2026 M. LAPKRIČIO 3 D.

GYDYTOJŲ žinios

02



SVARBU

Klaipėdos universiteto ligoninės darbuotojams, aktualu visiems

Klaipėdos universiteto ligoninė (Ligoninė) nurodo, kad siekiant užtikrinti Ligoninės finansinį tvarumą Ligoninėje būtų teikiami rašytiniai pasiūlymai darbuotojams (DK 45 str.) keisti jų darbo sutartyje numatytas darbo apmokėjimo sąlygas.

SVARBU: darbo sutarties sąlygų keitimas yra individualus darbdavio ir darbuotojo susitarimas, kuriam **būtinas darbuotojo rašytinis sutikimas.**

Pagal Darbo kodeksą 45 str. 2 d. darbuotojo atsisakymas dirbti už sumažintą darbo užmokestį **negali būti priežastimi nutraukti darbo sutartį.**

Pojstatyminiai aktai turi atitikti rezidentų lūkesčius 2–4
Vokietijos ir Baltijos gydytojų asociacijai – 35 metai 4, 5
Apie pasiruošimą ekstremaliosioms situacijoms 5, 6
Kokią informaciją gali suteikti vienas kraujo mėginys? 7, 8

LIETUVOS GYDYTOJŲ SĄJUNGOS
dvisavaitinis elektroninis
informacinis leidinys Nr. 2026-22 (176)
El. paštas info@lgs.lt | ISSN 2783-8412

EVERY LAW
juris consultus
legal business acceleration
TRINITI JUREX
TALLINN RIGA VILNIUS

Poįstatyminiai aktai turi atitikti rezidentų lūkesčius

Seimo Sveikatos reikalų komiteto pirmininkas Andrius Busila ir Lietuvos Prezidento patarėja prof. Sonata Jarmalaitė organizavo apskritojo stalo diskusiją „Kokie pokyčiai kitais metais laukia stojančiųjų į medicinos rezidentūrą?“. Diskusijoje buvo aptariamas pasirengimas įgyvendinti šiemet birželį priimto Medicinos praktikos įstatymo 3 straipsnio pakeitimo nuostatas, susijusias su papildomomis valstybės lėšomis finansuojamomis medicinos rezidentūros vietomis, kuriose norintis studijuoti asmuo įsipareigoja baigęs medicinos rezidentūrą 5 metus dirbti pagal įgytą profesinę kvalifikaciją asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, esančioje tam tikroje apskrityje, kurioje trūksta atitinkamos profesinės kvalifikacijos gydytojų.



Akademikė prof. S. Jarmalaitė ir A. Busila



Lietuvos medicinos studentų asociacijų atstovai

„Kodėl inicijavau šitą susitikimą? Prieš pasirašant Medicinos praktikos įstatymą, jo pakeitimus, mes prieš tai turėjome diskusiją prezidentūroje. Išgirdau jaunimą, kad jų vizijos nukreiptos į ateitį, lūkesčiai yra dideli. Rezidentų dėmesys regionuose yra didžiulis, dirbame nemažai, kad neužsidarytų ligoninės, kad būtų prieinamos paslaugos vietos žmonėms, kad regionai augtų. Jūs – jaunoji karta, kuriems atiduosime savo ligonines ir aukštąsias mokyklas. Norisi, kad jūs būtumėte motyvuoti, nusiteikę dirbti Lietuvai. Tikrai jūs turite būti girdimi. Tad susirinkome į konstruktyvią diskusiją – peikti, ką padarė kiti, yra labai paprastas sprendimas, bet pasiūlyti, kaip pakeisti tuos būdus, išgirsti jūsų lūkesčius – to tikimės šiandienos diskusijoje“, – teigė Prezidento patarėja akademikė S. Jarmalaitė.

Sveikatos apsaugos ministro Lino Kukuraičio nuomone, yra daug niuansų būsimo įstatymo įgyvendinime. Anot jo, norisi kaip geriau jį subalansuoti. „Mes suprantame tą situaciją, kurią turime sveikatos priežiūros sistemoje. Gydytojų trūkumas regionuose yra didžiulis, žmonės norėtų, kad paslaugos, bent dalinės, būtų prieinamos. Ir priimtas įstatymas lyg to ir siekia, kad būtų galimybė daugiau pritraukti tų jaunų specialistų į tas apskritis, kur jie norėtų ir galėtų atlikti rezidentūrą. Regionų gydytojai šį įstatymą vertina teigiamai, palaikymų esu gavęs. Dabartinio įstatymo apibrėžtame modelyje trūksta lankstumo, girdime jūsų susirūpinimą dėl galimo galios balanso tarp ligoninės ir rezidento. Mes šiuo metu ieškome sprendimų švelninti poįstatyminius teisės aktus, ieškome galimybių suteikti studentams daugiau pasirinkimo laisvės. Mūsų tikslas yra suderinti valstybės poreikius su būsimų gydytojų teisių interesais“, – sakė sveikatos apsaugos ministras.

Sveikatos apsaugos ministerijos Strateginio valdymo departamento vyresnioji patarėja Diana Smaliukaitė teigė, kad teko dirbti su šiuo įstatymu, dabar dirbama su poįstatyminio teisės akto rengimu ir patvirtinimu: „Turėjome nemažai susitikimų su studentų sąjungos, Jaunųjų gydytojų, taip pat Lietuvos medicinos studentų asociacijų atstovais. Ši – jau trečioji diskusija.“ Pasak D. Smaliukaitės, tyrimai rodo, kad 2032 m. daugiausia, 269, trūks šeimos gydytojų, 207 vidaus ligų gydytojų, 134 skubiosios medicinos gydytojų ir 146 vaikų ligų gydytojų bei per 4 tūkst. bendrosios praktikos slaugytojų. „Ta ateitis prognozuojama nėra gera, todėl stengiamės imtis kiek įmanoma daugiau priemonių, siekdami šią ateitį pakeisti. Lygiai taip pat matome ir EBPO daromas analizes, kur tos problemos yra – gydytojų gausa yra Vilniuje ir Kaune. Ši problema sietina su specialistų pasiskirstymo po regionus netolygumais – esame III vietoje tarp atotrūkio didžiųjų miestų ir regionų. Tad šis įstatymas galbūt galėtų padėti. Bendras rezidentūros vietų skaičius liktų nekintamas, t. y. medicinos rezidentūros studijų vietų skaičius 2023–2028 m. – 475“, – kalbėjo D. Smaliukaitė.

Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktame įsakymo projekte tvirtinamas aprašas, jo bendrosios nuostatos: papildomų medicinos rezidentūros vietų planavimo tvarka, įsipareigojimų sutarčių sudarymo tvarka, informacija apie įsipareigojimo sutarčių sudarymą, informacija apie įsipareigojimo sutarčių ir darbo sutarčių nutraukimo teikimo tvarka ir kt. Kartu pateikiami aprašo grafikai – terminai. S. Jarmalaitė priminė, kad poreikį formuoja viena ministerija, įgyvendina kita (sveikatos apsaugos ministro replika, kad pinigų neduoda trečia). Švietimo, mokslo ir sporto ministrės patarėjas Rimantas Vaitkus patvirtino, kad baigusių medicinos studijas studentų ir tų, kurie gauna vietas rezidentūroje, disbalansas išlieka, nes tai susieta su pinigais. „Jeigu tų lėšų būtų daugiau, be abejo, mes sietume, kad absoliučiai visi baigę medicinos studijas absolventai gautų rezidentūros vietas. Šio įstatymo intencija ir buvo, kad tie, kurie tų vietų negavo, randa kitą finansavimą. Mes laukiame aprašo, kad pamatytume, kaip tos vietos susidėlioja. Dabar šis disbalansas mažėja. Turime problemą – rezidentūros studijos pailgėja, tam reikia papildomo finansavimo. Sakysime, 2027 m. tam trūksta apie milijono eurų. Tam teks ieškoti ministerijos lėšų, bet 2028–2029 m. darysis didelė problema. Su Sveikatos apsaugos

Nukelta į p. 3

Atkelta iš p. 2

ministerija deriname ir ieškome išeities“, – teigė R. Vaitkus.

„Politikai priima sprendimus, juos reikia įgyvendinti. Turime daug klausimų dėl to įgyvendinimo sprendimų. Lauksime aprašo, jam turėsime nemažai pastabų. Pirmosios įžvalgos būtų apie tai, kad labai sudėtingas mechanizmas, kurį sunku įgyvendinti. Mano nuomone, jeigu mes kalbame, kad regionuose trūksta vietų, tai sprendimas turėtų būti pagrįstas: tos vietos, kurios išskirtos regionams, į kuriuos žmonės turėtų važiuoti, ir kažkokia formulė galėtų būti paprastesnė, nes dabar kuriame tokį mechanizmą – nueik į tašką A, paimk daiktą B, nunešk į tašką C ir siekiame sureguliuoti visą žmogaus gyvenimą. Aš galvočiau, kad tai būtų paprasčiau. Mes matome problemą – gydytojų perteklių didžiuosiuose miestuose, nors pagal oficialią statistiką šeimos gydytojų skaičius Vilniuje yra 7–10 tūkst. Tai nėra jau toks perteklius. Formulė turėtų būti paprastesnė: tu nori stoti į regiono vietą, tu darbiniesi ten, kur skaičiai yra mažesni nei Vilniuje ar Kaune. Sprendimas galėtų būti paprastesnis, nes dabar gaudymas kiekvienos įstaigos (pateikė ar nepateikė paraišką) bus labai sudėtingas. Dabar yra 40 vietų, kurios paimamos iš 405 valstybės finansuojamų vietų. Į tas papildomas vietas turėtų keliauti žmonės, pasirinkę tą regioną dirbti, ir būtų paprasčiau. Žmogus turėtų rinktis plačiau, o ne kažkokią įstaigą, kurioje dėl kažkokių priežasčių negalės dirbti. Kitas dalykas – vietų skaičius. Ar reali statistika, kiek tų gydytojų dirba, kiek jų yra pensinio amžiaus, kurie ruošiasi išeiti iš darbo. 30 metų nesikeičia rezidentūros skaičiai – 475 vietos. Mes padidiname valstybės finansuojamų rezidentūros vietų proporciją, bet sumažiname valstybės nefinansuojamas vietas. Už borto lieka rezidentai: mes šiemet nepriėmėme 30 žmonių, nes neturime jiems vietų priimti į rezidentūrą ar valstybės finansuojamų ar nefinansuojamų lėšų. Jeigu sumažinsite valstybės nefinansuojamų vietų skaičių, tai VU Medicinos fakultetas, kuris neruošia daug nefinansuojamos rezidentūros vietų, gaus tik 5 vietas. Už jas moka gydymo įstaigos. Gydymo įstaigos sako: „Duokite nefinansuojamas rezidentūros vietas – mes užmokėsime.“ Bet jų tiesiog nėra, nes reikia mokėti rezidentams atlyginimą, ir tai yra nemaži kaštai. Neieškoma sprendimų – leisti įstaigai sumokėti studentui atlyginimą, bet to negalima. Bet kodėl? Galbūt gydymo įstaigos užmokėtų ir už rezidento atlyginimą – yra įstaigų, kurios pasiruošusios tai daryti. Net Vilniaus miestas pasiruošęs apmokėti net 10 vietų šeimos gydytojams parengti. Mes sakome, kad yra perteklius, bet kažkas nesusieina duomenyse. Visos įstaigos ieško gydytojų su žiburiu Vilniaus mieste, bet sakome, kad gydytojų per daug. Kai suskaičiuojame paruoštus užsieniečius, tikrai matyti, kad medikų per daug. Tad yra apie ką padiskutuoti. Vis dėlto galėtų būti šis dokumentas liberalesnis. Mums sakoma – universitetui stebėti, sugaudyti, kur kokius įsipareigojimus jie pasirašė. Visame pasaulyje universitetai nėra priežiūros institucijos, kurios stebi, ar žmogus valstybei vykdo už universiteto ribų įsipareigojimus. Mūsų tikslas – mokyti kokybiškai, išmokyti žmogų kasdieninei praktikai, kad jis galėtų dirbti“, – įsitikinęs VU Medicinos fakulteto Podiplominių studijų prodekanas Vytautas Kasiulevičius.

LSMU Podiplominių studijų centro prodekanas dr. Lukas Šemeklis sakė pritariantis prof. V. Kasiulevičiaus mintims. „Bendrai tai gan sudėtinga, kiek tai galės veikti realybėje. Jau dabar galiu pasakyti, kad jaunieji gydytojai, rezidentai anksčiau manė, kad tai papildomos rezidentų vietos, bet dabar paaiškėja, kad jos iš valstybės finansuojamų vietų, jų liks mažiau ir studentai liks be rezidentūros programų. Universitetai, studentai ir rezidentai yra apgauti. Apie programų pasirinkimą: šiandien dalis rezidentūros programų yra nepatrauklios ir jos nesurenka rezidentūrų. Šeimos medicinoje dažniausiai konkursas yra didelis. Bet jei nesurenkamų programų bus papildomų vietų, tai nespręs situacijos, bet bus papildomos vietos, kur niekas nestos“, – mano dr. L. Šemeklis.

Jaunųjų gydytojų asociacijos prezidentas Laurynas Maciulevičius pabrėžė, kad ši diskusija žadina visą jaunųjų gydytojų lauką. „Bet traukinys jau važiuoja, nežinau, ką mes galime padaryti, bandome motorizuoti vėl, bet atrodo, kad iniciatoriams sunku išsiaiškinti, kas kur padėta. Noriu pabrėžti, kad mes dalyvavome tame procese iš pradžių – susitikimuose, klausimuose. Pasakėme viską, buvo įvardintos visos rizikos, bet į nieką nebuvo atsižvelgta. Keista, sunku suprasti, kodėl buvo priimtas konkretus to įstatymo projektas. Socialinis dialogas vyksta, bet jis labai formalus. Jei kalbame apie valstybinius tikslus, dirbdami kartu galėtume sukurti kažką prasmingesnio. Papildomos vietos yra manipuliacinė apgaulė. Jei pasirenkama taip, tai yra visiškas gaisro gesinimas. Dabar pateikta priemonė be aiškiai įvardytos problemos, be poveikio vertinimo, be įvairių matavimo rodiklių ir panašiai. Kalbama apie rezidentūrą. Pasigedome Švietimo, mokslo ir sporto ministerijos šiame klausime. Rezidentūra yra aukštasis mokslas, kodėl sprendimus dėl ateities priimame tokius, jeigu tai įvardijame kaip sveikatos sistemos žmogiškųjų išteklių klausimą. Kuo čia dėta rezidentūra? Tai yra darbo jėgos paskirstymas. Kodėl universitetai sistemiškai neturi galimybės mūsų išleisti į regionus?“ – kalbėjo L. Maciulevičius.

Sveikatos apsaugos viceministras Ignas Rubikas priminė, kad tikrai Jaunųjų gydytojų asociacija ir Lietuvos medicinos studentų asociacijos atstovai įtraukiami į pasitarimą, dieną prieš šį susitikimą taip pat vyko susitikimas, taip pat toks susitikimas įvyko prieš porą savaičių. „Įsakymą rengiame, norime išgirsti, daug kur mus riboja įstatymų nuostatos. Kiek mes pojstatyminiame akte galime teisiškai koreguoti įstatymus. Ieškome teisinių galimybių“, – teigė viceministras.

Pasak studentų sąjungos narių, dauguma studentų apie šį įstatymą mažai žino. Anot jų, galima kalbėtis ir derėtis. Rezidentas, kai taps darbuotoju, atliks „balanso“ rolę. Yra Darbo kodekso nuostatos, kurios jį gina kaip darbuotoją. Žinoma, kad nuostatos ir praktinis įgyvendinimas nebūtinai susisieja. Jei rezidentas darbo vietoje būtų išnaudojamas, būtų pažeidžiamos jo teisės, kad jis galėtų apsisaugoti ir apsiginti. Žinoma, galima kreiptis į teismus, bet tai yra kaštai. Kažkokie saugikliai turi būti rezidentui, kuris ateis į įstaigą dirbti. Neramu, kad viskas „pririšta“ prie įstaigos. Jeigu yra kelios apskritys, kur trūksta specialistų, kodėl nesuteiktos laisvės judėti iš karto. Tad kodėl reikia mechaniškai prisirišti prie vienos įstaigos. Kai kurie norės eiti į doktorantūrą. Kaip tai bus suderinama?

Nukelta į p. 4



Prof. V. Kasiulevičius



L. Maciulevičius

Atkelta iš p. 3

Lietuvos medicinos studentų asociacijos atstovas Paulius Sagevičius pabrėžė, kad neseniai atliko VI kurso studentų apklausą, kurioje dalyvavo 147 Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto ir LSMU (beveik 40 proc. studijuojančių) VI kurso studentų, ir 21 proc. iki apklausos absoliučiai nebuvo girdėję apie būsimą galiojančią rezidentūros tvarką. Apklausos išvadose studentai pripažįsta problemą, bet nepritaria pasirinktam sprendimui, pataisa gali sumažinti norą rinktis rezidentūrą Lietuvoje, neapibrėžtumas ir nepakankamas lankstumas kelia didelį nerimą, regionų patrauklumą turėtų kurti geros sąlygos, o ne prievolė, ir gydytojų trūkumui spręsti reikia sisteminių paskatų.

Vilniaus universiteto prof. V. Kasiulevičiaus pastebėjimu, ligoninės kartais sako, kad mes galime padėti, jog galėtų būti šiek tiek aktyvesni, nes jaunimas tąsyk važiuotų. „Sakysime, mename problemą Šiauliuose. Vilniaus universitete turime Šiaulių akademiją. Kiek metų kalbėjome apie tai, kur žmonės nuvažiavę galėtų gyventi. Siūlėme suremontuoti bendrabutį. Deja, tęsiasi, aiškinasi, kam priklauso ir kt. Iki galo taip ir nėra išspręsta. Rezidentai gyvenimo patalpas nuomojasi. Tai – socialiniai klausimai. Savivaldybių atstovai turėtų parodyti ryžtą, nes jiems trūksta gydytojų. Dabar neaišku, kam reikia gydytojų labiau. Paradoksas – gydytojų reikia Sveikatos apsaugos ministerijai, nors iš tikrųjų jie reikalingi savivaldai. Vyriausybės pradėjo (buvusioji ir dabartinė) gera idėja – padidinti valstybės finansuojamų rezidentūros vietų skaičių. Pradžioje buvo 365 valstybės finansuojamos vietos. Buvo nuspręsta padidinti iki 425. Tai iš tikrųjų didelis padidinimas. Pernai visi sustojo į 405 valstybės finansuojamas vietas. Priėmus įstatymą paaiškėjo, kad tas padidinimas savotiškas, nes kai kurios vietos buvo regionams. Jeigu politikai būtų nuoseklūs, taip nedarytų. Reikėjo tas 40 papildomų vietų ir pridėti regionams. Ministerija nesugebėjo parengti teisės aktų, nespėjo Seimas nubalsuoti, keitėsi premjerai. Visa tai suprantu, bet tas detales reikia sutvarkyti. Jei mes sakome, kad tas 40 vietų yra, bet jos tarsi rezervuotos. Nerimta mažinti valstybės finansuojamų vietų. Aš sutinku su parlamentare O. Leipute, kuri kategoriškai pasisako, kad nebūtų mažinamos Vyriausybės finansuojamos vietos. Reikia paprastesnių sprendimų ir nereiktų pykdyti būsimų kolegų“, – diskusijoje teigė prof. V. Kasiulevičius.

Po diskusijos su studentais ir gydytojais rezidentais paaiškėjo, kad būsimiems gydytojams trūksta informacijos apie sąlygas, rezidentūros bazėse, esančiose regionuose, pasigendama kelionės ir apgyvendinimo išlaidų kompensavimo ir kt. Akademikės prof. S. Jarmalaitės teigimu, būtina, kad papildomos vietos tikrai būtų papildomos. Pasak jos, dabartinis procesas yra per sudėtingas. „Toliau visi kartu dirbdami darbo grupėje, atidirbę, nušlifavę, gausime paprastesnį procesą. Ir tada pojstatyminiai aktai atitiks jūsų lūkesčius. Man įstrigo planavimo procesas, kuris prasideda gydymo įstaigų teikiamais pasiūlymais. Tai skamba neplaniškai. Turi būti šalies strategija: kur ir ko mums reikia, o po to – ir „pageidavimų koncertas“ bei galimybės jį išpildyti. Tad planavimą reiktų pradėti nuo poreikio valstybei ir nuo regioninės politikos“, – apibendrino prof. S. Jarmalaitė.

„Gydytojų žinių“ informacija

Vokietijos ir Baltijos gydytojų asociacijai – 35 metai

Vokietijos ir Baltijos gydytojų asociacija įkurta 1991 m. rudenį Berlyne dviejų gydytojų patologų iniciatyva: Moabito ligoninės Berlyne medicinos daktaro Hanso Herberto Wegenerio ir Talino vėžio centro vyr. gydytojo Agu Lippingo. Šios asociacijos Lietuvos skyrius įkurtas 1992 m. sausio 25 d. Steigiamajame susirinkime, kuris vyko Vilniaus visuomenės sveikatos centre (Vilniaus g. 16), dalyvavo 32 gydytojai iš įvairių Lietuvos miestų bei vienas draugijos įkūrėjų – dr. H. H. Wegeneris. Tuomet buvo išrinkta Lietuvos skyriaus valdyba: pirmininkas – tuometis Lietuvos gydytojų sąjungos prezidentas doc. Alis Baublys, pirmininko pavaduotoja – gyd. onkologė Regina Nutautienė, atsakingoji sekretorė – gyd. oftalmologė Ilona Aleksiūnienė ir iždininkas – gyd. chirurgas Eligijus Poškus. Dabar Lietuvos skyriui vadovauja gyd. Henrikas Ulevičius, jo pavaduotoja – prof. Nijolė Drazdienė.

Lietuvai atkūrus nepriklausomybę, svarbiausias gydytojų noras ir tikslas buvo pamatyti, kaip gydytojai dirba užsienyje. Tuomet Lietuvos ligoninėms trūko medicinos prietaisų, mikroskopų, lovų, medikamentų. Tik šios asociacijos vokiečių gydytojų dėka buvo galima išvykti į 2–3 savaičių stažuotes Vokietijoje ir susipažinti su kolegų darbu įvairiose klinikose. Taip nuo 1992 m. draugijos nariai pradėjo tobulintis Vokietijos ligoninėse, svajodami, kad kada nors medicinos paslaugos Lietuvoje pasieks tokį lygį, koks jis yra Vakarų šalyse. Dr. H. H. Wegenerio iniciatyva buvo renkama labdara Lietuvos medicinos įstaigoms; jo pasiūlymu buvo nuspręsta rengti ir kasmetinius asociacijos narių susitikimus, kad gydytojai galėtų toliau tarpusavyje bendrauti; susitikimai planuojami vienoje iš Baltijos šalių, kitais metais – Vokietijoje; pasiūlyta ir dviejų dalių suvažiavimo programa: mokslinė bei pramoginė. Remiantis šiais sumanymais, jau tris dešimtmečius kasmet vyksta asociacijos narių susitikimai Estijoje, Latvijoje, Lietuvoje arba Vokietijoje. Prieš tris dešimtmečius stažuotės Vokietijos klinikose buvo ypač aktualios, o dabar jos jau ne taip svarbios, bet vis dar galimos – medicinos paslaugos Baltijos valstybėse pasiekė tokį aukštą lygį, koks jis yra Vakarų šalyse.

2026 m. rugpjūčio 20–23 d. Rygoje vyko 33-iasis metinis Vokietijos ir Baltijos gydytojų asociacijos susirinkimas. Mokslinė tema – „Širdis ir arterinė hipertenzija“. Naujasis Latvijos skyriaus pirmininkas gyd. Robertas Federas ir ankstesnysis, ilgametis draugijos vadovas prof. Dzintaras Mozgis paruošė įdomią susirinkimo Latvijoje programą.

Pirmąją susitikimo dieną, pavakaryje, vyko ekskursija, skirta garsaus vokiečių kompozitoriaus Richardo Wagnerio veiklos pėdsakams Rygoje. R. Wagneris Rygoje gyveno ir dirbo 1837–1839 metais. Gidė pasakojo, kad jis, būdamas vos 24 metų, atvyko į Rygą dirbti Miesto teatro vyriausiuoju dirigentu (kapelmeisteriu). Per dvejus metus R. Wagneris nuveikė itin daug: vadovavo daugiau nei 20–25 skirtingų operų pastatymams, dirigavo dešimtis operų, rengė simfoninius koncertus. Nors čia praleistas laikas buvo trumpas ir kupinas asmeninių bei finansinių sunkumų, šis etapas tapo esminiu lūžiu jo karjeroje, suformavusiu jo unikalią muzikinio teatro viziją. Stebėdamas senojo Rygos teatro salę, jis suformulavo tris esminius principus, kuriuos vėliau pritaikė statydamas savo garsųjį Bairoito teatrą (Vokietijoje): pritemdyta žiūrovų salė spektaklio metu, amfiteatro formos parterio pakėlimas, orkestro duobės paslėpimas po scena. Manoma, kad būtent Rygoje jis įvedė tradiciją dirigentui stovėti nugara į salę, kad geriau matytų muzikantus ir valdytų orkestrą.

Nukelta į p. 5

Atkelta iš p. 4

Šiuo metu vyksta plataus masto R. Wagnerio namo ir salės, istorinio pastato, kuriame veikė senasis teatras, restauracija (projektas „GesamtkunstWerk21“), siekiant jį prikelti naujam kultūriniam gyvenimui.

Susitikimo vakarienėje šiemet skambėjo moderni kanklių muzika, kurią individualiai pagamintomis kanklėmis atliko Latvijos muzikantė. Vakarienės metu prisimintas ir šiandien jaudinantis Baltijos kelias – prieš 35 metus įvykusi gyva Baltijos šalių gyventojų, susikibusių rankomis, grandinė. Po vakarienės buvo galima pasivaikščioti po naktinę Rygą, apžvelgti ją iš aukščiausio Rygoje Šv. Petro bažnyčios bokšto.

Rugpjūčio 21-oji – mokslo diena. Pranešimus kardiologijos tema skaitė visų keturių šalių gydytojai, tarp jų iš Lietuvos: doc. dr. Ramunė Vankevičienė – „Kodėl dislipidemijos diagnostika vaikų amžiuje yra svarbi?“ ir gyd. Rita Kunigėlienė – „Vaikų ekstrasistolių ypatumai“. Dabartinis asociacijos prezidentas Dr. Rafaelis Switkovski (Berlynas) pasakojo apie diagnostinius laboratorinius tyrimus, sergant arterine hipertenzija ir antinksčių ligomis, gyd. Robertas Federas – apie kardiometabolinį sindromą. Prof. dr. Berndas Lemke (Vokietija) skaitė pranešimą „Širdis ir arterinė hipertenzija“, jo žmona gyd. Beata Lemke – „Etinės problemos, gydant terminalinį širdies nepakankamumą“. Gyd. Maarja Maser (Estija) pristatė



Vokietijos ir Baltijos gydytojų asociacijos nariai Rygoje prie Gyd. Federo Vokietijos ir Latvijos kardiologijos centro, 2026 08 22.

pranešimą „Suaugusieji su įgimtomis širdies ligomis – naujas suaugusiųjų medicinos iššūkis“, prof. dr. Dzintaras Mozgis – „Apie arterinės hipertenzijos ir hipercholesterolemijos epidemiologiją“. Pranešėjai sulaukė nemažai klausimų, vyko aktyvi mokslinė diskusija.

Vokietijos ir Baltijos gydytojų asociacijos susirinkime šalių pirmininkai pateikė savo ataskaitas, buvo aptartos asociacijos veiklos problemos ir galimybės aktyvinti veiklą, pritraukiant naujų narių. Susirinkimo dalyviai tylos minute pagerbė 2026 m. pavasarį anapilin iškeliavusio aktyvaus ilgamečio asociacijos nario profesoriaus dr. Klauso Hackenbergo atminimą. (2024 m. draugija neteko aktyvaus ilgamečio nario, gydytojo patologo, buvusio asociacijos prezidento dr. Klauso Ebelio.)

Saulėtą savaitgalio vakarą draugijos nariai galėjo tarpusavyje pabendrauti, vakarieniaudami ir plaukdami Dauguva laivu „Vecriga“, matydami senamiestį, Rygos pilį, Nacionalinę biblioteką, Rygos keleivių uostą bei televizijos bokštą.

Šeštadienis – pramogų diena. Asociacijos nariai lankėsi prieš metus naujai įkurtame privačiame Gyd. Federo Vokietijos ir Latvijos kardiologijos centre. Tai vienintelis toks centras Baltijos šalyse, kuris artimai bendradarbiauja su Vokietijos širdies centru Berlyno „Charité“ ligoninėje. Federo centre dirba virš 70 įvairių specialybių gydytojų, kurie teikia aukščiausio lygio sveikatos priežiūros paslaugas, skiria ypatingą dėmesį širdies ir kraujagyslių sveikatai.

Lyjant ir pučiant stipriam vėjui, toliau vyko ekskursija autobusu į Jūrmalą. Grožėjomės Latvijos pajūrio vilomis Buldurio miestelyje, žolynais, gėlynais, pietavome kavinėje „36. Linija“ ant jūros kranto, stebėjome per audrą grėsmingą jūrą. Vėliau Dubultų liuteronų bažnyčioje klausėmės įspūdingos vargonų muzikos (vargonininkė Edite Alpe).

Atsisveikinimo vakarienė vyko „Gutenbergo terasoje“, toliau šėlstant audrai. Viešbučio pastatų kompleksas pastatytas XVI ir XIX a. specialiai spaustuvės reikmėms. Johannesas Gutenbergas išgarsėjo, sukūręs spaudos presą bei savo indėliu tobulinant spaudos technologijas. Nors pats spaudos išradėjas niekada nesilankė Rygoje, jo garbei ant pastato fasado puikuojasi jo bareljefas (biustas), o jis pats laikomas šių pastatų globėju. Vakarienės metu netikėtai išgirdome latvių solistės smagią ariją iš F. Leharo operetės „Linksmoji našlė“. Atsisveikinant Latvijos skyriaus pirmininkas dr. R. Federas ir prof. G. Mozgis pristatė aktyvius draugijos narius, padėjusius suorganizuoti šį susitikimą.

2027 m. 34-asis draugijos metinis susirinkimas vyks Vokietijoje, Bavarijos Ansbacho mieste rugsėjo 2–5 dienomis. Kviečiame gydytojus tapti Vokietijos ir Baltijos gydytojų asociacijos nariais ir dalyvauti draugijos veikloje. Daugiau informacijos apie draugijos veiklą galima rasti www.dbae.eu.

Lietuvos skyriaus vardu atsakingoji sekretorė gyd. Ilona Aleksiūnienė

Apie pasiruošimą ekstremaliosioms situacijoms

Seimo Sveikatos reikalų komitetas surengė uždarą posėdį. Jame buvo aptartas sveikatos apsaugos sistemos pasirengimas veikti ekstremaliųjų situacijų, krizių ar mobilizacijos (karo padėties) sąlygomis. Uždarame posėdyje pranešimus pateikė Krašto ir Sveikatos apsaugos ministerijų atstovai. Krizinėse situacijose ligoninės priklauso nuo greitosios medicininės pagalbos, kraujo ir vaistų logistikos, laboratorijų, elektros, vandens, ryšio, informacinių sistemų ir svarbiausia – žmonių. Todėl tai nėra vien tai, kiek lovų turi viena įstaiga. Svarbiau, ar visa sistema gali greitai pamatyti bendrą vaizdą ir perskirstyti pacientus bei išteklius.

Premjeras Mindaugas Sinkevičius „Northway Biotech“ medicinos centro atidarymo iškilmėse žiniasklaidos atstovams teigė: „Buvau susitikęs su didžiausių medicinos įstaigų atstovais. Tai buvo strateginio pobūdžio susitikimas, ir mes galvojame jau kita linkme apie mūsų sveikatos priežiūros įstaigų pritaikymą įvairioms situacijoms ir investicijas į pasirengimą – operacines po žeme. Siekiant pagrindines šalies ligonines paruošti be trikdžių veik-

Nukelta į p. 6

Atkelta iš p. 5

ti įvairių ekstremaliųjų situacijų metu, iki 2030 m. į jų operacinių įrengimą po žeme planuojama investuoti apie 300 mln. eurų."

Po uždaro posėdžio žurnalistai pakalbino trijų Lietuvos didžiausių medicinos įstaigų atstovus. Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų vadovas profesorius Tomas Jovaiša sakė, kad šiame uždarame posėdyje buvo pristatyti bendros sistemos pasiruošimai Krašto ir Sveikatos apsaugos ministerijų visos sveikatos sistemos lygyje, kokie turėtų būti procesai ir konkretūs ligoninių planai: „Būtent šiandien buvo svarstomi infrastruktūriniai klausimai, t. y. kaip galėtume sustiprinti tiek esamą, tiek naujų ligoninių infrastruktūrą, rengdamiesi įvairioms grėsmėms." Anot jo, ligoninės turi dalį apsaugotos infrastruktūros – priedangas. Turi ir naująją padidinto standarto saugumo zoną. Ta dalis darbų, kurie įmanomi šiandienėje infrastruktūroje, ji jau daroma. „Mums reikia ir naujos infrastruktūros: tiek ir požeminės, kuri turėtų apsaugoti nuo žymiai sudėtingesnių situacijų. Posėdis buvo uždaras, tad aš negaliu visos informacijos persakyti ir ja dalintis. Reikia pasakyti, kad visi projektai etapiniai. Tie darbai, kuriuos galime atlikti per metus ar dvejus, kai kurie didesni projektai užtruks ilgiau. Mes kalbame apie 2030–2031 metus. Mes objektyviai turime vertinti geopolitinę situaciją, kurioje gyvename. Manau, kad tai yra viena iš esminių sveikatos sistemos pareigų – užtikrinti, kad mes galėsime tiek gyventojams, tiek kariūnams suteikti sveikatos paslaugas tada, kai reikės", – teigė Santaros klinikų vadovas prof. T. Jovaiša.

Kauno klinikų generalinis direktorius profesorius Renaldas Jurkevičius priminė, kad ekstremaliosioms situacijoms jau ruošiamasi per 4 metus. „Suprantame, kitose šalyse matome pavyzdžius, sakysime, Izraelyje ar Suomijoje, kur didžiosios ligoninės, sveikatos sistema yra geriau pasirengusios, nes daugiau metų tai darė. Izraelis, nuolat kariaujanti šalis, yra geriausias pavyzdys. Mes žinome, kaip tai padaryti, norime ir galime padaryti. Manau, kad padarysime, kad mūsų sveikatos sistema būtų dar saugesnė.

Izraelyje pagalba užtikrinama ir karo metu. Ten yra pakankamai išvystyta požeminė infrastruktūra. Tai gana ilgas kelias infrastruktūrą sukurti, kad mes taip pat turėtume tokias sąlygas. Medikai oro pavojaus metu operacijos nebaigs. Tad mūsų visų pareiga sudaryti tokias sąlygas, kad esant net ir tokioms situacijoms gydytojai chirurgai galėtų tęsti tą pradėtą operaciją. Tam mes turime pasirengti.

Šiandienos uždarame posėdyje mes kalbėjome, kad esame kelyje, tą darome ir tikimės, kad tai padarysime per ateinančius kelerius metus. Kauno klinikų visi pastatai sujungti tunelių sistema. Oro pavojaus atveju turėtume kur nusileisti, pasislėpti, bet tai nėra tos sąlygos, kad būtų galima pacientus gydyti savaitę ar ilgesnį laiką, kad vyktų operacijos. Mes tokių sąlygų neturime. Kalbama apie tokias sąlygas, kad ligoninės galėtų funkcionuoti oro pavojaus bei karo metu. O ne tik tai – pasislėpti, kokias sąlygas mes dabar turime", – konstatavo Kauno klinikų vadovas prof. R. Jurkevičius.



Prof. T. Jovaiša ir prof. R. Jurkevičius



Doc. J. Kutkauskienė

Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės direktorė doc. Jelena Kutkauskienė priminė, kad kiekviena ligoninė turi požeminę struktūrą. „Šiandien tai – rūsiai, kurie naudojami ligoninės poreikiams, bet tikrai jie nėra skirti paslaugoms teikti. Požeminės struktūros patirtį matėme, kaip tai atrodo kitose šalyse. Labiausiai siektinu pavyzdžiu yra Izraelis, kur mes matėme skirtingas situacijas. Sakysime – požeminė automobilių stovėjimo aikštelė, kuri gali būti per trumpą laiką transformuojama į ligoninę. Matėme ten mokymus, kaip organizuojami, koks yra parengtumo lygis funkciniame lygmenyje. Labai daug aiškės būsimų projektų detalėse. Dabar mes matome vaizdą, ko mums trūksta. Kai pradėsime prieiti prie to siekimo, pamatysime detales, kurios kai kada gali net pakišti mums koją. Kaip pavyzdį galėčiau priminti, kad esame apsirūpinę generatoriais, kad galėtume užtikrinti ligoninės veikimą nutrūkus centralizuotam elektros tiekimui. Dabar matome kitą problemą – kaip užtikrinti dyzelino tiekimą dideliais kiekiais, kuris reikalingas, kad patenkintų elektros gamybos poreikius. Kaip tai užtikrinti? Tad turime jau kitokią problemą. Manau, kad ateityje tokių smulkių detalių, kurios būtų svarbios, gali būti. Jeigu mes vertintume politinę situaciją, kuri jau 5 metus yra įtempta. Matydami dabartinę retoriką Lietuvai iš nedraugiškų šalių, turėtume skirti didesnį dėmesį sveikatos apsaugos sistemai stiprinti", – mananti doc. J. Kutkauskienė.

„Gydytojų žinių" informacija



Kokią informaciją gali suteikti vienas kraujo mėginys?

Vilniaus medicinos draugijos ir sostinės Adomo Mickevičiaus bibliotekos paskaitų ciklą „Sveikatos pamokos visiems“ pratęsė VšĮ Centro poliklinikos Klinikinės laboratorijos vedėjo, laboratorinės medicinos gydytojo dr. Valdo Banio paskaita



Dr. V. Banys



„4 000 rodiklių viename laše: ką gali atskleisti kraujo tyrimas?“.

Dr. V. Banys yra Europos klinikinės chemijos ir laboratorinės medicinos federacijos akademijos narys. Jis 16 metų dirbo Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose, vėliau ėjo pareigas Raudonojo Kryžiaus ligoninėje, dirbo privačiose sveikatos priežiūros įstaigose. Dr. V. Banys yra nuolatinis laboratorinės medicinos konferencijų, seminarų, kongresų dalyvis, ilgametis Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto dėstytojas. Jis, būdamas Lietuvos laboratorinės medicinos draugijos Vilniaus filialo pirmininku, per 10 veiklos metų vienijo daugiau nei 300 Vilniaus ir aplinkinių rajonų specialistų, organizavo profesinio tobulinimosi renginius laboratorinės medicinos srityje dirbantiems specialistams, aktyviai dalyvauja Vilniaus medicinos draugijos veikloje.

Prieš pradėdamas savo paskaitą apie tai, kiek informacijos apie mūsų sveikatą gali atskleisti vienas kraujo mėginys, dr. V. Banys supažindino su laboratorinės medicinos ištakomis: „Pirmasis laboratorinis tyrimas žmonių civilizacijoje yra ne kraujo tyrimas, o nėštumo testas. Senovės Egipte moterys šlapindavosi ant miežių ir kviečių sėklų. Jei sėklos sudygdavo, tikėta, kad moteris yra nėščia. Miežiai pranašavo berniuko, kviečiai – mergaitės gimimą. Metodas užrašytas dar 1350 m. prieš Kristų, šį tekstą atradę mokslininkai sugalvojo patikrinti ir įvertino jo patikimumą apie 70 proc. Vėliau šlapimo tyrimus reikšmingai pagilino Hipokratas, šie tyrimai buvo naudojami gan plačiai. Sakysime, putotas šlapimas, kuris susidaro ant paviršiaus, buvo apibūdinamas kaip ilgalaikis inkstų ligos požymis, to laiko gydytojai šlapimo nuosėdas susiejo su karščiavimu ir pastebėjo, kad nuosėdų kiekis didėja karščiavimui stiprėjant. Tik atradus mikroskopą, XVIII–XIX a. pradėti kraujo tyrimai: eritrocitų skaičiavimas, hemoglobino nustatymas, buvo atrastos kraujo grupės.“

„Beveik kiekvienas esame matę laboratorinių tyrimų atsakymą: daug skaičių, raidžių, rodiklių aukštyn ir žemyn, kartais dar raudonai pažymėtų rezultatų. Ir natūraliai kyla klausimas: ką visi šie skaičiai apie mane pasako? Pranešimo pavadinime sąmoningai pavartojau šiek tiek provokuojantį skaičių – 4 000 rodiklių viename laše? Ar šiandien tikrai galime iš vieno kraujo lašo nustatyti 4 000 dalykų? Jeigu galime – ar tai reiškia, kad turėtume juos visus tirti? Kraujo mėginys turi milžinišką kiekį biologinės informacijos, bet laboratorija jos automatiškai neperskaito visos. Užsakantis tyrimą asmuo turi nuspręsti, į kokį klausimą ieškome atsakymo, ir tik tada pasirinkti tinkamą tyrimą. Laboratorijoje dažnai galioja labai paprasta taisyklė: geras tyrimas prasideda nuo gero klausimo. Kraujas tam tikra prasme yra nuolat besikeičiantis organizmo informacijos srautas. Laboratorija paprastai tiesiogiai „nematuoja sveikatos“, „kepenų būklės“ ar „vėžio“. Mes matuojame konkrečius biologinius signalus. O tada iš šių signalų kartu su žmogaus simptomais, anamneze, kitais tyrimais ir gydytojo vertinimu sudėliojamas daug didesnis paveikslas. Todėl laboratorinis rezultatas dažniausiai yra ne galutinis atsakymas, o viena dėlionės detalė. Ir kuo modernesnės technologijos, tuo daugiau tokių detalių galime išmatuoti, bet čia atsiranda pagunda manyti: jeigu galime išmatuoti daug, gal galime iš labai mažo kraujo kiekio išmatuoti praktiškai viską. Prieš keliolika metų viena kompanija pažadėjo būtent tai. Kompanija vadinosi „Theranos“, o jos įkūrėja – Elizabeth Holmes, kuri 2014 m. buvo laikoma viena perspektyviausių jaunųjų JAV verslininkių, galinčių iš esmės pakeisti laboratorinę mediciną. Jos idėja buvo nepaprastai patraukli – vietoj tradicinio kraujo paėmimo iš venos – mažas dūris į pirštą. Keli kraujo lašai. Nedidelis aparatas. Ir iš mažo mėginio – platus laboratorinių tyrimų spektras. Pacientui tai skambėjo idealiai: mažiau skausmo, mažiau kraujo, greitesni rezultatai. Investuotojams – dar geriau. Buvo žadama iš esmės pakeisti visą laboratorinių tyrimų rinką. „Theranos“ kompanija pritraukė daugiau kaip 700 mln. JAV dolerių investiciją. JAV vertybinių popierių ir biržos komisija vėliau nustatė, kad investuotojams buvo teigiama, jog kompanijos nuosavas analizatorius iš kelių iš piršto paimtų kraujo lašų gali atlikti labai plataus spektro laboratorinius tyrimus. Tai buvo beveik tobula istorija. Tai buvo ne vizija, problema buvo tai, ką technologija iš tikrųjų galėjo padaryti tuo metu, kai buvo teigiama, kad ji jau veikia. Medicinoje būtina įrodyti, kad technologija veikia. Istorija baigėsi kompanijos žlugimu ir baudžiamosiomis bylomis. E. Holmes 2022 m. prisiekusiųjų teismo buvo pripažinta kalta dėl sąmokslo ir trijų sukčiavimo investuotojų atžvilgiu epizodų. Ji buvo nuteista 11 metų laisvės atėmimo bausme. Bet mums šian-

Nukelta į p. 8

Atkelta iš p. 7

dien svarbiausia ne kriminalinė šios istorijos dalis. Svarbiau tai, kad ji labai ryškiai parodė, kas gali nutikti, kai laboratorijoje pažadas aplenkia įrodymus.

Kraujo tyrimas nėra tiesiog aparatas, į kurį iš vienos pusės įdedame į mėgintuvėlį, o iš kitos gauname tiesą. Tai visa grandinė. Laboratorijoje kraują galime vertinti labai skirtingai. Jeigu norime suskaičiuoti eritrocitus, leukocitus ar trombocitus, mums reikia kraujo su išlikusiomis ląstelėmis. Jeigu norime tirti, pavyzdžiui, hormonus, fermentus ar antikūnus, dažnai naudojame serumą ar plazmą. Dėl to laboratorijoje matome skirtingų spalvų mėgintuvėlių kamštelius. Tai nėra dizaino sprendimas. Mėgintuvėliuose yra skirtingų medžiagų: vienos neleidžia kraujui krešėti, kitos padeda jam sukrešėti, dar kitos stabilizuoja tam tikras medžiagas. Todėl net toks paprastas dalykas kaip netinkamai pasirinktas mėgintuvėlis gali lemti netinkamą rezultatą. Laboratorijoje visą tyrimo procesą skirstome į tris dalis. Pirmoji – preanalitinė fazė. Tai viskas, kas vyksta iki paties matavimo: ar pacientas tinkamai pasiruošęs, ar paimtas tinkamas mėginys, ar laiku ir tinkamomis sąlygomis pasiekė laboratoriją. Antroji – analitinė fazė. Čia kalbama apie patį matavimą, analizatorių, reagentus ir kt. Ir trečioji – postanalitinė fazė. Rezultatas turi būti įvertintas, patvirtintas ir tinkamai pateiktas gydytojui ar pacientui. Kai kada reikia skubiai informuoti apie kritinę vertę ir t. t. Kartais labai lengva laboratorinį rezultatą suvokti kaip absoliučią tiesą, kurią „pagamino aparatas“. Iš tiesų rezultatas yra ilgo proceso galutinis produktas.

Vienas dažniausiai atliekamų tyrimų – bendras kraujo tyrimas. Šiuolaikinis hematologinis analizatorius iš labai mažo kraujo kiekio per trumpą laiką gali ne tik suskaičiuoti milijonus ląstelių, bet ir įvertinti jų dydį, pasiskirstymą bei diferencijuoti skirtingas leukocitų grupes. Padidėjęs leukocitų skaičius savaime nereiškia bakterinės infekcijos. Sumažėjęs hemoglobinas pasako, kad yra anemija, bet nepasako jos priežasties. Trombocitų skaičius gali pakisti dėl labai įvairių priežasčių. Todėl bendras kraujo tyrimas man labiau primena ne diagnozę, o organizmo eismo stebėjimo kamerą. Įsivaizduokite, kad jūsų kraujotaka yra greitkelis, o bendrasis kraujo tyrimas – eismo kontrolės ataskaita. Kiekvienas kraujo komponentas atlieka unikalią transporto priemonės funkciją, užtikrinančią, kad miestas (jūsų kūnas) veiktų be trikdžių. RBC ir HGB – tai tarsi krovininiai automobiliai. Eismo sutrikimai: spūstis (per daug). Kraujas tampa per tirštas, sunkvežimiai stringa, didėja insulto ar trombozės rizika. Tuščias kelias (per mažai, anemija). Pristatoma per mažai deguonies, todėl miestas pradeda strigti (jaučiate nuovargį ir silpnumą). WBC – Gelbėjimo tarnybos eismo sutrikimai: spūstis. Kraujas tampa per tirštas, sunkvežimiai stringa, didėja insulto ir trombozės rizika. Per mažai pristatoma deguonies, jaučiamas nuovargis ir silpnumas. Trombocitai – tai tarsi kelių remonto tarnyba. Per daug darbininkų. Gali per greitai užpilti kelią ir suformuoti nereikalingus kalnus – kraujo krešulius (trombus), kurie užblokuos eismą. Vienas geriausiai žmonėms pažįstamų rodiklių yra HGB. Tai – elektrocituose esantis baltymas, kuris prisijungia deguonį plaučiuose ir perneša jį į mūsų audinius. Kai HGB sumažėja, kalbame apie anemiją – mažakraujystę. Hemoglobinas (HGB) atsako į klausimą: „Ar yra anemija?“. Bet kitas klausimas – „Kodėl ji atsirado?“ – jau reikalauja kitų tyrimų. Leukocitai ir CRB: ar organizme vyksta uždegimas? Leukocitai yra imuninės sistemos ląstelės. Jų skaičius ir skirtingos leukocitų grupės gali keistis infekcijų, uždegimo, streso, kai kurių vaistų vartojimo ar kitų būklių metu. CRB yra baltymas, kurio koncentracija gali gana greitai didėti vykstant uždegiminei reakcijai. Didelis CRB savaime nereiškia, kad žmogus turi bakterinę infekciją ir kad jam būtinai reikia antibiotikų. Tai yra uždegimo signalas. Dar viena labai dažna tyrimų grupė – vadinamieji kepenų rodikliai. Dažniausiai žmonės žino ALT, ASIT, GGT, bilirubiną. Svarbu suprasti vieną dalyką: šie tyrimai nėra tiesioginis atsakymas į klausimą „Ar kepenys sveikos?“. ALT yra fermentas, kurio padidėjimas dažniausiai siejamas su kepenų ląstelių pažeidimu. AST taip pat gali didėti pažeidus kepenis, bet jo yra ir kituose audiniuose. GGT gali padidėti sergant kepenų ar tulžies sistemos ligomis, tačiau jį gali veikti alkoholis, kai kurie vaistai. Bilirubinas jau atspindi kiek kitą procesą – hemoglobino skilimo produktų apykaitą ir jų pašalinimą per kepenis bei tulžies sistemą. Todėl vienas padidėjęs kepenų fermento rodiklis dar nėra diagnozė. Reikia žiūrėti rodiklių derinį, jų pokyčių dydį, simptomus ir klinikinį kontekstą. Gliukozės tyrimas rodo, kokia jos koncentracija kraujyje yra konkrečiu momentu. Ją gali veikti tai, ar žmogus valgė, kada valgė, ar sportavo, ar patyrė stresą, ar serga ūmine liga. Vienas gliukozės rezultatas yra tarsi momentinė nuotrauka. O H6A1c – „glikozilintas“ hemoglobinas leidžia įvertinti daug ilgesnio laikotarpio gliukozės poveikį eritrocitams. Galima pasakyti, kad H6A1c yra filmas apie pastaruosius kelis (apytikriai 3) mėnesius, o gliukozė – viena jo nuotrauka. Šie du skirtingi tyrimai gali atsakyti į du skirtingus klausimus.

Pacientams sukelia daugiausia klausimų, kai gaunamas laboratorinis atsakymas ir šalia atsakymo matome vadinamąją normą. Pavyzdžiui, nuo kažkiek iki kažkiek. Jeigu mano rezultatas viduje to kažkiek – viskas gerai. Jeigu už ribos – kažkas blogai. Nereikėtų pasiimti savo rezultato „Google“ paieškoje, ieškoti, kokia yra jo norma. Vertinti reikia toje laboratorijoje nurodytą intervalą, kurioje atlikote tyrimą, ir atitinkamai pagal bendrą konkretaus žmogaus situaciją. Kodėl šiandien ir rytoj rezultatas gali keistis? Laboratoriniam rezultatui įtakos turi bent trys dalykai. Pirmiausia – tikras biologinis pokytis. Organizmas iš tiesų pasikeitė. Antra – natūrali biologinė variacija. Mūsų organizmas nėra termostatas, kuriame visą laiką nustatyta lygiai 36,6. Trečia – preanalitinės aplinkybės: pavalgėme, intensyviai sportavote, vartojote alkoholį, išgėrėte vaistų ar maisto papildų. Kai kuriems tyrimams tai beveik nesvarbu, o kitiems – gali būti labai svarbu“, – paskaitoje konstatavo dr. V. Banys.

Anot jo, geras tyrimas prasideda nuo gero klausimo. Kodėl atliekame šį tyrimą? Norite nustatyti ligą, ją atmesti, įvertinti ligos riziką, stebėti gydymą, patikrinti, ar ji neprogresuoja? Nuo atsakymo į šiuos klausimus priklauso ir tai, kokį tyrimą verta pasirinkti. Šiuolaikinės laboratorinės medicinos tikslas nėra pagaminti kuo daugiau rezultatų. Tikslas – pateikti reikalingą ir patikimą informaciją tinkamam klinikiniam sprendimui. Dr. V. Banys kalbėdamas apie laboratorijų ateitį – nuo vieno rodiklio ir duomenų debesies – priminė savo paskaitos pradžią, jos pavadinimą: „4000 rodiklių viename laše...“. „Ar tai mokslinė fantastika? Deja, vis mažiau. Šiandien turime genomiką, kuri leidžia vienu metu tirti milžinišką genetinės informacijos kiekį. Turime proteomiką – daugybės baltymų tyrimą. Metabolomiką – daugybės mažų metabolizmo molekulių analizę. Galima viename mėginyje gauti ne kelis, o šimtus ar tūkstančius biologinių signalų. Ir tada atsiranda visiškai nauja problema. Žmogus nebegali kiekvieno tokio skaičiaus vertinti atskirai. Reikia algoritmų, sudėtingos statistikos ir vis dažniau – dirbtinio intelekto, kad būtų atpažįstami tam tikri duomenų modeliai. Galbūt ateities laboratorinis atsakymas vis rečiau bus: „Jūsų baltymo X koncentracija yra 7.4.“ Ir vis dažniau: „Ši kelių šimtų biologinių požymių kombinacija atitinka tam tikrą rizikos modelį.“ Tai labai perspektyvu. Tik verta prisiminti, nuo ko šiandien pradėjome, – nuo „Theranos“. Technologinės galimybės nėra tas pats, kas kliniškai patikimas tyrimas. Kuo daugiau duomenų gauname, tuo svarbesni tampa metodo validacija, standartizacija, kokybės kontrolė ir tinkamas klinikinis pritaikymas. Technologijos keičiasi. Bet pagrindinės laboratorinės medicinos taisyklės – ne. Kraujo lašas turi iš tiesų nepaprastai daug informacijos. Ir mūsų galimybės ją perskaityti kiekvienais metais didėja. Mūsų sostinės Centro poliklinikos klinikinėje laboratorijoje dabar atliekami per 300 įvairių tyrimų. Bet kasmet šių kraujo tyrimų daugėja. Šiuolaikinis Brazilijos rašytojas Paulo Coelho yra išsakęs mintį, kad, kai tu tikrai ko nors trokšti, visas pasaulis slapta padeda tau įgyvendinti šį troškimą. Bet jeigu iš šiandienos pranešimo reikėtų išsinešti tik penkias mintis, norėčiau, kad jos būtų šios: pirma – laboratorinis rezultatas nėra diagnozė. Tai biologinis signalas, kurį reikia vertinti kartu su žmogumi. Antra – rezultatas už pamatinio intervalo ribų nebūtinai reiškia ligą. Trečia – vienas skaičius dažnai pasako mažiau negu jo pokytis laike ir santykis su kitais tyrimais. Ketvirta – tyrimo kokybė prasideda dar prieš paimant kraują. Pacientas taip pat yra šio proceso dalis. Ir penktas – daugiau tyrimų nebūtinai yra geriau. Geriausias tyrimas yra tas, kuris patikimai atsako į konkretų klausimą ir padeda priimti geresnį sprendimą dėl žmogaus sveikatos. Ir todėl, jeigu dar kartą paklausčiau, kiek rodiklių norėtume išsitirti iš vieno kraujo lašo, tikiuosi, kad atsakymas jau nebebūtų: „Visus 4000.“ Gal geresnis atsakymas būtų: „Tuos, kurių man iš tikrųjų reikia“, – tikisi dr. V. Banys.

Po paskaitos dr. Valdas Banys atsakė į klausytojų klausimus.

„Gydytojų žinių“ informacija