima smarkiai pagerinti pacientų gydymo rezultatus“, – įsitikinusi gydytoja onkologė G. Chlebopasėvičienė.

NVC direktorius doc. Valdas Pečeliūnas pristatydamas individualizuotą pacientės kelią įtraukimo į sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros svarbą, pabrėžė, kad dabartinė medicina nuo to modelio, kuris buvo vadinamas „vienas metodas tinka visiems“, pereina į personalizuotą gydymą ir jau turime nemažą pažangą Lietuvoje. Šiomet pradėti kompensuoti genetiniai tyrimai, kurie leidžia parinkti patį geriausią gydymą kiekvienam pacientui. Situacija su naujų technologijų, vaistų prieinamumu nėra labai gera, bet vis dėlto gerėja, pastaruoju metu atsirado daug kompensuojamų metodų, kurie leidžia realiame gyvenime realizuoti personalizuotą gydymą. Į personalizuotą gydymą įtraukiami pacientai, kurie dalyvauja priėmimo sprendime, nes, anot V. Pečeliūno, vienaip atrodo sveikatos priežiūros

specialistams – gydytojams, kitaip situacija atrodo iš paciento perspektyvos.

„Tikrai dedame didžiules pastangas tam, kad pacientų įtraukimas į sprendimo priėmimą taptų realia, kasdiene praktika. Be paciento įtraukimo realios personalizuotos medicinos negali būti. Paciento kelio sklandumui žingsniai dedami ir mes juos žengiamo išeidami iš institucijos ribų: mūsų specialistai važiuoja į regionų įstaigas, kalbasi su medikais, pacientų organizacijomis, kaip užtikrinti tą sklandų patekimą į įstaigą ir kai baigiamas gydymas – sklandų paciento grįžimą atgal, taip pat aptariama, kokios paslaugos teikiamos arčiau namų, o kurios turėtų būti teikiamos NVC. Nuo šių metų bus pradėtas kompensuoti pacientų vadybininkų vaidmuo ir buvimas įstaigose (skirtas finansavimas, suderintas mechanizmas ir kt.). Jie jau pradeda savo veiklas gydymo įstaigose. Tai gal baimė, vėžio stigmą visuomenėje sumažins. Baimė, kad teks patekti į sistemą, kuri galbūt yra nedraugiška tau, stabdo žmones apsilankyti anksstyvosios diagnostikos programose. Medicina transformuojasi ir mes stengiamės būti tie, kurie žmogui yra palankūs, stengiamės kiekvienam pacientui pritaikyti sprendimus asmeniškai“, – spaudos konferencijoje sakė NVC direktorius V. Pečeliūnas.

Spaudos konferencijoje apie iššūkius ir galimybes šeimos gydytojams lydinti pacientus onkologinės ligos keliu įžvalgomis pasidalijo Šeimos gydytojų profesinės sąjungos pirmininkė Alma Astafjeva, o POLA direktorė Neringa Čiakienė supažindino su svarbiomis priemonėmis, reikalingomis užtikrinant kokybišką gyvenimą gydymo metu ir po jo.

„Gydytojų žinių“ informacija.

Sunku sureguliuoti besimptomę ligą...

Vilniaus medicinos draugijos organizuotame renginių cikle „Sveikatos pamokos visiems“, vykstančiame Adomo Mickevičiaus viešojoje bibliotekoje, paskaitas skaito ilgą darbo patirtį turintys aukštos kvalifikacijos gydytojai. Šiuo ciklu Vilniaus medicinos draugija mini

savo jubiliejinius 220-uosius gyvavimo metus.

Šį kartą Vilniaus medicinos draugijos pirmininko pavaduotoja Birutė Karnickienė pristatė VU ligoninės Santaros klinikų gydytoją kardiologę dr. Mildą Kovaitę. B. Karnickienė teigė: „Dr. M. Kovaitė – išskirtinė asmenybė. Ji

domisi ankstyvąja ateroskleroze, dislipidemija, koronarine širdies liga, širdies prevencija ir kt. Šios dienos tema „Sureguliuotas kraujospūdis – ar tai įmanoma?“ yra nepaprastai svarbi ir aktuali. Gydytoja kardiologė žmogų mato ne vien tik kaip statistinį vienetą. Ji mato pacientą su jo skausmais,

atsidūsėjimais, širdies virpesiais. Ši medikė vis kartoja, kad gydytojas visada yra žmogaus sveikatos tarnyboje, bet daug kas priklauso ir nuo paties žmogaus. Dirbkite iš visos sveikatos sau, savo naudai. Dr. M. Kovaitė mums tai skiepija

Nukelta į p. 8

Atkelta iš p. 7

priimdama kiekvieną pacientą, taip pat visuomenėje skirtuose susitikimuose bei paskaitose.“

Dr. M. Kovaitė pradėdama paskaitą priminė, kad pirmą kartą kraujo spaudimas pamatuotas prieš 292 metus. Gal prieš 50 ir daugiau metų kraujo spaudimas buvo diagnozė, kuri turėjo labai blogą prognozę. „Aš visada pacientams sakau, kad gyvename labai gerai, nes turime daug vaistų, bet prieš 50 ar 100 metų tai buvo tam tikras nuosprendis. Pirmieji gydymo būdai nebuvo medikamentiniai. Tai buvo chirurginiai gydymo būdai, kurie buvo drastiški ir dažnai baigdavosi mirtimi. Dabar iš esmės gyvename geresnėje eroje. Arterinė hipertenzija – tai būklė, kai arterijose esantis kraujospūdis nuolat viršija normalią ribą (sistolinio, arba viršutinio, kraujospūdžio vertė didesnė kaip 140, o distolinio, arba apatinio, – 90 mmHg). Arterinė hipertenzija gali būti pirminė, kai ją sukėlusios priežastys nėra žinoma, arba antrinė, kai kraujospūdžio padidėjimas atsiranda dėl kitų sveikatos sutrikimų, pavyzdžiui, inkstų, endokrininės sistemos sutrikimų ar vaistų vartojimo. Ne vienas pas mane atėjęs pacientas dažnai prašo surasti hipertenzijos priežastis. Deja, pirminė hipertenzija neturi vienos priežasties.

90–95 proc. – tai visų padidėjusių kraujospūdžių daugelio veiksmų visuma. Vienas veiksmų yra oro tarša. Kuo labiau užterštoje aplinkoje gyvename, tuo didesnė tikimybė „įsigyti“ hipertenziją. Tai yra mechaniniai procesai, t. y. daugybė biologinių, cheminių medžiagų ir molekulių, kurias stengiamės užblokuoti arba sumažinti jų koncentraciją. Ar hipertenzija – problema? Tikrai tai pasaulinė problema, vienas didžiausių rizikos veiksnių. Nuo 18 iki 80 ir daugiau metų – hipertenzijos mastas pamečiui didėja. Pradžioje serga vyrai, o nuo 60 metų pradeda labiau sirgti moterys. 50 proc. vidutinio amžiaus, dar darbingų žmonių serga hipertenzija. Ir sulaukus per 80 metų tik nedidelė dalis, maždaug 15 proc., populiacijos neserga hipertenzija. Šiek tiek padidėjęs kraujospūdis nėra blogiausia diagnozė, nes daugelis vaistų, kuriuos skiriame, turi tendenciją mažinti spaudimą. Bet tada paaštrėja gretutinių ligų tendencijos. Tad turint šiek tiek didesnę spaudimą yra pliusas – gydytojai gali skirti didesnes dozes vaistų. Gydymas yra paremtas



B. Karnickienė, dr. M. Kovaitė

moksliniais tyrimais, pagal juos parengta tarptautinė rekomendacija. Mes vadovaujamės jomis. Tai bendros rekomendacijos, o toliau reikia individualizuoti. Kiekvienam pacientui bendros taisyklės, tačiau atsižvelgiant į parametrus. Hipertenzijai yra labai svarbu genetiniai, aplinkos veiksniai, nesveika gyvensena, nutukimas, nejudra. Šie rizikos veiksniai padidina kraujo spaudimą. Ką mes darome per ilgą savo gyvenimą, tai ir nulemia ateitį.

Toliau yra ekonominiai veiksniai – kuo prasčiau žmogus gyvena, kuo prastesnis išsilavinimas, tuo didesnė tikimybė, jog susirgs hipertenzija, nes labai dažnai šie asmenys gyvena nesveikai. Lietuvoje dislipidemija ir ankstyvoji hipertenzija yra vyraujantys rizikos veiksniai. Dabar nėra tokios griežtos ribos nuo normalaus ir padidėjusio kraujospūdžio. Nepadidėjęs kraujospūdis – mažiau nei 120/70. Jei tikslinis sistolinis kraujospūdis pasiektas, bet distolinis išlieka daugiau kaip 80 mmHg, galima svarstyti intensyvinti gydymą. Kartais daug metų pacientai turėję didžiulį spaudimą (180–200) ir po gydymo netoleruoja normalaus kraujospūdžio. Tuomet (dažniau tai vyresnio amžiaus pacientai) jiems duodame 3–6 mėn., kad būtų mažinamas kraujospūdis ne taip drastiškai. Dėl aukšto kraujospūdžio vieni jaučia skausmą krūtinėje, kiti – galvos skausmą pakaušyje, kai kam atsiranda neriškus matymas, širdies plakimo pojūtis ir kraujavimas iš nosies.

Hipertenzija – be simptomų ir dažnai viena iš daugybės greta esančių ligų. Arterinė hipertenzija 50 proc. diagnozuojama, 20 proc. gydoma ir sukontroliuojama. Jei negydoma kraujospūdis, pradeda vystytis viena demencijos formų. Kraujospūdis – tarsi vėžys, tyliai tyliai sėdintis ir graužiantis

smegenis, nes smegenys badauja nuo aukšto kraujospūdžio. Viena pacienčių sakė: „Gydytoja, aš bijau insulto.“ Aš paklausiau jos, ar kraujospūdį bei cholesterolį koreguoja. Ji atsakė to nedaranti. Tad bijokite ir toliau insulto, nebėgiokite pas kardiologą ir gyvenkite, kaip Dievas duos. Mes, daktarai, ir medicina suteikiame pacientams bilietus. Ar jį nupirksite ar ne, tai jau priklauso nuo paciento. Labai sunku gydyti ligas, kurios neturi simptomų. Jeigu nejauti, vadinasi, ir nediagnozuoji. Todėl ir sakau, kad liga yra paradoksiali: nėra simptomų, reikia pačiam pasimatuoti. Bet visame pasaulyje diagnozuojama 50 proc. hipertenzijos, gydoma ir sukontroliuojama tik penktadalis populiacijos. Lietuvoje dar blogiau atrodo. Diagnozuojama 69 proc., gydosi 45 proc., o sukontroliuota tik 12 proc. Tokia liga – bjauri ir nemaloni“, – savo paskaitoje teigė gydytoja kardiologė dr. M. Kovaitė.

Ji susirinkusiems priminė, kad gydant hipertenziją dalyvauja du žmonės – pacientas ir gydytojas. Ligos yra paciento problema, gydytojas tik dalyvauja toje problemoje. Kalbėdama apie arterinės hipertenzijos gydymo strategiją populiacijoje, dr. M. Kovaitė pateikė kiek neįprastą tyrimą: pacientai buvo stebėti 32 metus. Jiems buvo sumažintas nežymus kraujospūdis ir cholesterolis. Tyrimo rezultatai buvo gana įspūdingi: insulto rizika pacientams sumažėjo 86 proc. Antihipertenzinius vaistus reikia vartoti reguliariai. Šių vaistų vartojimas labai pagerėtų supaprastinus gydymo režimą. Gydytoja dr. M. Kovaitė teigė, kad kuo mažiau tablečių, tuo geresnis jų vartojimas, pateikė užsienio šalių tyrimą apie vaistų vartojimą. Šio tyrimo 1 tabletės vartojamumas siekia 70 proc., 2 tablečių – 50 proc.

ir 40 proc., kai pacientai vartoja po 3 tabletes kasdien. Tad kuo mažiau tablečių, tuo geresnis jų vartojimas. Farmacijos įmonės ir siekia, sakysime, 5 tabletes sutalpinti į vieną, nes gerai žinoma, kad antihipertenzinius vaistus reikia vartoti reguliariai: nevalia užmiršti ar nevartoti, kai jaučiamas ligos pagerėjimas.

Dr. M. Kovaitė patikslino, kaip matuojamas kraujospūdis ir kokie jo matavimo būdai. Vienas jų – kabinetinis, pacientų vadinamas baltojo chalato būdas. Kabinetinis matavimas nėra tikslus, nes pacientas gydytojo kabinete jaučia jaudulį, savotišką stresą ir kraujospūdis savaime būna aukštesnis. Namų kraujospūdžio matavimas yra tikslesnis, nes žmogus namų aplinkoje gali ramiai pamatuoti kraujospūdžio rodmenis. Pats geriausias ir tiksliausias – tai paros matavimas. Šie aparatai kol kas sunkiai prieinami, nes jų nėra tiek daug. Tai, beje, ne visai ir tinkamas būdas, nes matuoja ir dieną, ir naktį. Dieną kas 15–30 min., o naktį – kaip nustatomas laikas – dažniau nei kas pusvalandį. Kas pusvalandį aparatas pažadina žmogų iš miego. Tie, kas pabando šį aparatą, vėliau atsisako tokios naujovės. Bet gydymo tikslais pacientams kai kada dedamas toks paros kraujospūdžio matavimo aparatas. Kai kada pacientai persistengia matuodami kraujospūdį. Dr. M. Kovaitė sakė, kad ne viena pacientė yra pateikusi keliasdešimt matavimų per dieną. Anot jos, tenka stebėtis, jog pacientė nieko neveikia, tik bėmaž kas pusvalandį matuoja kraujospūdį. „Matuojate kraujospūdį tam, kad gyventumėte, o ne gyvenate tam, kad vien tik matuotumėte kraujospūdį. Visame dalyke yra būtinos ribos, kraštutinumai nereikalingi. Visų gydytojų rekomenduojami gyvenimo būdo pokyčiai: padidinti kalio vartojimą, padidinti fizinį aktyvumą, optimizuoti svorio valdymą bei dietą, sumažinti stalo druskos ir alkoholio vartojimą“, – taip savo paskaitą užbaigė dr. M. Kovaitė.

Po paskaitos gydytojų dalyviai apipylė klausimais. Buvo teirautasi apie įvairius kraujospūdžiui mažinti skirtus vaistus, jų ypatumus ir kai kuriuos šalutinius poveikius. Nemažai paskaitos klausytojų teiravosi, kaip patekti pas ją į konsultaciją, nes daugelis buvo girdėję, kad ši gydytoja yra atidi ir rūpestinga, mokanti bendrauti su ligoniais ir t. t.

„Gydytojų žinių“ informacija.