

2006 m. birželio 16–18 d. Vištytyje vyko IV Lietuvos neurologų vasaros stovykla „Neurologijos vasaros seminarai – 2006“.

Mokslinę programą sudarė 4 seminarai ir klinikinių atvejų nagrinėjimas.

1. „INSULTO VALANDA“ (moderatorius med. dr. D. Jatužis). Pranešimus skaitė gyd. I. Slautaitė (Lietuvos gyventojų žinios apie insultą), med. dr. M. Miglinas (Insultas ir arterinė hipertenzija), gyd. J. Fišas (Lėtinės smegenų išemijos klasifikacija).

2. „AKTUALIOS PROBLEMOS NEUROLOGO PRAKTIKOJE“ (moderatorius doc. V. Budrys). Pranešimus skaitė prof. R. Parnarauskienė (Guillain-Barre polineuropatija: 103 atvejų apžvalga), med. dr. V. Valeikienė (Parkinsono liga ir depresija), doc. V. Šapoka (Neaiškios kilmės karščiavimas).

3. „NERAMIŲ KOJŲ SINDROMAS“ (moderavo gyd. R. Kaladytė-Lokominienė). Pranešimus skaitė: hab. dr. V. Liesienė (Neramių kojų sindromo šiuolaikinė samprata ir diagnostiniai kriterijai), gyd. R. Kaladytė-Lokominienė (Neramių kojų sindromo gydymo algoritmas. Dopaminerginių vaistų reikšmė), med. dr. D. Jatužis (Ilgalaikio neramių kojų sindromo gydymo reikšmė).

4. NEUROLOGIJOS ŽINIŲ IR LOGIKOS TURNIRAS (moderatorius med. dr. D. Jatužis).

Pirmą kartą neurologų vasaros stovyklos praktikoje po pranešimų buvo organizuotas interaktyvus balsavimas – apklausa, naudojant specialią „reply“ aparatūrą. Pateikiame procentinę įdomiausių klausimų / atsakymų išsklotinę.

Į klausimą „Ar bendraudami su pacientais aptariate kardiovaskulinės rizikos veiksnius ir jų padarinius?“ 26% atsakiusiųjų nurodė „visada“, 64% – „dažnai“ ir 11% – „retais atvejais“.

Į klausimą „Kas, jūsų nuomone, turėtų daugiausia dėmesio skirti insulto rizikos veiksnių aiškinimui visuomeni?“ 68% respondentų atsakė, kad bendrosios praktikos gydytojai, 14% – gydytojai specialistai, 3% – visuomeninės organizacijos ir 16% – visuomenės informavimo priemonės.

Į klausimą „Kas nulemia stambiųjų arterijų standumą?“ 47 iš 50 atsakiusiųjų pasirinko teisingą atsakymą „amžius, arterinė hipertenzija ir cukrinis diabetas“, 3 iš 50 – nurodė vieną faktorių – arterinę hipertenziją. Kad arterijų standumas susijęs su padidėjusia insulto ir inkstų pažeidimo rizika, teisingai nurodė 83% atsakiusiųjų. 13% teigė, jog arterijų standumas susijęs su aterosklerozinių plokštelių išsivystymu, po 1 gydytoją teigė, jog arterijų standumas susijęs su padidėjusia insulto arba inkstų pažeidimo rizika.

Į klausimą, kada gydytojai skirtų kombinuotą prieštrombocitinį gydymą aspirinu ir klopidoireliu, 59% atsakiusiųjų rinkosi teisingą atsakymą: „po PSIP (praeinančio smegenų išemijos priepuolio), nustačius vidutinio laipsnio VMA (vidinės miego arterijos) stenozę su nestabiliomis heterogeniškais plokštelėmis 1 mėnesį“. 16% gydytojų tokį gydymą skirtų 6 mėnesius po insulto, kurio priežastis – vidinės miego arterijos disekacija, 20% taip gydytų ligonį 1 metus po bet kokio insulto ir 5% – 1 mėnesį po nežinomos etiologijos praeinančio smegenų išemijos priepuolio. Po RIND (reversinio išeminio neurologinio deficito),



kai nustatyta patologijos pusės VMA stenozė > 70%, kaip pirmo pasirinkimo profilaktikos priemonę, 43% gydytojų rinkęsi karotidinę endarterektomiją (teisingas atsakymas), 18% 3 mėnesius skirtų aspiriną su klopido greliu ir toliau tęstų aspirino skyrimą, 25% skirtų optimalų hipertenzijos gydymą kartu su statinais ir aspirinu, 14% siūstų ligonį atlikti perkutaninę balioninę angioplastiką. Nustačius ekstrakranijinę VMA disekciją, 69% gydytojų ligonį siūstų chirurginiam gydymui, 2% skirtų klopido grelį, 4% neskirtų antiagregantų ir antikoagulantų dėl kraujavimų pavojaus. Teisingą atsakymą, kad skirtų hepariną, o vėliau – varfariną 3–6 mėnesius, pasirinko tik 24% atsakiusių gydytojų.

Į klausimą „Ar gali Guillain-Barre sindromas būti paraneoplastinės kilmės?“ 53% gydytojų pasirinko teisingą „taip“ atsakymą. Į klausimą „Kokie ENMG radiniai galimi ūmios uždegiminės polineuropatijos metu?“ teisingą atsakymą (periferinių nervų demielinizacija ir periferinių nervų aksonopatija) pateikė 82% dalyvių. 86% gydytojų teisingai nurodė, kad ūmios uždegiminės polineuropatijos metu smegenų skystyje nustatytas citozė > 50 / mm³, tirtų pacientą dėl neuroboreliozės ir AIDS. 91% gydytojų nuo-

mone, Guillain-Barre sindromo atveju skirti kortikosteroidus netikslinga.

Į klausimą „Kokia ribinė temperatūra yra neaiškios kilmės karščiavimo (NKK) diagnostinis kriterijus?“ 86% apklaustųjų teisingai pasirinko 38,3 C. 93% gydytojų teisingai nurodė, kad 3 savaičių karščiavimas yra diagnostinis NKK kriterijus. Tik 57% atsakiusių teisingai nurodė, kad infekcija, kaip NKK priežastis, būna tik 10–25% ligonių. Rezultatų paskelbimas, atsakius į klausimą „Kokiai virusinei infekcijai būdingas ilgesnis nei 3 savaičių karščiavimas?“, sukėlė ovacijas, nes visi 100% teisingai nurodė citomegalo virusą.

Klausimai buvo užduodami po kiekvieno seminaro, išklausus visus pranešimus. Rezultatai rodo, kad net ir pateikus klausimą iškart po pranešimo, auditorija ne visada pasirenka teisingą atsakymą. Būtų įdomu palyginti auditorijos nuomonę tuo pačiu klausimu prieš pranešimą ir iškart po jo. Tikimės, jog kitais metais šią mintį bus galima įgyvendinti.

Dėkojame farmacinei kompanijai „Novartis“, suorganizavusiai interaktyvios apklausos techninę dalį.

Neurologų vasaros stovyklos organizacinis komitetas