



Kuriame
Lietuvos ateitį

2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa

„Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas viešojoje įstaigoje Karoliniškių poliklinika
ir viešojoje įstaigoje Lazdynų poliklinika“

Nr. 08.4.2-ESFA-K-616-01-0001

METODINĖ MEDŽIAGA PACIENTAMS



INFORMACIJA APIE PROJEKTĄ, IŠBANDOMĄ MODELĮ, PACIENTO IŠTYRIMĄ IR INDIVIDUALIZUOTĄ ILGALAIKĖS PRIEŽIŪROS PLANO SUDARYMĄ, REIKIAMUS REZULTATUS

Informaciją parengė gyd. endokrinologė Milda Danelienė

Projekto pavadinimas. „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas viešojoje įstaigoje Karoliniškių poliklinika ir viešojoje įstaigoje Lazdynų poliklinika“

Projekte dalyvaujančios įstaigos. VšĮ Karoliniškių poliklinika, VšĮ Lazdynų poliklinika

Projekto tikslas. Išbandyti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį, sudarantį prielaidas pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis.

POLILIGOTŲ PACIENTŲ PRIEŽIŪROS MODELIS

Projekto metu numatoma taikyti Europos Komisijos rekomenduojamą poliligotų pacientų priežiūros modelį, kuris sudarys prielaidas integruotai, holistinei, į poliligotą pacientą orientuotai priežiūrai, naujų profesinių vaidmenų (pvz., atvejo vadybininko) ar funkcijų plėtojimui, atsakomybės tarp daugiadalykės komandos specialistų pasiskirstymui, individualizuoto priežiūros planavimo įgyvendinimui, integruotų informacinių sistemų ir e. sveikatos programų taikymui, pacientų mokymui. Taip pat leis plėsti pacientų ir daugiadalykės komandos specialistų žinias ir įgūdžius bei skatins aktyvų pacientų dalyvavimą priimant sprendimus ir savęs valdymą, kad integruotos priežiūros teikimas taptų kasdiene klinikiška praktika.

DAUGIADALYKĖ KOMANDA

Šeimos medicinos paslaugas teikiantys gydytojai, slaugytojai (atvejo vadybininkai), gydytojai specialistai (endokrinologai, kardiologai, dietologai), visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, socialines paslaugas teikiantys specialistai, kiti teikiant sveikatos priežiūros paslaugas dalyvaujantys specialistai (slaugytojai, diabetologai, kineziterapeutai).

PACIENTAI

Projekte dalyvaus 210 pacientų: VšĮ Karoliniškių poliklinika – 140 pacientų ir VšĮ Lazdynų poliklinika – 70 pacientų.

Pacientų atrankos kriterijai (pacientai turi atitikti visus kriterijus):

- 2 tipo cukrinis diabetas (E11)
- Hipertenzinė širdies liga (I11)
- HbA1c > 7 proc.
- CD trukmė > 1 metai
- Gebėjimas naudotis technologijomis (išmaniuoju telefonu / kompiuteriu)
- Gebėjimas priimti informaciją apie sveikatą ir ją panaudoti

HOLISTINIS PACIENTO IŠTYRIMAS

Atliekant pacientų ištyrimą, bus vadovaujamasi holistiniu principu – vertinant ligos anamnezę, sveikatos rizikos veiksnius (žalingi įpročiai, nutukimas, nejudrus gyvenimo būdas, mitybos įpročiai ir kt.), vaistų sąveiką, socialinius ir psichologinius veiksnius.

INDIVIDUALIZUOTAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PLANAS

Kiekvienam pacientui bus sudaromas individualizuotas priežiūros planas – priemonė, padedanti atlikti, koordinuoti lėtinėmis ligomis sergančių asmenų sveikatos būklės stebėjimą, gydymą. Už individualizuotą sveikatos priežiūros plano sudarymą ir jo vykdymą projekto metu bus atsakingi šeimos gydytojai ir atvejo vadybininkai, kurie pagal poreikį į plano sudarymą įtrauks ir kitus daugiadalykės komandos narius (gydytojus specialistus, kitus sveikatos ir socialines paslaugas teikiančius specialistus ir kt.).

ELEKTRONINIAI ĮRAŠAI APIE PACIENTO SVEIKATĄ IR KOMPIUTERIZUOTAS KLINIKINIS SEKIMAS

Konsultacijų aprašai bus keliami į poliklinikų informacines sistemas ir tiesiogiai perduodami į ESPBI IS.

TECHNOLOGIJOS, LEIDŽIANČIOS PACIENTAMS NUOTOLINIU BŪDU PATEIKTI SVEIKATOS DUOMENIS

Kiekvienam pacientui bus išduodamas naujas gliukomatis „Accu-check Instant“. Paciento mobiliajame telefone ar kompiuteryje bus įdiegta nemokama išmanioji programėlė „mySugr“, leidžianti persiųsti informaciją (pvz.: gliukozės kiekio kraujyje – glikemijos rodiklių duomenis, taip pat AKS rodiklius), stebėti pacientų sveikatos būklę ir pateikti rekomendacijas.

MOKYMAI

Siekiant pagerinti poliligitų pacientų ligų kontrolę, skatinti sveiką gyvenimo būdą bei sudaryti sąlygas poliligotiems pacientams aktyviai dalyvauti priimant sprendimus (t. y. įgalinant pacientus dalyvauti gydymo ir ligų kontrolės procese) bus organizuojami mokymai pacientams ir jų šeimos nariams.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ KONSULTACIJOS

Šeimos gydytojas – atrenka ir įtraukia pacientus į projektą; supažindina su projektu, jo eiga; yra atsakingas už sutikimo formų / dokumentų pasirašymą; atlieka pirminį pacientų ištyrimą, anamnezės surinkimą, lėtinių ligų kontrolę. Paskiria tyrimus (pvz., HbA1c – kas 3 mėn., kreatinino, albumino / kreatinino santykio šlapime tyrimai, lipidogramos tyrimai 1 kartą per metus), siunčia pacientą specialistų konsultacijoms, į diabeto mokyklą ir diabetinės pėdos kabinetą, sprendžia dėl kitų specialistų konsultacijų reikalingumo. Šeimos gydytojas taip pat sudaro pradinį individualizuotą paciento sveikatos priežiūros planą. Pakartotinės šeimos gydytojų konsultacijos pirmą kartą vyksta kas 1–2 sav., vėliau ne rečiau kaip kas 3 mėn., esant poreikiui – dažniau.

Bendrosios praktikos slaugytojas – atvejo vadybininkas – žmogus, į kurį pacientas kreipiasi pirmiausia esant neaiškumams ir klausimams. Atvejo vadybininkas informuoja pacientą apie sveikatos būklės pasikeitimus, tyrimų rezultatus, primena apie suplanuotų tyrimų atlikimą, gydytojų konsultacijas, vykšančius mokymus.

Gydytojas endokrinologas – konsultuoja visus projekte dalyvaujančius pacientus. Projekto pradžioje vertina CD kontrolę, numato individualius gydymo tikslus (tikslinės glikemijos, HbA1c), sprendžia dėl gydymo korekcijos bei numato gydytojo endokrinologo konsultacijų dažnį (numatoma, kad gydytojo endokrinologo konsultacijos vyks ne rečiau kaip kas 3 mėn., esant poreikiui – dažniau).

Gydytojas kardiologas – vertina hipertenzijos, dislipidemijos kontrolę, širdies ir kraujagyslių ligų anamnezę ir riziką, arterinės hipertenzijos komplikacijas, sprendžia dėl gydymo. Gydytojo kardiologo individualiai konsultacijai bus siunčiami tie pacientai, kuriems bus indikacijų, pvz.: esant sunkiai kontroliuojamai hipertenzijai, kai nepavyksta pasiekti tikslinio AKS skiriant 3 antihipertenzinius vaistus, prireikus daugiau nei trijų vaistų nuo hipertenzijos ar dėl kitų priežasčių pagal poreikį; gydytojas kardiologas konsultuos ne rečiau nei kartą per metus.

Gydytojas dietologas – konsultuoja mitybos klausimais, sudaro mitybos planą. Dietologas individualiai konsultuos tuos poliligitus pacientus, kuriems bus indikacijų, pvz.: antsvoris, nutukimas, dislipidemija, blogai kontroliuojamas cukrinis diabetas, mitybos nepakankamumas, kitos lydinčiosios metabolinės ligos ir kt.

Slaugytoja diabetologė – konsultuoja visus projekte dalyvaujančius pacientus. Pirmos konsultacijos metu pacientai bus mokomi insulino naudojimo, pėdų priežiūros principų, savikontrolės. Poliligotiems pacientams bus skiriamos ne mažiau kaip 4 individualios tęstinės konsultacijos per 1 metus, t. y. 2 papildomos konsultacijos palyginus su standartine priežiūra.

Kineziterapeutas – konsultuoja visus projekte dalyvaujančius pacientus, įvertina pacientų fizinį pajėgumą, skausmą, judesių amplitudes, raumenų būklę, statinę ir dinaminę pusiausvyrą, koordinaciją, judesių valdymą funkcinį savarankiškumą, ištvermę, sudarys individualų fizinio aktyvumo planą, ves individualius ar grupinius kineziterapijos pratimus, motyvuos būti fiziškai aktyviems, stebės fizinės būklės progresą. Kineziterapeutas ves 5 individualių užsiėmimų konsultacijas tyrimo pradžioje, toliau po 2 kartus kas 5–6 mėn. Projekto metu kineziterapeutų konsultacijai pacientai bus siunčiami tiesiogiai, be gydytojo reabilitologo konsultacijos.

Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas – atsakingas už pacientų, turinčių žalingų rizikos veiksnių, konsultavimą, taip pat visuomenės sveikatos priežiūros klausimais rengia paskaitas sveikatos priežiūros specialistams.

Socialinis darbuotojas – padeda pacientams su specialiaisiais poreikiais, juos lanko namuose, pvz.: pristato į namus medikamentus, pasirūpina specialių pagalbinių priemonių įsigijimu. Socialinis darbuotojas vyks pas pacientus į namus, kurie dėl sveikatos būklės ar kitų priežasčių negali atvykti į sveikatos priežiūros įstaigą siekdamas įvertinti paciento būklę, perkelti sveikatos duomenis į diabeto priežiūros platformą.

Atlikus holistinį paciento ištyrimą, bus galima nustatyti pagrindines kylančias problemas ir sunkumus, numatyti ilgalaikio stebėjimo prioritetus ir planuoti individualizuotą paciento priežiūrą, įskaitant paciento įgalinimą ir išteklių paskirstymą.

HIPERTENZINE ŠIRDIES LIGA SERGANČIŲ ASMENŲ PRIEŽIŪRA, SAVIPRIEŽIŪROS YPATUMAI, INOVATYVŲ PASLAUGŲ TEIKIMO PRINCIPAI

Parengė gyd. kardiologė E. Vanharienė

Pirminė arterinė hipertenzija (AH) – tai liga, kuriai būdingas nežinomos kilmės ilgalaikis arterinio kraujospūdžio (AKS) padidėjimas, kai gydymo įstaigoje išmatuojamas $AKS \geq 140/90$ mmHg, pakartotinių vizitų metu, namie matuojamo kraujospūdžio vidurkis $\geq 135/85$ mmHg. Negydant arterinės hipertenzijos, liga gali pažeisti širdį, smegenis, kraujagysles ar inkstus, padidinti širdies ir kraujagyslių ligų riziką.

Šiuo metu arterinė hipertenzija yra pagrindinė ankstyvos mirties priežastis pasaulyje. 1975 m. sergančiųjų arterine hipertenzija pasaulyje buvo 594 milijonai, o 2015 metais jau 1,3 milijardo. 2019 m. duomenimis, iš 1 000 žmonių Lietuvoje šia liga sirgo 194 žmonės. Didžiulis hipertenzija sergančių žmonių pasaulyje skaičiaus padidėjimas siejamas su padidėjusiais hipertenzijos rizikos faktoriais populiacijose. Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) tikisi hipertenzinės širdies ligos sergamumą sumažinti 25 proc. iki 2025 metų.

Itin dažnai arterinė hipertenzija (AH) diagnozuojama cukriniu diabetu (CD) sergantiems pacientams. Cukriniu diabetu ir arterine hipertenzija sergantiems pacientams nustatoma kur kas didesnė mirties nuo kardiovaskulinės sistemos ligų rizika.

90 proc. arterine hipertenzija sergančių pacientų kraujospūdžio padidėjimo priežastis nėra nustatoma. 10 proc. pacientų arterinė hipertenzija gali atsirasti dėl inkstų, antinksčių, skydliaukės ligų, taip pat AH gali lemti ir ilgalaikis vaistų nuo skausmo (nesteroidinių vaistų) vartojimas, ilgalaikis gliukokortikoidų (naudojamų gydant sąnarių, plaučių ligas), kontraceptikų vartojimas.

Esminiai rizikos veiksniai, kurie lemia hipertenzijos išsivystymą yra:

- genetika (AH atsiradimą ji lemia 30–60 proc.);

- amžius (su amžiumi rizika didėja);
- rasė (juodaodžių AKS didesnis nei baltaodžių);
- gyvenimo būdas – rūkymas, atsavoris, nutukimas, gausus riebaus, sūraus maisto, alkoholio vartojimas, nejudra, nervinė įtampa, naktinis darbas.

Antrinės hipertenzijos priežastis gali būti inkstų parenchimos ligos, inkstų arterijų stenozė, feochromocitoma, pirminis aldosteronizmas, Kušingo sindromas, skydliaukės ligos, miego apnėja, aortos koarktacija ar ilgai vartojami vaistai (ilgalaikis nesteroidinių vaistų nuo uždegimo vartojimas, vaistai nuo slogos, kontraceptikai, gliukokortikoidai).

Kuo pasireiškia padidėjęs arterinis kraujo spaudimas?

Arterinė hipertenzija sergantys žmonės dažniausiai nejaučia jokių šios ligos simptomų, todėl arterinė hipertenzija yra vadinama „tyliuoju žudiku“. Retais ir sunkiais atvejais padidėjęs kraujo spaudimas sukelia prakaitavimą, nerimą, miego problemas ir odos paraudimą. Jei kraujospūdis padidėja virš 180/120 mmHg (hipertenzinė krizė), žmogus gali jausti galvos skausmą, patirti kraujavimą iš nosies. Kiti galimi simptomai: galvos svaigimas, skausmas krūtinėje, pablogėjęs regėjimas, skambėjimas ausyse. Laiku neaptikus hipertenzijos, gali būti pažeista širdis, kraujagyslės ir kiti organai, todėl gyvybiškai svarbu reguliariai tikrinti kraujo spaudimą.

Arterinio kraujo spaudimo (AKS) matavimas. Kaip teisingai matuoti kraujospūdį?

Arterinis kraujo spaudimas turi būti matuojamas gydytojo kabinete, namuose ar paros stebėsenos metu – 24 val. tinkamai veikiančiu kraujospūdžio matavimo aparatu.

- Kraujospūdį reiktų pamatuoti abiejose rankose.
- Esant skirtingam kraujospūdžiui skirtingose rankose, kraujospūdį reiktų matuoti rankoje, kurioje AKS vertė didesnė.
- Arterinis kraujo spaudimas matuojamas namuose mažiausiai 3 dienas, pageidautina 6–7 dienas iš eilės prieš kiekvieną vizitą pas gydytoją.
- Iš visų kraujospūdį matuotų dienų duomenų išvedamas AKS vidurkis.
- AKS matavimus reiktų atlikti ryte (tik atsikėlus) ir vakare, ramioje aplinkoje, 5 min. pailsėjęs, sėdint, užtikrinant atramą nugarai ir rankai.
- Kaskart matuojant AKS, reikia atlikti 2 matavimus iš eilės, tarp matavimų turėtų būti 1–2 minučių tarpai.
- Dar kartą AKS matuoti reikia tokiu atveju, jei pirmųjų dviejų matavimų reikšmės skiriasi daugiau nei 10 mmHg. AKS apskaičiuojamas kaip paskutiniųjų 2 matavimų vidurkis.

Sergant CD, esant autonominei disfunkcijai dažnai nustatoma ortostatinė hipotenzija, todėl rekomenduojama matuoti AKS po 1 ir 3 min. atsistojus. Ortostatinė hipotenzija diagnozuojama, jei sistolinis AKS sumažėja daugiau 20 mmHg ar diastolinis AKS – daugiau 10 mmHg, matuojant 3 min. laikotarpyje atsistojus. Esant ortostatinei hipotenzijai žymiai blogesnė mirtingumo bei širdies ir kraujagyslių ligų išsivystymo prognozė.

Esant poreikiui, gydytojas kardiologas gali paprašyti paciento atlikti paros AKS stebėseną. Pacientui uždedamas kraujospūdžio aparatas, kuris registruoja arterinį kraujo spaudimą visą parą, kas

15–30 min. Aparatas apskaičiuoja kraujospūdžių vidurkį, pateikiama vidutinė AKS reikšmė dieną, naktį bei 24 val. laikotarpiu. Šį tyrimą naudinga atlikti pacientams, kurių kraujospūdžių reikšmės reikšmingai skiriasi to paties ar skirtingų vizitų pas gydytoją metu, labai skiriasi namuose ir gydymo įstaigoje pamatuotos AKS vertės ar pacientams, vartojantiems daug vaistų nuo kraujospūdžio, išlieka aukštas kraujospūdis, taip pat esant ryškiems kraujospūdžio svyravimams per parą.

Paros AKS stebėsenos tyrimas gali įvertinti paciento kraujospūdį nakties metu. Naktį miegant kraujospūdis turi kristi, tačiau daliai pacientų jis arba nepakankamai sumažėja, arba nesumažėja visai. Toks naktinis kraujospūdžio pakilimas yra ypač žalingas, blogėja kardiovaskulinė prognozė, kenkiama širdžiai, inkstams, kraujagyslėms, akims.

Kokį kraujospūdžio aparatą pasirinkti? Kaip taisyklingai matuoti kraujospūdį?

Rekomenduojama pasirinkti žasto tipo matuoklį, kuris gali būti automatinis arba klasikinis (aneroidinis, mechaninis). Klasikinis kraujospūdžio matavimo aparatas susideda iš trijų dalių:

- manometro su padalomis;
- manžetės su kriauše orui pripūsti;
- fonendoskopo (juo išklausomi tekančio kraujo garsai arterijoje).

Kaip taisyklingai matuoti kraujospūdį žasto tipo matuokliu?

- Aparato manžetė turi būti tinkamo pločio (80 proc. žasto), ji apvyniojama aplink žastą (jos apatinis kraštas turi būti 1,2 cm virš alkūnės linkio) ir užfiksuojama.
- Rankovė atsmaukta, bet neveržia žasto.
- Atpalaiduota ranka laikoma horizontaliai delnu į viršų, truputį atokiau nuo liemens.
- Fonendoskopo galvutė dedama alkūnės linkyje virš arterijos.
- Į manžetę pučiamas oras tol, kol arterijoje visiškai sustabdoma kraujo tėkmė (išnyksta pulsas).
- Toliau lėtai iš manžetės oras išleidžiamas, stebint manometro parodymus ir fonendoskopu klausantis kraujo pulsavimo garsų.
- Išgirdus pirmuosius garsus (kai arterijoje pradeda tekėti kraujas) – manometro parodymas atitinka sistolinį („viršutinį“) spaudimą, o ties riba, kai garsai visiškai išnyksta (kraujo srovė tampa normali), – diastolinį („apatinį“) spaudimą.
- Namų sąlygomis patogiau automatiniai aparatai, po mygtuko paspaudimo patys pripučiantys manžetę ir parodantys ekranėlyje ne tik kraujospūdį, bet ir pulso dažnį.

Taip pat galimi ir riešiniai kraujospūdžio aparatai, tačiau daugeliu atveju jie nėra tokie tikslūs, kaip žasto tipo kraujospūdžio matuokliai. Riešo tipo matuokliai yra itin jautrūs kūno pozicijos pokyčiams. Net viską tiksliai atlikus, duomenys dažniausiai būna didesni ir ne tokie tikslūs, kaip matuojant žastiniu kraujospūdžio aparatu. Taip yra dėl to, kad riešo kraujagyslės yra siauresnės ir ne taip giliai kaip žasto arterija. Riešinis kraujospūdžio aparatas tinkamas pacientams, kurių stambi ranka ir nepavyksta pamatuoti kraujospūdžio su žastiniu aparatu. Riešo tipo matuoklio nereikėtų rinktis ir vyresnio amžiaus žmonėms, nes metams bėgant kinta ir mūsų kraujagyslės, todėl ant riešo matuojant kraujo spaudimą vyresnio amžiaus pacientui rezultatai gali neatitikti realios situacijos. Pamatuoti kraujo spaudimą ant riešo vyresniam žmogui galima, jeigu kraujagyslių būseną gera. Esant tremorui riešinis kraujospūdis taip pat yra netinkamas.

Kraujospūdžio matavimo taisyklės pacientui:

1. Nevartokite kofeino bent valandą prieš kraujospūdžio matavimą.
2. Nerūkykite bent 30 min. iki matavimo.
3. Nevartokite medikamentų, kurių sudėtyje yra adrenergiškai veikiančių medžiagų, tokių kaip fenilefrinas ar pseudoefedrinas (šių medžiagų gali būti lašuose akims ir nosiai).
4. Prieš kraujospūdžio matavimą, nusiraminkite, pailsėkite bent 5 minutes.
5. Būkite ramioje aplinkoje. Patalpoje turi būti apie 20 °C temperatūra.
6. Venkite streso. Pasistenkite, kad kraujospūdžio matavimo metu žarnynas ir šlapimo pūslė būtų tušti.
7. Nekalbėkite procedūros metu.
8. Sėdėkite patogiai atsirėmę į kėdės atlošą.
9. Jei stalas per žemas ar nėra kėdės, stenkitės, kad manžetė būtų širdies lygyje.
10. Jei matuojama stovint ar gulint, manžetė turi būti širdies lygyje.

Jei matuojant kraujospūdį stebite 140/159 mmHg (sistolinis kraujospūdis) – 90/99 (diastolinis kraujospūdis) skaičius, tai rodo, kad Jums – pirmos stadijos aukštas kraujospūdis. Jei pirmasis skaičius viršija 160, o antrasis – 100, reiškia, kad susidūrėte su antros stadijos kraujospūdžio padidėjimu. Apsilankykite pas gydytoją, kad situacija būtų įvertinta ir priimti reikalingi gydymo sprendimai.

Hipertenzinė širdies liga sergančio paciento ištyrimas

Nustačius arterinę hipertenziją tikslinga ištirti galimai šios ligos pažeistas organų sistemas. Negydoma hipertenzija gali sukelti organų-taikinių pažeidimą:

- širdies raumens (miokardo) infarktą;
- galvos smegenų insultą;
- inkstų nepakankamumą;
- širdies nepakankamumą;
- regos sutrikimą.

Sergančiojo hipertenzija ištyrimo planas

Įprastiniai tyrimai	Indikacijos ir interpretacija
I2 derivacijų EKG	Įvertinti galimus KSH požymius ir kitas galimas patologijas, dokumentuoti širdies susitraukimų dažnį ir ritmą
Šlapimo albumino / kreatinino santykis	Aptikti padidėjusią albuminų ekskreciją, sietiną su inkstų liga
Kreatininas ir eGFR	Aptikti galimą inkstų ligą
Fundoskopija	Aptikti hipertenzinę retinopatiją, ypač pacientams su II–III* hipertenzija
Gliukozė, kalis, lipidograma, BKT, BŠT, šlapimo rūgštis	Aptikti veiksnius, didinančius kardiovaskulinę riziką sergant PAH
Detalesni tyrimai	Indikacijos ir interpretacija
Echokardiografija	Įvertinti širdies struktūrą ir funkciją, kai ši informacija gali pakeisti gydymo taktiką
Miego arterijų sonoskopija	Aptikti esančią plokštelę ar stenozę miego arterijose, ypač pacientams, turintiems smegenų kraujagyslių ar kitos vietos kraujagyslių ligą

Detalesni tyrimai	Indikacijos ir interpretacija
Pilvo organų echoskopija ir doplerinis ištyrimas	- Įvertinti inkstų dydį ir struktūrą (pvz., randėjimas), ekskliuduoti renalinio trakto obstrukciją kaip galimą LIL ir PAH priežastį - Įvertinti pilvo aortą dėl galimos dilatacijos, aneurizmos ir kraujagyslių ligos - Ištirti antinksčius dėl adenomos ar feochromocitomos (pirmenybė KT ir MRT) - Inkstų kraujagyslių „Dopler“ tyrimas, įvertinant inkstų kraujagyslių ligą
Pulsinės bangos greitis	Aortos standumo indeksas, arteriosklerozės žymuo
Kulkšnies žasto indeksas	Įvertinti dėl galimos periferinių arterijų ligos
Kognityvinės funkcijos įvertinimas	Pacientams, turintiems kognityvinės funkcijos sutrikimų
Smegenų vaizdinimo tyrimai	Įvertinti dėl galimos galvos smegenų išemijos ar hemoragijos
Renino, aldosterono, kortikosteroidų, katecholaminų koncentracija plazmoje ir / ar šlapime	Antrinės hipertenzijos priežasties nustatymas

European Heart Journal (2018) 00, 1–98 ESC/ESH GUIDELINES doi:10.1093/eurheartj/ehy339, vadovėlis „Širdies ligos“, 2009 m.

Arterinės hipertenzijos gydymo tikslai

Arterinės hipertenzijos medikamentinio gydymo tikslinės AKS vertės priklauso nuo paciento amžiaus, gretutinių ligų, gydymo toleravimo. Pirmasis gydymo tikslas yra sumažinti AKS $< 140/90$ mmHg visiems pacientams, jeigu gydymas gerai toleruojamas, siekti, kad gydymo metu AKS būtų $\leq 130/80$ mmHg daugumai pacientų. Jaunesniems nei 65 metų pacientams, vartojantiems AKS mažinančius vaistus, rekomenduojamas sistolinis AKS 120–129 mmHg. Vyresniems nei 65 metų amžiaus, vartojantiems AKS mažinančius vaistus, rekomenduojamas sistolinis AKS turi būti tarp 130–139 mmHg. Visiems arterine hipertenzija sergantiems pacientams rekomenduojamas dAKS < 80 mmHg, nepriklausomai nuo ŠKL rizikos ir gretutinių ligų.

Pacientams, sergantiems CD, skiriant antihipertenzinį gydymą, rekomenduojamas tikslinis sistolinis AKS < 130 mmHg, jei toleruojamas, tačiau ne mažiau nei 120 mmHg. Vyresnio amžiaus pacientams (> 65 m.) tikslinis sistolinis 130–139 mmHg. Tikslinis diastolinis AKS < 80 mmHg, bet ne < 70 mmHg.

Arterinės hipertenzijos gydymo principai

Nepaisant prieinamo ir efektyvaus arterinės hipertenzijos medikamentinio gydymo, AKS kontrolė išlieka bloga visame pasaulyje. Gydytojai nenoriai didina vaistų dozes, bijodami šalutinių vaistų poveikio, o pacientai nenori vartoti daugiau tablečių.

Svarbiausias pirminis AH sergančio paciento gydymo tikslas – maksimaliai sumažinti sergamumą ir mirštamumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Būtina šalinti rizikos veiksnius ir normalizuoti AKS. AKS sumažinti galima pakeitus bent vieną iš rizikos veiksnių, tačiau geriausio rezultato pasiekama pakeitus visus rizikos veiksnius vienu metu.

Nemedikamentinis arterinės hipertenzijos gydymas

- **Rekomenduojama mažinti ir stabilizuoti svorį.**

Vengti nutukimo, palaikyti KMI 20–25 kg/m², juosmens apimtį < 94 cm vyrams ir < 80 cm moterims. Nutukimas ypač didina hipertenzijos atsiradimo riziką, nes padidėjęs didelį viršsvorį turinčių žmonių simpatinės nervų sistemos aktyvumas skatina ir kitus sutrikimus – dislipidemiją (pakitimus lipidogramoje, padidėjusį cholesterolį), gliukozės tolerancijos sutrikimą (padidėjusią gliukozę kraujyje). Sumažinus kūno masę, sumažėja ne tik kraujospūdis, bet ir širdies ir kraujagyslių ligų rizika.

- **Rekomenduojama vartoti mažiau alkoholio.**

Pagal PSO, suvartojamo alkoholio kiekį reikia skaičiuoti alkoholio vienetais. Standartinis alkoholio vienetas yra 10 gramų gryno alkoholio. 1 alaus butelyje yra maždaug 2 alkoholio vienetai, butelyje vyno – 8 vienetai, 0,5 l degtinės – 21 alkoholio vienetas. Vyrams rekomenduojame suvartoti ne daugiau nei 14 alkoholio vnt. per savaitę, moterims ne daugiau nei 8 vnt. per savaitę.

- **Rekomenduojama reguliariai mankštintis.**

Rekomenduojama užsiimti vidutinio intensyvumo aerobiniais pratimais 30–45 min. kasdien (bėgimas, greitas vaikščiojimas, važiavimas dviračiu arba treniravimasis atitinkamais treniruokliais sporto klube). Mankštos krūvis turėtų būti toks, kad žmogus treniruotės metu pasiektų nuo 50 iki 85 proc. savo maksimalaus pulso dažnio. Maksimalų pulso dažnį galima apytiksliai apsiskaičiuoti iš 220 atėmus savo metus. Pavyzdžiui, jeigu pacientui yra 35 metai, tai maksimalaus pulso dažnis bus apie 185, o treniruotės metu širdis turėtų plakti nuo 93 iki 157 kartų per minutę.

- **Rekomenduojama mažinti druskos kiekį maiste (< 5 g per dieną).**

- **Koreguoti mitybą** (vartoti daugiau daržovių, šviežių vaisių, žuvies, riešutų, nesočiųjų riebalų rūgščių, lieso pieno produktų, vartoti mažiau raudonos mėsos).

- **Nerūkyti.**

Įprastiniam arterinės hipertenzijos gydymui rekomenduojamos penkios didžiosios vaistinių preparatų klasės:

- AKF inhibitoriai (angiotenziną konvertuojančių fermentų inhibitoriai)
- ARB (angiotenzino receptorių blokatoriai)
- BAB (beta adrenoblokatoriai)
- KKB (kalcio kanalo blokatoriai)
- Diuretikai (tiazidininiai ir į juos panašūs diuretikai)

Esant gydymui atspariai arterinei hipertenzijai, rekomenduojama papildomai pridėti spironolaktoną, skirti kilpinį diuretiką arba doksazosiną.

Daugumai pacientų rekomenduojama pradėti arterinės hipertenzijos medikamentinį gydymą dviejų vaistų deriniu vienoje tabletėje. Rekomenduojami 2 vaistų deriniai yra AKF ar ARB kartu su KKB ar diuretikais. BAB derinyje su diuretiku ar vaistu iš bet kurios kitos didžiosios medikamentų grupės yra alternatyva, esant specifinei indikacijai skirti BAB, pvz., krūtinės angina, būklė po miokardo infarkto, širdies

nepakankamumas ar dažnio kontrolei. Monoterapija turėtų būti skiriama tik mažos rizikos pacientams, sergantiems I laipsnio arterine hipertenzija, kurių sistolinis AKS < 150 mmHg, kai nusprendžiama gydyti labai didelės rizikos pacientus, turinčius normalų aukštą AKS, prastos fizinės būklės vyresnio amžiaus pacientams. Trijų vaistų derinys vienoje tabletėje turėtų būti vartojamas tik tada, kai AKS kontrolės nepavyksta pasiekti 2 vaistų deriniu vienoje tabletėje. Jei AKS nepavyksta kontroliuoti 3 vaistų deriniu, spironolaktonas rekomenduojamas pradiniam atsparios arterinės hipertenzijos gydymui, nebent yra kontraindikuotinas. Atsparios AH gydymui spironolaktonas turėtų būti skiriamas tik kai GFG ≥ 45 ml/min. ir kalio koncentracija $\leq 4,5$ mmol/l. Jeigu negalima skirti spironolaktono, reiktų didinti prieš tai skirtų diuretikų dozes, skirti kilpinį diuretiką, BAB ar alfa adrenoblokatorius. Jei GFG < 30 ml/min., tiazidinius ar į tiazidinius panašius diuretikus reikia pakeisti kilpiniu diuretiku. Šiuo gydymu siekiama, kad kraujospūdis sugrįžtų į rekomenduojamas ribas (t. y. būtų $\leq 130/80$ mmHg) per 3 mėn.

Intervencinis AKS gydymas

Maždaug 10 proc. pacientų kraujo spaudimas nereguliuojamas net maksimaliomis dozėmis skiriant tris ir daugiau vaistų. Kai pacientas serga vaistams atsparia arterine hipertenzija, atliekama inkstų arterijų simpatinė denervacija.

Inkstų arterijų simpatinė denervacija – tai nauja, sparčiai tobulėjanti perkateterinė intervencinė procedūra, skirta inkstų simpatinės nervų sistemos skaiduloms paveikti. Ši procedūra gerokai sumažina kraujospūdį pacientams, sergantiems rezistencine hipertenzija.

Intervencinis rezistencinės hipertenzijos gydymo būdas turėtų būti taikomas, kai sistolinis kraujo spaudimas (SKS) yra ≥ 160 mmHg (≥ 150 mmHg pacientams, sergantiems 2 tipo cukriniu diabetu), nors vartojami 3 ir daugiau skirtingų antihipertenzinių vaistų, įskaitant diuretikus. Padidėjęs SKS turi būti patvirtintas ambulatoriniu stebėjimu 24 valandas. Vaistų, kurie gali skatinti hipertenzijos atsiradimą vartojimas turėtų būti nutrauktas ar bent jau sumažintos vaistų dozės, koreguoti rizikos veiksniai. Antrinės priežastys, galinčios sukelti hipertenziją, turi būti nuosekliai atmestos. Taip pat turėtų būti atliktas neinvazinis inkstų arterijų vaizdavimas („Duplex“ ultragarsinis tyrimas ar magnetinio rezonanso tyrimas) patikrinant, ar procedūra yra anatomiškai įmanoma. Atlikus inkstų arterijų simpatinių rezginių dalinių suardymą radiodažnine energija, simpatinės nervų sistemos įtaka inkstams sumažėja perpus, tokiu būdu sumažėja biologiškai aktyvių medžiagų gamyba inkstuose (renino), todėl ir sumažėja kraujo spaudimas. Techniškai nesudėtinga procedūra trunka apie 1 val. Kaip ir po bet kurios intervencinės angiografinės procedūros, atliekamos per šlaunies arteriją, po intervencijos 4–6 val. rekomenduojamas lovos režimas. Kitą dieną pacientas gali vaikščioti ir netgi vykti į namus.

Intervencinis arterinės hipertenzijos gydymas nėra rekomenduojamas kaip įprastinis arterinės hipertenzijos gydymas, kol bus gauta daugiau duomenų apie jo saugumą ir efektyvumą.

Arterine hipertenzija sergančių pacientų stebėseną

Pradėjus skirti antihipertenzinį gydymą, būtina toliau stebėti pacientą, vertinant AKS kontrolę bei galimus šalutinius vaistų poveikius. Gydymas vaistų deriniu vienoje tabletėje AKS turėtų sumažinti per 1–2 savaites ir gali toliau mažinti artimiausius 2 mėnesius. Pirmoji patikra turėtų būti per pirmuosius du mėnesius, o dėl tolimesnių vizitų dažnio reikia spręsti pagal AH ligos sunkumą, gretutines paciento ligas. Pasiekus tikslinį AKS, tolesnis vizitų dažnis priklauso nuo būtinybės stebėti gretutines ligas ar inkstų funkciją ir svyruoja nuo 3 iki 12 mėnesių. Stabiliems pacientams AKS stebėseną ir susisiekimą su gydytoju elektroniniu būdu gali būti svarstomi kaip alternatyva siekiant mažinti vizitų skaičių. Bent kartą per dvejus metus būtina įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai.

Pacientas turėtų žinoti, kad gydytojo paskirtus vaistus reikia vartoti kasdien, tuo pačiu paros metu, ir suvokti, kad AH gydymas truks visą gyvenimą.

EKD/EHD arterinės hipertenzijos diagnostikos ir gydymo gairės nurodo, kad labai svarbus yra gydytojo ir paciento bendradarbiavimas, bendradarbiavimas su kitais sveikatos priežiūros darbuotojais, ypač su slaugytojais ir farmacijos darbuotojais. Labai svarbu pacientui suteikti informaciją apie hipertenzijos keliamą riziką bei skiriamo gydymo naudą, su pacientu sutarti dėl gydymo strategijos, AKS mažinti ir kontrolei palaikyti keisti gyvenseną ir, kai įmanoma, rinktis vienoje tabletėje esančius vaistų derinius. Rekomenduojamas pacientų mokymas, jų šeimos narių, informacinės medžiagos skyrimas, konsultacijos kompiuteriu, remti AKS monitoringo sistemų kūrimą (paciento būklės sekimą telefonu, vizitai į namus, namie matuojamo AKS telemonitoringas), stiprinti paciento motyvaciją gydytis, naudojant supaprastintas, pacientui suprantamas mokymo sistemas.

2 TIPO CUKRINIŲ DIABETU (CD) SERGANČIŲ ASMENŲ PRIEŽIŪRA, SAVIPRIEŽIŪROS YPATUMAI

Parengė gyd. endokrinologė A. Snieškienė ir gyd. endokrinologė L. Stančiuvienė

Kas yra cukrinis diabetas (CD)?

Cukrinis diabetas (CD) – tai lėtinė liga, kurios metu stebimas padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje dėl kasos gaminamo insulino trūkumo (sergant 1 tipo cukriniu diabetu) ar sutrikusio insulino veikimo (sergant 2 tipo cukriniu diabetu).

Visame pasaulyje stebimas nuolatinis sergamumo cukriniu diabetu didėjimas. 2019 metais pasaulyje užregistruoti 463 milijonai sergančiųjų CD, o numatomas sergamumas 2030 metais siekia 578 milijonus, 2045 metais net 700 milijonų žmonių. Lietuvoje taip pat stebimas šios lėtinės ligos paplitimo didėjimas. Higienos instituto duomenimis, 2018 metais Lietuvoje buvo užregistruoti 109 162 cukriniu diabetu sergantys asmenys, o tai yra viena iš 23 moterų ir vienas iš 29 vyrų.

2 tipo cukriniu diabetu sergantieji sudaro didžiąją dalį CD atvejų (~ 90 proc.). 2 tipo CD metu padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje atsiranda dėl nepakankamo insulino veikimo, vadinamo insulino rezistentiškumu. Insulinas yra hormonas, padedantis gliukozei iš kraujo patekti į ląsteles, kur gliukozė panaudojama kaip energijos šaltinis. Dėl organizmo ląstelių atsparumo (rezistentiškumo) insulinui, kasos beta ląstelės gamina daugiau insulino, todėl laikui bėgant išsenka ir ligai pažengus atsiranda insulino trūkumas. Būklės, kai stebimas padidėjęs gliukozės kiekis nevalgius ar sutrikusi gliukozės tolerancija dėl rezistentiškumo insulinui, vadinamos prediabetu. Nustačius prediabetą rizika per 5 metus susirgti 2 tipo cukriniu diabetu siekia 26–50 procentų.

Ką ir kada reikia tirti dėl cukrinio diabeto?

Cukrinio diabeto metu dėl hiperglikemijos gali būti jaučiami simptomai:

- Troškulys
- Padidėjęs apetitas
- Dažnas šlapinimasis ir / ar naktinis šlapinimasis
- Nuovargis
- Svorio mažėjimas
- Pablogėjęs regėjimas (neryškus matymas)
- Sausa, niežtinti oda
- Galūnių tirpimas, dilgčiojimas
- Dažnos infekcijos

Klasikinius CD simptomus jaučiančius pacientus būtina tirti dėl įtariamo cukrinio diabeto. Deja, 2 tipo cukrinis diabetas ir prediabetas ilgą laiką gali būti nediagnozuoti dėl vėlai atsirandančių padidėjusios gliukozės (hiperglikemijos) sukeltų simptomų. Todėl svarbu profilaktiškai tirti rizikos grupėse esančius asmenis. Dėl minėtų gliukozės apykaitos sutrikimų rekomenduojama tirti visus besimptomius pacientus, turinčius viršsvorį ar nutukimą, kai apskaičiuotas kūno masės indeksas (KMI) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, ir vieną ar daugiau kitų rizikos veiksnių (žr. 1 lentelė). Taip pat rekomenduojama profilaktiškai tirti visus asmenis nuo 45 metų amžiaus bei gestaciniu diabetu sirgusias moteris.

1 lentelė. Besimptominių asmenų ištyrimo dėl 2 tipo cukrinio diabeto ar prediabeto rizikos kriterijai:

Tirti viršsvorį ar nutukimą turinčius asmenis ($\text{KMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$), turinčius vieną ar daugiau rizikos veiksnių: • Cukriniu diabetu serga pirmos eilės giminės. • Nustatytos kardiovaskulinės ligos. • Padidėjęs kraujospūdis ($\text{AKS} \geq 140/90 \text{ mmHg}$ ar taikomas antihipertenzinis gydymas). • Sumažėjęs DTL cholesterolio kiekis ($< 0,90 \text{ mmol/l}$) ir / ar padidėjęs TAG kiekis ($> 2,82 \text{ mmol/l}$). • Moterys, sergančios policistinių kiaušidžių sindromu. • Mažas fizinis aktyvumas. • Kitos su insulino rezistentiškumu susijusios būklės (pvz., juodoji akantozė, didelio laipsnio nutukimas).
Pacientai, kuriems nustatytas prediabetas (padidėjusi glikemija nevalgius ar gliukozės toleravimo sutrikimas), turėtų būti tiriami kasmet.
Moterys, kurioms nėštumo metu buvo nustatytas gestacinis diabetas, turėtų būti stebimos kas 3 metus visą gyvenimą.
Tirti visus asmenis nuo 45 metų amžiaus.
Jei gliukozės apykaitos sutrikimo nenustatyta, rekomenduojama kartoti ištyrimą kas 3 metus ar dažniau, priklausomai nuo tyrimo rezultatų ir individualios rizikos.

Santrumpos: KMI – kūno masės indeksas; AKS – arterinis kraujo spaudimas;
DTL – didelio tankio lipoproteinai; TAG – trigliceridai.

Kaip diagnozuojamas cukrinis diabetas?

Siekiant nustatyti gliukozės apykaitos sutrikimus (prediabetą ar diabetą), vertinama gliukozė veniniame kraujyje nevalgius, atliekamas gliukozės toleravimo mėginys (GTM). Prieš atliekant GTM rekomenduojama bent 3 dienas laikytis įprasto mitybos režimo bei fizinio aktyvumo, būti nevalgius 8–14 valandų iki mėginio pradžios. GTM metu duodama išgerti 75 g gliukozės, ištirpintos ~ 250 ml vandens, du kartus matuojamas gliukozės kiekis veniniame kraujyje – prieš mėginį ir 2 val. po mėginio. Pagal GTM metu gautus gliukozės rezultatus vertinama, ar yra gliukozės apykaitos sutrikimas (žr. 2 lentelė). Cukrinis diabetas diagnozuojamas, jei:

- 1) atliekant GTM gliukozė veniniame kraujyje nevalgius $\geq 7,0 \text{ mmol/l}$ ir / arba gliukozė po GTM praėjus 2 val. $\geq 11,1 \text{ mmol/l}$;
- 2) atsitiktinai išmatuota gliukozė veniniame kraujyje $\geq 11,1 \text{ mmol/l}$;
- 3) nevalgius bent 2 kartus išmatuota gliukozė veniniame kraujyje $\geq 7,0 \text{ mmol/l}$.

Taip pat gali būti vertinamas glikozilintas hemoglobinas (HbA1c): jei HbA1c $\geq 6,5$ proc. – cukrinis diabetas, jei HbA1c 5,7–6,4 proc. – prediabetas.

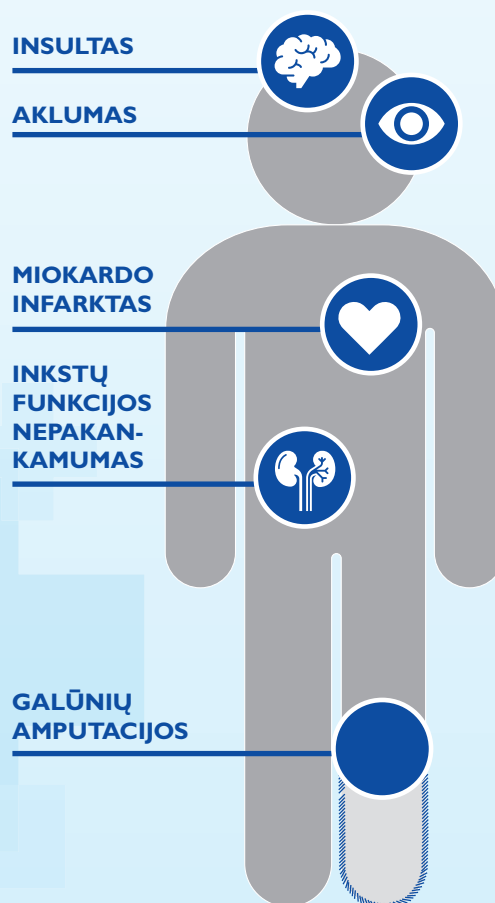
2 lentelė. Gliukozės toleravimo mėginio rezultatai ir jų interpretavimas:

Angliavandenių apykaitos sutrikimas	Glikemija nevalgius	Praėjus 2 val. po 75 g gliukozės krūvio (GTM)
Cukrinis diabetas	$\geq 7,0$ mmol/l	$\geq 11,1$ mmol/l
Gliukozės toleravimo sutrikimas	$< 7,0$ mmol/l	$\geq 7,8$ mmol/l ir $< 11,1$ mmol/l
Sutrikusi glikemija nevalgius	$\geq 6,1$ mmol/l ir $< 7,0$ mmol/l	$< 7,8$ mmol/l

Cukrinio diabeto komplikacijos:

Cukrinis diabetas ir jo sukeltos komplikacijos yra viena dažniausių mirtingumo priežasčių pasaulyje. Lėtinė hiperglikemija sergantiesiems cukriniu diabetu sukelia mikrokraujagyslines (diabetinė neuropatija, nefropatija ir retinopatija) ir makrokraujagyslines (insultas, miokardo infarktas, periferinių arterijų liga) komplikacijas. Kuo ilgiau stebima bloga ilgalaikė glikemijos kontrolė (padidėjęs glikozilintas hemoglobinas – HbA1c), tuo didesnė komplikacijų atsiradimo rizika. Įvairiuose tyrimuose stebėta, kad diabetinė neuropatija išsivysto iki 45 proc., diabetinė nefropatija apie 20–40 proc., diabetinė retinopatija ir diabetinė makulos edema – atitinkamai 35,4 proc. ir 7,5 proc., o diabetinė periferinė angiopatija – iki 25 proc. sergančiųjų cukriniu diabetu. Šios mikrokraujagyslinės komplikacijos ilgainiui gali lemti aklumą, inkstų funkcijos nepakankamumą, galūnių amputacijas. Be to, sergantieji 2 tipo cukriniu diabetu turi 2–4 kartus didesnę riziką sirgti miokardo infarktu ar insultu bei 1,5–3,6 kartus didesnę mirtingumo riziką.

Dėl išvardintų diabeto komplikacijų savalaikio nustatymo ir prevencijos kiekvienas pacientas turi būti tiriamas kasmet nuo pat 2 tipo cukrinio diabeto nustatymo. Pastebėta, kad pirmą kartą diagnozavus 2 tipo cukrinį diabetą, iki 25 proc. atvejų kartu nustatomos ir diabetui būdingos komplikacijos.



2 tipo cukrinio diabeto gydymas

Cukrinis diabetas yra kompleksiskai gydoma lėtinė liga, kurios kontrolei pasitelkiami nemedikamentiniai (mityba ir fizinis aktyvumas) bei medikamentiniai gydymo metodai. Labai svarbus gyvenimo būdo koregavimas, siekiant tinkamai kontroliuoti šią lėtinę ligą. Toliau aptariamos gydymo pasirinkimo galimybės.

- **MITYBA.** Visų pirma, cukriniu diabetu sergantiems pacientams rekomenduojama laikytis cukrinio diabeto dietos. Neretai skiriama dietologo konsultacija, nes svarbu tinkamai apskaičiuoti paros energijos poreikį, valgomų produktų kiekį bei maistinių medžiagų paskirstymą įvairių valgių metu. Atkreipti dėmesį, kad kasdien maisto racione angliavandeniai sudarytų 45–60 %, baltymai – 15–20 %, riebalai – 20–35 % energinės maisto vertės. Skaidulinių medžiagų turėtų būti suvartojama 25–50 g per dieną. Aukštą glikeminį indeksą (GI) turinčius produktus keisti į žemą GI turinčius angliavandenius. Ypač svarbus gebėjimas atpažinti angliavandenius ir apskaičiuoti jų kiekį maiste insulino terapija gydomiems pacientams. Rekomenduojama laikytis reguliaraus valgymo režimo. Taip pat svarbu koreguoti viršsvorį, nes mažėjant viršsvoriui gerėja glikemijos kontrolė.
- **FIZINIS AKTYVUMAS.** Sergantiems cukriniu diabetu rekomenduojamas vidutinio sunkumo ar sunkus fizinis aktyvumas po ~ 50 min. bent 3 kartus per savaitę (bent 150 min. per savaitę), ne daugiau kaip 2 dienas iš eilės. Galima rinktis įvairių fizinę veiklą (aerobinis ar anaerobinis fizinis aktyvumas). Pacientai, sergantys širdies kraujagyslių ligomis arba turintys išreikštą CD komplikacijų, tačiau norintys intensyviai sportuoti, turi būti prižiūrimi gydytojo. Apie fizinį aktyvumą plačiau skaitykite kitame skyriuje.
- **MEDIKAMENTINIS GYDYMAS.** Jei nustačius 2 tipo CD per 2–3 mėnesius nepavyksta pasiekti glikemijos kontrolės tikslų keičiant gyvenseną bei laikantis cukrinio diabeto mitybos rekomendacijų, svarbu laiku pradėti medikamentinį gydymą. Tam tikrais atvejais, medikamentinis gydymas gali būti skiriamas iškart nustačius CD diagnozę, o tinkamiausią gydymą parenka gydantis gydytojas, endokrinologas. Medikamentinis gydymas skiriamas pagal pakopinio gydymo rekomendacijas. Pagal šiuo metu galiojantį Lietuvos kompensuojamųjų vaistų skyrimo algoritmą, pirmo pasirinkimo vaistas yra metforminas, kiti vaistai pridedami atsižvelgiant į vaistų savybes, paciento tyrimų rezultatus ir gretutines ligas. Gydymas gali būti koreguojamas kas 3–6 mėn., vertinant glikemijos kontrolės ir kitų rodiklių tikslus. Gydytojo pareiga – parinkti tinkamiausius vaistus ir jų dozę, paciento pareiga – tinkamai ir reguliariai juos vartoti.

I. Metforminas – pirmo pasirinkimo vaistas, išskyrus tuos atvejus, kai jis kontraindikuotinas ar netoleruojamas. Šis vaistas veikia mažindamas gliukozės gamybą kepenyse, gerindamas insulino veikimą raumeniniame ir riebaliniame audinyje, tokiu būdu skatindamas gliukozės patekimą į ląsteles ir mažindamas jos kiekį kraujyje. Metforminas geriausiai pasisavinamas jį vartojant prieš valgį, bet esant virškinamojo trakto sutrikimams, galima vartoti valgio metu ar po valgio. Gydantis gydytojas individualiai parenka vaisto dozę ir vartojimo dažnį. Dažniausi nepageidaujami reiškiniai – virškinamojo trakto sutrikimai (viduriavimas, pilvo skausmas, pūtimas, pykinimas), vitamino B12 stoka.

II. Sulfanilkarbamidai – tai antro pasirinkimo vaistai pagal Lietuvos kompensuojamųjų vaistų algoritmą. Dažniausiai naudojami atstovai – gliklazidas, glimepiridas. Šie medikamentai veikia skatindami kasos insulino sekreciją, t. y. nuosavo insulino išmetimą į kraują, kuris sumažina gliukozės kiekį kraujyje. Kadangi vaistas skatina insulino sekreciją nepriklausomai nuo gliukozės kiekio kraujyje, siekiant išvengti hipoglikemijų rizikos, šie vaistai vartojami vieną kartą per parą, apie 15 min. prieš pusryčius. Vaistų grupės trūkumai – hipoglikemijų rizika, svorio didėjimas, sekinamas kasos insulino rezervas.

III. Kai nepavyksta pasiekti tikslinės glikemijos kontrolės dviejų vaistų deriniu, vartojant juos maksimaliomis toleruojamomis dozėmis, atsižvelgiant į HbA1c, KMI, gretutines ligas, pasirenkamas trečios pakopos vaistas. O po šešių mėnesių būtina įvertinti gydymo efektyvumą ir vaistų tęsimo tikslingumą.

Trečios pakopos vaistai:

Tiazolidinedionai (TZD) – dažniausiai naudojamas pioglitazonas. Veikia didindami receptorių jautrumą insulinui periferiniuose audiniuose. Vartojami vieną kartą per parą, tuo pačiu metu, arba deriniuose. Trūkumai – svorio didėjimas, edemų rizika. Negalima vartoti, jei yra nustatytas širdies nepakankamumas.

DPP-4 inhibitoriai – pagrindiniai atstovai sitagliptinas, linagliptinas. Šie vaistai pailgina endogeninių hormonų inkretinų, kurie išsiskiria virškinamajame trakte, veikimą. Pastarieji natūraliai mažina glikemiją, skatindami insulino sekreciją kasoje, priklausomai nuo gliukozės kraujyje. Vartojami vieną kartą per dieną, tuo pačiu paros metu. Šie vaistai nesukelia hipoglikemijų. Pašaliniai reiškiniai reti.

SGLT-2 inhibitoriai – dapagliflozinas, empagliflozinas. Veikia padidindami gliukozės pašalinimą su šlapimu. Efektyviai mažina glikemiją, taip pat šiek tiek mažina svorį ir arterinį kraujo spaudimą, turi kardiovaskulinių įvykių rizikos mažinimo įrodymus, turi teigiamą poveikį svorio mažinimui. Vartojami vieną kartą per dieną, tuo pačiu metu. Dažniausi nepageidaujami reiškiniai – šlapimo / lytinių takų infekcija, dažnesnis šlapinimasis, labai retai – normoglikeminė ketoacidozė. Siekiant išvengti šalutinių reiškinių, labai svarbi tinkama higiena ir pakankamas skysčių vartojimas.

GLP-1 receptorių agonistai – tai dulaglutidas, semaglutidas, eksenatidas, liraglutidas, liksisenatidas. Šie vaistai yra panašūs į mūsų organizme išsiskiriančius natūralius inkretinus, tad veikia per jų receptorius. Jie ne tik efektyviai mažina hiperglikemiją, bet taip pat lėtina skrandžio evakuaciją, didina sotumo jausmą ir sukelia svorio mažėjimą. Taigi ypač naudingi nutukimą turintiems pacientams. Kai kurie šios grupės atstovai turi kardiovaskulinių įvykių rizikos mažinimo įrodymus. Tai į poodį leidžiami vaistai, o naujaisi šios grupės vaistai leidžiami 1 kartą per savaitę. Dažniausi nepageidaujami reiškiniai – virškinamojo trakto sutrikimai (pykinimas, vėmimas, viduriavimas). Atsargiai skiriami ar neskiriami sirgusiems kasos uždegimu.

IV. Insulino terapija. Kai glikemijos tikslai nepasiekiami kitais medikamentų deriniais ar kiti vaistai kontraindikuotini, 2 tipo CD gydymui skiriama insulino terapija. Insulinas gali būti skiriamas su kitais diabetui skirtais vaistais. Laikinais insulinas gali būti skiriamas esant sunkioms ūmioms būklės (pvz., esant ūmiam miokardo infarktui, insultui ir kt.), atliekant chirurgines operacijas, esant ūmiai naujai nustatyto CD pradžiai. Po ūmaus ligos periodo sprendžiama galimybė pereiti prie kitų medikamentų grupių skyrimo. Insulino terapija parenkama individualiai, priklausomai nuo paciento būklės, svorio, inkstų funkcijos ir kitų rodiklių. Dažniausi nepageidaujami reiškiniai – hipoglikemija ir svorio didėjimas, kurių galima išvengti teisingai naudojant insuliną.

Insulinai skirstomi į ilgo, greito ir mišraus veikimo insulinus, jie gali būti skiriami įvairiomis schemomis, derinant insulinus tarpusavyje ar su kitais medikamentais.

Diabeto kontrolės rodikliai ir savikontrolė

Cukrinio diabeto gydymo tikslas yra pasiekti artimus normai įvairiu paros metu matuotus gliukozės kiekio rodiklius. Gera glikemijos kontrolė padeda išvengti ligos simptomų ir neleisti vystytis ligos komplikacijoms.

Siektini cukrinio diabeto kontrolės rodikliai:

- HbA_{1c} ≤ 7,0 proc. (gali būti individualiai parenkamas tikslas nuo ≤ 6,5 proc.);
- Glikemija ryte prieš valgį ≤ 7,0 mmol/l (ligos pradžioje ≤ 6,5 mmol/l);
- Glikemija 2 val. po valgymo pradžios ≤ 8,5 mmol/l;
- Glikemija prieš miegą 5,5–8,5 mmol/l;
- Nėra sunkių ir naktinių hipoglikemijų.

Glikozilintas hemoglobinas (HbA1c) procentais parodo, koks kiekis eritrocitų baltymo hemoglobino yra susijungęs su kraujo gliukoze. Kuo didesnis yra gliukozės kiekis kraujyje, tuo daugiau susidaro glikozilinto hemoglobino. Sveikų asmenų HbA1c yra 4,8–6,0 procentai. Sergančiųjų diabetu HbA1c reikšmė rodo diabeto kontrolės kokybę 1,5–3 mėnesių laikotarpiu iki jo ištyrimo. Nustačius CD šis veninio kraujo tyrimas atliekamas šeimos gydytojo paskyrimu kas tris mėnesius – 4 kartus per metus. Jei HbA1c > 7,0 proc., tikslinga keisti tuo metu vartojamą gydymą, o jei po 6 mėn. gydymo HbA1c išlieka > 7,0 % – reikalinga endokrinologo konsultacija. Stebėti gliukozės kiekį kapiliariniame kraujyje patogiau naudojant savikontrolės aparatėlį (gliukomatį). Tam naudojamos vienkartinės juostelės, kurios sergantiems diabetu kompensuojamos: suaugusiems asmenims, sergantiems 2 tipo CD ir nevartojantiems insulino, kompensuojama 50 juostelių 4 mėnesiams, vartojantiems insuliną – 50 juostelių 2 mėnesiams.

Ką daryti esant hipoglikemijai?

Hipoglikemija – tai būklė, kurios metu stebimas sumažėjęs gliukozės kiekis $\leq 3,9$ mmol/l kraujyje. Hipoglikemijos gali būti simptominės ir besimptomės (kai nejaučiama simptomų, bet hipoglikemija nustatoma atlikus kraujo tyrimą). Taip pat hipoglikemijos gali būti nesunkios, kai pacientas gali pats suvaldyti hipoglikemiją ir sau padėti, bei sunkios, kai reikalinga kitų žmonių pagalba.

Pagrindiniai hipoglikemijos požymiai:

- padidėjęs prakaitavimas;
- alkis;
- nerimas;
- drebulys;
- nesugebėjimas susikonscentruoti;
- dvejinimasis akyse;
- dažnas širdies plakimas.

„15 taisyklė“

Pagalba pajutus ar nustačius hipoglikemiją – „15 taisyklė“:

Nedelsiant suvartoti 15 g greitai įsisavinamų angliavandenių: 3 gabalėlius cukraus (15 g) arba 5 tabletes gliukozės (1 tab. – 3 g) arba 0,5 stiklinės natūralių vaisių sulčių.

Po 15 min. matuokite glikemiją, išliekant glikemijai < 4 mmol/l, vėl suvartokite 15 g angliavandenių ir po 15 min. matuokite glikemiją.

Kai gliukozės kiekis kraujyje pakyla > 4 mmol/l ir simptomai išnyksta, rekomenduojama suvalgyti 0,5 riekes duonos (lėtai įsisavinamų angliavandenių), kad hipoglikemija nesikartotų. Svarbu – nepersivalgyti!

Jei išlieka hipoglikemija, toliau laikykitės – „15 taisyklės“, suvartokite 15 g greitai įsisavinamų angliavandenių turinčio maisto kas 15 min. iki 3 kartų, o gliukozės kiekiui išliekant < 4 mmol/l – kvieskite pagalbą (artimuosius ar skambinkite bendrojo pagalbos centro telefonu 112).

Visuomet su savimi turėkite (namuose, darbe, mašinoje, rankinuke) gliukozės tablečių ar greitai įsisavinamų angliavandenių turinčio maisto (cukrus, medus, vaisių sultys, čiupliamieji saldainiai, razinos, prinokę vaisiai).

Pasireiškus hipoglikemijai, būtina apsvarstyti galimas hipoglikemijos priežastis ir jų vengti. Tai gali būti: netinkamas mitybos režimas, alkoholio vartojimas, intensyvesnis fizinis krūvis, per didelė insulino ar sulfanilkarbamidų dozė, pasikeitęs vaistų vartojimo režimas.

Glikemijos savikontrolės svarba

Gliukozės rodiklių matavimas ir dienyno pildymas yra svarbus, siekiant geriau valdyti glikemiją ir išvengti diabeto komplikacijų, hipoglikemijų. Be to, tai yra svarbi informacija endokrinologui (sprendžiant dėl gydymo korekcijos) ir slaugytojai diabetologei, kuri padeda pasiekti glikemijos tikslus, padeda koreguoti mitybą, gyvenimo būdą.

Gliukozės kiekio matavimų dažnis ir laikas priklauso nuo diabeto eigos ir sunkumo, sugebėjimo pažinti artėjančią hipoglikemiją, gydymo schemas ir gydytojo rekomendacijų.

Ligos pradžioje dažniausiai rekomenduojama matuoti glikemiją vieną ar dvi dienas per savaitę 3 kartus: ryte nevalgius, praėjus dviem valandoms nuo didžiausio valgymo pradžios ir prieš miegą. Kai naudojama intensyvi insulino terapija, glikemijos matavimas gali siekti iki 7 kartų per dieną.

Visada gliukozės kiekį kraujyje reikia pasimatuoti esant blogai savijautai, įtariant hipoglikemiją. Taip pat papildomai pamatuoti glikemiją prieš sportą, po sporto, jei neaiški insulino leidimo dozė.

Inovatyvūs paslaugų teikimo principai

Gliukomačiu išmatuoti glikemijos rodikliai gali būti pildomi diabeto priežiūros dienyne, kurį būtina atsinešti į sveikatos priežiūros įstaigą. Taip pat gliukomačio duomenis galima perkelti į kompiuterį.

Pasitelkus šiuolaikines technologijas, galime šį darbą paversti patogesniu ir įdomesniu. Pavyzdžiui, jei naudojate gliukomatį „Accu-Chek Instant“ ir išmanųjį telefoną, kuriame yra instaliuota programėlė „mySugr Pro“.

Naudodamiesi šia programėle galėsite į telefoną perkelti glikemijos duomenis bei kitą reikalingą informaciją apie suleistą insulino dozę, kitų vaistų naudojimą, suvartotų angliavandenių kiekį, pažymėti fizinį aktyvumą ir t. t.

„MySugr Pro“ programėlė gali:

- apskaičiuoti orientacinį HbA1c lygį;
- atlikti išsamią diabeto duomenų analizę;
- sugeneruoti duomenis iš pastarųjų 7, 14, 30 ar 90 dienų;
- atlikti greitą svarbios informacijos paiešką – maistas, užrašai, hipoglikemijos, veikla ir t. t.

Detali „mySugr Pro“ ataskaita pateikiama atlikus kelis paprastus žingsnius „Accu-Chek Instant“ matuoklyje. Paciento sveikatos duomenis gali matyti gydytojas ar slaugytojas, o vėliau, konsultacijos metu, aptarti su pacientu.

Individualizuotas sveikatos priežiūros planas, nustačius CD (parengė gyd. endokrinologė I. Tubinytė)

Individualizuotas sveikatos priežiūros planas nustačius cukrinį diabetą		Diena																														
PAVADINIMAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. Matavimų dažnis ir laikas																																
2. Pasiekiamas sveikatos tikslas																																
3. Specialiosios rekomendacijos																																
4. Atlikti išsamią analizę																																
5. Sveikatos priežiūros planas																																
6. Sveikatos priežiūros planas																																
7. Papildomi nurodymai																																
8. Jei tikslas nustačius																																
9. Jei tikslas nustačius																																
10. Jei nustačius																																

Pastaba – kaip teisingai pildyti lentelę, žiūrėti nurodymus lentelės apačioje.

VAISTŲ SĄVEIKA IR NEPAGEIDAUJAMI POVEIKIAI

Parengė šeimos gydytoja M. Jundienė

Vaistų sąveika – vaisto poveikio kitimas susijęs su kito vaisto vartojimu. Esant vaistų sąveikai vaisto aktyvumas gali didėti arba mažėti.

Vaistų sąveika taip pat gali pasireikšti **nepageidaujamomis reakcijomis į vaistą (NRV)**.

Nepageidaujama reakcija į vaistą (NRV) – tai žalingas vaisto poveikis pacientui, vartojančiam paskirtą vaistą gydymui, diagnostikai arba profilaktškai organizmo funkcijai gerinti.

Galimi vaisto poveikiai:

- vaisto poveikio susilpnėjimas;
- vaisto poveikio sustiprėjimas;
- nepadidėjusios reakcijos.

Kas gali turėti įtakos vaisto poveikiui:

- kiti kartu vartojami vaistai;
- maistas;
- įvairūs papildai;
- liga.

Vaistų sąveikos dažnumas yra tiesiogiai susijęs su vartojamų vaistų skaičiumi. Kuo pacientas vartoja daugiau įvairių vaistų, tuo didesnė vaistų sąveikos tikimybė.

Didžiausią rizikos grupę patirti nepageidaujamą vaistų poveikį sudaro pagyvenę ir poliligoti pacientai, kurie dažnai serga įvairiomis ligomis ir vartoja daugybę vaistų bei maisto papildų.

Vaistų sąveika skirstoma į **farmacinę (dar vadinamą nesuderinamumu) ir farmakologinę**.

Farmacinė sąveika (nesuderinamumas)	Farmakologinė sąveika
Farmacinė vaistų sąveika atsiranda prieš vaistui patenkant į žmogaus organizmą. Kadangi šiuo metu dažniausiai skiriami jau paruošti vartojimui pastovios sudėties medikamentai, farmacinė sąveika pasitaiko retai. Atsakingas gydytojas arba provizorius. Jeigu gydytojo išrašytame recepte atskiri ingredientai yra nesuderinami, vaistininkas turi išduoti ingredientus atskirai arba susisiekti su receptą parašiusiu medicinos darbuotoju dėl sudėtinių ruošiamo medikamento dalių patikslinimo.	Farmakologinė vaistų sąveika vyksta žmogaus organizme jų įsisavinimo metu, ji gali vykti rezorbcijos, pasiskirstymo, metabolizmo ir išskyrimo metu. Rezorbcijos metu vieni vaistai gali slopinti arba skatinti kitų vaistų poveikį. Gydytojas skirdamas vaistą turi įvertinti visų paciento vartojamų vaistų galimą farmakologinę sąveiką.

Kaip atpažinti nepageidaujamą reakciją į vaistą?

Nepageidaujamos reakcijos į vaistą simptomai dažnai būna panašūs į įvairių ligų simptomus. Dauguma nepageidaujamų reakcijų į vaistą yra lengvos formos, tačiau retais atvejais gali pasitaikyti sunkios formos ar pavojų gyvybei sukeliančios nepageidaujamos reakcijos.

Pastebėjus NRV į vaistą reikalinga atidžiai perskaityti vaisto anotaciją, įsitikinti, ar minėta reakcija yra susijusi su vaisto vartojimu.

Pacientas pastebėjęs nepageidaujamą reakciją į vaistą nedelsiant apie tai praneša šeimos gydytojui. Gydytojas įvertinęs paciento nusiskundimus tęsia arba nutraukia gydymą skirtu vaistu.

Apie įtariamą ar patvirtintą nepageidaujamą reakciją į vaistą gydytojas turi pranešti atitinkamoms tarnyboms. Taip pat apie NRV gali pranešti ir pats pacientas internetu Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai <https://vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/nrv> arba nemokamu telefonu **8 800 735 68**.

Kodėl svarbu stebėti ir pranešti apie nepageidaujamą vaistų reakcijas / poveikius?

- atliktų bandymų kiekis gali būti nepakankamas vaisto saugumui žmonėms įvertinti;
- klinikiniams tyrimams atliktų pacientų skaičius gali būti ribotas;
- prieš registraciją vaistą vartoja tik numatytas kiekis žmonių, todėl galima nustatyti tik dažniausiai pasitaikančias nepageidaujamąs reakcijas;
- informacija apie retas, bet sunkias nepageidaujamąs reakcijas į vaistą, lėtinį toksiškumą, kancerogeniškumą, vartojimą specialiose grupėse (senyvi žmonės, vaikai) yra neišsami ar neprieinama;
- vaisto stebėjimas padeda nustatyti retesnes, netikėtas, kartais labai sunkias nepageidaujamąs reakcijas į vaistą.

Rekomendacijos, kaip tinkamai vartoti vaistą siekiant išvengti nepageidaujamo vaistų poveikio ir sąveikos:

- Visada, prieš pradėdant pirmą kartą vartoti vaistą, būtina atidžiai perskaityti pakuotės informacinį lapelį ir jo neišmesti, nes gali prireikti dar kartą perskaityti jame pateiktą informaciją, iškilus neaiškumų.
- Privaloma griežtai laikytis gydytojo ir / ar vaistininko nurodymų, kaip teisingai vartoti vaistą ar jų derinius, norint maksimaliai gerų, terapinių rezultatų (kiek kartų dozuoti vaistus per dieną; vaistą vartoti prieš valgį, valgant ar po valgio; vartojimo trukmė; galimos sąveikos tarp medikamentų ir kitas pastabas). Negalima vaistų užsigerti pienu, sultimis, kava, arbata, alkoholiu, gaiviaisiais gėrimais.
- Negalima vartoti vaistų, kurių galiojimo laikas pasibaigęs, nes vaistas gali veikti silpniau, nesukelti reikiamo terapinio poveikio, gali tiesiog sukelti toksinį, sveikatai žalingą poveikį.
- Nepatartina vartoti vaistų, kurie yra aptrupėję, gavę drėgmės, turi specifinį kvapą, pakeitę spalvą ar matoma aiškiai pažeista pakuotė (blisteris), buvo laikomi ne pagal gamintojo nurodytas sąlygas.
- Visus vaistus, pasibaigus galiojimo laikui, reikia grąžinti į vaistinę saugiam sunaikinimui.
- Esant lengviems negalavimams, pirmajai pagalbai galima vartoti tik be recepto vaistinėse parduodamus vaistus, pasitarus su vaistininku ir kuo trumpesnį laikotarpį, nes savigydos tikslu vartojami vaistai gali maskuoti sunkesnę ligą.
- Visus vaistus geriausia užsigerti nešaltu (kambario temperatūros) vandeniu – ne mažiau nei pusė stiklinės vandens.
- Nenaudoti vaistų, kurie skiriami kitiems asmenims, ne pagal nustatytas ligų gydymo metodikas.
- Negalima savavališkai sumažinti paskirtos preparato dozės ar paskirto tablečių kiekio per dieną ar nutraukti vaisto vartojimo anksčiau laiko, nes tuomet liga gali sugrįžti dar agresyvesnė ir sunkiau įveikiama.

- Vartojant vaistus, negalima vartoti jokio alkoholio.
- Kilus bet kokių su vaisto vartojimu susijusių klausimų, būtina kreiptis į farmacijos specialistą ar gydytoją.
- Būtina visada pranešti apie nepageidaujamą reakciją į vaistą gydytojui.

MITYBOS, FIZINIO AKTYVUMO, SVEIKOS GYVENSENOS REIKŠMĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTAMS

Parengė gydytoja dietologė E. Saukaitytė-Butvilė

Gyvensenos korekcija yra neatsiejama cukrinio diabeto ir arterinės hipertenzijos gydymo dalis, kuri turi būti pradedama dar prieš skiriant medikamentinį šių ligų gydymą. Laiku pradėjus tinkamai keisti savo gyvenimą galima gerokai sulėtinti šių ligų progresavimą bei išvengti jų sukeltų komplikacijų. Deja, ši gydymo dalis dažnai lieka neįvykdyta, nes reikalauja nemažų paties paciento pastangų keičiant nusistovėjusius įpročius ir patogų gyvenimą. Labai tikimės, kad perskaitę šias rekomendacijas ir sudalyvavę mokymuose pacientai įgis naujų žinių ir, svarbiausia, jas taikys kasdieniniame savo gyvenime.

Gyvensenos korekcija susideda iš:

- kūno svorio mažinimo (jei reikia) apribojant suvartojamas kilokalorijas;
- druskos suvartojimo mažinimo;
- daržovių ir vaisių suvartojimo didinimo iki 8–10 porcijų per dieną;
- 2–3 porcijų liesų pieno produktų suvartojimo per dieną;
- saikingo alkoholio vartojimo: ne daugiau nei 2 standartinio alkoholio vienetai per dieną vyrams ir ne daugiau nei 1 standartinio alkoholio vienetas per dieną moterims. 1 standartinis alkoholio vienetas yra: 200 ml 5 proc. alaus arba 100 ml vyno, arba 25 ml stipraus 40 proc. gėrimo;
- fizinio aktyvumo didinimo.

Svorio mažinimas / palaikymas

Antsvorį ar nutukimą turintis pacientas turi stengtis nors šiek tiek sumažinti savo kūno svorį.

Kaip apskaičiuoti kūno masės indeksą (KMI)?

Ar asmuo yra normalaus kūno svorio, ar turi antsvorį / nutukimą, sužinoma apskaičiuojant kūno masės indeksą. Jis gaunamas svorį kilogramais padalinus iš ūgio metrais, pakelto kvadratu. Pavyzdžiui, jeigu Jūsų ūgis 160 cm, o svoris 60 kg, tuomet skaičiuojama taip: $60:1,6^2 = 23,4 \text{ kg/m}^2$.

- Normaliu kūno masės indeksu laikomas nuo 18,5 iki 24,9 kg/m^2 .
- 25–29,9 kg/m^2 rodo antsvorį.
- Didesnis nei 30 KMI rodo nutukimą.

Dar tikslesni duomenys gaunami specialiu aparatu atlikus vadinamąjį kūno sudėties tyrimą, kurio duomenys parodo, kiek kūne yra raumenų, riebalų, skysčių. Taip pat svarbi liemens apimtis, nes pilvinių (visceralinių) riebalų perteklius sutrikdo kasos ir kepenų veiklą. Jei kūno masės indeksas atitinka normą, bet liemens apimtis vyrams didesnė nei 102 cm, moterims 88 cm, reikia siekti sumažinti šiuos skaičius.

Net nedidelio, vos 5 proc. kūno svorio netekimo pakanka, kad būtų pasiektas teigiamas glikemijos, lipidų ir kraujo spaudimo kontrolei. Didesnis svorio netekimas siejamas su dar didesne nauda, todėl,

jei įmanoma, siekiama 7–15 proc. svorio netekimo. Vis dėlto, svarbiau nei didelis svorio netekimas yra sumažinto kūno svorio išlaikymas. Jei pacientas kelis kartus svorį sumažina po 10–20 kg, tačiau netrukus jis padidėja dar daugiau, vadinasi, pasirinktas netinkamas kelias svorio mažinimui, kuris sveikatai nepadeda.

Geriau svorį sumažinti keliais kilogramais, bet jį tokį ir išlaikyti. Rekomenduojama pasitarti su savo gydytoju, kokie svorio mažinimo būdai pacientui būtų tinkami, paprašyti siuntimo pas gydytoją dietologą.

Pagrindinė svorio mažinimo taktika – kilokalorijų kiekio deficitas, t. y. rekomenduojama kasdien suvartoti 500–750 kilokalorijų mažiau, nei įprasta, pvz., moterims – apie 1200–1500 kcal/d., vyrams – 1500–1800 kcal/d., atsižvelgiant į pradinį kūno svorį.

Svorio mažinimas pradedamas nuo gyvensenos korekcijos – mitybos keitimo renkantis sveikatai palankesnius maisto produktus bei siekiant minėto kilokalorijų deficito ir fizinio aktyvumo didinimo, tačiau, esant reikalui, nutukimą galima gydyti ir vaistais ar atlikti specialias operacijas.

Druska

Druskos įtaka hipertenzijai yra individuali – nors didelei daliai žmonių druskos apribojimas sistolinį spaudimą sumažina iki 10 mmHg, kai kuriems žmonėms toks ženklus teigiamas efektas nepasireiškia. Druskos ribojimas visada svarbus vyresnio amžiaus žmonėms, turintiems atsparumą insulinui, mikroalbuminuriją, lėtinę inkstų ligą.

Rekomenduojamas natrio suvartojimas – mažiau nei 2300 mg per dieną (atitinka 5 gramus – arbatinį šaukštelį druskos). Nors tai gali atrodyti nedidelis kiekis vertinant tik paties žmogaus į gaminamą maistą dedamą druską, tačiau didžioji dalis druskos gaunama su jau paruoštu maistu. Skaičiuojama, kad net apie 80 proc. suvartojamos druskos gaunama su paruoštais ir perdirbtais maisto produktais – dešromis, kumpeliais ir kitais mėsos gaminiais, sūriais, sūdyta ar rūkyta žuvimi, padažais.

Patarimai, kaip mažinti druskos kiekį maiste:

- Atminkite, kad potraukis sūriam maistui įgyjamas. Jei dažnai valgoma sūriai, skonio receptoriai atbunka, maistas su mažesniu druskos kiekiu atrodo beskonis, prėskas. Tačiau sumažinus druskos kiekį skonio receptoriai per 1–2 savaites atsigauna ir maiste atsiskleidžia nauji ar pamiršti skoniai.
- Skoniui pagyvinti naudokite prieskonines žoleles ir užpilus, neturinčius druskos: bazilikus, krapus, rozmarinus, kitas žoleles, skaninkite citrinos sultimis, garstyčiomis, obuolių ar vyno actu.
- Nesūdykite maisto jo neparagavę, o jei turite tokį įprotį, pasistenkite jo atsisakyti. Geriau maistą pagaminti su mažesniu kiekiu druskos ir prireikus papildomai pasūdyti (dar geriau naudoti minėtus prieskonius be druskos), nei gaminimo metu persūdyti.
- Venkite perdirbto maisto, stenkitės kuo daugiau gaminti patys, naudoti natūralius, neperdirbtus produktus: mėsą, žuvį, kruopas, kiaušinius, pupeles ir pan.
- Prieš valgant gerai nuplaukite konservuotas pupeles, daržoves ir pan.
- Valgykite daug vaisių ir daržovių, turinčių kalio ir magnio.

Sergant cukriniu diabetu ir arterine hipertenzija galimi įvairūs mitybos modeliai, kai rekomenduojamos skirtingos maistinių medžiagų proporcijos – daug ar mažai riebalų, vidutiniškai, mažai ar labai mažai angliavandenių, vegetarinė, Viduržemio jūros ir kitos dietos.

Vis dėl to daugiausiai naudos sveikatai suteikia tokia mityba, kurioje vyrauja augalinės kilmės maistas. 2020 metais paskelbtame geriausių dietų diabeto gydymui trejetuke buvo:

- Viduržemio jūros dieta;
- DASH dieta;
- fleksitarinė dieta.

Šie trys mitybos modeliai vyrauja ir širdžiai naudingiausių, geriausių dietų apskritai bei sveikatai palankiausių dietų rinkimuose.

DASH ir Viduržemio jūros dietos akcentuoja didesnę daržovių, kompleksinių angliavandenių, augalinės kilmės baltymų (ankštinių, riešutų ir sėklų) ir vaisių suvartojimą. Lyginant su įprasta vakarietiška mityba, minėtos dietos rekomenduoja mažiau gyvulinės kilmės baltymų bei viso riebumo pieno produktų.

DASH dieta (angl. *Dietary Approaches to Stop Hypertension* – mitybiniai bandymai sustabdyti hipertenziją) yra rekomenduojama Amerikos Nacionalinio inkstų fondo, Nacionalinio širdies, plaučių ir kraujo instituto, Amerikos širdies asociacijos.

DASH dieta, kaip rodo jos originalus angliškas pavadinimas, buvo sukurta siekiant mažinti kraujo spaudimą. Vos per dvi savaites maitinantis pagal DASH dietos principus arterinis kraujo spaudimas gali sumažėti keliais mmHg, o per ilgesnį laiką vidutiniškai 8–14 mmHg. Vėlesni tyrimai, atlikti su šia dieta, patvirtino jos naudą mažinant širdies ligų, insulto, osteoporozės, vėžio riziką, inkstų akmenų formavimąsi, be to, tokia mityba gerina jautrumą insulinui, lipidemijos rodiklius bei padeda mažinti atsvorį. Maitinimasis pagal šios dietos principus gali sulėtinti širdies ir inkstų ligų progresavimą.

- DASH dieta remiasi teisingu porcijos dydžiu, maisto ir maistinių medžiagų įvairove. Šios dietos pagrindą sudaro daržovės, vaisiai, liesi pieno produktai, viso grūdo kruopos, žuvis, vištiena, ankštiniai, sėklos ir riešutai. Su šiais produktais gaunama daug kalio, skaidulų, magnio, kalcio ir vidutinis kiekis baltymų.
- DASH dietoje mažai druskos ir natrio, pridėtinio cukraus ir saldumynų, riebalų, ypač sočiųjų ir tropinių aliejų, raudonos mėsos.
- Šioje mityboje yra gana nemažas angliavandenių kiekis (iš jų gaunamos kilokalorijos sudaro iki 55 proc. dienos energijos kiekio).

DASH dieta siejama su geresne svorio kontrole, o tai turi ryšį ir su geresne glikemijos kontrole. Taip pat tokia mityba gerina audinių jautrumą insulinui, kuris būna sutrikęs dar gerokai prieš diagnozuojant antrojo tipo diabetą, vadinamojo prediabeto stadijoje. Tokiu būdu DASH dieta sumažina diabeto atsiradimo riziką 20 procentų.

DASH mitybos modelis pateikiamas labai paprastai ir suprantamai – visi produktų kiekiai nurodomi porcijų skaičiais, kokius reiktų suvartoti per dieną / savaitę atsižvelgiant į individualų kilokalorijų poreikį. Pavyzdžiui, pacientui rekomenduota suvartoti 1500 kcal per dieną. Tokiu atveju pacientas turėtų žiūrėti į porcijų skaičių, nurodytą 1400–1600 kcal/d. stulpelyje.

Maisto porcijų skaičiaus pasirinkimas pagal DASH dietą.

Lentelėje nurodytas rekomenduojamas atskirų maisto grupių kiekis per dieną porcijomis pagal reikiamą gauti dienos kcal kiekį. Paaiškinimai ir porcijų apibrėžimai pateikti po lentele.

GRUPĖ	1 200 kcal/d.	1 400–1 600 kcal/d.	1 800–2 000 kcal/d.	2 600 kcal/d.	3 100 kcal/d.
Kruopos, grūdai	4–5/d.	5–6/d.	6–8 /d.	10–11/d.	12–13/d.
Daržovės	3–4/d.	3–4/d.	4–5/d.	5–6/d.	6/d.
Vaisiai	3–4/d.	4/d.	4–5/d.	5–6/d.	6/d.
Pieno produktai	2–3/d.	2–3/d.	2–3/d.	3/d.	3–4/d.
Mėsa, žuvis, paukštiena ir kiaušiniai	1 ki 3/d.	3–4/d.	6/d.	6/d.	6–9/d.
Riebalai ir aliejus	1/d.	1–2/d.	2–3/d.	3/d.	4/d.
Riešutai, sėklos ir ankštiniai	3/sav.	3–4/sav.	4–5/sav.	1/d.	1/d.
Saldumynai ir pridėtiniai cukrūs	< 3/sav.	< 3/sav.	< 5/sav.	< 2/d.	< 2/d.

1 stiklinė – 240 ml

KRUOPOS, GRŪDAI – skaidulų ir energijos šaltiniai

1 porciją sudaro:

- riekė duonos;
- ½ stiklinės virtų kruopų ar makaronų.

Tinkamos kruopos: avižos, rudieji ryžiai, griekiai, kitos viso grūdo kruopos, spraginti kukurūzai.

DARŽOVĖS – kalio, magnio, skaidulų šaltinis

1 porciją sudaro:

- 1 stiklinė žalių lapinių daržovių;
- ½ stiklinės pjaustytų šviežių ar termiškai apdorotų daržovių;
- ½ stiklinės daržovių sulčių.

Pavyzdžiai: brokoliai, morkos, žalios lapinės daržovės, agurkai, pomidorai, žalieji žirneliai, įvairių rūšių kopūstai, saldžiosios bulvės ir bulvės (įvairių rūšių bulves vartoti rečiau, tai negali būti pagrindinis daržovių šaltinis).

VAISIAI – kalio, magnio, skaidulų šaltinis

1 porciją sudaro:

- 1 vidutinio dydžio vaisius;
- ¼ stiklinės nesaldintų džiovintų vaisių;
- ½ stiklinės pjaustytų šviežių, šaldytų ar konservuotų vaisių ar vaisių sulčių.

Pavyzdžiai: obuoliai, uogos, abrikosai, nektarinai, apelsinai, persikai ir t. t.

PIENO PRODUKTAI – kalcio ir baltymų šaltinis

I porciją sudaro:

- I stiklinė jogurto, kefyro, rūgpienio ar pieno (jį rinktis kuo rečiau);
- 45 g sūrio.

MĖSA, ŽUVIS, KIAUŠINIAI IR PAUKŠTIENA – baltymų šaltinis

I porciją sudaro:

- 30 g paruoštos mėsos, paukštienos ar žuvies;
- I kiaušinis.

Pavyzdžiai: paukštiena be odelės, tunas, lašiša, upėtakis, liesa jautiena, kiauliena ar aviena.

RIEBALAI IR ALIEJUS

I porciją sudaro:

- I arb. š. (5 ml) aliejaus (rekomenduojamas alyvuogių ar linų sėmenų);
- I šaukštas majonezo;
- 2 arb. š. salotų padažo.

RIEŠUTAI, SĖKLOS IR ANKŠTINIAI – magnio, baltymų, skaidulų, energijos šaltinis

I porciją sudaro:

- 45 g riešutų;
- 2 šaukštai riešutų sviesto;
- 2 šaukštai arba 15 g sėklų;
- ½ stiklinės virtų ankštinių.

Pavyzdžiai: migdolai, graikiniai, lazdyno riešutai, saulėgrąžų, moliūgų sėklos, pupelės, lęšiai, avinžirniai.

SALDUMYNAI IR PRIDĖTINIS CUKRUS

I porciją sudaro:

- I šaukštas cukraus / medaus / klevų sirupo;
- I šaukštas uogienės;
- ½ stiklinės želė ar šerbeto;
- I stiklinė limonado.

Lentelės, kurioje galima žymėti per dieną suvalgytas porcijas, pavyzdys:

Data		Porcijų kiekis per dieną pagal maisto grupes							
Valgymas	Suvalgytas kiekis porcijomis	Kruopos, grūdai	Daržovės	Vaisiai	Pieno produktai	Mėsa, žuvis, paukštiena, kiaušiniai	Riešutai, sėklos, ankštiniai	Riebalai ir aliejai	Saldumynai ir pridėtiniai cukrūs
Pusryčiai pvz., virti kiaušiniai, duona, daržovės	2 vnt. 1 riekė ½ stiklinės paprikų ir agurkų	1	1			2			
Pietūs									
Vakarienė									
Užkandžiai									
Dienos porcijų skaičius									
Porcijų kiekis 2000 kcal/d.		6–8 per dieną	4–5 per dieną	4–5 per dieną	2–3 per dieną	6 ir mažiau per dieną	4–5 per savaitę	2–3 per dieną	5 ar mažiau per savaitę

Patarimai, kaip DASH dietos principus pritaikyti kasdieninėje mityboje:

- Rinkitės visadalius, neapdorotus grūdus, nes jie turi daugiau skaidulų ir naudingų medžiagų nei perdirbti, šlifuoti grūdai, lėčiau kelia gliukozės kiekį kraujyje. Pavyzdžiui, rinkitės ruduosius ryžius vietoj baltųjų, visadalių kietagrūdžių miltų ar ankštinių kultūrų (lęšių, pupelių, avinžirnių) miltų makaronus vietoj baltųjų miltų makaronų.
- Valgykite daržoves bent su dviem pagrindiniais valgymais per dieną.
- Naudokite daržoves ne tik garnyrui ar salotoms, bet iš jų gaminkite ir pagrindinį patiekalą – troškinius, sriubas.
- Valgykite ne tik šviežias, bet ir šaldytas ar konservuotas daržoves, ypač žiemos metu. Perkant konservuotas daržoves, pvz., lęšius, pupeles, rinkitės be pridėtinės druskos, prieš ruošiant valgymui perplaukite po tekančiu vandeniu.
- Vaisių valgykite užkandžiui arba desertui po pagrindinio valgymo. Jei toleruojate, palikite odeles ir žievelas.
- Riebius pieno produktus keiskite liesesniais.
- Stenkitės mažinti gyvūninės kilmės baltymų kiekį savo racione. Jei esate įpratę valgyti mėsą dideliais kiekiais, pradžioje jos porciją sumažinkite trečdaliu, po kelių dienų dar trečdaliu. Likusią porciją užpildykite didesniu daržovių kiekiu arba augalinės kilmės baltymais, pvz., dalį faršo pakeiskite virtais lęšiais, naudokite sojų faršą.
- Prieš gamindami mėsos patiekalus pašalinkite matomus riebalus, kepkite keptuvėje ar orkaitėje / kepsninėje be riebalų, virkite, troškinkite.
- Riebi žuvis, tokia kaip lašiša, silkė, tunas, turi sveikatai naudingų omega 3 riebiųjų rūgščių. Įtraukite šios žuvies į savo racioną 2 k./sav. arba 300 g/sav.

- Vieną dieną per savaitę nevalgykite mėsos patiekalų.
- Desertui valgykite vaisius, nesūdytus riešutus ir sėklas, namie spragintus kukurūzus be druskos ir sviesto.
- Naudokite šviežius, konservuotus ar šaldytus vaisius ir daržoves.
- Jei iki pradėdami maitintis pagal šios dietos principus valgėte labai mažai daržovių, vaisių ir visadalių grūdų, smarkiai padidėjęs skaidulų kiekis gali sukelti pilvo pūtimą. Tokiu atveju minėtų produktų kiekį savo racione didinkite palaipsniui, pradėdami nuo mažų kiekių, pvz., į sriubą įdėkite keletą šaukštų pupelių.

Viduržemio jūros dieta.

Viduržemio jūros dietai būdinga didelis mononesočiųjų riebalų, kurie gaunami su alyvuogių aliejumi, suvartojimas. Taip pat leidžiamas vidutinis raudonojo vyno vartojimas.

Nepaisant gana didelio riebalų kiekio suvartojimo, šiai dietai būdinga mažesnis sergamumas sunkiomis širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis bei antrojo tipo diabetu.

Lėkštės modelis.

Lėkštės modelio taikymas yra labai paprastas ir lengvai įsimenamas maisto porcijų reguliavimo būdas, ypač, jei neskaičiuojami tikslūs suvalgytų angliavandenių kiekiai. Lėkštę, iš kurios valgysite, mintyse padalinkite pusiau. Vieną jos pusę turi sudaryti nekrakmolingos daržovės – įvairios žalialapės daržovės, kopūstai, agurkai ir kt. Kitą pusę padaliname dar perpus – gauname du ketvirtadalius. Vieną ketvirtadalį turi sudaryti sudėtiniai angliavandeniai (viso grūdo kruopos, krakmolingos daržovės, viso grūdo duona), o likusį ketvirtadalį – baltymai.

Rakto skylutės ženklas.

Rakto skylutės ženklas gali būti naudojamas tik ant sveikatai palankių produktų, atitinkančių patvirtintus kriterijus, pakuočių. Šio ženklinimo tikslas – padėti išsirinkti sveikatai palankesnius produktus tarp kitų tos pačios grupės produktų. Tokiuose produktuose yra mažiau cukraus, druskos, sočiųjų riebalų, transriebalų, nėra maisto saldiklių, o grūdų turinčiuose gaminiuose išsaugota daugiau maistinių skaidulų. Nuolat atnaujinama gaminių, žymimų rakto skylutės ženklu, sąrašą galima rasti <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/rakto-skylute/rinkoje>.

Fizinis aktyvumas.

Fizinis aktyvumas ir struktūruotas sportas turi būti kiekvieno paciento gydymo plano dalimi. Individualios rekomendacijos priklauso nuo amžiaus, buvusio fizinio aktyvumo, gretutinių ligų.

Fizinis aktyvumas:

- gerina glikemijos kontrolę;
- mažina širdies ir kraujagyslių ligų rizikos faktorius;
- padeda mažinant / palaikant svorį;
- gerina savijautą;
- mažina audinių atsparumą insulinui;
- fizinis aktyvumas kartu su mitybos korekcija labiau mažina sistolinį ir diastolinį kraujo spaudimą nei mitybos korekcija be fizinio aktyvumo.

Pacientams, kurie naudoja insuliną ar insulino sekretagogus, fizinis aktyvumas gali sukelti hipoglikemiją. Jei glikemija prieš sportą ar intensyvesnį fizinį aktyvumą yra $< 5,0$ mmol/l, gali reikėti suvalgyti papildomą porciją angliavandenių. Dėl padidėjusio audinių jautrumo insulinui hipoglikemija gali atsirasti praėjus kelioms valandoms po fizinio aktyvumo. Labai intensyvus fizinis aktyvumas, priešingai, gali padidinti glikemiją po sporto.

Sergantiesiems diabetu rekomenduojamas fizinis aktyvumas:

- Vaikai ir paaugliai, sergantys II tipo diabetu, – 60 min./d. arba daugiau vidutinio arba didelio intensyvumo aerobiniai pratimai ir raumenis ir kaulus stiprinantys pratimai bent 3 d./sav.
- Suaugusieji, sergantys II tipo diabetu, turėtų skirti 150 min./sav. ar daugiau vidutinio / aukšto intensyvumo aerobinei fizinei veiklai per savaitę, ją paskirstant bent per tris dienas, darant ne ilgesnes nei dviejų dienų pertraukas be fizinio aktyvumo.
- Jaunesniems ir fiziškai stipresniems gali būti tinkamos trumpesnės trukmės (ne mažiau 75 min./sav.), bet didelio intensyvumo ar intervalinės treniruotės. Fiziškai treniruotu asmeniu laikomas toks asmuo, kuris gali bent 25 minutes bėgti 9,7 km/val. greičiu.
- Suaugusiesiems, sergantiems II tipo diabetu, rekomenduojama 2–3 kartus per savaitę, ne viena po kitos einančiomis dienomis, pasipriešinimo treniruotės.
- Visi suaugusieji, ypač sergantys II tipo diabetu, turi sumažinti sėdint praleidžiamo laiko trukmę. Ilgesnio sėdėjimo reguliarus pertraukimas kas 30 min. atsistojant, pavaikstant, darant lengvus tempimo ar kitus pratimus pagerina glikemijos kontrolę.
- Vyresnio amžiaus asmenims rekomenduojama lankstumą ir balansą gerinančios treniruotės (pvz., joga, „tai chi“) 2–3 k./sav.

Rūkymas.

Sergantieji diabetu ir rūkantieji arba patiriantys pasyvų rūkymą iš aplinkos turi didesnę širdies ir kraujagyslių ligų, priešlaikinės mirties, mikrokraujagyslinių komplikacijų riziką, blogesnę glikemijos kontrolę lyginant su nerūkančiais, todėl rūkymo atsisakymas turi būti vienu iš pagrindinių gyvensenos korekcijos tikslų. Atsisakyti reikia ne tik įprastų, bet ir elektroninių cigarečių.

Kai kuriems asmenims netrukus po rūkymo metimo šiek tiek padidėja svoris, tačiau tyrimai rodo, kad šis svorio padidėjimas nepanaikina rūkymo metimo naudos širdies ir kraujagyslių sistemai. Svorio padidėjimas didžiąja dalimi susijęs ir su tuo, kad įprotis rūkyti nepastebimai keičiamas nauju žalingu įpročiu užkandžiauti (nesąmoningai cigaretės dėjimas į burną pakeičiamas maisto dėjimu į burną, ypač siekiant nusiraminti). Pacientams rekomenduojama atidžiai stebėti savo elgesį ir nebijoti paprašyti savo šeimos gydytojo pagalbos norint atsisakyti įpročio rūkyti.

PSICHOLOGINĖS IR SOCIALINĖS POLILIGOTŲ PACIENTŲ PROBLEMOS, PACIENTŲ MOTYVAVIMAS, ĮGALINIMAS IR ĮSITRAUKIMAS Į GYDymo PLANAVIMĄ IR SPRENDIMŲ PRIĖMIMĄ

Parengė visuomenės sveikatos specialistė S. Cicėnaitė

Psichologinės ir socialinės poliligotų pacientų problemos

Visuomenei senėjant didėja sergamumas lėtinėmis ligomis. Nustatyta, kad žmonėms, vyresniems nei 65 metai, kas penkerius metus vidutiniškai prisideda po vieną lėtinę ligą. Tyrimais taip pat nustatyta, kad 57 proc. poliligotų pacientų jaučia depresijos požymius.

Depresija yra dažna ir rimta medicininė liga, kuri negatyviai veikia žmogaus savijautą, mąstymą ir poelgius. Ji gali sukelti įvairių emocinių ir psichinių problemų, sumažinti asmens gebėjimą dirbti ar pasirūpinti savimi.

Tarp lėtinių ligų ir depresijos atsiradimo stebimas trejopas ryšys: depresija lemia lėtinių ligų atsiradimą, lėtinės ligos – depresijos atsiradimą bei šios ligos viena nuo kitos gali būti nepriklausomos. Turintieji lėtinių ligų reikšmingai dažniau turi depresijos simptomų nei nesergantys, o cukrinis diabetas (toliau – CD) ir širdies ligos taip pat didina depresijos simptomų atsiradimą.

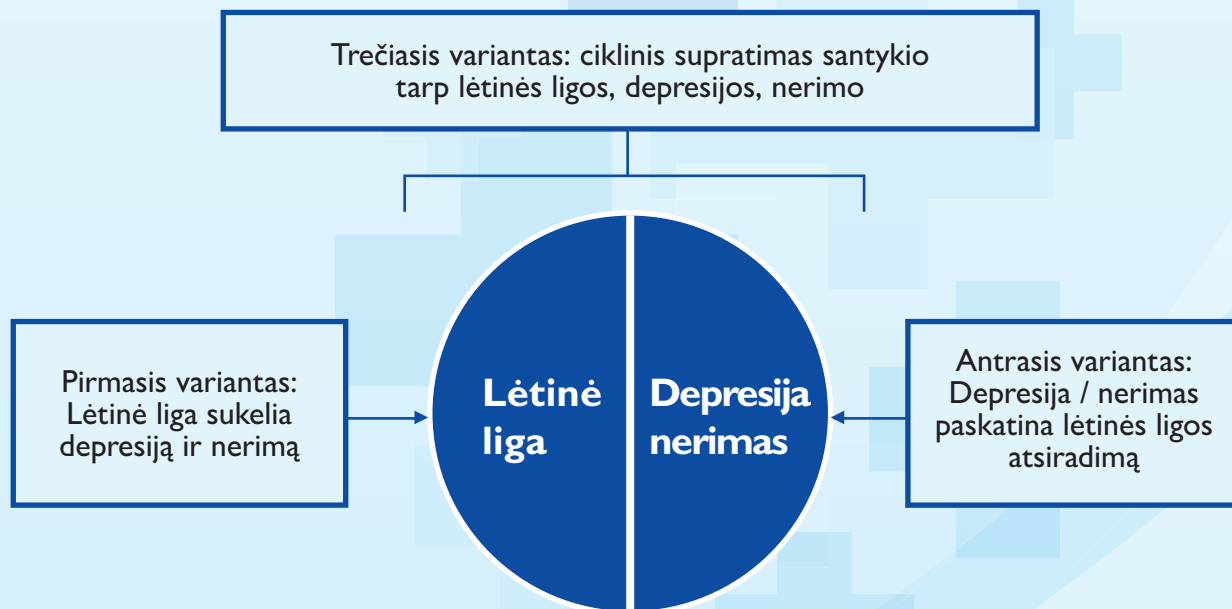
Depresija sergančių pacientų gyvenimo trukmė 5–10 metų trumpesnė negu nesergančių šia liga. Depresija kartu su lėtinėmis ligomis siejama ir su dažnesniu vizitų skaičiumi ambulatoriniame ar skubiosios pagalbos skyriuose, taip pat didina dienų skaičių, kurios praleidžiamos lovoje dėl ligos ir kitų sveikatos negalavimų.

Santykis tarp lėtinių ligų ir depresijos ar nerimo gali būti dvejopas:

1. **tarpusavyje susijęs** (kai viena iš jų sukelia kitą);
2. **nepriklausomas** (kai nėra jokio ryšio tarp lėtinių ligų ir depresijos ar nerimo).

Pirmuoju atveju, galimi trys variantai (žr. I pav.):

- 1) lėtinės ligos sukelia depresiją ar nerimą;
- 2) depresija ar nerimas paskatina lėtinių ligų atsiradimą;
- 3) depresija ir nerimas paūmina lėtinės ligas ir atvirkščiai.



I pav. Lėtinių ligų ir depresijos tarpusavio priklausomybė. Depresijos paplitimą tarp pacientų, sergančių 2 tipo CD ir pirmine arterine hipertenzija (toliau – PAH), lemia amžius, lytis, išsilavinimo lygis bei ligos trukmė (daugiau nei 10 m.).

Sergantiesiems 2 tipo CD ir PAH depresija pasireiškia esant:

- miego sutrikimams;
- kūno masės pokyčiams (antsvoriui ar nutukimui);
- nutrauktam ar nereguliariam fiziniam krūviui;
- šeiminiam CD;
- psichiniams sutrikimams.

Pastebėta, jog tarp poliligotų pacientų depresijos paplitimą sumažina pojūtis arba suvokimas, jog liga yra kontroliuojama. Depresijos simptomai yra susiję su padidėjusiu kūno masės indeksu, prasta mityba, mažu fiziniu aktyvumu ir rūkymu, o pastarieji yra 2 tipo CD ir ŠKL rizikos veiksniai.

Sergantieji 2 tipo CD turi 24 % didesnę riziką susirgti depresija, o depresija sergantis asmenys turi 60 % didesnę riziką 2 tipo CD atsiradimui.

Ilgalaikis antidepresantų vartojimas (atipiniai antipsichotikai, tricikliai antidepresantai (nortriptilinas) didelėmis dozėmis skatina 2 tipo CD išsivystymą. Tuo tarpu su 2 tipo CD susiję rizikos veiksniai, didinantys depresijos išsivystymą, yra metabolinis sindromas, nutukimas, stresas dėl ligos.

Depresija ir nerimas didina minčių apie savižudybę pasireiškimo riziką ypač vienišiams pacientams, todėl norint išvengti suicido rizikos ypač svarbu anksti diagnozuoti psichinius sutrikimus. Kognityvinė elgesio terapija yra veiksminga intervencija, suteikianti ilgalaikės, kliniškai reikšmingos naudos, kontroliuojant 2 tipo CD sergančiųjų depresiją ir glikemiją.

Depresija pasireiškia 2–3 kartus dažniau pacientams, sergantiems ŠKL. Šis skirtumas stebimas visose amžiaus grupėse, tačiau didžiausias yra tarp jaunų pacientų, ypač moterų.

Tyrimais nustatyta, jog derinant tradicinę mediciną su netradicine, pacientų savijauta pagerėja. Pvz.: meditacija pagerina nuotaiką ir palengvina depresijos simptomus, sumažina nuovargį, pagerina kraujo spaudimą, sumažina insulino rezistensiškumą, hiperlipidemiją. Manoma, kad vietoj struktūrizuoto fizinio aktyvumo, vidutiniškai aktyvus ar energingas gyvenimo būdas yra geresnė alternatyva diabeto pacientams, t. y. laisvalaikio metu atliekama fizinė veikla, tokia kaip bėgiojimas, vaikščiojimas, sodininkystė. Praktikuojant jogą sumažėja gliukozės koncentracija tiek po valgio, tiek nevalgius, HbA1c, arterinis kraujo spaudimas sergantiems I ir II arterine hipertenzija.

Norint užtikrinti maksimaliai kokybiškas paslaugas poliligotiems asmenims labai svarbu identifikuoti ir spręsti socialines problemas bei integruoti jų poreikį. Šios paslaugos turi būti teikiamos siekiant užkirsti kelią bet kokių socialinių problemų atsiradimui: asmens, šeimos ar bendruomenės.

Kiekvienas iš pirminės sveikatos priežiūros (PSP) specialistų (šeimos gydytojas, išplėstinės ar bendruomenės praktikos slaugytoja, taip pat ir pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys specialistai) turi gebėti laiku identifikuoti socialines problemas, kadangi neretai ligoniams reikalingas ne tik medikamentinis gydymas, bet ir socialinė pagalba bei parama.

Poliligoti pacientai, nejausdami aplinkinių palaikymo, kuris padėtų prisitaikyti prie savo ligų ir negalių gyvenime, yra linkę tik labiau atsiriboti nuo socialinio gyvenimo.

Poliligotų asmenų socialinės problemos:

- **gyvenimo kontrolės jausmo praradimas;**
- **noras būti tik namuose;**
- **socialinės veiklos ir bendravimo sumažėjimas.**

Svarbu kuo anksčiau identifikuoti pacientų psichologines ir socialines problemas, tuomet įtraukiant kitus specialistus (socialinius darbuotojus, psichologus, psichiatrus ir pan.) bus galima pasiekti geresnių gydymo rezultatų ir išvengti kai kurių lėtinių ligų.

Pacientų motyvavimas, įgalinimas ir įsitraukimas į gydymo planavimą ir sprendimų priėmimą

Motyvacija suteikia veiklai prasmę ir kryptį, tai vidinis impulsas, valia siekti. Motyvacija yra veiklos skatinimo sistema, kurią sąlygoja motyvai.

Pacientų įgalinimas – tai procesas, kuris padeda žmonėms įgyti savo gyvenimo kontrolę ir padidina jų gebėjimą spręsti problemas, kurias jie patys įvardija kaip svarbias. Tokie pacientai gali priimti kompetentingus sprendimus dėl savo sveikatos būklės.

Svarbiais įgalinimo aspektais laikytina paciento:

- Saviveiksmingumas;
- Savimonė;
- Pasitikėjimas;
- Susidorojimas su įgūdžiais;
- Sveikatos raštingumas.

Saviveiksmingumas

Saviveiksmingumas apibrėžiamas kaip žmogaus stiprus noras stengtis, siekiant įgyvendinti tam tikras užduotis. Saviveiksmingumas stiprėja, kai mes patys sėkmingai tas užduotis įgyvendiname ir pasiekiame išsikeltus tikslus. Saviveiksmingumo neįmanoma išmokyti teoriškai, jį galima stiprinti tik praktiškai.

Kaip stiprinti saviveiksmingumą?

1. Sėkmingas atlikimas. Išmanymas – pirmas raktas į saviveiksmingumo jausmo stiprinimą. Jo principas, kad pats individas savo asmeninėmis pastangomis atkakliai stengiasi pasiekti tikslą. Tokiu būdu suprantama ir kitaip vertinamas pats procesas ir pasiekti rezultatai, greičiau atsigaunama po nesėkmių ir sunkumų.
2. Netiesioginis mokymasis. Saviveiksmingumas gali būti stiprinamas per netiesioginę patirtį, stebint, kaip panašiose situacijose ar eidami tuo pačiu gydymo keliu asmenys pasiekia efektyvių rezultatų. Jei žmogus mato, kad kitas asmuo gali patirti sėkmę, jis mano, kad sėkmę gali pasiekti ir pats.
3. Žodinis įsitikinimas. Formuojant nuomonę apie save tam tikros įtakos turi ir kiti asmenys. Žodiniai paskatinimai ir padaršinimai didina saviveiksmingumą ir motyvaciją, o neigiami atsiliepimai – mažina. Moralinis ir žodinis palaikymas iš aplinkos mažina abejones ir skatina dėti daugiau pastangų į procesą, norint pasiekti reikiamą / norimą rezultatą.
4. Fizinė ir emocinė būsena. Pats žmogus turi suvokti savo fizinės sveikatos situaciją ir su ja susijusias emocijas. Žmogus turi gebėti įvertinti, dėl ko šios emocijos kyla, kaip galima sau padėti ar kaip galima su jomis išbūti. Suvokiant savo emocinę ir fizinę būklę galima sumažinti patiriamą streso ir nerimo kiekį ir atsikratyti neigiamų emocijų.

Savimonė

Savęs išskyrimas iš aplinkos ir savo santykio su pasauliu, savojo aš, savo asmenybės fizinių ir dvasinių savybių, savo poelgių, veiksmų, minčių, jausmų, norų, interesų suvokimas ir vertinimas. Savimonė susidaro:

- veikiant kitų žmonių vertinimams;
- lyginant savo poelgių ir veiksmų motyvus;
- lyginant tikslus ir rezultatus su visuomenės priimtomis socialinio elgesio normomis.

Pasitikėjimas

Šis įgūdis padeda geriau kontroliuoti savo gyvenimą, pasiekti savo tikslus ir pasitikėti savimi. Pasitikint saviimi, savęs vertinimas yra pozityvus, bet kartu ir neatitrūkstantis nuo realybės bei esamos bendros situacijos.

Sveikatos raštingumas

Pažintiniai ir socialiniai įgūdžiai, veikiantys asmenų motyvaciją ir gebėjimą pasiekti, suprasti ir naudoti informaciją gerai sveikatai palaikyti. Tai gebėjimas identifikuoti, gauti, vertinti, atrinkti ir etiškai bei atsakingai naudoti reikalingą informaciją iš įvairių informacijos šaltinių, padedančių žmogui suprasti esamą situaciją.

Igalintas, sąmoningas, motyvuotas ir savarankiškas pacientas – gali valdyti lėtinę ligą. Tokie pacientai yra socialūs ir visuomeniškai, geba patys savimi pasirūpinti, nebijo išskylančių sunkumų arba esant pagalbos poreikiui visada žino, kokia ir kieno pagalba jiems būtų reikalinga ir drąsiai dėl jos kreipiasi.

Užrašams

