



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicinos studijų programa

Vidaus ligų ir šeimos medicinos klinika, Klinikinės medicinos institutas

Aušrinė Uckutė, VI kursas, 16 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Diagnosticinės klaidos pirminėje asmens sveikatos priežiūroje

Diagnostic Errors in Primary Healthcare

Darbo vadovas

Prof. dr. Vytautas Kasiulevičius

Katedros ar klinikos vadovas

Prof. dr. Vytautas Kasiulevičius

Vilnius, 2026.

Studento elektroninio pašto adresas: ausrine.uckute@mf.stud.vu.lt

TURINYS

1. SANTRUMPOS	3
2. SANTRAUKA.....	5
3. SUMMARY	5
4. RAKTAŽODŽIAI.....	6
5. ĮVADAS	6
6. LITERATŪROS APŽVALGA.....	8
6.1. Diagnostinių klaidų priežastys ir pasekmės pirminėje asmens sveikatos priežiūroje	8
6.1.1. Diagnostinių klaidų priežastys pirminėje asmens sveikatos priežiūroje.....	8
6.1.2. Diagnostinių klaidų pasekmės pirminėje asmens sveikatos priežiūroje	12
6.2. Diagnostinių klaidų prevencija pirminėje asmens sveikatos priežiūroje	14
6.2.1. Diagnostinio samprotavimo tobulinimas	14
6.2.2. Sistemingas grįžtamojo ryšio formavimas	15
6.2.3. Pirminės sveikatos priežiūros diagnostikos strategijų optimizavimas	16
6.2.4. Diagnostinių tyrimų prieigos gerinimas	16
6.2.5. Diagnostinių klaidų nustatymo ir mokymosi metodų kūrimas analizuojant klinikinius atvejus	17
6.2.6. Informacinių technologijų tobulinimas.....	18
6.2.7. Pacientų įtraukimas	19
6.2.8. Vyriausybės politika, remianti pirminę asmens sveikatos priežiūrą	19
7. KLINIKINIO ATVEJO APRAŠYMAS.....	20
8. DISKUSIJA.....	29
9. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI	36
10. LITERATŪROS SĄRAŠAS	38
11. PRIEDAI	45

1. SANTRUMPOS

- ALT – alaninaminotransferazė
- anti-TG – antikūnai prieš tiroglobuliną
- AST – aspartataminotransferazė
- ATPO – antikūnai prieš skydliaukės peroksidazę
- AUD – alkoholio vartojimo sutrikimas (angliškai *Alcohol Use Disorder*)
- AUDIT – alkoholio vartojimo sutrikimų identifikavimo testas (angliškai *Alcohol Use Disorders Identification Test*)
- BTL – bendrasis tulžies latakas
- CDT – angliavandenių stokojantis transferinas (angliškai *Carbohydrate Deficient Transferrin*)
- Cl – chloras
- CRB – C reaktyvusis baltymas
- DI – dirbtinis intelektas
- DSM-V – Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo penktasis leidimas (angliškai *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*)
- DSM-V-TR – Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo penktasis atnaujintas leidimas (angliškai *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*)
- DTL – didelio tankio lipoproteinai
- ENMG – elektroneuromiografija
- FMR – fizinė medicina ir rehabilitacija
- FT4/LT4 – laisvas tiroksinas
- GOT – glutamato oksaloacetato transaminazė
- GPT – glutamato piruvato transaminazė
- GT – glutamiltransferazė
- IgG – imunoglobulinas G
- IgM – imunoglobulinas M
- IT – informacinės technologijos
- K – kalis
- KKM – koordinaciniai kinetiniai mėginiai
- KMI – kūno masės indeksas
- KS – kairysis skilvelis
- KS IF – kairiojo skilvelio išstūmio frakcija

KT – kompiuterinė tomografija
 KTA – kompiuterinės tomografijos angiografija
 LOPL – lėtinė obstrukcinė plaučių liga
 MCH – vidutinis hemoglobino kiekis eritrocite (angliškai *Mean Corpuscular Hemoglobin*)
 MCV – vidutinis eritrocito tūris (angliškai *Mean Corpuscular Volume*)
 MMI – miokardo masės indeksas
 MRT – magnetinio rezonanso tomografija
 MTL – mažo tankio lipoproteinai
 MTS – metastazės
 MVN – mitralinio vožtuvo nesandarumas
 PA – plaučių arterija
 PAASP – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra
 PATE – plaučių arterijos trombinė embolija
 PNM – piršto–nosies mėginys
 POCT – angliškai *Point-of-Care Testing*
 PSO – Pasaulio sveikatos organizacija
 PSPS – priėmimo–skubios pagalbos skyrius
 RBC – eritrocitai (angliškai *Red Blood Cells*)
 RDW-CV – eritrocitų dydžio pasiskirstymo plotis – variacijos koeficientas (angliškai *Red Cell Distribution Width – Coefficient of Variation*)
 RDW-SD – Eritrocito dydžio pasiskirstymo plotis – standartinis nuokrypis (angliškai *Red Cell Distribution Width – Standard Deviation*)
 SAV – standartinis alkoholio vienetas
 ŠF – šarminė fosfatazė
 TBE – erkinis encefalitas (angliškai *Tick – Borne Encephalitis*)
 TLK-10 – Tarptautinė ligų klasifikacija, dešimtoji redakcija
 TTH – tiotropinis hormonas
 TVŽJA – triburio vožtuvo žiedo judesio amplitudė
 UG – ultragarsas
 VULSK – Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos
 WBC – leukocitai (angliškai *White Blood Cells*)
 ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas

2. SANTRAUKA

Diagnosticinės klaidos – tai negebėjimas laiku bei tiksliai nustatyti, dėl kokios priežasties pacientas patiria tam tikras sveikatos problemas. Šiais laikais pirminė asmens sveikatos priežiūros grandis visuomenėje vaidina labai svarbų vaidmenį ligų diagnostikoje. Būtent čia sprendžiama, kokių tyrimų, vaistų, procedūrų ar kitų paslaugų reikėtų skirti pacientui. Įvairūs veiksniai, kurie gali būti susiję su gydytoju, sveikatos priežiūros sistema, pacientu, jo liga ar aplinka, gali tapti kliūtimi greitai ir efektyviai ligos diagnostikai bei stipriai atsiliepti paciento sveikatos būklei ir jo gyvenimo kokybei.

Šis mokslinis darbas parašytas siekiant apžvelgti, kokios gali būti diagnostinių klaidų priežastys bei jų pasekmės pacientams, ir kokių prevencijos priemonių galima imtis, siekiant išvengti diagnostinių netikslumų tiriant sergančius asmenis. Kartu su literatūros apžvalga šiame darbe taip pat pristatytas 45 metų vyro, kuriam pavėluotai diagnozuotas priklausomybės nuo alkoholio sindromas, klinikinis atvejis. Šis pacientas į gydymo įstaigą pradžioje kreipėsi dėl nespecifinių skundų: nerimo, miego sutrikimų, sunkumo sutelkiant dėmesį bei silpnumo. Nepaisant atliktų tyrimų, buvo susidurta su problemomis siekiant surinkti tikslią paciento anamnezę dėl vyro nenoro papasakoti apie savo alkoholio vartojimo įpročius, kas gerokai apsunkino diagnostikos procesą. Blogėjant būklei pacientas buvo nukreiptas kardiologo, neurologo konsultacijoms, jam atlikti vaizdiniai tyrimai, tačiau galutinė diagnozė buvo nustatyta tik po 2 mėnesių, nors iš paciento artimųjų surinktos patikslintos anamnezės buvo galima įtarti esant problemų dėl alkoholio vartojimo jau prieš dvejus metus, kai pacientas kreipėsi į savo šeimos gydytoją norėdamas gauti medicininę pažymą šaunamajam ginklui.

Pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje bendraujant su uždarais, nenoriai apie savo gyvenimą pasakojančiais pacientais, ypač esant trumpam konsultacijos laikui, gali būti gana sudėtinga nuspręsti, kokį bendravimo būdą pasirinkti, kokius klausimus pirmiausia vertėtų užduoti pacientui bei kokius tyrimus reikėtų paskirti atsižvelgiant į ligonio anamnezę ir išsakytus skundus. Susiduriant su šiais iššūkiais verta gerai apgalvoti, kokios diagnostinės taktikos pasirinkimas būtų geriausiai tinkamas pagal paciento būdo savybes bei matomus ligos simptomus.

3. SUMMARY

Diagnostic errors are the inability to timely and accurately determine the cause of patient's health problems. In today's society, the primary healthcare system plays a significant role in the diagnosis of diseases. This is exactly where decisions are made about what tests, medications, procedures or other services should be prescribed to the patient. Various factors that may be related to the doctor, the healthcare system, the patient, their illness or environment can become an obstacle

to quick and effective diagnosis of the disease and have a significant impact on the patient's health status and quality of life.

This scientific paper was written to review the possible causes of diagnostic errors and their consequences for patients, and what preventive measures could be taken to avoid diagnostic inaccuracies when examining sick individuals. Along with a literature review, this paper also presents a clinical case of a 45-year-old man who was diagnosed with alcohol dependence syndrome. This patient initially sought medical attention for non-specific complaints: anxiety, sleep disorders, difficulty concentrating and weakness. Despite the tests performed, some difficulties were encountered in collecting an accurate patient history due to the man's reluctance to talk about his alcohol consumption habits, which significantly complicated the diagnostic process. As the patient's condition deteriorated, he was referred for consultations with a cardiologist and a neurologist, and the patient also underwent medical imaging procedures, however, the final diagnosis was established two months later. Nevertheless, based on the more detailed medical history provided by the patient's relatives, problems related to alcohol use could already have been suspected two years earlier, when the patient consulted his family physician in order to obtain a medical certificate for a firearm.

When communicating with reserved patients who are reluctant to talk about their lives in the primary healthcare setting, especially when the consultation time is short, it can be quite difficult to decide which method of communication to choose, which questions should be asked to the patient first, and which tests should be performed while taking into account the patient's history and complaints. When faced with these challenges, it is worth considering carefully which diagnostic tactics would be best suited to the patient's personality and visible symptoms of the disease.

4. RAKTAŽODŽIAI

Lietuvių kalba: Diagnostinės klaidos, pirminė asmens sveikatos priežiūra, alkoholizmas, Wernicke encefalopatija.

Anglų kalba: Diagnostic Errors, Primary Healthcare, Alcoholism, Wernicke encephalopathy.

5. ĮVADAS

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra (PAASP) – tai šeimos gydytojo komandos, pirminės ambulatorinės odontologinės priežiūros bei pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros specialistų teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. PAASP

suteikiančių sveikatos specialistų komandoje taip pat kartu dalyvauti gali vaikų ligų gydytojai, vidaus ligų gydytojai, gydytojai chirurgai bei akušeriai-ginekologai [1]. Pirminiai ambulatoriniai odontologiniai priežiūrai priklauso pagal nustatytas medicinos normas teikiamos gydytojo odontologo arba burnos higienisto kartu su gydytojo odontologo padėjėju arba be jo suteikiamos nespecializuotos pirminės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios gali būti suteikiamos įvairiose įstaigose: ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, licenciją teikti odontologijos ar burnos higienos paslaugas turinčiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, mobiliosiose ambulatorijose, pacientų namuose, socialinės globos įstaigose, taip pat įstatymų nustatyta tvarka laisvės atėmimo vietų ligoninės, tardymo izoliatorių, pataisos įstaigų patalpose. Tuo tarpu pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos psichikos sveikatos centruose arba įstaigose, kurios atitinka Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakyme nurodytus psichikos sveikatos centrums taikomus reikalavimus, taip pat mobiliosiose ambulatorijose, pacientų namuose, socialinės globos įstaigose, įstatymų nustatyta tvarka laisvės atėmimo vietose [2].

Diagnosticinė klaida – tai negebėjimas tiksliai ir pakankamai greitai nustatyti paciento sveikatos problemas arba negebėjimas tinkamai ir laiku paaiškinti pacientui apie jo sveikatos būklę [3].

Klinikinės diagnozės nustatymas yra kartotinis procesas, todėl galutinė diagnozė patvirtinama arba atmetama, kai surenkamas pakankamas kiekis klinikinės informacijos. Ją apdorojant gali iškilti sunkumų, kurie prisideda prie netikslaus paciento sveikatos būklės įvertinimo [3]. Pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūroje (PAASP) dažniausiai sutinkamos skirtingų tipų diagnostinės klaidos:

- *Sveikatos problema nepastebima* – pavyzdžiui, pacientui, kurio KMI ≥ 25 kg/m² nėra nustatomas atsvaris [4, 5].
- *Apie galimą paciento ligą pagalvojama per vėlai, todėl pavėluojama tiksliai įvertinti sveikatos būklės pokyčius* – pavyzdžiui, melanoma įtariama tik jos vėlyvojoje stadijoje. Ankstyva šios ligos diagnostika ligoniams yra labai svarbi, nes 5 metų išgyvenamumas odos naviką diagnozavus ankstyvojoje stadijoje gali siekti iki 95 % [4, 6].
- *Nustatoma neteisinga ligos diagnozė* – pavyzdžiui, apendicitas klaidingai interpretuojamas kaip esantis vidurių užkietėjimas [4, 7].

Šie diagnostinių klaidų tipai dažnai tarpusavyje persidengia. Vienas tokių pavyzdžių – nustačius neteisingą diagnozę, ne laiku nustatomas ir tikrasis sutrikimas. Gali būti susiduriama ir ne tik su medicininėmis problemomis – atstumai iki antrinio ar tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų apsunkina ligonių transporto galimybes, o tolimi atstumai nuo gydančios įstaigos iki reikalingų laboratorijų gali prisidėti prie ilgesnio diagnostikos laiko, todėl tiksliai pasakyti, kokio tipo klaidos klinikinėje praktikoje pasitaiko dažniausiai, yra itin sudėtinga [8]. Remiantis atliktais klinikiniais

tyrimais, diagnostinių klaidų PAASP pasireiškimo dažnis Jungtinėse Amerikos Valstijose sudarė 5 % visų ambulatorinių konsultacijų – apytiksliai apie 12 mln. suaugusiųjų per metus. Tuo tarpu Jungtinėje Karalystėje net 60 % išvengiamos žalos pacientų sveikatai buvo sukelta diagnostinių klaidų PAASP [9]. Tai rodo, kad yra labai svarbu gilintis į diagnostikos klaidų priežastis ir kaip jų išvengti.

Darbo tikslas – remiantis naujausia moksline literatūra apžvelgti diagnostinių klaidų pirminėje asmens sveikatos priežiūroje priežastis, pasekmes ir jų prevencijos būdus, kartu išanalizuojant diagnostiniu požiūriu komplikotą alkoholizmo (priklausomybės nuo alkoholio sindromo) klinikinį atvejį, jį pateikiant konkretaus atvejo ir literatūros kontekste.

Darbo metodika – literatūros apžvalga atlikta naudojantis *PubMed*, *ClinicalKey*, *Google Scholar* duomenų bazėse esančiais straipsniais, taip pat *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos* ir *Valstybinės ligonių kasos* duomenų bazėmis. Paieška vykdyta lietuvių ir anglų kalbomis, pirmenybę teikiant paskutiniųjų 5 metų publikacijoms. Klinikinio atvejo aprašymui naudoti nuasmeninti duomenys, pateikti gydymo įstaigos informacinėje sistemoje, taip pat gautas paciento sutikimas ir sveikatos priežiūros įstaigos administracijos leidimas klinikinių duomenų naudojimui.

6. LITERATŪROS APŽVALGA

6.1. Diagnostinių klaidų priežastys ir pasekmės pirminėje asmens sveikatos priežiūroje

6.1.1. Diagnostinių klaidų priežastys pirminėje asmens sveikatos priežiūroje

Su klaidomis galima susidurti įvairiuose diagnostikos etapuose. Jos neretai sutinkamos kognityvinio mąstymo procese – dažnai tam įtakos turi veiksniai, kurie gali būti susiję su individualiomis gydytojo savybėmis, pačiu pacientu ir jo ligos ypatumais, aplinka ar sveikatos priežiūros sistema (žiūrėti 1 lentelę) [10]. Su šiais bei dar didesniais iššūkiais ypač teko susidurti COVID-19 pandemijos pradžioje, kai dalies pacientų konsultavimas PAASP buvo vykdomas nuotoliu, kas dar labiau apsunkino diagnostinį procesą dėl fizinių galimybių stokos apžiūrėti ligonius juos matant sveikatos įstaigose [11].

Nors įvairios priežastys gali lemti klaidas diagnostikos procese, viena iš dažniausiai klinikinėje praktikoje sutinkamų diagnostikos klaidų pirminėje asmens sveikatos priežiūroje yra mąstymo arba kitaip kognityvinis šališkumas (angliškai *Cognitive Bias*). Su kognityviniu šališkumu susiduriama, kai iš paciento klinikinės apklausos bei apžiūros surinktos informacijos apdorojimui ir gautų tyrimų rezultatų išvadų formulavimui yra naudojamas intuityvus mąstymas. Intuityvus arba

„greitas mąstymas“ gali būti patogus klinikiniame darbe, nes mąstymo procesas užtrunka neilgai dėl trumpo mąstymo proceso trukmės – tai priešingybė analitiniam mąstymui, kuris savaime yra tikslesnis, tačiau jo pritaikymui reikalingas ilgesnis laiko tarpas. Vis dėlto mąstymo šališkumas gali lemti neteisingą situacijos interpretavimą, netikslius ir nelogiškus sprendimus dėl netinkamai apdorotos prieinamos informacijos [10 – 13].

1 lentelė. Diagnostiniame procese dalyvaujantys veiksniai, galintys prisidėti prie diagnostinių klaidų pirminėje asmens sveikatos priežiūroje [4, 10, 13].

Susiję su gydytoju	
Veiksny	Galimos klaidos priežastys
Darbo patirtis	Trumpas klinikinio darbo stažas, lemiantis neefektyvų diagnostinių modelių taikymą, situacijų valdymą.
Siekimas tobulėti	Nesidomima naujausia paskelbta medicinine informacija.
Žinios	Nepakankamai plačios ar išsamios klinikinės žinios ar neefektyvus jų pritaikymas diagnostikoje.
Stebėjimo įgūdžiai	Nepastebimi arba per vėlai pastebimi ligos simptomai/požymiai.
Bendravimo įgūdžiai	Neefektyvus gydytojo–paciento grįžtamasis ryšys.
Sudėtingų situacijų valdymas ir sprendimų priėmimas	Neefektyviai priimami sprendimai sudėtingose klinikinėse situacijose.
Polinkis į šališkumą	Diagnostiniame procese darant išvadas apie paciento sveikatos būklę intuityviu mąstymu pasikliaujama labiau nei klinikiniais duomenimis.
Pervargimas	Nesusidorojama su darbo metu kylančiais iššūkiais, jaučiamas fizinis ar psichologinis išsekimas.
Susiję su pacientu	
Veiksny	Galimos klaidos priežastys
Bendra būklė	Pacientui sergant ne viena liga kiti sveikatos sutrikimai gali maskuoti naujos ligos simptomus.

1 lentelė. Diagnostiniame procese dalyvaujantys veiksniai, galintys prisidėti prie diagnostinių klaidų pirminėje asmens sveikatos priežiūroje (tęsinys) [4, 10, 13].

Imunitetas	Pacientui turint imunodeficitą neįvertinamas galimas netipiško ligos vystymosi variantas.
Socialinė ir ekonominė padėtis	Pacientui neįperkant sveikatos priežiūros paslaugų negalimas veiksmingas tam tikrų diagnostikos ar gydymo priemonių taikymas.
Žinios, išsilavinimas	Pacientas nesupranta naudojamų medicininių terminų ar neįvertina savo sveikatos būklės rimtumo, todėl pateikia netikslią informaciją apie savo ligą arba jos visai nepateikia.
Nurodymų laikymasis	Pacientas nesilaiko gydytojo rekomendacijų, sunku vertinti ligonio sveikatos būklės pokyčius.
Laikas	Pacientas laiku neatvyksta į konsultacijas, todėl ilgėja diagnozės nustatymo laikas.
Bendravimas ir kalbos raiška	Pacientas neaiškiai/visai nekalba valstybine kalba arba negali tinkamai išreikšti minčių, todėl surenkama klaidinga ligos ir gyvenimo anamnezė.
Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas	Ribota prieiga dėl finansų trūkumo, judėjimo/transporto galimybių apribojimų.
Susiję su liga	
Veiksny	Galimos klaidos priežastys
Blogai apibrėžti ar netipiniai požymiai ir jų įvairiapusiškumas	Liga gali pasireikšti jai nebūdingais ar silpnais požymiais, todėl neteisingai atmetama diagnozė ar įtariama klaidinga liga.
Laboratorinių, vaizdinių, histopatologinių tyrimų rezultatų kintamumas	Tam tikru ligos periodu atlikti tyrimai gali neparodyti ligai būdingų požymių, jei vėliau jie nėra pakartojami. Kartojant klinikinį tyrimą galima rasti sunkiau įvertinamų pakitusių duomenų.
Susiję su aplinka	
Veiksny	Galimos klaidos priežastys

1 lentelė. Diagnostiniame procese dalyvaujantys veiksniai, galintys prisidėti prie diagnostinių klaidų pirminėje asmens sveikatos priežiūroje (tęsinys) [4, 10, 13].

Sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumas	Ribotas sveikatos priežiūros įstaigų skaičius gyvenamoje vietoje, didelis atstumas iki paciento gyvenamosios vietos.
Sveikatos priežiūros paslaugos	Kompetentingų sveikatos priežiūros specialistų trūkumas (dėl išsilavinimo stokos, „protų nutekėjimo“ arba nepatrauklių darbo sąlygų). Aukštos kvalifikacijos specialistų gali nebūti arba jų skaičius ribotas.
Ekstremalios situacijos (karas, endeminės užkrečiamosios ligos, gamtos stichijos)	Sudėtingos komunikacijos galimybės. Informacijos, medicininių priemonių trūkumas.
Su darbu susiję pavojai	Nesaugi darbo aplinka.
Susiję su sveikatos priežiūros sistema	
Veiksny	Galimos klaidos priežastys
Vadovavimas ir komandinis darbas	Prastas komandinis darbas, grįžamojo ryšio trūkumas ar jo nebuvimas mokantis iš diagnostikoje pasitaikiusių klaidų.
Sveikatos priežiūros koordinavimas	Uždeltas paciento konsultavimas, su ligoniu neaptariami paciento tyrimų rezultatai. Prastas atliktų tyrimų dokumentavimas ar sveikatos įrašų nebuvimas.
Pakartotinės konsultacijos	Retas pacientų stebėjimas sumažina tikimybę surinkti daugiau medicininės informacijos ligai įtarti ar patvirtinti.
Sveikatos priežiūros specialistų mokymai	Sveikatos priežiūros specialistai nepakankamai mokomi klinikinio mąstymo, per žemi mokymų sertifikavimo ir licencijavimo reikalavimai.
Medicininės informacijos ištekliai	Medicininės informacijos išteklių, įskaitant internetinę prieigą, nepasiekiamumas, ypač atokiose gyvenvietėse. Neįperkamos internetinės prenumeratos ar dideli informacijos šaltinių atsisieniavimo mokesčiai.

1 lentelė. Diagnostiniame procese dalyvaujantys veiksniai, galintys prisidėti prie diagnostinių klaidų pirminėje asmens sveikatos priežiūroje (tęsinys) [4, 10, 13].

Kultūra (abejotinos vertybės, įpročiai, elgesys, politika)	Tam tikrose kultūrose už medicininės klaidas gresia sunki baudžiamoji atsakomybė, o tai atgraso dalintis patirtimi ir trukdo mokytis iš padarytų klaidų diagnostikoje. Jei gydytojai nėra pakankamai mokomi dirbti komandoje kartu su pacientu – sergantieji mano, esantys tik pasyvūs sveikatos paslaugų gavėjai, todėl nedrįsta išsakyti savo nuomonės sveikatos klausimais.
Prastos darbo sąlygos	Darbo aplinka ar taikoma sveikatos priežiūros sistema gali būti blaškanti, trukdyti diagnostikos procesui ir informacijos organizavimui.
Mažas su darbu susijusios įrangos veiksmingumas	Ribota diagnostinių tyrimų apimtis, jų kokybė, prieinamumas, didelė eksploatacijos kaina.
Bendravimo ir priežiūros koordinavimo trukdžiai	Nedaug arba visiškai nesidalijama medicinine ir kita aktualia informacija.

6.1.2. Diagnostinių klaidų pasekmės pirminėje asmens sveikatos priežiūroje

Atlikus ilgalaikius tyrimus pastebėta, jog išsivysčiusiose šalyse į pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigas pacientai dažniausiai kreipėsi dėl hipertenzijos, nepatikslintos viršutinių kvėpavimo takų infekcijos, depresijos ar nerimo sutrikimų, nugaros skausmo, artrito, cukrinio diabeto, ausies skausmo ar dėl šlapimo takų infekcijos [14]. Remiantis Švedijos pirminės sveikatos priežiūros saugos incidentų duomenų baze, iš visų diagnostikos klaidų (pavėluota ar nenustatyta diagnozė), vėžys sudarė 37,0 %, iš kurių gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžys sudarė 22,0 %, odos – 17,0 %, inkstų ir šlapimo pūslės – 13,0 %, prostatos – 7,6 %, plaučių – 6,8 %, o krūties vėžys – 5,9 %. Iš visų klaidingų ne vėžio diagnozių dažniausiai nustatytos širdies ligos, kurios sudarė 8,4 % – iš jų daugiau nei pusė atvejų vėliau buvo identifikuoti kaip miokardo infarktas. Tuo tarpu kaulų lūžiai sudarė likusius 7,1 % atvejų, infekcijos – 6,8 % (iš jų sepsis sudarė 23,0 %, pneumonija – 18,0 %, tuberkuliozė – 14,0 %), 4,3 % ne vėžio diagnozių sudarė 1 tipo cukrinis diabetas, o likusius 4,0 % – PATE [15]. Remiantis Šiaurės Amerikoje atlikto kito tyrimo duomenimis stuburo epidurinis abscesas, aortos aneurizma/disekacija bei meningitas/encefalitas yra vienos dažniausių diagnostinių klaidų PAASP įstaigose Jungtinėse Amerikos Valstijose [16].

Pacientui padaryta žala dėl diagnostinės klaidos gali skirtis savo sunkumu: ligonis gali tapti laikinai nedarbingu, įgyti negalią ar net mirti. Remiantis Švedijos nuo 2011 iki 2016 metų rinktais duomenimis, 21,0 % pacientų pranešė, jog dėl diagnostikos klaidų PAASP jie negalėjo dirbti iki 3 mėnesių; 37,0 % ligonių negalėjo dirbti daugiau nei 3 mėnesius; 36,3 % pacientų nustatyta negalia (1–15 % negalia – 33,0 % ligonių, 16 – 30 % negalia – 2,0 %; > 30 % negalia – 1,3 %). Taip pat 5 % pacientų dėl diagnostinės klaidos mirė [15].

Pastebėta, jog daugiausiai žalingų žmogaus sveikatai diagnostinių klaidų pirminėje asmens sveikatos priežiūroje padaroma infekcijų, širdies ir kraujagyslių ligų bei vėžio diagnostikoje [14 – 16], todėl yra labai svarbu nustatyti, kuriomis ligomis sergantys pacientai turėtų pakliūti į didelės diagnostinių klaidų tikimybės rizikos grupę.

Žalingų diagnostinių klaidų rizikos kategorijai priklauso 3 didelės ligų grupės:

- **Infekcijos** – klinikinėje praktikoje susiduriama su sunkumais diferencijuojant virusines infekcijas nuo bakterinių susirgimų. Jei sergant virusine infekcija paskiriama antibiotikų terapija, ligos gydymas nebūna efektyvus. Tokios ligos, kaip plaučių ar kitos formos tuberkuliozė (dėl neatliekamų specifinių tyrimų) ir pirmuonių sukelta maliarija (dėl retumo tam tikrose geografinėse zonose ir nespecifinių simptomų) gana dažnai laiku nediagnozuojamos [4, 8].
- **Širdies ir kraujagyslių ligos** – pirmojo kontakto su pacientu metu dažnai nepastebimi subtilūs pirmieji ligos simptomai, neatsižvelgiama į gretutines ligas, tokias kaip hipertenzija, hipercholesterolemija ar 2 tipo cukrinis diabetas [4, 8].
- **Vėžys** – uždelsta vėžio diagnozė labai blogina ligonių gydymo galimybes ir būklės prognozę. Vėžys pradinėje ligos stadijoje gali pasireikšti nespecifiniais simptomais, tokiais kaip skausmas, svorio netekimas, kraujavimas. Beveik trečdalis gaubtinės bei tiesiosios žarnos ir plaučių vėžio atvejų pavėluotai arba apskritai nediagnozuojami nepaisant esančių pakitimų laboratoriniuose ar vaizdiniuose tyrimuose. Jei pacientas serga viena ar keliomis lėtinėmis ligomis, vėžio simptomai gali būti klaidingai priskirti prie pagrindinės lėtinės ligos, pavyzdžiui, LOPL sergantiems ligoniams nepastebimas plaučių vėžys [4, 8, 17].

Kitaip nei suaugusiesiems, vaikams būdingiausios tik 2 iš šių 3 rizikos kategorijų – infekcijos ir vėžiniai susirgimai. Apie 7 milijonus vaikų per 1 metus pasaulyje miršta nuo diagnostinių klaidų, kurių galima išvengti. Dažniausiai diagnostikos klaidų pediatrijoje padaroma susidūrus su gastroenteritu, pneumonija, apendicitu, meningitu, sepsiu, piktybiniais navikais [4, 8].

6.2. Diagnostinių klaidų prevencija pirminėje asmens sveikatos priežiūroje

Įvertinus diagnostinių klaidų priežastis pirminėje asmens sveikatos priežiūroje galima taikyti įvairaus tipo prevencines priemones, siekiant palengvinti diagnostikos procesą ir sumažinti klaidų tikimybę. Šias prevencines priemones galima suskirstyti į keletą kategorijų. Dalis tyrėjų siūlo išskirti 8 prevencijos sritis, kurios prisideda prie diagnostikos klaidų pirminėje asmens sveikatos priežiūroje mažinimo – jos pagrįstos remiantis „Saugesne diagnostikos struktūra“ (angliškai *The Safer Dx framework*), paremta Donabediano „Struktūros–procesų–rezultato“ modeliu. Šis modelis skiria dėmesį sveikatos priežiūros struktūrai (sveikatos paslaugų teikėjų charakteristikoms, jų naudojamiems įrankiams bei ištekliams, darbo organizavimui), procesui (gydytojo–paciento ryšiui ir procedūroms, atliekamoms konsultacijų metu) bei rezultatui (paciento sveikatos būklės ar elgesio pokyčiams). Anksčiau minėtoms 8 intervencijų sritims, kurios yra skirtos siekiant sumažinti diagnostikos klaidų skaičių ir jų keliamą naštą, priklauso: diagnostinio samprotavimo tobulinimas; sistemingas grįžtamojo ryšio formavimas; pirminės sveikatos priežiūros diagnostikos strategijų optimizavimas; diagnostinių tyrimų prieigos gerinimas; diagnostinių klaidų nustatymo ir mokymosi metodų kūrimas analizuojant klinikinius atvejus; informacinių technologijų tobulinimas; pacientų įtraukimas; vyriausybės politika, remianti pirminę asmens sveikatos priežiūrą [8, 18].

6.2.1. Diagnostinio samprotavimo tobulinimas

Aiškinantis diagnostinių klaidų PAASP priežastis pastebėta, kad gydytojams dažnai trūksta medicininių žinių, jiems yra sunku apdoroti surinktą informaciją apie paciento sveikatos būklę [4]. Esant sudėtingam ligos diagnostikos procesui gali būti sunku suformuluoti teisingas išvadas, jei pagrindiniai diagnostikos principai nėra gerai žinomi.

Intervencijos, kurios gali pagerinti diagnostinį procesą, gali būti įvairios. Gydytojai turėtų būti mokomi objektyviai įsivertinti savo darbą, naudotis pagalbinėmis priemonėmis, tokiomis kaip mnemonikos, kontroliniai sąrašai ar IT priemonės [4, 8]. Mnemonika – tai raidžių šifras, kurį dėl jo paprastumo ir aiškumo yra nesudėtinga atsiminti ir pritaikyti klinikinėje praktikoje. Šifras skirtas padėti gydytojams sutelkti dėmesį į dažniausiai klaidingai diagnozuojamus simptomus, su kuriais susiduriama konsultuojant pacientus. Viena iš tokių mnemonikų anglų kalba yra „SAFER AAA’S“ (žiūrėti 2 lentelę). Joje itin reikšmingos pirmosios dvi raidės, kadangi labai svarbu nepamiršti pagalvoti apie sunkias ligas ir paciento gyvybei pavojingas būkles, nepamirštant atmesti dažniausiai diagnostikos procese nepastebimų susirgimų [19].

2 lentelė. „SAFER AAA’S“ mnemonikos sudėtis ir jos paaiškinimas [19].

Raidė	Paaiškinimas
S (<i>serious</i>)	Ar buvo atmetos visos diagnozės, kurios sukelia didelę grėsmę paciento sveikatai ar gyvybei?
A (<i>alternative</i>)	Ar buvo apsvarstytos visos reikšmingos alternatyvos įtariamai diagnozei?
F (<i>fit</i>)	Ar buvo įsitikinta, kad nėra reikšmingų požymių, kurie neatitinka preliminarios diagnozės? Ar aptikti radiniai labiau tinka kitai diagnozei?
E (<i>early</i>)	Ar buvo pagalvota, kad simptomai gali reikšti ankstyvą ar netipinę sunkios ligos eigą?
R (<i>red flags and risk factors</i>)	Ar buvo įsitikinta, kad ligos simptomai nepriklauso „raudonosioms vėliavoms“? Ar buvo matomi sunkios ligos rizikos faktoriai?
A (<i>assess</i>)	Ar paciento apžiūros metu surinktos informacijos kiekis ir kokybė buvo įvertinta?
A (<i>analyse</i>)	Ar preliminari diagnozė buvo tinkamai apsvarstyta? Ar buvo remtasi tik pastebėtais panašumais?
A (<i>avoid</i>)	Ar buvo išvengta diagnostinių samprotavimų sunkumų?
S (<i>safety netting</i>)	Ar pacientui buvo pranešta, ką daryti, jeigu jo būklė blogės?

Norint pagerinti diagnostinio proceso išvadų patikimumą, didelį dėmesį reikia skirti pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų kritinio mąstymo ugdymui – taip klinikiniam darbe mažiau šališkai vertinama ir interpretuojama surinkta informacija [4].

6.2.2. Sistemingas grįžtamojo ryšio formavimas

Norint įsitikinti, ar diagnostiniai metodai klinikinėje praktikoje naudojami efektyviai, reikia, jog pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistai grįžtamojo ryšio gautą informaciją apie nustatytų diagnozių tikslumą [8]. Vis dėlto oficialaus grįžtamojo ryšio apie savo diagnostinių sprendimų priėmimo veiksmingumą PAASP įstaigose dirbantys gydytojai gauna santykinai mažai. Viena iš šio grįžtamojo ryšio trūkumo priežasčių yra ta, kad informaciją apie diagnostikos procesą surinkti yra sunku, taip pat pacientų tolesni klinikiniai rezultatai gali būti sekami neatidžiai. Tuomet nėra sistemingo uždaro grįžtamojo ryšio (tarp PAASP gydytojų ir tolesnių gydymo grandžių), kuris padėtų lyginti pradines preliminarias diagnozes, diagnostinius procesus ir vėlesnes ar galutines diagnozes [20].

Vienas iš būdų, kaip tai padaryti, yra vykdant konfidencialius tyrimus (angliškai *Confidential Enquiries*) [8]. Šių tyrimų metu apie ligos baigtis duomenų bazėje surinkti duomenys yra griežtai nuasmeninami, todėl nė vienas paskelbtas tyrimo rezultatas negali būti atsektas pacientų ar sveikatos priežiūros darbuotojų. Kadangi duomenis analizuoja nepriklausomi ekspertai, sumažinama individualios kaltės našta, ir tuo pat metu gaunamos rekomendacijos, atsižvelgiant į kiekvieno ypatingo klinikinio atvejo konkrečius diagnostikos netobulumus [21]. Taigi, didelis dėmesys turėtų būti skiriamas patobulintų grįžtamojo ryšio sistemų diegimui, kurios skatintų specialistus mokytis iš diagnostinių klaidų [8].

6.2.3. Pirminės sveikatos priežiūros diagnostikos strategijų optimizavimas

Trečioji diagnostinių klaidų prevencijos sritis pagal „Saugesnės diagnostikos struktūros“ (angliškai *The Safer Dx framework*) principus savo formuluote labai primena vieną jau aptartą sritį (žiūrėti 6.2.1. Diagnostinio samprotavimo tobulinimas), tačiau pastarojoje didesnis dėmesys skiriamas skirtingų diagnostinių modelių taikymo prieinamumui klinikinėje praktikoje. Tuo tarpu pirminės sveikatos priežiūros diagnostikos strategijų optimizavimas yra reikalingas norint užtikrinti, kad PAASP įstaigose dirbantys gydytojai žinotų, kokias diagnostines strategijas reikėtų taikyti konsultuojant pacientus, kadangi ligų ir joms tinkančių diagnostinių modelių įvairovė yra gana didelė.

Manoma, jog vertėtų atlikti daugiau mokslinių tyrimų siekiant nustatyti, kurias diagnostikos metodikas geriausia naudoti pirminėje asmens sveikatos priežiūroje, nes dauguma jų lieka neišbandytos, pavyzdžiui, antrinėje asmens sveikatos priežiūroje naudojamos metodikos galėtų tikti ir PAASP. Neoptimizavus pirminės sveikatos priežiūros diagnostikos strategijų sunkiau įvertinti, kuriuos diagnostinius modelius naudoti klinikoje – gydytojams kyla abejonių dėl jų teikiamos naudos [8].

Optimizuotos klinikinės diagnostikos gairės suteikia galimybę naudoti diagnostinius modelius, kurie galėtų padėti gydytojui priimti kritiškai pagrįstus sprendimus [22].

6.2.4. Diagnostinių tyrimų prieigos gerinimas

Pirminė asmens sveikatos priežiūra yra labai svarbi ankstyvoje vėžio diagnostikoje, nes apie du trečdaliai pacientų, kuriems buvo nustatytas piktybinis navikas, į PAASP įstaigą kreipėsi jau jausdami ligos simptomus. Laboratorinių ir vaizdinių tyrimų tobulinimo priemonių taikymas sumažintų uždelsto vėžio diagnozių skaičių, nes piktybinius navikus ankstyvoje stadijoje sunku diagnozuoti remiantis vien klinikiniais požymiais, kurie dažnu atveju būna nespecifiniai piktybiniam navikui [4, 8, 23].

Gera prieiga prie diagnostinių testų gali smarkiai sumažinti įvairių diagnostinių klaidų tikimybę – tai ypač palengvina diagnostikos procesą žemo ir vidutinio ekonominio išsivystymo šalyse. Pagerinus prieinamumą prie laboratorinių ir vaizdinių tyrimų infekcinės ligos, tokios kaip ŽIV, maliarija, lytiniu keliu plintančios infekcijos, būtų nustatomos joms dar nespėjus išplisti populiacijose. Tai ypač aktualu endeminių ligų diagnostikoje. Padidėjus diagnostinių tyrimų prieinamumui sveikatos priežiūros paslaugų darbuotojai turėtų būti apmokomi patys atlikti ir vertinti rezultatus darbo vietoje [4, 8]. Žemo ir vidutinio ekonominio išsivystymo valstybėse, kuriose nėra centralizuotų ar siuntimus priimančių laboratorijų, reikėtų diegti vietines klinikinių tyrimų vykdymo ir analitikos paslaugas. Tokio tipo diagnostinių tyrimų vykdymas angliškai yra vadinamas „*Point-of-Care Testing*“ (sutrumpintai *POCT*) – rezultatai gaunami greičiau ir pigiau nei laboratorijose [8, 24].

6.2.5. Diagnostinių klaidų nustatymo ir mokymosi metodų kūrimas analizuojant klinikinius atvejus

Diagnostinių klaidų nustatymo ir mokymosi metodų kūrimas analizuojant konkrečius klinikinius atvejus apima ne tik diagnostinio samprotavimo tobulinimą, bet ir kitus procesus – bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros specialistų bei medicinos įstaigų šalies ar tarptautiniu mastu. Norint reguliariai vertinti diagnostikos kokybę, reikia metodų, leidžiančių geriau nustatyti ir apibrėžti diagnostikos klaidas PAASP. Daugiausiai žadantis metodas apima diagnostines klaidas lemiančių veiksnių nustatymą nagrinėjant pacientų įrašus, į diskusiją įtraukiant ir kitų sričių gydytojus. Šių diskusijų metu yra svarbu išsiaiškinti, kodėl diagnostiniai veiksmai (ar neveiknumas) konsultacijų metu buvo prasmingi, ir ką būtų galima patobulinti ateityje. Taip pat labai svarbu ne tik nagrinėti klaidas diagnostikos procese, bet ir paminėti teisingai atliktus veiksmus, kurie padėjo diagnostikoje [4, 8].

Mokymasis iš diagnostikos klaidų nagrinėjant kitų gydytojų patirtį gali labai praversti dirbant sudėtingomis epidemiologinėmis sąlygomis. Prancūzijoje, Bretanėje vykdyto kokybinio tyrimo metu, buvo stengiamasi įvertinti, kaip bendrosios praktikos gydytojai ir pacientai jaučiasi dėvėdami medicinines kaukes konsultacijos metu, bei kaip dėl to yra paveikiamas bendravimas tarp gydytojo ir paciento. Tyrime apklausti gydytojai pabrėžė, jog pacientams dėvint medicininę kaukę buvo sunkiau įvertinti jų veido išraišką – konsultacijos metu padidėja tikimybė praleisti ligos simptomus, pasireiškiančius veide. Taip pat pastebėta, jog medicininiam personalui dėvint medicinines kaukes sunkiau girdintiems pacientams buvo sudėtingiau bendrauti su gydytojais [25].

6.2.6. Informacinių technologijų tobulinimas

Diagnostinių klaidų identifikavimo procese naudojamos įvairių rūšių informacinės technologijos, tačiau jų vaidmuo individualiuose diagnostikos etapuose dažnai skiriasi. Antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose šios technologijos sėkmingai taikomos radiologijoje, kardiologijoje, oftalmologijoje bei kitose srityse – šiuolaikiniuose diagnostikos įrenginiuose naudojama unikali programinė įranga. Tuo tarpu pirminėje asmens sveikatos priežiūroje IT taip pat gali būti sėkmingai naudojamos, pavyzdžiui, turint interneto prieigą galima vykdyti nuotolines konsultacijas [4, 8].

Vis dėlto yra ir kitų informacinių technologijų pritaikymo galimybių (žiūrėti 3 lentelę).

3 lentelė. Informacinių technologijų pritaikymo galimybės diagnostikos procese [4, 8, 26].

IT atliekamos funkcijos	Pagalbos diagnostikoje būdas
Informacijos rinkimas	IT padeda užtikrinti, kad konsultacijos metu būtų surenkama diagnostikai reikalinga informacija ir užduodami visi svarbūs klausimai apie ligonio sveikatos būklę.
Informacijos organizavimas	Programinė įranga gali patogiai suarchyvuoti turimus duomenis, pabrėžti svarbią informaciją.
Pagalba formuojant plačią diferencinę diagnostiką	Apdorojus turimą medicininę informaciją dirbtinis intelektas (DI) gali pasiūlyti, kokius laboratorinius ar instrumentinius tyrimus vertėtų atlikti pacientui.
Skirtingų preliminarinių diagnozių palyginimas	Programinė įranga gali sujungti klinikinių duomenų tikimybes su diagnostinio tyrimo metu gauta informacija, kad būtų apskaičiuojama tam tikros ligos tikimybė.
Pagalba sudarant diagnostikos planą	IT padeda supaprastinti diagnostikos procesą, pasiūlydamos tolesnių diagnostinių žingsnių seką (naudojami rinkiniai, gairių paketai).
Skryningo programų taikymas	Informacinės technologijos padeda vykdyti ligų prevencines programas, pavyzdžiui, pacientas ir jo gydytojas gauna automatinius priminimus apie artėjančią profilaktinę sveikatos patikrinimą.
Susisiekimo užtikrinimas	Pacientų medicininiai įrašai, kurie yra talpinami elektroninėje erdvėje, gali būti prieinami kitoms gydymo įstaigoms. Sveikatos priežiūros specialistams suteikia prieigą prie mokslinės literatūros elektroninių išteklių.

3 lentelė. Informacinių technologijų pritaikymo galimybės diagnostikos procese (tęsinys) [4, 8, 26].

Diagnostinių klaidų paryškinimas	Diagnostiniai IT algoritmai gali aptikti praleistas galimybes diagnozuoti ligą arba nurodyti klinikinės diagnozės neatitikimą su turima informacija apie paciento sveikatos būklę.
---	--

6.2.7. Pacientų įtraukimas

Pacientų įtraukimas ir įgalinimas yra nebrangi investicija į diagnostinių klaidų prevenciją, kuri turi sąlyginai didelį tobulėjimo potencialą [8]. Pirminėje asmens sveikatos priežiūroje sutinkamų ligų yra labai daug, todėl naudingas, į pacientą orientuotas bendravimas gali palengvinti diagnostikos procesą [27].

Kadangi pacientai turi galimybę ilgą laiko tarpą nuolat stebėti savo sveikatos būklę, pakartotinio vizito metu surenkama tikslesnė informacija, nes ligonis gali pastebėti atsiradusius naujus simptomus. Norint išvengti klaidų į diagnostikos procesą aktyviai įtraukiant pacientus, labai svarbu tinkamai paaiškinti sergančiajam, į kokius simptomus būtina atkreipti dėmesį, koks galėtų būti numatomas ligos laikotarpis ir ką daryti būklei pablogėjus [4].

Be savo sveikatos būklės sekimo, ligoniai gali užtikrinti, kad diagnostinių tyrimų rezultatų peržiūra gydymo įstaigoje būtų atlikta laiku. Pacientai taip pat gali klausti gydytojo apie galimus alternatyvių ligų variantus arba jie taip pat gali patys pasiūlyti savo diagnozės versiją, remdamiesi savarankiškai gauta medicinine informacija [8].

6.2.8. Vyriausybės politika, remianti pirminę asmens sveikatos priežiūrą

Į pirminės asmens sveikatos priežiūros sistemos stiprinimą orientuota tvirta vyriausybės politika, užtikrinant, kad ji veiktų saugiai ir veiksmingai, yra sveikintina, tačiau dažnai nepilnai įgyvendinama realiose situacijose. Dažnai nepakanka finansavimo ar nėra galimybių logistiškai pagerinti PAASP paslaugų prieinamumo [8].

Vienas svarbiausių dabartinės politikos tikslų yra PAASP specialistų įdarbinimas ir išlaikymas kaimo ir atokiose bendruomenėse. Su šia problema susiduria ne tik Lietuva, bet ir kitos aukšto ekonominio išsivystymo šalys. Atlikti stebėjimai rodo, jog Kanadoje 3 provincijų valdžios institucijos savo lėšomis apmokėdavo medicinos mokyklų absolventų mokslus, taip pat pinigėmis priemonėmis skatindavo, kad užsienio medicinos mokymo įstaigų absolventai klinikinę praktiką atliktų kaimo bendruomenėse [28].

Nepaisant to, kad sveikatos priežiūra provincijose susiduria su daugiau iššūkių nei dideliuose miestuose, visose gyvenamosiose vietose diagnostinį procesą būtų galima palengvinti pagerinus gyventojų prieigą prie medicinos įstaigų ir aukšto lygio paslaugų [4]. Didelis dėmesys turėtų būti skiriamas pirminės asmens sveikatos priežiūros komandų formavimui, aukštos kokybės diagnostinių tyrimų paslaugų (pavyzdžiui, laboratorijų) prieigų gerinimui, tinkamos darbo aplinkos sukūrimui, prevencinių programų vykdymo užtikrinimui. Tuo tarpu trumpalaikės strategijos turėtų būti skiriamos infekcinių, širdies ir kraujagyslių ligų bei vėžio diagnostinių klaidų prevencijai [8].

7. KLINIKINIO ATVEJO APRAŠYMAS

2025-02-06 į šeimos gydytoją kreipėsi 45 metų vyras, kuris skundėsi nerimo ir miego sutrikimais, negalėjimu susikaupti, sutelkti dėmesio, dažnu pabudimu naktį ir negalėjimu greitai užmigti. Šeimos gydytojas paskyrė Bromazepamo 3 mg tabletes trumpalaikiam 1 mėn. kursui, psichiatro konsultacijai paciento nesiuntė. 2025-02-26 pacientas pakartotinai kreipėsi į šeimos gydytoją dėl tų pačių skundų. Atlikus laboratorinius kraujo tyrimus stebėtas FT4/LT4 koncentracijos padidėjimas (žiūrėti 4 lentelę). Įtariant lėtinį autoimuninį tiroiditą, nuspręsta ligonį nusiųsti gydytojo endokrinologo konsultacijai.

4 lentelė. Šeimos gydytojo 2025-02-26 paskirti laboratorinių kraujo tyrimų rezultatai, esantys ne normos ribose.

Tyrimas	Rezultatas	Pamatinių biologinių verčių intervalai ar klinikinių sprendimų vertės
		Vyrų: 18 – 65 m.
Vidutinis eritrocito tūris (MCV) (fl)	101,10 ↑	80,00 – 99,00
Vidutinis hemoglobino kiekis eritrocite (MCH) (pg)	33,90 ↑	27,00 – 33,50
Limfocitai (*10 ⁹ /l)	1,06 ↓	1,10 – 4,50
Limfocitai iš 100 leukocitų (%)	12,60 ↓	20,00 – 44,00
Nebrandūs granulocitai (%)	1,20 ↑	0,10 – 0,80
DTL – Didelio tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracija (Serumas) (mmol/l)	1,42 ↑	Koronarinės širdies ligos rizika: • Didelė rizika: < 1,03 • Vidutinė rizika: 1,03 – 1,55 • Maža rizika: ≥ 1,55
MTL – Mažo tankio lipoproteinų cholesterolio apskaičiavimas pagal Friedvaldo formulę (Serumas) (mmol/l)	2,68 ↑	< 2,60
FT4/LT4 – Laisvo tiroksino koncentracija (Serumas) (pmol/l)	16,80 ↑	7,86 – 14,41
Vitaminas D (nmol/l)	43,17 ↓	75,00 – 250,00

Rodyklių paaiškinimai: žalia viršutinė rodyklė (↑) žymi didesnę nei normos ribos rodiklio pokytį; raudona apatinė rodyklė (↓) – mažesnę nei normos ribos rodiklio pokytį.

2024-02-27 **endokrinologo konsultacijos** metu palpuojant skydliaukę minkšta, mazgai nečiuopiami. Skydliaukės echoskopinio tyrimo metu stebėtas skydliaukės audinys normalaus echogeniškumo, nehomogeniškos struktūros, truputį didesnio tankio. Dešinioji skiltis – 15,0 x 13,4 mm. Kairioji skiltis – 14,7 x 16,4 mm. Sąsmaukos sritis – 2,0 mm. Specifinio pobūdžio regioninių limfmazgių nematyti. Pagal atliktų tyrimų rezultatus įtartas lėtinio tiroidito vaizdas, buvo rekomenduota atlikti TTH, ATPO, anti-TG. Gydymui skirtos Defevix 0,266 mg minkštosios kapsulės 1 kartą per savaitę 5 savaitėms, po to – 1 kartą per mėnesį.

2025-03-08 ligonis dar kartą kreipėsi į **šeimos gydytoją** dėl apie savaitę trunkančių atsiradusių pilvo skausmų, esančių visame pilvo plote, epizodiškai plintančių į dešinįjį šoną. Pacientas taip pat skundėsi pykinimu, apetito nebuvimu. Ligonis nekarščiavo, pilvas palpuojant minkštas, jautrus, be pilvaplėvės dirginimo. Išrašytas siuntimas gydytojo kardiologo ir gydytojo neurologo konsultacijai.

Kardiologo konsultacijos (2025-03-17) metu atlikta dviejų matmenų transtorakalinė echokardiografija. Tyrimo metu stebėta sinusinė tachikardija, trys aortos vožtuvo burės. Sutrikusi KS diastolinė funkcija, KS IF normali. Minimalus MVN, kraujotakos kreivė PA nehipertenzinė. TVŽJA – 24 mm. MMI – 70,2 g/m². Apibendrinus tyrimo rezultatus objektyvių duomenų už širdies ir kraujagyslių patologiją nustatyta nebuvo.

2025-03-19 atliktas **pilvo UG tyrimas** Santaros klinikose. Stebėta tolygaus audinio, nežymiai padidėjusio echogeniškumo, lygaus kontūro normalaus dydžio kasa (galvutė 32 mm). Kasos latakas neišplėstas. Hepatomegalija su išreikštos steatozės požymiais. Tiršta tulžis ir akmenys tulžies pūslėje, stazinė tulžies pūslė.

2025-03-20 pacientui paskirta **neurologo konsultacija** dėl galvos svaigimo, skausmų, suprastėjusios atminties. Apžiūrint ligonis sąmoningas, judesiai ir reakcijos sulėtintos, liežuvis vidurio linijoje. Refleksai kairėje pusėje gyvesni nei dešinėje, patologinių refleksų nėra, Rombergo pozoje ryški ataksija. Rekomenduotas galvos MRT įtariant MTS.

2025-03-21 atlikta **pilvo ir dubens KTA**. Kepenys padidėjusios, ryškiai dismetabolinės. Kasos audinys fragmentuotas, galvos srityje lokaliai audinys nehomogeniškas, latakas neišplėstas – rekomenduota atlikti pilvo MRT, nes KT vertinimas ribotas.

2025-03-22 **atliktas pilvo MRT**. Kepenyse išreikšti steatozės požymiai, židinių signalo pokyčių nematyti. Dešinėsios kepenų skilties matmuo ~ 215 mm. Intrahepatiniai latakai neišsiplėtę. Bendrasis tulžies latakas ~ 3 mm, spindyje akmenų nematyti. Tulžies pūslės sienelės nesustorėjusios, spindyje akmenų nestebima. Kasos matmenys nepakitę, joje židinių signalo pokyčių nestebima, parenchima kontrastą kaupia tolygiai, latakas diferencijuojasi visame ilgyje, neišsiplėtęs. Aplinkinis audinys ties kasa neinfiltuotas, kasos kontūrai aiškūs. Blužnis, antinksčiai be matomų pakitimų. Inkstai normalaus dydžio, parenchima pakankamo storio. Inkstų kolektorika neišsiplėtusi. Inkstai

kontrastą skiria laiku ir pakankamai. Padidintų limfmazgių nematyti. Laisvo skysčio pilvo ertmėje nestebima. Kaulinė struktūra skenuotoje srityje nepakitusi. **Išvada:** MRT duomenimis – išreikšti kepenų steatozės požymiai. Kasos navikui ar kitam navikui būdingų požymių skenuotoje srityje nematyti.

2025-03-23 pacientas buvo atvežtas į VULSK PSPS. Ligonis nusiskundimų neturi, apklausiant prašėsi į namus Šiauliuose, teigė, kad neserga. Patikslinus anamnezę iš brolio, paaiškėjo, jog pacientui pastarąsias kelias dienas progresuoja stiprus bendras silpnumas, silpsta kojos, negali paeiti, taip pat, pastarąsias kelias dienas neprisimena dalykų, painiojasi, dažnai į klausimus atsako ne pagal prasmę, todėl brolis atvežė pacientą į VULSK PSPS. Pacientas jau apie porą savaičių ambulatoriškai tyrinėjamas dėl pilvo skausmų, progresuojančio bendro silpnumo. Įtartas kasos navikas. Kitas lėtinės ligas neigia, jokių medikamentų pastoviai nevartoja, bijo gydytojų. Operacijų neturėjęs, alergijų medikamentams nestebėjo. Rūko. Teigia epizodiškai vartojantis alkoholį dideliais kiekiais.

Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose pacientas gydytas nuo 2025-03-23 iki 2025-04-08. Toliau pateikiami stacionarizavimo metu atlikti tyrimai ir jų rezultatai:

- **Pakitę ligonio laboratorinių tyrimų rezultatai** pateikti lentelėje (žiūrėti 5 lentelę).

5 lentelė. Ne normos ribose esančių laboratorinių rodiklių duomenys.

Tyrimas	Rezultatas							Pamatinų biologinių verčių intervalai ar klinikinių sprendimų vertės Vyrai: 18 – 65 m.
	2025-03-23	2025-03-24	2025-03-26	2025-03-28	2025-03-31	2025-04-03	2025-04-07	
HEMATOLOGINIAI TYRIMAI								
Leukocitai (WBC) (*10^9/l)	10,83 ↑	7,61	-	11,90 ↑	7,46	9,34	8,93	3,6 – 10,5
Limfocitai iš 100 leukocitų (%)	12,5 ↓	20,1	-	10,2 ↓	20,1	24,8	22,3	20 – 44
Eozinofilai iš 100 leukocitų (%)	1,0	2,2	-	0,4 ↓	2,5	3,0	4,1	0,5 – 5,5
Nebrandūs granulocitai iš 100 leukocitų (%)	1,9 ↑	2,0 ↑	-	3,7 ↑	1,9 ↑	1,5 ↑	1,5 ↑	0,1 – 0,8
Neutrofilai (*10^9/l)	8,15 ↑	5,03	-	9,16 ↑	4,85	5,94	5,80	1,5 – 7,7
Monocitai (*10^9/l)	0,96 ↑	0,67	-	0,97 ↑	0,74	0,59	0,57	0,10 – 0,90
Nebrandūs granulocitai (*10^9/l)	0,21 ↑	0,15 ↑	-	0,44 ↑	0,14 ↑	0,14 ↑	0,13 ↑	0,0 – 0,1
Eritrocitai (RBC) (*10^12/l)	3,36 ↓	2,87 ↓	-	3,11 ↓	2,92 ↓	3,20 ↓	3,08 ↓	4,30 – 5,75
Hemoglobinas (g/l)	116 ↓	98 ↓	-	106 ↓	97 ↓	105 ↓	104 ↓	135 – 172
Hematokritas (%)	32,8 ↓	28,3 ↓	-	30,9 ↓	29,0 ↓	32,7 ↓	30,5 ↓	39,5 – 50,5
Vidutinis eritrocito tūris (MCV) (fl)	97,6	98,6	-	99,4 ↑	99,3 ↑	102,2 ↑	99,0	80 – 99

5 lentelė. Ne normos ribose esančių laboratorinių rodiklių duomenys (tęsinys).

Vidutinis hemoglobino kiekis eritrocite (MCH) (pg)	34,5 ↑	34,1 ↑	-	34,1 ↑	33,2	32,8	33,8 ↑	27,0 – 33,5
Eritrocito dydžio pasiskirstymo plotis - variacijos koeficientas (RDW-CV) (%)	15,9 ↑	15,9 ↑	-	16,5 ↑	15,8 ↑	15,9 ↑	15,1 ↑	11,5 – 15,0
Eritrocito dydžio pasiskirstymo plotis - standartinis nuokrypis (RDW-SD) (fl)	56,2 ↑	57,3 ↑	-	61,1 ↑	57,6 ↑	60,3 ↑	54,4 ↑	39,0 – 51,0
Trombocitai (*10 ⁹ /l)	246	233	-	325	349	407 ↑	321	150 – 370
Dideli trombocitai iš trombocitų (%)	15,0 ↓	14,4 ↓	-	17,9 ↓	17,9 ↓	21,0	17,5 ↓	18,5 – 42,3
Trombokritas (%)	0,21	0,20	-	0,30	0,32 ↑	0,39 ↑	0,30	0,1 – 0,3
Trombocito dydžio pasiskirstymo plotis (fl)	8,3 ↓	8,1 ↓	-	9,0	9,3	10,0	9,0	9,0 – 17,5
Retikulocitai iš 100 eritrocitų (%)	-	2,03 ↑	-	-	-	-	-	0,5 – 2,0
Blankios fluorescencijos retikulocitai iš 100 retikulocitų (%)	-	83,3 ↓	-	-	-	-	-	85 – 98
BIOCHEMINIAI TYRIMAI								
Gliukozė (Serumas) (mmol/l)	6,37 ↑	-	-	-	-	-	-	4,2 – 6,1
CRB (mg/l)	24,6 ↑	17,3 ↑	-	18,4 ↑	19,8 ↑	7,75 ↑	5,76 ↑	≤ 5
K (mmol/l)	3,4 ↓	3,7 ↓	-	4,3	3,2 ↓	4,3	4,2	3,8 – 5,3
Cl (mmol/l)	101	110 ↑	-	104	107	108	106	98 – 107
AST (GOT) (U/L)	197 ↑	-	-	184 ↑	122 ↑	112 ↑	143 ↑	≤ 40
ALT (GPT) (U/L)	59 ↑	-	-	55 ↑	28	36	33	≤ 40
Šarminė fosfatazė ŠF (U/L)	336 ↑	-	-	284 ↑	222 ↑	250 ↑	184 ↑	40 – 150
Gama GT (U/L)	1541 ↑	-	-	1191 ↑	792 ↑	886 ↑	667 ↑	≤ 36
Lipazė (U/L)	286 ↑	-	-	-	-	-	-	8 – 78
Kreatininas (μmol/l)	56 ↓	-	-	48 ↓	52 ↓	51 ↓	45 ↓	64 – 104
Bilirubinas bendras (μmol/l)	45,3 ↑	-	-	-	25,9 ↑	18,9	14,3	< 21
Bilirubinas tiesioginis (μmol/l)	33,7 ↑	-	-	-	17,3 ↑	12,6 ↑	-	< 5,3
Feritinas (μg/l)	2279,43 ↑	-	-	-	-	-	-	20 – 300
KLINIKINIAI IMUNOLOGINIAI TYRIMAI								
(TBE) Erkinio encefalito antikūnų IgG imunofermentiniu metodu	-	-	276,8 ↑	-	-	-	-	neigiama < 100 U/ml; ribinė 100 - 150 U/ml; teigiama > 150 U/ml
(TBE) Erkinio encefalito antikūnų IgG imunofermentiniu metodu	-	-	TEIGIAMAS	-	-	-	-	NEIGIAMAS

Rodyklių paaiškinimai: žalia viršutinė rodyklė (↑) žymi didesnę nei normos ribos rodiklio pokytį; raudona apatinė rodyklė (↓) – mažesnę nei normos ribos rodiklio pokytį.

○ **Galvos kompiuterinės tomografijos rezultatai (2025-03-23):** skilveliai simetriški, neapoplėsti. Vidurinės smegenų struktūros nedislokuotos. Subarachnoidiniai tarpai diferencijuoti,

nepapildyti. Prienosiniai ančiai oringi, etmoidinės celės oringos, mastoidinės celės oringos. Orbitose pataloginių pakitimų nestebima. Kaukolės kaulai – be matomų pataloginių pakitimų. **Išvados:** galvos smegenyse ūmių pataloginių židinių pakitimų, pataloginių darinių nematyti.

○ **Pilvo ultragarsinio tyrimo rezultatai (2025-03-23):** kepenys padidėjusios (185 mm), homogeniškos struktūros, audinio echogeniškumas netolygiai padidėjęs, echolaidumas sumažėjęs. Kontūrai lygūs. Kraujagyslinis piešinys skurdokas. Tulžies pūslės matmenys – 91 x 36 mm, sienelės nepakitusios, iki 3 mm, didžiąją dalį spindžio užpildo tiršta tulžis. Tulžies latakai neišplėsti. BTL – 4 mm. Vartų vena 10 mm, nepakitusi. Kasa normalaus dydžio (galvutė 30 mm), audinys tolygus, padidėjusio echogeniškumo, kontūras lygūs, kasos latakas neišplėstas. Inkstai normalaus dydžio, kontūrai lygūs, parenchima pakankama, įprastinio echogeniškumo. Kolektorika neišplėsta. Blužnis normalaus dydžio, struktūra nepakitusi. Abdominalinė aorta neišplėsta. Laisvo skysčio, padidėjusių limfmazgių pilvo ertmėje nematyti. Šlapimo pūslės sienelės nepakitusios. **Išvada:** hepatomegalija, difuziniai parenchimos pakitimai, steatozė. Kasa padidėjusio echogeniškumo, tiršta tulžis tulžies pūslėje. Pakitimus verta diferencijuoti tarp uždegiminės, metabolinės, autoimuninės kilmės.

VULSK PSPS 2025-03-23 skirtas gydymas:

1. KCl 10% ml injekcinis/infuzinis tirpalas, 20 ml infuzija į veną, 2 kartus per dieną;
2. Ringer infuzinis tirpalas, 500 ml (infuzija į veną, 2 kartus per dieną).

○ **Psichiatro konsultacija (2025-03-24):** alkoholio vartojimo anamnezę brolis patvirtino. Pacientas alkoholio vartojimą neigė, tačiau iškart pasitaisė, kad išgeria kartais, su draugais, per medžioklę. Dar kartą perklausus, teigė, jog geria viską, kartais ir po 2 – 3 butelius iškart. Pacientas taip pat teigė, kad šios dienos rytą taip pat gėrė, važiavo kirsti miško, tačiau brolis informavo, kad jau kelias dienas ligonis niekur nebuvo išėjęs iš savo namų Vilniuje, jautė silpnumą. Nepaisant 2025-03-23 skirto diazepamų, naktį išliko ligonio neramumas – pacientas fiksuotas minkštais rankų diržais, papildomai skirta sol. tiaprido 100 mg į raumenis. Nakties eigoje vis dar išliko neramumas, pacientas užmigo tik trumpam, prabudus reikalavo atišti rankas, aiškino, eisiantis namo, kad su juo daromi eksperimentai – nuspręsta skirti dar vieną ampulę tiaprido, sol. diazepamų į raumenis ir 5 lašus haloperidolio per burną. Pakartotinos konsultacijos metu pacientas buvo mieguistas, prifikuotomis rankomis, pakalbinus neorientuotas, tačiau suprato, kad yra ne namie, nors negali pasakyti kur, prašė paleisti, leisti išeiti, norėjo spėti į traukinį, bet kur važiuos, įvardinti negalėjo. Pacientas pokalbio metu žinojo esantis ligoninėje, tačiau nežinojo kokioje ir dėl ko gydomas, sakė esantis Kuršėnuose arba Vilniuje. Paklausus, dėl ko gydosi ligoninėje, ligonis nesuformulavo minties, minėjo erkės įkandimus, medžioklę. Laike pacientas buvo orientuotas apytiksliai: pasakė metus, tačiau nežinojo mėnesio, savaitės dienos – ligonio mąstymas atrodė nenuoseklus, nors suvokimo sutrikimus jis neigė. Piktnaudžiavimą alkoholiu pacientas vėl neigė. Paprašius paeiti stebėti ataksiška eisena, ligonis ėjo

plačiai mindamas kojomis. Pokalbio metu buvo gausu konfabuliacijų, pseudoreminescencijų. Atminties spragas pacientas pildė tiek anksčiau buvusiais, tiek pramanytais įvykiais. Epizodiškai ruošėsi kažkur eiti, važiuoti į susirinkimus, medžioklę, šuniuko laidotuves. Abstinencijos simptomų nebuvo matyti. **Rekomenduota** neurologo konsultacija dėl įtariamos Wernicke encefalopatijos, neurologinių infekcijų ekskliudavimui, ataksinės eisenos vertinimui dėl įtariamos polineuropatijos.

Paskirtas gydymas:

1. Tiaminas pagal neurologo rekomenduotą schemą;
2. Tab. diazepami 10 mg 3 kartus per dieną;
3. Tab. tiapridi 100 mg 2 – 3 kartus per dieną;
4. Tab. quetiapinum 25 – 50 mg nakčiai;
5. Sulašintas Hepa – Merz.

○ **Galvos kompiuterinė tomografija** (2025-03-24): tyrimas atliktas skenuojant natyviai skubos tvarka. Intraveninis kontrastavimas netaikytas. Galvos smegenyse ūminių pataloginių židinių pakitimų, hemoragijos ar tūrinio proceso požymių nematyti. Vidurio struktūros nedislokuotos. Skilvelių sistema vidutinio pločio, IV skilvelis vidurio linijoje. Subarachnoidiniai tarpai diferencijuoti. Matomi prienosiniai ančiai, etmoidinės ir mastoidinės ląstelės oringos. Kaukolės kauluose destruktinių židinių, aiškių lūžių nematyti. **Išvados:** ūminių trauminės kilmės pakitimų, hemoragijos požymių nematyti.

○ **Neurochirurgo konsultacijos** (2025-03-25) metu gautos **išvados:** galvos KT trauminių intrakranijinių pakitimų nestebima. Specifinis gydymas nereikalingas, rekomenduojami analgetikai pagal reikalą, taip pat saugoti galvą nuo pakartotinių traumų.

○ **Neurologo konsultacijos** (2025-03-25) **išvados:** konsultuota dėl Wernicke encefalopatijos, neurologinių infekcijų ekskliudavimo, ataksinės eisenos vertinimo. Atėjus apžiūrėti – paciento rankos fiksuotos prie lovos. Pradėjus kalbinti pacientas pabudo, aktyviai bendravo. Skundėsi bendru silpnumu, galvos svaigimu. Paklausus ligonis teigė medžiojantis apie 20 metų 2 – 4 kartus per savaitę – medžioklės metu išgėrindavo, tačiau tik viskį. Pacientas nurodė išgerdavęs iki 700 ml viskio per savaitę. Konsultacijos metu pacientas atrodė vangus, mieguistas, nepalaikius kontakto greitai užmigdavo, pabudinus aktyviai bendraudavo, atsakinėdavo į klausimus. Apžiūros metu stebėtas horizontalus vestibulinis nistagmas, priklausantis nuo žiūrėjimo krypties, kiti galviniai nervai – be pakitimų. Pakeltų galūnių pacientas ilgai neišlaikė, jos sviro, tačiau tikrinant galūnių jėgą, rankų jėga buvo ~ 4 – 4+ balai (nežymiai sumažėjusi), kojų jėga – 4 balai. Vertinant hipestezijas pacientas atsakinėjo skirtingai, tačiau ilgiau klausinėjant ligonis teigė, jog jautė rankų aptirpimą – vis dėlto vertinant abi puses (proksimaliai ir distaliai) jis rankas jautė vienodai, taip pat nurodė hipestezijas kojose, šlaunyse, teigė, kad blauzdas jaučia geriau. Giliųjų jutimų sutrikimo nebuvo matyti. PNM, KKM atliko ataksiškai abipus. Stebėti sausgysliniai refleksai rankose simetriški, kojose

kelio girmelės bei Achilo sausgyslės refleksai išgauti nebuvo, matytas polinkis į patologinį Babinskio refleksą kairėje pusėje labiau nei dešinėje. Paprašius atsisėsti, pacientui reikėjo pagalbos, teigė, kad dėl galvos svaigimo. Atsistoti be pagalbos ligonis negalėjo, pastovėti be atramos taip pat, iškart sviro ir krito į priekį, todėl eiseną nevertinta.

Skirtas gydymas:

1. Infuzoterapija;
2. Silimarinas;
3. Tab. diazepami 10 mg 3 kartus per dieną;
4. Sol. tiapridi 100 mg 2 – 3 kartus per dieną;
5. Tab. Quetiapinum 25 – 50 mg nakčiai.

Diagnozuota ūminė/poūmė encefalopatija, taip pat negalima atmesti Wernicke encefalopatijos (dėl kognityvinių sutrikimų, horizontalaus – vertikalios nistagmo, vestibuloataksinio sindromo, lėtinio alkoholio vartojimo).

Rekomendacijos:

1. Skiriamas gydymas intraveniniu tiaminu, vitamino B papildais;
2. Dėl pakartotinių erkių įsisiurbimų (norint atmesti Laimo ligą, Erkinį encefalitą), atlikti IgM, IgG tyrimus iš kraujo;
3. Sol. thiamini 500 mg 3 kartus per dieną 3 dienas, infuzijos į veną per 30 min., po to sol. thiamini 250 mg 1 kartą per dieną, infuzija i/v.;
4. Caps. Milgamma N 1 kartą per dieną. Būklei blogėjant/negerėjant, atmetus metabolinės/hepatinės kilmės priežastis reikalinga pakartotinė neurologo konsultacija po atliktų tyrimų.

○ Pakartotinės **neurologo konsultacijos** (2025-03-31) metu pacientas skundėsi kojų aptirpimu, kurį apibūdino kaip silpnumą, veržimą šlaunų srityje, apsunkinta eiseną. Patikslinti kiek laiko jaučiasi blogai negalėjo, teigė, kad tokį tirpimą jautė jau kurį laiką – jis paprastai praeidavo pavaikščiojus su šuniuku. Ligonis taip pat teigė, kad pastaruoju metu neteko apie 20 kg svorio (per kurį laikotarpį patikslinti negalėjo). Objektyviai pacientas atrodė sąmoningas, kontaktiškas, dezorientuotas dalinai savyje, laike ir vietoje – kiek tiksliai pasakydavo savo anamnezės faktus sunku spręsti, į klausimus atsakinėjo klampiai, aplinkybiškai. Vokų plyšiai ir vyzdžiai simetriški, fotoreaktyvūs, akių judesiai pilnos amplitudės, horizontalus nistagmas abipus žvilgsnio kryptimi, veidas simetriškas, liežuvis vidurio linijoje, kalba sklandi, artikuliacija nesutrikusi. Aiškios hipestezijos nenurodė. Rankose jėga 4 balai, kojose proksimaliai 4+ balai, distaliai pėdų dorzalinė fleksija – 4 balai, plantarinė fleksija – 4+ balų. Sausgysliniai refleksai rankose simetriški, pateliariniai simetriški, aukštoki, Achilo – žemi, patologinių refleksų nestebėta. PNM atlieka su disimetrija abipus, o KKM – su ataksija abipus. Be pagalbos ligonis iš lovos neatsistojo, nors teigė, kad iki tualetu eina

be pagalbinių priemonių. Atlikta galvos KT – be pataloginių pakitimų. Laimo boreliozės IgG ir IgM neigiami, Erkinio encefalito IgG teigiamas, IgM neigiamas. Tiamino fone paciento orientacija ir psichikos būklė reikšmingai pagerėjo. Vertinant, kad tiamino gydymo fone paciento būklė pagerėjo, šiuo metu daugiausia duomenų už Wernicke encefalopatiją. **Rekomenduota** tęsti gydymą sol. tiamini 200 mg į veną 1 kartą per dieną dar 10 dienų, vėliau skirti Benfogamma 300 mg (plėvele dengtas tabletės) 1 kartą per dieną 1 mėnesį. Dėl kojų silpnumo rekomenduojama atlikti ENMG, esant polineuropatijai, taip pat Treponema pallidum antikūnus, skirti reabilitacinį gydymą. Reikalinga rekonsultacija po tyrimų.

- **Elektroneurografijos (2025-04-01) rezultatai:** n. peroneus abipus motorinių atsakų amplitudės sumažėjusios (kairėje tirtas atsakas ir proksimaliai nuo m. tibialis anterior – amplitudė sumažėjusi), distalinės latencijos ir laidumo greičiai normos ribose. N. tibialis abipus motorinių atsakų amplitudės normos ribose, distalinės latencijos ir laidumo greičiai normos ribose, F bangų latencija normos ribose. N. suralis abipus sensoriniai atsakai gauti, jų amplitudės sumažėjusios, laidumo greičiai normos ribose. N. medianus dextra – sensorinio ir motorinio atsakų amplitudės, distalinės latencijos, laidumo greičiai sensorinėmis ir motorinėmis skaidulomis normos ribose. N. ulnaris dextra – sensorinio ir motorinio atsakų amplitudės, distalinės latencijos bei laidumo greičiai normos ribose. **Išvada:** tyrimo duomenimis, stebima kojų sensorinė aksoninio tipo neuropatija, taip pat n. peroneus abipusė aksonopatija (n. tibialis atsakai nepakitę; dešinės rankos nervai normos ribose).

- Pakartotina **Neurologo konsultacija** (2025-04-02) po ENMG. **Išvada:** pagal tyrimo duomenis stebėta kojų sensorinė aksoninio tipo neuropatija, taip pat n. peroneus abipusė aksonopatija (n. tibialis atsakai nepakitę; dešinės rankos nervai normos ribose). Pagal paciento klinikinę apžiūrą (distalinę lengvą pėdų parėzę, sumažėjusius Achilo refleksus), ENG tyrimų duomenis (stebima kojų sensorinė aksoninio tipo neuropatija, taip pat n. peroneus abipusė aksonopatija (n. tibialis atsakai nepakitę) patvirtinamos **papildomos diagnozės:** kojų distalinė aksoninė sensorinė polineuropatija, n. peroneus aksonopatija, lengva pėdų parėžė. **Rekomendacijos:** Tęsti gydymą B grupės vitaminais taip pat ir reabilitacinį gydymą, nevartoti alkoholio.

- **FMR gydytojo konsultacijos metu** (2025-04-02) paciento bendra būklė patenkinama, jis paliepiamus vykde – turėjo sunkumų einant, nestabilus dėl kojų jutimo sutrikimų. Motorika galūnėse 4+ – 5 balai, galimi pusiausvyros ir judesių koordinacijos sutrikimai dėl polineuropatijos.

Skirta pradinė reabilitacija, kurios tikslai ir uždaviniai:

1. Komplikacijų profilaktika;
2. Esamos funkcinės būklės palaikymas bei gerinimas;
3. Funkcijų, kurios yra sutrikusios, grąžinimas arba kompensavimas (mobilumo, raumenų tonuso bei jėgos, sąnarių paslankumo gerinimas, taip pat miokardo

funkcijos gerinimas, skausmo sindromo mažinimas, paciento ir jo artimųjų mokymas).

○ Baigiamosios **FMR gydytojo konsultacijos** metu (2025-04-07) 75 balais įvertinta atlikta pradinė reabilitacija naudojant Barthel indeksą. Rekomenduota stacionarinė reabilitacija. Atlikus pradinės reabilitacijos paslaugą, skiriama antrinės medicininės reabilitacijos paslauga pagal nervų ligų profilį dėl kritinių būklių polineuropatijos (20 dienų), esant diagnozei G62.8 (kitos patikslintos polineuropatijos).

Toliau pacientas Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre gydytas nuo 2025-04-09 iki 2025-05-06 dėl F10.2 (psichikos ir elgesio sutrikimų dėl alkoholio vartojimo, priklausomybės sindromo) bei F32.20 (sunkios depresijos epizodo be psichozės simptomų, nepatikslinto kaip atsirandančio postnataliniu periodu) diagnozių. Pacientas skundėsi probleminiu alkoholio vartojimu, pastebėjo, kad dėl alkoholio vartojimo prarado daug malonių dalykų gyvenime. **Gydymosi tikslas – suprasti kur yra problema.** Pirmą kartą pacientas alkoholio paragavo jaunystėje, bet vartojimas visą laiką buvo saikingas. Paciento nuomone, probleminis alkoholio vartojimas išryškėjo prieš 2 metus, po skyrybų su žmona. Palaipsniui vartojimas dažnėjo, ligonis pradėjo vartoti alkoholį porą kartų per savaitę, kartą per mėnesį atsirado 2 dienų trukmės vartojimo epizodai, po kurių vargino abstinencijos simptomai (silpnumas, galvos skausmai), kuriuos kartais malšindavo alkoholiu. Didėjant tolerancijai pastaruoju metu per parą pacientas galėdavo suvartoti iki 0,5 l viskio. Ne vieną kartą buvo patyręs alkoholinės amnezijos. Pacientas manė, kad dėl alkoholio vartojimo labiau nukentėjo darbas, tačiau, nors pagalbos pas psichiatrus anksčiau nesikreipė, dėl emocinės sveikatos keletą kartų kreipėsi pas psichologą. Suicidinius bandymus, epilepsijos priepuolius, delirus, haliucinacijas ligonis neigė. Vyras teigė lėtinių ligų neturintis, esantis neteistas, nors 1 kartą buvo praradęs vairuotojo pažymėjimą dėl girtumo. Pacientas gimė ir augo Lietuvoje, pilnoje šeimoje, teigė jog tėvas ir brolis turėjo problemų su alkoholio vartojimu. Mokykloje baigė 12 klasių, po to mokėsi kolegijoje, bet jos nebaigė. Su žmona išsiskyrė prieš 2 metus, su ja sutaria gerai, turi mažametį sūnų. Pacientas teigė, jog šiuo metu gyvena vienas savo name, turi draugę. Narkotikų vartojimą, lošimus neigė, minėjo, jog 2023 m. kreipėsi dėl medicininės pažymos šaunamajam ginklui laikyti, kuri jam buvo išduota.

Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre taikytas gydymas:

1. Stacionarinė 28 d. trukmės Minesotos programa, psichologinės grupės 1 kartą per dieną, individualios konsultacijos (psichologų, gydytojų psichiatrų, slaugytojų, socialinių darbuotojų), grupinės paskaitos/užsiėmimai.
2. **Medikamentinis gydymas** – vortiooksetinu 10 mg per dieną, trazodonu 150 mg per dieną, pregabalinu 75 mg per dieną, propranololiu 40 mg per dieną, folio rūgštimi 3 mg per dieną, Neurorubini forte 1 tablete per dieną, Ibuprom 400 mg pagal poreikį.

Pacientui taip pat buvo suteikta informacija apie palaikomąjį gydymą baklofenu ir disulfiramu.

3. **Rekomendacijos:** Nevartoti alkoholio, lankyti gydytojo psichiatro bei psichologo konsultacijas dėl bendravimo sunkumų ambulatoriškai 1 kartą per savaitę arba grupinę psichoterapiją 1 kartą per savaitę, rūpintis somatine būkle, dėl gretutinių ligų tartis su šeimos gydytoju ar kitu gydytoju specialistu, reguliariai lankyti palaikomąsias grupes.

8. DISKUSIJA

Priklausomybė nuo alkoholio, dar kitaip vadinama alkoholizmu, yra gana aktuali visuomenės problema. Pagal 10-ąją Tarptautinės ligų klasifikacijos (TLK-10) sąrašo leidimą jis yra priskiriamas psichikos ir elgesio sutrikimams dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo kategorijai (F10 – F19). Psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo žymimi kodu F10 ir apima sveikatos sutrikimus nuo ūminės intoksikacijos iki nepatikslingų psichikos ir elgesio sutrikimų, sukeltų dėl alkoholio vartojimo [29]. Alkoholinių gėrimų vartojimas nebūtinai gali būti savaime problemiškas – literatūroje išskiriamas intervalas nuo mažos rizikos alkoholio vartojimo iki alkoholio vartojimo sutrikimo (angliškai *Alcohol Use Disorder*, santrumpa *AUD*). Remiantis Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo penktojo leidimo (DSM-V) kriterijais, AUD gali būti lengvas, vidutinio sunkumo arba sunkus, o diagnostikai svarbūs rodikliai yra abstinencijos simptomai ir tolerancija [30]. DSM-V kriterijai alkoholio vartojimo sutrikimą pateikia kaip piktnaudžiavimo alkoholiu ir priklausomybės sindromo apibendrinimą: lengvos formos alkoholio vartojimas atitinka piktnaudžiavimą, o vidutinio sunkumo ir sunkios – priklausomybę [31]. Priklausomybės sindromo ciklui būdingos šios 3 stadijos: intensyvaus vartojimo/intoksikacijos (alkoholiui veikiant skirtingus receptorių taikinius, pavyzdžiui, stiprinant GABA sistemą, jaučiamas atsipalaidavimas); abstinencijos (stimulo nebepakanka malonumui pasiekti, stiprėja neigiamos emocijos) bei fiksacijos/laukimo fazės (liguistai laukiama tolesnio malonumo patyrimo) [32, 33].

Remiantis Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento 2021 m. duomenimis, ketvirtadalis (23,7 %) Lietuvos Respublikos gyventojų paskutinių 30 dienų iki tyrimo laikotarpyje alkoholį vartojo nors 1 kartą per savaitę. Iš šios tiriamųjų grupės 14,6 % apklaustųjų alkoholį vartojo bent 1 kartą per savaitę, 7,3 % – keletą kartų per savaitę, o 1,8 % – alkoholinius gėrimus vartojo kasdien arba beveik kasdien. Net 7,1 % gyventojų 1 kartą per savaitę ar dažniau vienu alkoholio gėrimo metu suvartojo 6 ir daugiau standartinių alkoholio vienetų (SAV) [31, 34].

Pagal DSM-V-TR, papildytą DSM-V versiją, AUD diagnozuojamas remiantis pateiktais diagnostiniais kriterijais (žiūrėti 6 lentelę) – 2 ar daugiau kriterijų rodo lengvos formos AUD, 4 – 5 kriterijai atitinka vidutinio sunkumo AUD, o 6 ar daugiau kriterijų – sunkios formos AUD [30, 35].

6 lentelė. AUD diagnostikos kriterijai pagal DSM-V-TR versiją [35].

A kriterijai. Probleminis alkoholio vartojimo modelis, sukeliantis kliniškai reikšmingą sutrikimą arba stresą, <i>per 12 mėnesių laikotarpį</i> pasireiškiantis bent 2 iš šių požymių :
1. Dažnu alkoholio vartojamu didesniais kiekiais arba ilgesniu laikotarpiu nei norėta.
2. Išreiškiamu nuolatiniu noru arba stebimomis nesėkmingos pastangomis sumažinti ar kitaip kontroliuoti alkoholio vartojimą.
3. Noru skirti pakankamai laiko įsigyjant alkoholį, vartojant alkoholinius gėrimus arba atsisgaunant po jų sukulto poveikio.
4. Potraukiu arba stipriu noru ar poreikiu vartoti alkoholį.
5. Pasikartojančiu alkoholio vartojimu, dėl kurio nesugebama įvykdyti pagrindinių pareigų kasdieniniame gyvenime – darbe, mokykloje ar namuose.
6. Tęstiniu alkoholio vartojimu, nepaisant pasikartojančių socialinių ar tarpasmeninių problemų, kurias sukėlė arba paaštrino alkoholio poveikis.
7. Dėl alkoholio vartojimo ribojant arba atsisakant svarbios gyvenimiškų veiklų – socialinių, profesinių ar pramoginių.
8. Pasikartojančiu alkoholio vartojimu situacijose, kurios gali sukelti fizinį pavojų.
9. Alkoholio vartojimo tęstinumu, nepaisant žinojimo apie alkoholio sukeltą ar paaštrintą nuolatinę/pasikartojančią fizinę ar psichologinę problemą.
10. Pasireiškiančia tolerancija , kuriai būdingas bent 1 iš šių požymių : a. Poreikis gerokai padidinti alkoholio kiekį, kad būtų pasiektas apsvaigimas arba norimas poveikis. b. Smarkiai susilpnėjęs gėrimo efektas toliau vartojant tą patį alkoholio kiekį.
11. Pasireiškiančia abstinencija , kuriai būdingas bent 1 iš šių požymių : a. Alkoholio vartojimo nutraukimo sindromas. b. Alkoholio (arba glaudžiai susijusios medžiagos, pavyzdžiui, benzodiazepino) vartojimas siekiant palengvinti arba išvengti abstinencijos simptomų.

TLK-10 leidime iš alkoholio vartojimo sutrikimų išskiriamas žalingas alkoholio vartojimas bei priklausomybės sindromas. Norinti nustatyti priklausomybės alkoholiui sindromą, ligonis turi turėti bent 3 iš 6 kriterijų: sutrikusią alkoholinių gėrimų vartojimo kontrolę; stiprų norą vartoti;

kasdienės veiklos apleidimą; toleranciją; abstinenciją; tęstinį alkoholio vartojimą nepaisant patiriamos žalos [36].

Šiame klinikiniam atvejuje galime matyti, kad paciento suvartojamo alkoholio kiekis palaipsniui vis didėjo – nuo poros kartų per savaitę iki 2 dienų trukmės epizodų. Vyras yra teigęs, jog galėdavo išgerti net 0,5 l viskio per parą. Remiantis PSO duomenimis 1 standartinis alkoholio vienetas (SAV) atitinka 10 g etilo alkoholio, todėl vartojant stipriuosius gėrimus, tokius kaip viskis (kurio standartinis stiprumas 40 %), pacientas per parą suvartoja net apie 16 SAV [37]. Mažos rizikos alkoholio vartojimo paros norma (2 SAV) šiuo atveju viršijama net 8 kartus [38]. Pacientas taip pat atitinka 6 ar daugiau DSM-V-TR kriterijų (žiūrėti 5 lentelę), kas leistų nustatyti sunkų AUD, taip pat daugiau nei 3 iš 6 aptartų kriterijų pagal TLK-10, kad būtų galima nustatyti priklausomybės alkoholiui sindromą [35, 36]. Vis dėlto paciento alkoholio vartojimo įpročius tiksliai įvertinti yra gana sudėtinga dėl nepatikimų anamnezės duomenų, kurių rinkimą ypač apsunkino paciento neurologinė būklė.

Piktnaudžiavimą alkoholiu ar išsivysčiusią priklausomybę pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje pastebėti gali būti pakankamai sudėtinga – ne visi pacientai pripažįsta, jog turi problemų su alkoholio vartojimu, o dažnai atlikus laboratorinius tyrimus šie sutrikimai gali būti nepastebimi dėl nespecifinių tyrimų rezultatų.

AUD pasiskirstymo tarp lyčių tendencija vis dar išlieka (daugiau alkoholio vartoja vyrai nei moterys), nors palaipsniui matomas žalingo alkoholio vartojimo išaugimas moterų grupėje. Alkoholio vartojimo įpročius lemia įvairūs veiksniai: ligonio genetika, neuropsichiatrinės sistemos būklė, užimamas socialinis sluoksnis, geografinis regionas ir kiti visuomeniniai aspektai, todėl renkant ligonio anamnezę pravartu taikyti biopsichosocialinį sveikatos priežiūros modelį [36, 39].

Pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje yra rekomenduojama bent 1 kartą per metus atlikti paprastą 1 klausimo atrankos testą, kad visi pacientai būtų patikrinti ir laiku identifikuoti dėl žalingo alkoholio vartojimo – ypač vertėtų patikrinti pacientus, kurie kreipiasi dėl medicininių, psichologinių ar socialinių problemų, kurias galėtų sukelti didesnis alkoholio vartojimas. Nacionalinis alkoholio vartojimo sutrikimų ir alkoholizmo institutas siūlo užduoti vieną paprastą klausimą – kiek kartų per pastaruosius metus išgeriama 4 ar daugiau gėrimų (moterims) arba 5 ar daugiau gėrimų (vyrams) vienu metu? Į klausimą atsakius „1 ar daugiau kartų“, nustatomas teigiamas atrankos rezultatas. Šio 1 klausimo atrankos testo jautrumas nustatant žalingą alkoholio vartojimą yra 82 %, o specifiškumas – 79 % [40]. Kitas dažnai naudojamas atrankos testas yra alkoholio vartojimo sutrikimų identifikavimo testas (angliškai *AUDIT*). Ilgesnio 10 klausimų testo (*AUDIT-10*) jautrumas ir specifiškumas AUD nustatymui yra atitinkamai 92 % ir 94 %, lyginant su trumpesne *AUDIT-C* versija, kurios jautrumas yra 86 %, o specifiškumas – 72 %. *AUDIT-C* klausimynas naudoja pirmuosius 3 iš 10 galimų *AUDIT-10* testo klausimų: kaip dažnai pacientas vartoja alkoholinius gėrimus, kiek per dieną jų išgeria ir kaip dažnai pasitaiko besaikio alkoholio suvartojimo atvejų. Abu

AUDIT testo variantai klinikinėje praktikoje naudojami norint identifikuoti didesnės rizikos grupėse galimus žalingo alkoholio suvartojimo atvejus – tai ypač aktualu kariškių ir karo veteranų populiacijose [40, 41]. Nors šie atrankos testai puikiai pasitarnauja diagnostikos procese, tačiau jiems atlikti reikia daugiau laiko. CAGE klausimynas taip pat yra viena iš labiausiai paplitusių greitų alkoholio vartojimo ir priklausomybės patikros priemonių, kuri gali būti taikoma įvairioms amžiaus grupėms. Norint įvertinti paciento alkoholio vartojimo įpročius, užduodami 4 klausimai, atitinkantys mnemonikos raides (angliškai *Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*). Kiekvienas teigiamas atsakymas į klausimą yra vertinamas 1 tašku. Jei pacientas surenka 2 ar daugiau balų galima įtarti esant alkoholio vartojimo problemą. Svarbu atkreipti dėmesį, jog CAGE klausimynas padeda nustatyti daugumą pacientų, sergančių AUD, tačiau neaptinka rizikingai vartojančiųjų [40, 42].

Tiems pacientams, kuriems nustatomas teigiamas atrankos testo rezultatas, reikėtų atidžiai diferencijuoti tarp rizikingo alkoholio vartojimo ir alkoholio vartojimo sutrikimo. Renkant anamnezę gydytojai turėtų užduoti konkrečius klausimus apie probleminio alkoholio vartojimo trukmę, išgertų gėrimų skaičių, jų stiprumą ir vartojimo dažnumą, potraukį alkoholiniams gėrimams ir bandymus sumažinti jų vartojimą. Deja, tačiau ne visada į užduodamus klausimus atsakoma tiksliai – pacientai dažnai abstinencijos simptomus painioja su nerimu. Jie taip pat gali nenorėti pripažinti abstinencijos simptomų dėl stipraus ryšio su alkoholizmu, neretai ligoniai taip pat nepakankamai pasitiki PAASP specialistais, kad galėtų papasakoti apie priklausomybę [40, 43]. Kaip parodo 2021 m. Švedijoje atliktas tyrimas, praktikoje sėkmingai pritaikyti klausimynų bei kitų diagnostikos metodų naudojimą AUD nustatymui, net ir po PAASP specialistų apmokymų, išlieka gana sudėtinga [44].

Tinkamas anamnezės duomenų surinkimas ir AUD identifikavimo klausimynų naudojimas galėtų padėti lengviau įvertinti rizikas, kadangi 2023 m. pacientas kreipėsi dėl medicininės pažymos šaunamajam ginklui laikyti jau turėdamas problemų su alkoholio vartojimu. Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl fizinių asmenų, norinčių gauti leidimą laikyti ar leidimą nešiotis ginklus, medicininio patikrinimo tvarkos aprašo bei ligų ir fizinių trūkumų, dėl kurių asmuo negali įsigyti ar turėti ginklo, sąrašo patvirtinimo“ asmuo negali įsigyti ar turėti ginklo, jeigu jam yra nustatyti psichikos ir elgesio sutrikimai F10.1 – F10.9, kai remisija trunka trumpiau nei 5 metus [45]. Šiuo atveju tai padaryti buvo gana sudėtinga, nes vyras pats tuo metu dar nepripažino turintis problemų su alkoholio vartojimu.

Atsižvelgiant į platų alkoholio poveikį įvairioms organų sistemoms pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistams vertėtų įvertinti lėtinio alkoholio vartojimo pasekmes pacientams, kurie nevengia vartoti alkoholio [30].

Alkoholio vartojimas turi poveikį šioms organizmo sistemoms:

- **Virškinimo sistema** – alkoholis gerai žinomas dėl savo toksiško poveikio kepenims. Šis organas yra pagrindinė alkoholio metabolizmo vieta – jose yra didžiausias fermentų,

katalizuojančių oksidacines reakcijas, kiekis. Hepatocituose vykstant etanolio oksidacijos reakcijai tiesioginiu bei netiesioginiu būdu pagaminami tarpiniai ir šalutiniai produktai, kurie asmeniui vartojant didelį kiekį alkoholio, dėl savo didesnio skaičiaus ir toksiškumo sukelia hepatocitų pažeidimus ar jų žūtį [30, 46]. Laboratoriniai kepenų fermentų tyrimai gali veiksmingai parodyti kepenų funkcinę būklę esant ilgalaikiam alkoholio poveikiui – randami padidėję ALT ir AST (AST > ALT daugiau nei 2 kartus), taip pat gamaglutamiltransferazės rodikliai. Padidėjusi gamaglutamiltransferazė gali būti ir vieninteliu pakitusiu laboratoriniu žymeniu. Objektivos apžiūros metu stebimas karščiavimas, gelta, ascitas būdingi dėl alkoholio vartojimo išsivysčiusiam hepatitui, o pažeidimui progresuojant iki kepenų cirozės galima matyti voratinklines angiomas, delnų eritemą – esant šiai būklei pacientus reikėtų ištirti dėl hepatoceliulinės karcinomos ar susiformavusių stemplės varikozinių mazgų rizikos, taip pat tokius ligonius naudinga paskiepyti nuo hepatito A ir B, jei prieš šiuos virusus nėra susiformavęs natūralus imunitetas. Be kepenų ligų, alkoholis gali sukelti tiek ūminį, tiek lėtinį pankreatitą, kasos egzokrininį nepakankamumą, taip pat prisidėti prie skrandžio sutrikimų (gastrito ir GERL išsivystymo) [30, 35]. Dėl didelio kiekio alkoholio suvartojimo gali atsirasti ir virškinamojo trakto pokyčių – ilgainiui jie pasireiškia vitamino A, tiamino bei niacino trūkumu [47].

- **Hematologinė sistema** – alkoholis neigiamai veikia kraujodaros sistemą, sukeldamas kaulų čiulpų slopinimą, kuris laboratoriniuose kraujo tyrimuose pasireiškia kaip leukopenija, trombocitopenija ir anemija. Makrocitozė su anemija arba be jos gali būti stebima dėl vitamino B12 ir folatų trūkumo [30].

- **Neuropsichiatrinė sistema** – Wernicke-Korsakovo sindromas sudarytas iš 2 skirtingų būklių – Wernicke encefalopatijos ir Korsakovo sindromo. Wernicke encefalopatijai būdinga ūminė sumišimo būseną, akių judesių sutrikimai, ataksija/eisenos problemos – šie simptomai gali būti bent iš dalies grįžtami laiku suteikus reikalingą gydymą tiaminu. Korsakovo sindromas išsivysto dėl ilgalaikio alkoholio vartojimo, jam būdingos konfabuliacijos, atminties praradimas (anterogradinė ir retrogradinė amnezija) ir eisenos sutrikimai, kurie dažnai yra negrįžtami, jei Wernicke encefalopatija nebuvo tinkamai gydoma. Wernicke-Korsakovo sindromas dažniausiai susijęs su priklausomybe nuo alkoholio, tačiau gali pasireikšti ir esant kitoms su tiamino trūkumu susijusioms būklėms. Piknaudžiavimas alkoholiu gali sukelti ne tik centrinės nervų sistemos pažeidimus, tačiau ir periferinę neuropatiją – smulkiųjų nervinių skaidulų pažeidimas pasireiškia „pirštinių-kojinių“ simptomu, o dėl tiamino trūkumo pažeidus stambiąsias skaidulas atsiranda eisenos sutrikimai. Alkoholis taip pat gali pabloginti psichikos sutrikimus, pavyzdžiui, depresiją, padidinti demencijos bei insulto riziką [30, 48, 49].

- **Širdies ir kraujagyslių sistema** – ūmus alkoholio poveikis gali išprovokuoti prieširdžių virpėjimą, o lėtinis vartojimas gali paspartinti vainikinių arterijų ligų progresavimą, sukelti dilatacinę

kardiomiopatiją. Alkoholio vartojimas ir patiriama abstinencija taip pat pablogina hipertenzija sergančių ligonių būklę [30].

- **Endokrininė sistema** – lėtinis alkoholio vartojimas blogina kaulų būklę, gali prisidėti prie osteoporozės, taip pat ir hipotirozės išsivystymo [30].
- **Kvėpavimo sistema** – alkoholis didina obstrukcinės miego apnėjos išsivystymo riziką, neigiamai veikia jos eigą sergantiesiems. Alkoholinių gėrimų vartojimas gali būti susijęs su plaučių infekcijų, tokių kaip pneumonija, padažnėjimu [30].
- **Imuninė sistema** – dėl alkoholio poveikio sukkelto B ir T ląstelių funkcijų slopinimo, išauga tiek bakterinių, tiek virusinių infekcijų riziką [30].
- **Onkologija** – lėtinis alkoholio vartojimas didina dalies vėžinių susirgimų, įskaitant burnos ertmės, ryklės, stemplės, krūties, kepenų, skrandžio, kasos, tiesiosios žarnos vėžio riziką [30].

Šiam ligoniui buvo nustatyti virškinimo, hematologinės, neuropsichiatrinės bei endokrininės sistemų pažeidimai. Diagnostikos sudėtingumą lėmė nespecifiniai ligonio išreikšti skundai, apsunkintas tikslios anamnezės rinkimas dėl paciento nenoro minėti turimos problemos, vėliau – dėl pablogėjusios neurologinės būklės (Wernicke encefalopatijos). Dažnu atveju priklausomybė alkoholiui gali priminti kitus psichikos sutrikimus ar egzistuoti greta jų, todėl pacientus reikėtų patikrinti dėl panikos, nerimo, miego sutrikimų, potrauminio streso sindromo, depresijos [29, 30, 35].

Laboratoriniuose kraujo tyrimuose, nemažai naudingos informacijos diagnostikoje suteikia netiesioginiai alkoholio vartojimo biožymenys, tokie kaip MCV, AST, ALT, gamaglutamiltransferazė ir cholesterolio esterų pernašos baltymas – jie veiksmingai rodo didelį alkoholio vartojimą, daugiausia koreliuoja su lėtiniu alkoholio poveikiu kepenims ir raudoniesiems kraujo kūneliams. Vis dėlto svarbu nepamiršti, jog gauti rodiklių rezultatai taip pat gali priklausyti nuo amžiaus, lyties ir/arba esančių kitų organų pažeidimų. Angliavandenių stokojantis transferinas (angliškai *Carbohydrate Deficient Transferrin*, santrumpa *CDT*) yra jautrus alkoholio vartojimui, viršijančiam 40 g per dieną (atitinka 5 – 7 SAV per dieną), tad puikiai tinka nesenam gausiam alkoholio vartojimui nustatyti. Siūloma CDT naudoti kartu su kitais biožymenimis ir atsargiai interpretuoti rezultatus, atsižvelgiant į gretutines būkles – nėštumą, anemiją ar kitas kepenų ligas [50]. Šio paciento atveju, pirmojo ir antrojo apsilankymo pas šeimos gydytoją metu, nebuvo atliktas pakankamas kiekis biocheminių kraujo tyrimų, nors galbūt jau būtų buvę įmanoma pastebėti biožymenų pokyčius. Pirminiuose ligonio kraujo tyrimuose buvo aptikti padidėję MCV, MCH, DTL, MTL ir laisvo tiroksino koncentracijos rodikliai, o jau vėliau atliktuose laboratoriniuose tyrimuose stebima anemija – sumažėję RBC, hemoglobino, hematokrito ir padidėję retikulocitų, RDW, MCH ir MCV rodikliai, trombocitų skaičius, taip pat stebimi padidėję kepenų, kasos fermentai.

AUD gydymo tikslas yra palaipsniui sumažinti arba nutraukti alkoholio vartojimą pasitelkiant psichologines (elgesio terapijos) bei medikamentines priemones:

- **Elgesio terapija** – labai įvairi: nuo stacionarinės reabilitacijos (Minesotos programa) iki ambulatorinės individualios (motyvacinis interviu, kognityvinė elgesio terapija) ar grupinės terapijos (pavyzdžiui „Anoniminiai alkoholikai“) [30, 51, 52]. Pacientui elgesio terapija buvo rekomenduota greta medikamentinio gydymo.
- **Medikamentinis gydymas:**
 - *Naltreksonas, akamprozatas, disulfiramas* – pagrindiniai farmakologiniai vaistai AUD gydymui. Naltreksonas padeda sumažinti potraukį, akamprozatas – išlaikyti abstinenciją, o disulfiramas tinka tiems pacientams, kurie siekia visiškai atsisakyti alkoholio vartojimo. Prieš vartojant naltreksoną ir disulfiramą reikėtų įvertinti paciento kepenų rodiklius. Esant inkstų veiklos nepakankamumui kontraindikuotina skirti akamprozatą, o disulfiramo nerekomenduojama skirti tiems pacientams, kurie turi sunkių kardiologinių ligų [30, 36, 53]. Iš šių vaistų grupės, pacientui paskirtas disulfiramas.
 - *Gabapentinas, topiramatas ir baklofenas* – papildomi medikamentai AUD gydymui. Topiramatas sustiprina GABA A receptorių aktyvumą, slopina glutamato aktyvumą, pasižymi panašiu veiksmingumu kaip naltreksonas. Gabapentinas ir baklofenas taip pat pasižymi pakankamai veiksmingu poveikiu GABA sistemai, tačiau juos vartojant, stebima didesnė piknaudžiavimo vaistais rizika [30, 36, 54]. Iš šių vaistų grupės, pacientui paskirtas baklofenas.

Jei pacientams nutraukus alkoholio vartojimą po 2 – 3 dienų pasireiškia dezorientacija, sumišimas, haliucinacijos, kliesdėsiai, stiprus tremoras, tokią būklę reikia gydyti nedelsiant. Ligoniams svarbu užtikrinti skysčių bei elektrolitų balansą, taip pat rekomenduojama paskirti 10 – 20 mg diazepamo į veną arba per burną kas 1 – 4 valandas iki simptomų išnykimo. Neramiems pacientams sedacijai gali būti naudojamas lorazepamas (1 – 4 mg injekcijos į raumenis kas 6 valandas), o psichoziniams simptomams malšinti galima skirti 1 – 5 mg haloperidolio tabletes kas 8 valandas [54, 55].

Klinikinėje praktikoje susiduriama su iššūkiais diferencijuojant Wernicke encefalopatiją nuo delyro, atsiradusio dėl alkoholio nutraukimo – sąmonės, dėmesio, kalbos sutrikimai stebimi esant abiem šioms būklėms. Vis dėlto Wernicke encefalopatijai būdingi akių motorikos pažeidimai (pavyzdžiui nistagmas, sutrikęs judesių sekimas akimis), plati, ataksiška eisena. Pagal Europos neurologų ekspertų pateiktas rekomendacijas, gydymas tiaminu ligoniams turėtų būti pradedamas iš karto, skiriant 200 mg tiamino infuzijas į veną 3 kartus per dieną, prieš arba kartu su intravenine gliukoze, kad būtų išvengta Refeeding sindromo [48, 49, 55].

Stebint nuotaikos sutrikimus, pacientams galima skirti antidepresantus. Trumpalaikiam abstinencijos simptomų gydymui taip pat galima naudoti benzodiazepinus [54].

Nepaisant uždelsto AUD diagnostikos proceso, ligonis gavo literatūros šaltiniais paremtą reikalingą pagrindinės ligos gydymą. Be specifinio AUD gydymo, pacientui taikytas medikamentinis gydymas (žiūrėti 7. KLINIKINIO ATVEJO APRAŠYMAS) siekiant atstatyti elektrolitų balansą, neleisti progresuoti Wernicke encefalopatijai, sedacijos užtikrinimui bei kepenų funkcijos gerinimui. Reabilitacinis gydymas taikytas dėl neuropatijos.

Norint pasiekti kiek įmanoma geresnių gydymo rezultatų, labai svarbus AUD ir gretutinių susirgimų gydymas ne tik antrinio ar tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose, bet ir pirminėje asmens sveikatos priežiūroje, tačiau norint paskirti tinkamą gydymą, reikalingas nuoseklus bei atidumo ir gero klinikinio mąstymo reikalaujantis diagnostikos procesas [56].

9. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

Išvados:

1. Viena iš dažniausių *diagnostinių klaidų priežasčių* pirminėje asmens sveikatos priežiūroje yra mąstymo (kognityvinis) šališkumas, kuris gali būti patogus klinikiniame darbe dėl greito jo pritaikymo, tačiau dėl trumpo informacijos apdorojimo laiko prastėja tikslaus informacijos vertinimo galimybės.
2. Veiksniai, prisidedantys prie diagnostinių klaidų atsiradimo pirminėje asmens sveikatos priežiūroje, gali būti skirstomi į: *susijusius su gydytoju* (patirties stoka, menkas siekimas tobulėti, nepakankamos žinios, prasti stebėjimo, bendravimo, sudėtingų situacijų valdymo ir sprendimų priėmimo įgūdžiai, polinkis į šališkumą, pervargimas), *susijusius su pacientu* (silpna ligonio būklė ir imunitetas, prasta socialinė ir ekonominė padėtis, menkos žinios ar išsilavinimas, gydymo nurodymų nesilaikymas, laiko konsultacijoms neskyrimas, bendravimo problemos, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas), *susijusius su liga* (netipiniai požymiai, tyrimų rezultatų neapibrėžtumas), *susijusius su aplinka* (prastas gydymo įstaigų ar gydymo paslaugų prieinamumas, ekstremalios situacijos, su darbu susiję pavojai), *susijusius su sveikatos priežiūros sistema* (prastas vadovavimas ir komandinis darbas, sveikatos priežiūros koordinavimas, retos pakartotinos konsultacijos, žemi specialistų mokymo standartai, riboti medicininės informacijos ištekliai, saviti kultūriniai ypatumai, prastos darbo sąlygos, mažas įrangos veiksmingumas, bendravimo ir priežiūros koordinavimo trukdžiai).

3. *Diagnosticinių klaidų pasekmės* pirminėje asmens sveikatos priežiūroje gali skirtis savo sunkumu: ligonis gali tapti laikinai nedarbingu, įgyti negalią ar mirti. Daugiausiai žalingų žmogaus sveikatai diagnostinių klaidų pirminėje asmens sveikatos priežiūroje padaroma infekcijų, širdies ir kraujagyslių ligų bei vėžio diagnostikoje.
4. Įvertinus diagnostinių klaidų priežastis pirminėje asmens sveikatos priežiūroje galima taikyti įvairaus tipo *prevencines priemones*, kurias galima išskirti į 8 prevencijos sritis. Šioms sritims priklauso: diagnostinio samprotavimo tobulinimas, sistemingas grįžtamojo ryšio formavimas, pirminės sveikatos priežiūros diagnostikos strategijų optimizavimas, diagnostinių tyrimų prieigos gerinimas, diagnostinių klaidų nustatymo ir mokymosi metodų kūrimas analizuojant klinikinius atvejus, informacinių technologijų tobulinimas, pacientų įtraukimas bei vyriausybės politika, remianti pirminę asmens sveikatos priežiūrą.
5. Remiantis Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento 2021 m. duomenimis, beveik ketvirtadalis Lietuvos Respublikos gyventojų paskutinių 30 dienų iki tyrimo laikotarpyje alkoholį vartojo nors 1 kartą per savaitę. Iš šios tiriamųjų grupės 14,6 % apklaustųjų alkoholį vartojo bent 1 kartą per savaitę, 7,3 % – keletą kartų per savaitę, o 1,8 % – alkoholinius gėrimus vartojo kasdien arba beveik kasdien. Net 7,1 % gyventojų 1 kartą per savaitę ar dažniau vienu alkoholio gėrimo metu suvartojo 6 ir daugiau standartinių alkoholio vienetų (SAV).
6. Klinikinio atvejo ankstyvosios diagnostikos sudėtingumą lėmė nespecifiniai ligonio išreikšti skundai, apsunkintas tikslios anamnezės rinkimas konsultacijų metu dėl paciento nenoro minėti turimos problemos, vėliau – dėl pablogėjusios neurologinės būklės (Wernicke encefalopatijos). Alkoholio vartojimo sutrikimo greitesnei diagnostikai pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje būtų pravertęs išsamesnis anamnezės surinkimas pacientui atvykus privalomajam sveikatos patikrinimui dėl šaunamojo ginklo laikymo, taip pat didesnio skaičiaus žymenų įtraukimas paskyrus biocheminį kraujo tyrimą pirmųjų apsilankymų atsiradus simptomams metu.
7. Nepaisant uždelsto alkoholio vartojimo sutrikimo diagnostikos proceso, ligonis gavo literatūros šaltiniais paremtą reikalingą pagrindinės ligos gydymą. Be specifinio gydymo, pacientui taikyta medikamentinė terapija siekiant atstatyti elektrolitų balansą, neleisti progresuoti Wernicke encefalopatijai, sedacijos užtikrinimui bei kepenų funkcijos gerinimui, reabilitacinį gydymą taikant turėtų funkcijų kiek įmanoma didesniai atkūrimui.

Pasiūlymai:

1. Prieš išduodant medicininę pažymą dėl šaunamųjų ginklų vertėtų ypatingą dėmesį skirti išsamios paciento anamnezės surinkimui, ypač dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo.
2. Įtariant nesaikingą alkoholio vartojimą pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje yra rekomenduojama bent 1 kartą per metus atlikti paprastą patvirtintą vieno klausimo atrankos testą ar naudoti kitus klausimynus – AUDIT (ilgesnę arba sutrumpintą versiją) ar CAGE testus.
3. Pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje įtarus priklausomybės nuo alkoholio sindromą, vertėtų pacientą nusiųsti psichiatro konsultacijai, rekomenduoti grupinę psichoterapiją, palaikomųjų grupių lankymą. Dėl gretutinių ligų tokiems pacientams reikalinga šeimos gydytojo ar gydytojo specialisto stebėseną.

10. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. lapkričio 21 d.]. Adresas: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura/pirmine-ambulatorine-asmens-sveikatos-prieziura/>
2. V-943 Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių pasla... [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. lapkričio 21 d.]. Adresas: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>
3. Hall KK, Shoemaker-Hunt S, Hoffman L, Richard S, Gall E, Schoyer E, ir kt. Diagnostic Errors. Making Healthcare Safer III: A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices [Internet] [Prieiga per internetą]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 [žiūrėta 2025 m. lapkričio 21 d.]. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555525/>
4. Singh H, Onakpoya I, Thompson MJ, Graber ML, Schiff G. Diagnostic errors. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
5. Kasher Meron M, Eizenstein S, Cukierman-Yaffe T, Oieru D. Missed diagnosis-a major barrier to patient access to obesity healthcare in the primary care setting. Int J Obes 2005. 2024 m.

- liepos;48(7):1003–10. doi:10.1038/s41366-024-01514-6 PubMed PMID: 38649487; PubMed Central PMCID: PMC11216998.
6. Jones OT, Ranmuthu CKI, Hall PN, Funston G, Walter FM. Recognising Skin Cancer in Primary Care. *Adv Ther.* 2020 m.;37(1):603–16. doi:10.1007/s12325-019-01130-1 PubMed PMID: 31734824; PubMed Central PMCID: PMC6969010.
 7. Blok GCGH, Veenstra LMM, van der Lei J, Berger MY, Holtman GA. Appendicitis in children with acute abdominal pain in primary care, a retrospective cohort study. *Fam Pract.* 2021 m. gruodžio 1 d.;38(6):758–65. doi:10.1093/fampra/cmab039
 8. Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf.* 2017 m. birželio;26(6):484–94. doi:10.1136/bmjqs-2016-005401 PubMed PMID: 27530239; PubMed Central PMCID: PMC5502242.
 9. Cheraghi-Sohi S, Holland F, Singh H, Danczak A, Esmail A, Morris RL, ir kt. Incidence, origins and avoidable harm of missed opportunities in diagnosis: longitudinal patient record review in 21 English general practices. *BMJ Qual Saf.* 2021 m. gruodžio;30(12):977–85. doi:10.1136/bmjqs-2020-012594 PubMed PMID: 34127547; PubMed Central PMCID: PMC8606447.
 10. Vally ZI, Khammissa RAG, Feller G, Ballyram R, Beetge M, Feller L. Errors in clinical diagnosis: a narrative review. *J Int Med Res.* 2023 m. rugpjūčio;51(8):3000605231162798. doi:10.1177/03000605231162798 PubMed PMID: 37602466; PubMed Central PMCID: PMC10467407.
 11. Olson APJ, Linzer M, Schiff GD. Measuring and Improving Diagnostic Safety in Primary Care: Addressing the “Twin” Pandemics of Diagnostic Error and Clinician Burnout. *J Gen Intern Med.* 2021 m. gegužės;36(5):1404–6. doi:10.1007/s11606-021-06611-0 PubMed PMID: 33575908; PubMed Central PMCID: PMC7878169.
 12. Landucci F, Lamperti M. A pandemic of cognitive bias. *Intensive Care Med.* 2021 m. gegužės;47(5):636–7. doi:10.1007/s00134-020-06293-y PubMed PMID: 33108517; PubMed Central PMCID: PMC7590556.
 13. Hammond MEH, Stehlik J, Drakos SG, Kfoury AG. Bias in Medicine: Lessons Learned and Mitigation Strategies. *JACC Basic Transl Sci.* 2021 m. sausio;6(1):78–85. doi:10.1016/j.jacbs.2020.07.012 PubMed PMID: 33532668; PubMed Central PMCID: PMC7838049.

14. Finley CR, Chan DS, Garrison S, Korownyk C, Kolber MR, Campbell S, ir kt. What are the most common conditions in primary care? Systematic review. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2018 m. lapkričio;64(11):832–40. PubMed PMID: 30429181; PubMed Central PMCID: PMC6234945.
15. Fernholm R, Pukk Härenstam K, Wachtler C, Nilsson GH, Holzmann MJ, Carlsson AC. Diagnostic errors reported in primary healthcare and emergency departments: A retrospective and descriptive cohort study of 4830 reported cases of preventable harm in Sweden. *Eur J Gen Pract*. 2019 m. liepos;25(3):128–35. doi:10.1080/13814788.2019.1625886 PubMed PMID: 31257959; PubMed Central PMCID: PMC6713141.
16. Newman-Toker DE, Nassery N, Schaffer AC, Yu-Moe CW, Clemens GD, Wang Z, ir kt. Burden of serious harms from diagnostic error in the USA. *BMJ Qual Saf*. 2024 m. sausio 19 d.;33(2):109–20. doi:10.1136/bmjqs-2021-014130 PubMed PMID: 37460118; PubMed Central PMCID: PMC10792094.
17. Wickramasinghe B, Renzi C, Barclay M, Callister MEJ, Rafiq M, Lyratzopoulos G. Pre-diagnostic prescribing patterns in dyspnoea patients with as-yet-undiagnosed lung cancer: A longitudinal study of linked primary care and cancer registry data. *Cancer Epidemiol*. 2023 m. spalio;86:102429. doi:10.1016/j.canep.2023.102429 PubMed PMID: 37473578.
18. Singh H, Sittig DF. Advancing the science of measurement of diagnostic errors in healthcare: the Safer Dx framework. *BMJ Qual Saf*. 2015 m. vasario;24(2):103–10. doi:10.1136/bmjqs-2014-003675 PubMed PMID: 25589094; PubMed Central PMCID: PMC4316850.
19. Silverston P. SAFER diagnosis: a teaching system to help reduce diagnostic errors in primary care. *Br J Gen Pract*. 2020 m. birželio 23 d.;70(696):354–5. doi:10.3399/bjgp20X710669 PubMed PMID: 32586822; PubMed Central PMCID: PMC7319682.
20. Fernandez Branson C, Williams M, Chan TM, Graber ML, Lane KP, Grieser S, ir kt. Improving diagnostic performance through feedback: the Diagnosis Learning Cycle. *BMJ Qual Saf*. 2021 m. gruodžio;30(12):1002–9. doi:10.1136/bmjqs-2020-012456 PubMed PMID: 34417335; PubMed Central PMCID: PMC8606468.
21. Kallianidis AF, Schutte JM, Schuringa LEM, Beenackers ICM, Bloemenkamp KWM, Braams-Lisman BAM, ir kt. Confidential enquiry into maternal deaths in the Netherlands, 2006-2018. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022 m. balandžio;101(4):441–9. doi:10.1111/aogs.14312 PubMed PMID: 35352820; PubMed Central PMCID: PMC9564602.

22. Plüddemann A, Wallace E, Bankhead C, Keogh C, Van der Windt D, Lasserson D, ir kt. Clinical prediction rules in practice: review of clinical guidelines and survey of GPs. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2014 m. balandžio;64(621):e233-242. doi:10.3399/bjgp14X677860 PubMed PMID: 24686888; PubMed Central PMCID: PMC3964449.
23. Willis TA, Neal RD, Walter FM, Foy R. Priorities for implementation research on diagnosing cancer in primary care: a consensus process. *BMC Health Serv Res*. 2023 m. lapkričio 27 d.;23(1):1308. doi:10.1186/s12913-023-10330-z PubMed PMID: 38012602; PubMed Central PMCID: PMC10683096.
24. Larkins MC, Thombare A. Point-of-Care Testing. StatPearls [Prieiga per internetą]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [žiūrėta 2025 m. lapkričio 21 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592387/> PubMed PMID: 37276307.
25. Aurégan L, Lebaron C, Chapron A, Duguey JP, Roger S. Patients and general practitioners agree that wearing masks during consultations complicates physician--patient relationships: An exploratory, qualitative study. *Eur J Gen Pract*. 2023 m. gruodžio;29(2):2190579. doi:10.1080/13814788.2023.2190579 PubMed PMID: 36999357; PubMed Central PMCID: PMC10249453.
26. Jen MY, Kerndt CC, Korvek SJ. Health Information Technology. StatPearls [Prieiga per internetą]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [žiūrėta 2025 m. lapkričio 21 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470186/> PubMed PMID: 29262233.
27. Donner-Banzhoff N. Solving the Diagnostic Challenge: A Patient-Centered Approach. *Ann Fam Med*. 2018 m. liepos;16(4):353–8. doi:10.1370/afm.2264 PubMed PMID: 29987086; PubMed Central PMCID: PMC6037523.
28. McKay M, Lavergne MR, Lea AP, Le M, Grudniewicz A, Blackie D, ir kt. Government policies targeting primary care physician practice from 1998-2018 in three Canadian provinces: A jurisdictional scan. *Health Policy Amst Neth*. 2022 m. birželio;126(6):565–75. doi:10.1016/j.healthpol.2022.03.006 PubMed PMID: 35341630.
29. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. lapkričio 21 d.]. Adresas: <https://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
30. Nehring SM, Chen RJ, Freeman AM. Alcohol Use Disorder: Screening, Evaluation, and Management. StatPearls [Prieiga per internetą]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025

- [žiūrėta 2025 m. lapkričio 21 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436003/>
PubMed PMID: 28613774.
31. Nutt D, Hayes A, Fonville L, Zafar R, Palmer EOC, Paterson L, ir kt. Alcohol and the Brain. *Nutrients*. 2021 m. lapkričio;13(11):3938. doi:10.3390/nu13113938
 32. Maharjan S, Amjad Z, Abaza A, Vasavada AM, Sadhu A, Valencia C, ir kt. Executive Dysfunction in Patients With Alcohol Use Disorder: A Systematic Review. *Cureus*. 2022 m. rugsėjo 15 d. doi:10.7759/cureus.29207
 33. GABAergic mechanisms in alcohol dependence. *International Review of Neurobiology* [Prieiga per internetą]. Elsevier; 2024 [žiūrėta 2026 m. gegužės 6 d.]. p. 75–123. Adresas: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0074774224000278>
doi:10.1016/bs.irn.2024.03.002
 34. Alkoholio vartojimo paplitimas Lietuvoje - Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. lapkričio 21 d.]. Adresas: <https://ntakd.lrv.lt/lt/statistika-ir-tyrimai/tendencijos-ir-pokyciai-lietuvoje/alkoholio-vartojimo-paplitimas-lietuvoje/>
 35. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR™.
 36. Rehm J, Assanangkornchai S, Hendershot CS, Franklin A, Neufeld M, Hassan AS, ir kt. Alcohol use disorders. *The Lancet*. 2025 m. lapkričio;406(10516):2269–81. doi:10.1016/S0140-6736(25)01496-5
 37. Fukui S, Okada M, Rahman M, Matsui H, Shiraishi A, Nakai T, ir kt. Differences in the Association Between Alcoholic Beverage Type and Serum Urate Levels Using Standardized Ethanol Content. *JAMA Netw Open*. 2023 m. kovo 17 d.;6(3):e233398. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.3398
 38. Musto JA, Brown R, Lucey MR. Is there a safe limit for consumption of alcohol? *J Hepatol*. 2025 m. kovo;82(3):535–40. doi:10.1016/j.jhep.2024.10.024
 39. Carr T, Kilian C, Llamosas-Falcón L, Zhu Y, Lasserre AM, Puka K, ir kt. The risk relationships between alcohol consumption, alcohol use disorder and alcohol use disorder mortality: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2024 m.;119(7):1174–87. doi:10.1111/add.16456

40. Spithoff S, Kahan M. Primary care management of alcohol use disorder and at-risk drinking. *Can Fam Physician*. 2015 m. birželio;61(6):509–14. PubMed PMID: 26071154; PubMed Central PMCID: PMC4463891.
41. Duffy FF, Sudom K, Jones M, Fear NT, Greenberg N, Adler AB, ir kt. Calibrating the Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C) for detecting alcohol-related problems among Canadian, UK and US soldiers: cross-sectional pre-deployment and post-deployment survey results. *BMJ Open*. 2023 m. gegužės 1 d.;13(5):e068619. doi:10.1136/bmjopen-2022-068619 PubMed PMID: 37130676.
42. Patra S, Patra S, Das R, Patra SS. Rising Trend of Substance Abuse Among Older Adults: A Review Focusing on Screening and Management. *Cureus*. 16(12):e76659. doi:10.7759/cureus.76659 PubMed PMID: 39898137; PubMed Central PMCID: PMC11781904.
43. Jonas DE, Riley SR, Brouwer L, Boynton MH, Barclay C, Grammer D, ir kt. Screening and Counseling for Unhealthy Alcohol Use in Primary Care Practices. *JAMA Netw Open*. 2026 m. sausio 22 d.;9(1):e2553518. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.53518
44. Hyland K, Hammarberg A, Hedman-Lagerlöf E, Wiklund O, Rosendahl I, Andreasson S, ir kt. Addressing alcohol dependence in primary care: longitudinal registry-based study of practitioner activity following new policy and access to training. *Eur J Public Health*. 2025 m. rugpjūčio 1 d.;35(4):720–5. doi:10.1093/eurpub/ckaf060
45. 221 Dėl Fizinių asmenų, norinčių gauti leidimą laikyti ar leidimą nešiotis ginklus, medicininio patik... [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2026 m. gegužės 7 d.]. Adresas: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.3394CBFC359C/asr>
46. Osna NA, Rasineni K, Ganesan M, Donohue TM, Kharbanda KK. Pathogenesis of Alcohol-Associated Liver Disease. *J Clin Exp Hepatol*. 2022 m. lapkričio;12(6):1492–513. doi:10.1016/j.jceh.2022.05.004
47. Day AW, Kumamoto CA. Gut Microbiome Dysbiosis in Alcoholism: Consequences for Health and Recovery. *Front Cell Infect Microbiol*. 2022 m. kovo 3 d.;12. doi:10.3389/fcimb.2022.840164
48. Akhouri S, Kuhn J, Newton EJ. Wernicke-Korsakoff Syndrome. *StatPearls* [Prieiga per internetą]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [žiūrėta 2025 m. lapkričio 21 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430729/> PubMed PMID: 28613480.

49. Wijnia JW. A Clinician's View of Wernicke-Korsakoff Syndrome. *J Clin Med*. 2022 m. sausio;11(22):6755. doi:10.3390/jcm11226755
50. Harris JC, Leggio L, Farokhnia M. Blood Biomarkers of Alcohol Use: A Scoping Review. *Curr Addict Rep*. 2021 m. gruodžio;8(4):500–8. doi:10.1007/s40429-021-00402-7 PubMed PMID: 37274945; PubMed Central PMCID: PMC10237590.
51. Kotake K, Hosokawa T, Tanaka M, So R, Banno M, Kataoka Y, ir kt. Efficacy and safety of alcohol reduction pharmacotherapy according to treatment duration in patients with alcohol dependence or alcohol use disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Addiction*. 2024 m. gegužės;119(5):815–32. doi:10.1111/add.16421 PubMed PMID: 38173342.
52. Hyland CJ, McDowell MJ, Bain PA, Huskamp HA, Busch AB. Integration of Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder Treatment in Primary Care Settings: A Scoping Review. *J Subst Abuse Treat*. 2023 m. sausio;144:108919. doi:10.1016/j.jsat.2022.108919 PubMed PMID: 36332528; PubMed Central PMCID: PMC10321472.
53. Matson TE, Lee AK, Williams EC. Structural Approaches to Expand Access to Medication Treatment for Alcohol Use Disorder. *JAMA Netw Open*. 2026 m. sausio 12 d.;9(1):e2551544. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.51544
54. Haber PS. Identification and Treatment of Alcohol Use Disorder. *N Engl J Med*. 2025 m. sausio 15 d.;392(3):258–66. doi:10.1056/NEJMra2306511
55. Day E, Daly C. Clinical management of the alcohol withdrawal syndrome. *Addiction*. 2022 m.;117(3):804–14. doi:10.1111/add.15647
56. Montgomery C, Saini P, Schoetensack C, McCarthy M, Hanlon C, Owens L, ir kt. Improving access to treatment for alcohol dependence in primary care: A qualitative investigation of factors that facilitate and impede treatment access and completion. *PLOS ONE*. 2023 m. spalio 19 d.;18(10):e0292220. doi:10.1371/journal.pone.0292220

11. PRIEDAI

1 priedas. Šeimos gydytojo 2025-02-06 paskirtų laboratorinių tyrimų visi rezultatai.

Tyrimas	Rezultatas	Pamatinų biologinių verčių intervalai ar klinikinių sprendimų vertės
		Vyrų: 18 – 65 m.
Leukocitai (WBC) (*10 ⁹ /l)	8,40	3,60 – 10,50
Eritrocitai (RBC) (*10 ¹² /l)	4,49	4,30 – 5,75
Hemoglobinas (g/l)	152,00	135,00 – 172,00
Hematokritas (%)	45,40	39,50 – 50,50
Vidutinis eritrocito tūris (MCV) (fl)	101,10 ↑	80,00 – 99,00
Vidutinis hemoglobino kiekis eritrocite (MCH) (pg)	33,90 ↑	27,00 – 33,50
Hemoglobino koncentracija eritrocite (MCHC) (g/l)	335,00	315,00 – 360,00
Eritrocito dydžio pasiskirstymo plotis - variacijos koeficientas (RDW-CV) (%)	13,50	11,50 – 15,00
Eritrocito dydžio pasiskirstymo plotis - standartinis nuokrypis (RDW-SD) (fl)	49,20	39,00 – 51,00
Trombocitai (*10 ⁹ /l)	274,00	150,00 – 370,00
Trombocitų pasiskirstymo plotas (PDW) (%)	16,10	9,00 – 17,50
Vidutinis trombocitų tūris (PCT) (%)	10,00	7,00 – 11,50
Trombocitų kritas (PCT) (%)	0,274	0,100 – 0,300
Didelių trombocitų frakcija (P-LCR) (%)	25,60	18,50 – 42,30
Neutrofilai (*10 ⁹ /l)	6,46	1,50 – 7,70
Neutrofilai iš 100 leukocitų (%)	76,90	42,00 – 77,00
Limfocitai (*10 ⁹ /l)	1,06 ↓	1,10 – 4,50
Limfocitai iš 100 leukocitų (%)	12,60 ↓	20,00 – 44,00
Monocitai (*10 ⁹ /l)	0,77	0,10 – 0,90
Monocitai iš 100 leukocitų (%)	9,20	2,00 – 9,50
Eozinofilai (*10 ⁹ /l)	0,08	0,02 – 0,50
Eozinofilai iš 100 leukocitų (%)	1,00	0,50 – 5,50
Bazofilai (*10 ⁹ /l)	0,03	0,00 – 0,20
Bazofilai iš 100 leukocitų (%)	0,30	0,00 – 1,80
Nebrandūs granulocitai (*10 ⁹ /l)	0,10	0,00 – 0,10
Nebrandūs granulocitai (%)	1,20 ↑	0,10 – 0,80
Branduolėti eritrocitai (*10 ⁹ /l)	0,00	0,00 – 0,02
Branduolėti eritrocitai (%)	0,00	0,00 – 0,40
Gliukozė (Serumas) (mmol/l)	5,60	4,10 – 5,60
B. Chol – Bendrojo cholesterolio koncentracija (Serumas) (mmol/l)	4,72	< 5,2
DTL – Didelio tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracija (Serumas) (mmol/l)	1,42 ↑	Koronarinės širdies ligos rizika: • Didelė rizika: < 1,03 • Vidutinė rizika: 1,03 – 1,55 • Maža rizika: ≥ 1,55
MTL – Mažo tankio lipoproteinų cholesterolio apskaičiavimas pagal Friedevaldo formulę (Serumas) (mmol/l)	2,68 ↑	< 2,60
TRIG – Triacilglicerolių koncentracija (Serumas) (mmol/l)	1,38	Nomali: < 1,70 Ribinė: 1,70 – 2,25 Aukšta: 2,26 – 5,64 Labai aukšta: ≥ 5,65
Ne DTL cholesterolio koncentracija (Serumas) (mmol/l)	3,30	Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos grupė: • Mažos/vidutinės rizikos grupė: < 3,4 • Didelės rizikos grupė: < 2,6 • Labai didelės rizikos grupė: < 2,2
FT4/LT4 – Laisvo tiroksino koncentracija (Serumas) (pmol/l)	16,80 ↑	7,86 – 14,41
Vitaminas D (nmol/l)	43,17 ↓	75,00 – 250,00

Rodyklių paaiškinimai: žalia viršutinė rodyklė (↑) žymi didesnę nei normos ribos rodiklio pokytį; raudona apatinė rodyklė (↓) – mažesnę nei normos ribos rodiklio pokytį.

2 priedas. Visi paciento laboratorinių tyrimų lentelės duomenys.

Tyrimas	Rezultatas							Pamatinų biologinių verčių intervalai ar klinikinių sprendimų vertės
	2025-03-23	2025-03-24	2025-03-26	2025-03-28	2025-03-31	2025-04-03	2025-04-07	
HEMATOLOGINIAI TYRIMAI								Vyrų: 18 – 65 m.

2 priedas. Visi paciento laboratorinių tyrimų lentelės duomenys (tęsinys).

Leukocitai (WBC) (*10 ⁹ /l)	10,83 ↑	7,61	-	11,90 ↑	7,46	9,34	8,93	3,6 – 10,5
Neutrofilai iš 100 leukocitų (%)	75,2	66,1	-	76,9	65,1	63,7	64,9	42 – 77
Limfocitai iš 100 leukocitų (%)	12,5 ↓	20,1	-	10,2 ↓	20,1	24,8	22,3	20 – 44
Monocitai iš 100 leukocitų (%)	8,9	8,8	-	8,2	9,9	6,3	6,4	2,0 – 9,5
Eozinofilai iš 100 leukocitų (%)	1,0	2,2	-	0,4 ↓	2,5	3,0	4,1	0,5 – 5,5
Bazofilai iš 100 leukocitų (%)	0,5	0,8	-	0,6	0,5	0,7	0,8	0,0 – 1,8
Nebrandūs granulocitai iš 100 leukocitų (%)	1,9 ↑	2,0 ↑	-	3,7 ↑	1,9 ↑	1,5 ↑	1,5 ↑	0,1 – 0,8
Branduolėti eritrocitai 100- ui leukocitų (%)	0,1	0,0	-	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0 – 0,4
Neutrofilai (*10 ⁹ /l)	8,15 ↑	5,03	-	9,16 ↑	4,85	5,94	5,80	1,5 – 7,7
Limfocitai (*10 ⁹ /l)	1,35	1,53	-	1,21	1,50	2,32	1,99	1,1 – 4,5
Monocitai (*10 ⁹ /l)	0,96 ↑	0,67	-	0,97 ↑	0,74	0,59	0,57	0,10 – 0,90
Eozinofilai (*10 ⁹ /l)	0,11	0,17	-	0,05	0,19	0,28	0,37	0,02 – 0,50
Bazofilai (*10 ⁹ /l)	0,05	0,06	-	0,07	0,04	0,07	0,07	0,00 – 0,20
Nebrandūs granulocitai (*10 ⁹ /l)	0,21 ↑	0,15 ↑	-	0,44 ↑	0,14 ↑	0,14 ↑	0,13 ↑	0,0 – 0,1
Branduolėti eritrocitai (*10 ⁹ /l)	0,01	0,00	-	0,01	0,00	0,00	0,01	0,0 – 0,02
Eritrocitai (RBC) (*10 ¹² /l)	3,36 ↓	2,87 ↓	-	3,11 ↓	2,92 ↓	3,20 ↓	3,08 ↓	4,30 – 5,75
Hemoglobinas (g/l)	116 ↓	98 ↓	-	106 ↓	97 ↓	105 ↓	104 ↓	135 – 172
Hematokritas (%)	32,8 ↓	28,3 ↓	-	30,9 ↓	29,0 ↓	32,7 ↓	30,5 ↓	39,5 – 50,5
Vidutinis eritrocito tūris (MCV) (fl)	97,6	98,6	-	99,4 ↑	99,3 ↑	102,2 ↑	99,0	80 – 99
Vidutinis hemoglobino kiekis eritrocite (MCH) (pg)	34,5 ↑	34,1 ↑	-	34,1 ↑	33,2	32,8	33,8 ↑	27,0 – 33,5
Vidutinė eritrocitų hemoglobino koncentracija (MCHC) (g/l)	354	346	-	343	334	321	341	315 – 360
Eritrocito dydžio pasiskirstymo plotis - variacijos koeficientas (RDW-CV) (%)	15,9 ↑	15,9 ↑	-	16,5 ↑	15,8 ↑	15,9 ↑	15,1 ↑	11,5 – 15,0
Eritrocito dydžio pasiskirstymo plotis - standartinis nuokrypis (RDW-SD) (fl)	56,2 ↑	57,3 ↑	-	61,1 ↑	57,6 ↑	60,3 ↑	54,4 ↑	39,0 – 51,0
Trombocitai (*10 ⁹ /l)	246	233	-	325	349	407 ↑	321	150 – 370
Dideli trombocitai iš trombocitų (%)	15,0 ↓	14,4 ↓	-	17,9 ↓	17,9 ↓	21,0	17,5 ↓	18,5 – 42,3
Trombocito vidutinis tūris (fl)	8,7	8,8	-	9,2	9,2	9,6	9,2	7,0 – 11,5
Trombokritas (%)	0,21	0,20	-	0,30	0,32 ↑	0,39 ↑	0,30	0,1 – 0,3
Trombocito dydžio pasiskirstymo plotis (fl)	8,3 ↓	8,1 ↓	-	9,0	9,3	10,0	9,0	9,0 – 17,5
Retikulocitai iš 100 eritrocitų (%)	-	2,03 ↑	-	-	-	-	-	0,5 – 2,0
Retikulocitai (*10 ¹² /l)	-	0,0583	-	-	-	-	-	0,025 – 0,105
Nebrandūs retikulocitai iš visų retikulocitų (%)	-	16,7	-	-	-	-	-	2 – 17
Blankios fluorescencijos retikulocitai iš 100 retikulocitų (%)	-	83,3 ↓	-	-	-	-	-	85 – 98
Vidutinės fluorescencijos retikulocitai iš 100 retikulocitų (%)	-	13,9	-	-	-	-	-	2 – 14
Ryškios fluorescencijos retikulocitai iš 100 retikulocitų (%)	-	2,8	-	-	-	-	-	0 – 3
Retikulocito hemoglobino pasiskirstymo plotis (pg)	-	32,5	-	-	-	-	-	28,5 – 34,5
BIOCHEMINIAI TYRIMAI								
ADTL (silicio) (s)	35,5	-	-	-	-	-	-	28 – 40
SPA (%)	96	-	-	-	-	-	-	70 – 130

2 priedas. Visi paciento laboratorinių tyrimų lentelės duomenys (tęsinys).

INR (Owren)	1,02	-	-	-	-	-	-	0,90 – 1,19
BIOCHEMINIAI TYRIMAI (tęsinys)								
Gliukozė (Serumas) (mmol/l)	6,37 ↑	-	-	-	-	-	-	4,2 – 6,1
CRB (mg/l)	24,6 ↑	17,3 ↑	-	18,4 ↑	19,8 ↑	7,75 ↑	5,76 ↑	≤ 5
Prokalcitoninas (µg/l)	0,48	-	-	-	-	-	-	< 0,05
K (mmol/l)	3,4 ↓	3,7 ↓	-	4,3	3,2 ↓	4,3	4,2	3,8 – 5,3
Na (mmol/l)	141	141	-	137	139	141	138	134 – 145
Cl (mmol/l)	101	110 ↑	-	104	107	108	106	98 – 107
Fe (µmol/l)	23,9	-	-	-	-	-	-	9,5 – 29,9
AST (GOT) (U/L)	197 ↑	-	-	184 ↑	122 ↑	112 ↑	143 ↑	≤ 40
ALT (GPT) (U/L)	59 ↑	-	-	55 ↑	28	36	33	≤ 40
Šarminė fosfatazė ŠF (U/L)	336 ↑	-	-	284 ↑	222 ↑	250 ↑	184 ↑	40 – 150
Gama GT (U/L)	1541 ↑	-	-	1191 ↑	792 ↑	886 ↑	667 ↑	≤ 36
Lipazė (U/L)	286 ↑	-	-	-	-	-	-	8 – 78
LDH Laktatdehidrogenazė (U/L)	216	-	-	-	-	-	-	125 – 243
HBsAg antigenas	NEIGIAMAS	-	-	-	-	-	-	NEIGIAMAS
HBsAg antigenas (s/co)	0,25	-	-	-	-	-	-	< 1,00
HBs antikūnai	NEIGIAMAS	-	-	-	-	-	-	NEIGIAMAS
HBs antikūnai (mIU/ml)	0,00	-	-	-	-	-	-	< 10,0
HBc antikūnai	NEIGIAMAS	-	-	-	-	-	-	NEIGIAMAS
HBc antikūnai (s/co)	0,07	-	-	-	-	-	-	< 1,00
HCV antikūnai	NEIGIAMAS	-	-	-	-	-	-	NEIGIAMAS
HCV antikūnai (s/co)	0,06	-	-	-	-	-	-	< 1,00
Anti-HAV IgM (s/co)	0,10	-	-	-	-	-	-	< 0,80
Anti-HAV IgM	NEIGIAMAS	-	-	-	-	-	-	NEIGIAMAS
Šlapalas (mmol/l)	4,9	-	-	-	-	-	-	2,5 – 7,5
Kreatininas (µmol/l)	56 ↓	-	-	48 ↓	52 ↓	51 ↓	45 ↓	64 – 104
eGFR (CKD-EPI) (mL/min/1.73 m ²)	124	-	-	132	128	129	136	> 90
Bilirubinas bendras (µmol/l)	45,3 ↑	-	-	-	25,9 ↑	18,9	14,3	< 21
Bilirubinas tiesioginis (µmol/l)	33,7 ↑	-	-	-	17,3 ↑	12,6 ↑	-	< 5,3
Bilirubinas netiesioginis (µmol/l)	11,6	-	-	-	8,6	6,3	-	< 15,7
Troponinas I (ng/l)	1	-	-	-	-	-	-	< 35
Feritinas (µg/l)	2279,43 ↑	-	-	-	-	-	-	20 – 300
BIOCHEMINIAI TYRIMAI (tęsinys)								
BNP (ng/l)	25,0	-	-	-	-	-	-	< 35
Treponema pallidum (s/co)	-	-	-	-	0,05	-	-	< 1,00
Treponema pallidum	-	-	-	-	NEIGIAMAS	-	-	NEIGIAMAS
LABORATORINIAI TYR. (INFEKCINIŲ LIGŲ LAB.)								
Gripo virusas A	NEAPTIKTA	-	-	-	-	-	-	NEAPTIKTA
Gripo virusas B	NEAPTIKTA	-	-	-	-	-	-	NEAPTIKTA
RSV Respiracinis sincitinis virusas	NEAPTIKTA	-	-	-	-	-	-	NEAPTIKTA
SARS-CoV-2 (skubus PGR)	NEAPTIKTA	-	-	-	-	-	-	NEAPTIKTA
KLINIKINIAI IMUNOLOGINIAI TYRIMAI								
BB (Laimo I.) IgG antikūnų nust. imunofermentiniu m.	-	-	<1	-	-	-	-	neigiama < 3 U/ml; ribinė 3 - 5 U/ml; teigiama > 5 U/ml
BB (Laimo I.) IgG antikūnų nust. imunofermentiniu m.	-	-	NEIGIAMAS	-	-	-	-	NEIGIAMAS
BB (Laimo I.) IgM antikūnų nust. imunofermentiniu m.	-	-	<1	-	-	-	-	neigiama < 3 U/ml; ribinė 3 - 5 U/ml; teigiama > 5 U/ml
BB (Laimo I.) IgM antikūnų nust. imunofermentiniu m.	-	-	NEIGIAMAS	-	-	-	-	NEIGIAMAS

2 priedas. Visi paciento laboratorinių tyrimų lentelės duomenys (tęsinys).

(TBE) Erkinio encefalito antikūnų IgG imunofermentiniu metodu	-	-	276,8 ↑	-	-	-	-	neigiama < 100 U/ml; ribinė 100 - 150 U/ml; teigiama > 150 U/ml
(TBE) Erkinio encefalito antikūnų IgG imunofermentiniu metodu	-	-	TEIGIAMAS	-	-	-	-	NEIGIAMAS
(TBE) Erkinio encefalito antikūnų IgM imunofermentiniu metodu	-	-	<5	-	-	-	-	neigiama < 10 U/ml; ribinė 10 - 15 U/ml; teigiama > 15 U/ml
(TBE) Erkinio encefalito antikūnų IgM imunofermentiniu metodu	-	-	NEIGIAMAS	-	-	-	-	NEIGIAMAS

Rodyklių paaiškinimai: žalia viršutinė rodyklė (↑) žymi didesnę nei normos ribos rodiklio pokytį; raudona apatinė rodyklė (↓) – mažesnę nei normos ribos rodiklio pokytį.