



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 SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTAMS



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 klinicine 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 sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys ir projekte 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 keliama į poliklinikų informacines sistemas ir tiesiogiai perduodami į ESPBI IS.

TECHNOLOGIJOS, LEIDŽIANČIOS PACIENTAMS NUOTOLINIŲ BŪDŲ PATEIKTI SVEIKATOS DUOMENIS

Kiekvienam pacientui bus išduodamas naujas gliukomatis „Accu-chek Istant“. 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. Projekte dalyvaujantys sveikatos priežiūros specialistai naudosis specialiai projekto reikmėms nupirktais mobilieisiais telefonais ir planšetiniais kompiuteriais.

MOKYMAI

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

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ KONSULTACIJOS

Šeimos gydytojas – atrinka 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 indikacija, 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 indikacija, 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 pacientus mokys 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 – visuomenės sveikatos priežiūros klausimais konsultuoja, rengia paskaitas sveikatos priežiūros specialistams, taip pat atsakingas už pacientų, turinčių žalingų rizikos veiksnių, konsultavimą.

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 būdinga nežinomos kilmės ilgalaikis arterinio kraujospūdžio (AKS) padidėjimas, kai gydymo įstaigoje išmatuojamas AKS $\geq 140/90$ mmHg, o 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 1000 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.

Arterinė hipertenzija gali būti:

- **pirminė** (daugiau kaip 90 proc. AH sergančių žmonių), kai priežastys nėra žinomos
- **antrinė** (apie 10 proc. AH sergančių žmonių), kai priežastys yra nustatytos

Pirminės arterinės hipertenzijos rizikos veiksniai yra:

- **nekeičiami:**

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

- amžius
- rasė (juodaodžių AKS didesnis nei baltaodžių)

- **modifikuojami** (šalinami):

- rūkymas
- antsvoris, nutukimas
- gausus riebaus, sūraus maisto, alkoholio vartojimas
- judėjimo stoka
- 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).

Patogenezė. Hemodinamika

Arterinė hipertenzija yra poligeninė liga. Sergantiesiems arterine hipertenzija didėja minutinis kraujo tūris ir periferinis kraujagyslių pasipriešinimas. Atsižvelgiant į tai, kuris iš šių mechanizmų laikomas pirminiu, galimos dvi pirminės arterinės hipertenzijos kilmės hipotezės:

- **Pirmoji hipotezė** – širdies minutinio tūrio padidėjimas. Gali būti, kad dėl genetinio defekto susilpnėja natrio išsiskyrimas pro inkstus, susilaiko daugiau skysčių ir didėja minutinis širdies tūris. Jam padidėjus, ryškėja periferinė vazokonstrikcija, sauganti nuo hiperperfuzijos, todėl didėja periferinis pasipriešinimas ir AKS.

- **Antroji hipotezė** – AH prasidėjimui svarbiausias veiksnys yra vazokonstrikcija, kurią gali sukelti padidėjęs vazokonstriktinių medžiagų (renino, katecholaminų, endotelinų) kiekis, elgsenos ir neurogeniniai veiksniai, padidėjęs kraujagyslių lygiųjų raumenų ląstelių jautrumas, padidėjęs simpatinės nervų sistemos aktyvumas. Izoliuotą sistolinę hipertenziją sukelia stambiųjų kraujagyslių sustandėjimas.

Negydam ar nepakankamai gydant arterinę hipertenziją kairysis skilvelis hipertrofuoja, išryškėja diastolinė, vėliau ir sistolinė kairiojo skilvelio disfunkcija. Prasidėjus dekompensacijai, kairysis skilvelis plečiasi, siena plonėja, išoriniai širdies matmenys didėja.

Kuo pasireiškia padidėjęs arterinis kraujo spaudimas?

Arterine 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.

Arterinės hipertenzijos diagnozė – tai ne vien arterinio kraujospūdžio padidėjimas, bet sindromas, susidedantis iš:

- 1) padidėjusio AKS;
- 2) hipertenzinės kardiopatijos (hipertenzinės širdies ligos);
- 3) hipertenzinės nefropatijos (hipertenzinės inkstų ligos);
- 4) hipertenzinės arteriopatijos (hipertenzinės arterijų ligos);
- 5) hipertenzinio-metabolinio sindromo ar atskirų kardiovaskulinių rizikos veiksnių.

Formuluojant arterinės hipertenzijos diagnozę, joje privalo atsispindėti AKS padidėjimo laipsnis, visos nustatytos arterinės hipertenzijos sindromo sudedamosios dalys ir rizikos grupė. AKS padidėjimas vertinamas laipsniais pagal kraujospūdžio dydį.

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 reikėtų atlikti ryte (tik atsikėlus) ir vakare, ramioje aplinkoje, 5 min. pailsėjus, 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, tačiau vis tiek išliekant aukštam kraujospūdžiui, taip pat esant ryškiems AKS svyravimams per parą.

Paros AKS stebėsenos tyrimas gali įvertinti paciento kraujospūdį nakties metu. Naktį miegant kraujospūdis turi kristi (> 10 proc.), tačiau daliai pacientų jis arba nepakankamai sumažėja, arba nesumažėja visai. Toks naktinis kraujospūdžio pakilimas yra ypač žalingas: blogėja kardiovaskulinė prognozė, kenkia ma 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 klausantis fonendoskopu 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 atvejų 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. Nevartoti kofeino bent valandą prieš matavimą.
2. Nerūkyti bent 30 min. iki matavimo.
3. Nevartoti medikamentų, kurių sudėtyje yra adrenergiškai veikiančių medžiagų, tokių kaip fenilefrinas ar pseudoefedriną (šių medžiagų gali būti lašuose akims ir nosiai).

4. Pailsėti bent 5 minutes.
5. Rami aplinka. Patalpoje turi būti apie 20 °C temperatūra.
6. Vengti streso. Pasistengti, kad žarnynas ir šlapimo pūslė būtų tušti.
7. Nekalbėti procedūros metu.
8. Sėdėti patogiai atsirėmus į kėdės atlošą.
9. Jei stalas per žemas ar nėra kėdės, būtina stengtis, kad manžetė būtų širdies lygyje.
10. Jei matuojama stovint ar gulint, manžetė turi būti širdies lygyje.

Arterinės hipertenzijos diagnozės patvirtinimas

Arterinė hipertenzijos diagnozė neturėtų būti grindžiama vienintelio AKS matavimo rodmenimis vienkartinio apsilankymo gydytojo kabinete metu, išskyrus tuos atvejus, kai yra reikšmingas AKS padidėjimas (pvz.: III laipsnio arterinė hipertenzija) ir yra aiškių OTP požymių (pvz.: hipertenzinė retinopatija su eksudatu ir hemoragijomis, ir / ar KSH, ir / ar kraujagyslių, inkstų pažeida). Arterinės hipertenzijos diagnozė turėtų būti pagrįsta AKS matavimais gydytojo kabinete pakartotinių apsilankymų metu arba, kai įmanoma, matuojant arterinį kraujo spaudimą namuose ar visą parą. Pagal naujausias 2018 metų EKD/EHD arterinės hipertenzijos diagnostikos ir gydymo gaires, rekomenduojama plačiau taikyti kraujospūdžio monitoravimą ambulatorijoje, o ypač namuose, siekiant patvirtinti arterinės hipertenzijos diagnozę, aptikti „balto chalato“ ir „slaptąją“ hipertenziją, vertinti kraujospūdžio kontrolę.

„Balto chalato“ hipertenzija – būklė, kai AKS yra padidėjęs tik gydymo įstaigoje, bet normalus namuose ir / ar ambulatorinio monitoravimo metu. Ji dažniausiai diagnozuojama pacientams, kuriems gydytojo kabinete nustatoma I laipsnio AH. Mažai tikėtina, kad gydytojo kabinete nustačius II laipsnio AH, namuose išmatuotas ar paros stebėsenos metu AKS bus normalus. „Balto chalato“ hipertenziją turi iki 30–40 % pacientų, kurių kraujospūdis būna padidėjęs tik gydymo įstaigoje. Dažniau pasitaiko vyresniems, nerūkantiems asmenims, moterims. Esant baltojo chalato hipertenzijai, antihipertenzinis medikamentinis gydymas įprastai nėra skiriamas, tačiau rekomenduojami gyvensenos pokyčiai. Labai svarbu užtikrinti šių pacientų ilgalaikę, reguliarią stebėseną, nes daugeliui AKS ilgainiui didės ir matuojant namuose, todėl prireiks medikamentinio gydymo.

„Slaptoji“ hipertenzija – būklė, kai kraujospūdis yra normalus gydymo įstaigoje, bet padidėjęs namuose ar ambulatorinio monitoravimo metu. Slaptoji AH dažniausiai pasireiškia pacientams, kuriems yra padidėjęs normalus AKS (išmatuojamas gydytojo kabinete), jį reikia įtarti, kai nustatoma hipertenzijos sukelta organų pažeida. „Slaptoji“ hipertenzija aptinkama ~15 % asmenų, turinčių normalų kraujospūdį gydymo įstaigoje. Ši būklė labiau būdinga jaunesniems asmenims, vyrams, rūkantiems ir tiems, kurie intensyviau sportuoja, vartoja alkoholį, turi nerimo sutrikimų, streso darbe.

Hipertenzine 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 ≤ 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 ir juosmens apimtį < 94 cm vyrams ir < 80 cm moterims. 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 (padidėjusį cukrų 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 g gryno alkoholio. 1 alaus butelyje yra maždaug 2 alkoholio vienetai, butelyje vyno – 8 vienetai, 0,5 l degtinės – 21 alkoholio vienetai. 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 atitinkamai 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 (tiazidiniai 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 $\geq$ 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 adrenoblokatorių. 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 $\geq$ 160 mmHg ($\geq$ 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 („Dupleks“ 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.

Arterinė 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 veiksnius.

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 gyvenimą 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 L. Sadauskienė ir šeimos gydytoja I. Tubinytė

Kontrolės rodikliai	Siektina
- Gliukozės kiekis matuojamas kapiliariniame kraujyje - Glikemijos rezultatai - Sunki hipoglikemija (kurią reikėtų gydyti) ir (arba) naktinė hipoglikemija	- Prieš valgį $\leq 7,0$ mmol/l 2 val. Po valgio $\leq 8,5$ mmol/l - Nėra
HbA1c tyrimas kas 3 mėnesius	$\leq 7,0$ % be sunkių hipoglikemijų HbA1c parenkamas individualiai: pvz., 7,5 % ilgai CD sergantiems vyresniems ir turintiems gretutines ligas, kai griežta glikemijos kontrolė didina sunkių ir naktinių hipoglikemijų riziką

Siekiant geros CD kontrolės rekomenduojamas modifikuojamų (gyvenimo būdo) faktorių keitimas:

- Pacientas mokomas CD savikontrolės įgūdžių
- Pateikiama informacija apie CD eigą, komplikacijas
- Rekomenduojamas mitybos režimas, dieta
- Pateikiami fizinio aktyvumo patarimai / programa
- Rekomenduojama atsisakyti žalingų įpročių, pvz.: rūkymo, alkoholio vartojimo

Parenkant gydymą poliligotiems pacientams svarbus ne tik CD, bet ir kitų gretutinių ligų (multifaktorinis) gydymas, pvz.: nutukimo, hipertenzijos, hipercholesterolemijos.

Hiperglikemijos gydymas

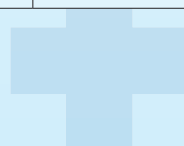
Vaistai, mažinantys gliukozės kiekį kraujyje

1. Biguanidai: metforminas
2. Sulfonilkarbamido dariniai (SK): gliklazidas, glimepiridas, glipizidas, glikvidonas
3. Dipeptidilpeptidazės 4 inhibitoriai (DPP-4 inhibitoriai): sitagliptinas, linagliptinas
4. Į gliukagoną panašaus peptido-1 (GLP-1) receptorių analogai: semaglutidas, dulaglutidas, liraglutidas, liksenatidas
5. Natrio gliukozės pernešėjų 2 inhibitoriai (SGLT-2): empagliflozinas, dapagliflozinas, kanagliflozinas, ertugliflozinas
6. Tiazolidinedionai (TZD): pioglitazonas
7. Insulino preparatai



Lentelė: Antidiabetinių vaistų charakteristika

Vaistai	Pagrindinis fiziologinis veikimas	Svoris	Hipoglikemija	Kardiovaskulinė apsauga	Pašaliniai reiškiniai
Metforminas	↓ gliukoneogenezę kepenyse Veikia žarnyne Pagerina jautrumą insulinui	↓	–	Nauda	Gastrointestinaliniai reiškiniai Viduriavimas, meteorizmas Vitamino B12 stoka Laktacidozė (retai)
Sulfanilkarbamidai	↑ insulino sekreciją	↑	↑	Neaišku	Trumpalaikis efektyvumas
DPP4	↑ insulino sekreciją (priklausomą nuo gliukozės)	Neutralu ↔	–	Neutralu	Retai – dilgėlinė, angioedema Galimas pankreatitas



SGLT2	↓ gliukozės reabsorbciją inkstuose	↓	–	Nauda	Šlapimo / lytinių takų infekcija Hipovolemija Dehidracija
GLP-I analogai (injekcijomis)	↑ insulino sekreciją (priklausomą nuo gliukozės) Lėtina skrandžio evakuaciją ↑ sotumą	↓	–	Nauda	Pykinimas, vėmimas Meteorizmas Ūminis pankreatitas Švirkščiamas
Glitazonai: pioglitazonas	↑ insulino jautrumą periferiniuose audiniuose	↑	–	Neutralu	Edemos Širdies nepakankamumas Kaulų lūžių rizika
Insulinas	Užtikrina gliukozės patekimą į ląsteles	↑	↑	Neutralu	Didina svorį Hipoglikemijų rizika

Šaltiniai: ADA standards of Medical Care in Diabetes 2017. Diabetes Care Volume 40, supplement 1, January 2017.
ADA standards of Medical Care in Diabetes 2020. Diabetes Care January 2020 Volume 43, supplement 1.

- 2 tipo CD gydymas yra pakopinis, pradedamas nuo monoterapijos, vėliau pereinant prie dviejų ar trijų vaistų derinio ar insulino terapijos.
- Pradedant medikamentinį gydymą skiriamas metforminas, prieš papildant gydymą antru vaistu būtina pasiekti maksimaliai toleruojamą metformino dozę.
- Metforminas turi būti tęsiamas kaip bazinis gydymas kombinacijoje su kitais antidiabetiniais vaistais arba insulinu.
- Laikina insulino terapija gali būti skiriama 2 tipo CD gydymo pradžioje, jeigu yra aukšti glikemijos rodikliai ($> 16 \text{ mmol/l}$) arba $\text{HbA}_{1c} (\geq 9 \%)$, yra išreikšti hiperglikemijos simptomai.
- Vėliau tokiems pacientams galima skirti peroralinius antidiabetinius vaistus.

Pakopinis hiperglikemijos gydymas gali būti parenkamas:

- Atsižvelgti į paciento ligos eigą.
- Atsižvelgiant į gretutines ligas, tokias kaip aterosklerotinės širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL), širdies nepakankamumas, lėtinė inkstų liga.
- Prieš skiriant gydymą būtina įvertinti kitų medikamentų sukeliama hipoglikemijų riziką, svorio augimą, vaistų kainą ir toleravimą.
- Jei dominuoja ŠKL, rekomenduojama skirti SGLT-2 inhibitorius arba GLP-1 receptorių analogus.

Lentelė: Vaistų dozavimas remiantis glomerulų filtracijos greičiu (GFG)

Vaistas	Vidutiniškai sumažėjusi inkstų funkcija aGFG 30-60 ml/min./1.73 m ²	1. Stipriai sumažėjusi inkstų f-ja aGFG 15-30 ml/min./1.73 m ² 2. Inkstų nepakankamumas, kai GFG < 15 ml/min./1.73 m ²
Metforminas	aGFG 59-45: Sumažinti dozę iki 2000 mg/d. aGFG 44-30: sumažinti dozę iki 1000 mg/d. Ūmios ligos metu daryti pertrauką	Nutraukti
Sulfanilkarbamidai: Gliklazidas (Diaprel) Glimepiridas (Amaryl) Glikvidonas	Sumažinti dozę dėl hipoglikemijos rizikos Galima tęsti	Nutraukti Galima tęsti
SGLT-2 inhibitoriai: Empagliflozinas (Jardiance) Dapagliflozinas (Forxiga)	Nepradėti, jeigu aGFG < 60 Pradėtą gydymą galima tęsti iki aGFG 45 Nuo aGFG < 45 nutraukti Pertrauka, esant ūmiai ligai	Nutraukti
DPP4 inhibitoriai: Linagliptinas (Trajenta) Sitagliptinas (Januvia)	Pilna dozė Sumažinti dozę iki 50 mg/d.	Pilna dozė Sumažinti dozę iki 25 mg/d. arba nutraukti
GLP-1 receptorių agonistai: Semaglutidas (Ozempic) x 1 kartą per savaitę Dulaglutidas (Trulicity) x 1 kartą per savaitę Liraglutidas (Victoza) x 1 kartą per dieną Liksisenatidas (Lyxumia) x 1 kartą per dieną	Galima naudoti Galima naudoti	1. Galima naudoti iki aGFG > 15 2. Dializuojamiems pacientams nutraukti Nutraukti
Pioglitazonas	Galima naudoti	Dializuojamiems pacientams nutraukti
Insulinai	Galima naudoti	Galima naudoti, dozę koreguoti

Adaptuota pagal vaisto aprašus

2 tipo CD komplikacijos

Diabeto komplikacijų rizika didėja, jeigu:

- nepasiekiami gera CD kontrolė
- taip pat negydomas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas
- padidėjęs cholesterolis
- kiti rizikos veiksniai: rūkymas ir nutukimas

Diabetinė retinopatija:

Siuntimas oftalmologo konsultacijai paprastai x 1 kartą per metus, po to oftalmologas gali vertinti individualiai.

Diabetinė nefropatija:

- Albuminurijos tyrimą būtina atlikti kasmet visiems sergantiesiems 2 tipo CD iš karto patvirtinus diagnozę
- Kreatininas veninio kraujo plazmoje bent x 1 kartą per metus
- Nefrologo konsultacijai nukreipti:
 - Kai, nepaisant gydymo, nuolat blogėja inkstų funkcija
 - Progresuoja proteinurija
 - GFG < 30 ml/min.
 - Nepavyksta pasiekti ir išlaikyti tikslinio arterinio kraujospūdžio
 - Nefrogeninė anemija arba renalinė osteodistrofija

Diabetinė pėda (periferinė angiopatija, perif. neuropatija, opos)

- Pėdų apžiūra bent 1 kartą per metus arba esant nusiskundimų
 - jautrumas
 - pulsas aa. dorsalis pedis
 - opos
- Pacientai, kuriems atsiranda pėdų išopėjimų, turi avėti laisvą avalynę
- Šiuo metu VLK kompensuojamos 2 poros specialios avalynės per metus su gydytojo endokrinologo siuntimu, esant indikacijai (pvz. EI 1.71)
- Multidiscipliniai konsiliumai dėl pėdos opų x 1 kartą per savaitę VUL ir LSMUK

Dėl neuropatijos ir angiopatijos: gali atsirasti potencijos sutrikimai

Makrovaskulinės komplikacijos: išeminė širdies liga, miokardo infarktai, insultai, periferinė angiopatija

Cukrinio diabeto komplikacijų tikslinimas (1k./metus):

- Albumino-kreatinino santykis šlapime
- Kreatininas veninio kraujo plazmoje
- Oftalmologo k-ja (ištirimui dėl diabetinės retinopatijos)
- Klinikinis ištirimimas dėl diabetinės polineuropatijos, angiopatijos, diabetinės pėdos

Šeimos gydytojo veiksmai, nustačius cukrinį diabetą:

I. SUTEIKIA PACIENTUI PIRMINĘ INFORMACIJĄ APIE LIGĄ.

2. APŽIŪRI PACIENTĄ IR ĮVERTINA:

- a) arterinį kraujo spaudimą;
- b) pulsą;
- c) ūgį;
- d) svorį;
- e) kūno masės indeksą;
- f) liemens apimtį;
- g) vertina pėdų būklę;
- h) vertina pulsus aa. dorsalis pedis.

3. SKIRIA TYRIMUS PAGAL ŠG NORMĄ:

- a) bendrą kraujo tyrimą;
- b) biocheminius tyrimus: kreatinina, lipidogramą;
- c) HbA1c;
- d) EKG;
- e) šlapimo tyrimą.

4. SKIRIA SPECIALISTŲ KONSULTACIJAS:

- a) diabeto mokyklėlę;
- b) oftalmologo konsultaciją, ypač 2 tipo CD atvejais;
- c) endokrinologo konsultaciją (per 3 pirmus mėnesius nuo diagnozės nustatymo ir kiekvienam pacientui 1 kartą per metus arba pagal poreikį).

5. Kiti tyrimai ir specialistų konsultacijos – pagal indikacijas.

6. Pateikia pradines nemedikamentinio gydymo rekomendacijas.

7. Jei reikia, atsižvelgdamas į tyrimų rezultatus, skiria medikamentinį gydymą. Vertina vaistų suderinamumą su kitų ligų gydymui skiriamais medikamentais.

8. Išrašo diagnostines juosteles glikemijos savikontrolei, paaiškina CD kontrolės

tikslus. Informuoja pacientą apie pagrindinius hiperglikemijos ir ypač hipoglikemijos simptomus.

9. Esant sudėtingiems ar neaiškiems diagnostikos ir gydymo atvejams, gydytojas

gali konsultuotis su endokrinologu („gydytojas su gydytoju“).

VAISTŲ SĄVEIKA IR NEPAGEIDAUJAMI POVEIKIAI

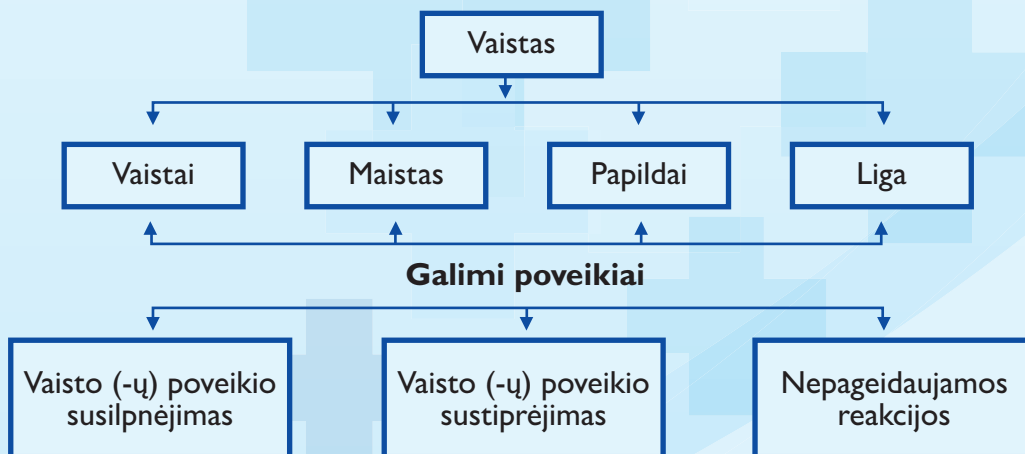
Parengė šeimos gydytoja R. Piličiauskienė

Vaistų sąveika ir nepageidaujamas vaistų poveikis – aktuali sveikatos priežiūros problema, kuri vis labiau tampa reikšminga senstančioje visuomenėje didėjant lėtinių ligų skaičiui ir taikant gydymą didesniu medikamentų kiekiu. Šiuolaikinės medicinos gydymo metodai yra paremti mokslu pagrįstais įrodymais ir nustatytomis rekomendacijomis bei metodikomis, tačiau daugelis gydymo rekomendacijų skirtos vienos ligos gydymui. Todėl pacientams neretai tenka vartoti įvairių sričių specialistų paskirtus medikamentus, kurie sąveikauja tarpusavyje ar su gretutine liga. Tokios sąveikos gali pasireikšti įvairaus sunkumo nepageidaujamomis vaisto reakcijomis.

Mokslinių tyrimų metu nustatyta, kad 4,4–8,1 proc. neplaninių hospitalizacijų yra dėl nepageidaujamo vaistų poveikio. Lietuvoje 2014 metais atliktos studijos metu buvo pastebėta, kad daugiausia hospitalizacijų dėl NRV sukėlė kraujodarą ir kraujo krešėjimą veikiantys vaistai – 53,7 proc. Pagrindinės priežastys, galėjusios padidinti hospitalizacijų dėl NRV dažnį, buvo vaistų sąveika, jų perdozavimas ir vaistų vartojimas paciento nuožiūra. Vienas iš reikšmingų hospitalizacijų dėl NRV rizikos veiksnių yra polifarmacija – daugelio vaistų vartojimas vienu metu, kuris lemia daugiau nei 80 procentų nepageidaujamų reakcijų. Įvairių tyrimų duomenimis 26–80 proc. hospitalizacijų dėl NRV galima buvo išvengti.

Vaistų sąveika – vaisto aktyvumo kitimas susijęs su kito vaisto vartojimu. Esant vaistų sąveikai, vaisto aktyvumas gali didėti ir toks reiškinys vadinamas sinergistine sąveika. Kai kartu vartojami vaistai mažina vienas kito veiksmingumą, tai vadinama – antagonistine sąveika. Vaistų sąveika taip pat gali pasireikšti nepageidaujamomis reakcijomis (I lentelė). **Nepageidaujama reakcija į vaistą (NRV)** – tai žalingas vaisto poveikis žmogui, vartojančiam paskirtą įprastą vaisto dozę ligų profilaktikai, diagnostikai, gydymui arba fiziologinėms organizmo funkcijoms gerinti.

I lentelė. Vaistų sąveika ir nepageidaujamos reakcijos.



*Šaltinis: Simona Stankevičiūtė (2019 m.).

Vaistų sąveikos klasifikacija

Vaistų sąveika skirstoma į **farmacinę** ir **farmakologinę**.

Farmacinė vaistų sąveika – tai sąveika, kuri atsiranda prieš patenkant vaistui į žmogaus organizmą. Kadangi šiuo metu dažniausiai skiriami jau paruošti vartojimui pastovios sudėties medikamentai, farmacinė sąveika pasitaiko retai. Tačiau ji galima, kai vaistai maišomi vienoje infuzinėje sistemoje ar viename švirkšte. Skyrus gaminamą vaistą ir parašius nesuderinamus vaisto komponentus, vaistininkas išduos ingredientus atskirai arba susisieks su receptą parašiusius medicinos darbuotoju dėl sudėtinių ruošiamo medikamento dalių patikslinimo.

Farmakologinė vaistų sąveika skirstoma į farmakokinetinę ir farmakodinaminę sąveikas.

Farmakokinetinė sąveika gali vykti vaistų absorbcijos, pasiskirstymo (jungimasis su plazmos baltymais), metabolizmo ar išskyrimo fazėse. Absorbcijos metu atsiradusi sąveika gali keisti virškinamojo trakto rūgštingumą, žarnyno peristaltiką, taip sustiprindama vaisto absorbciją arba priešingai, sumažindama, sulėtindama vaisto patekimą į organizmą. Absorbcijos stadijoje atsiradusi vaisto sąveika taip pat gali pasireikšti toksiniu poveikiu virškinamajam traktui ar turėti įtakos mikrofloros pokyčiams. Be to absorbcijos metu vaistai gali konkuruoti dėl pernešėjų, pvz., P-glikoproteino, todėl gali būti nepasiekiamas vieno ar keleto vartojamų vaistų tikėtina koncentracija kraujyje. Vengiant netirpių chelatų susidarymo vaistų absorbcijos etape, rekomenduojama medikamentus vartoti su 2 val. pertrauka.

Pasiskirstymo fazėje dėl skirtingo afiniteto (giminingumo) plazmos baltymas, vaistai, gali vieni kitus išstumti iš farmakodinamiškai neaktyvių junginių su baltymu, taip padidindami vaisto laisvos frakcijos koncentraciją. Tačiau tokia vaistų sąveika nelaikoma labai reikšminga, nes jos metu padidėja vaisto išskyrimas.

Vaistų metabolizme išskiriamos I (oksigenazės) ir II (transferazės) fazės reakcijos. Pirmos fazės metabolizmo reakcijas katalizuoja citochromo P-450 šeimos fermentai, kitaip vadinami CYP450. Šios fazės metu susidaro paprastesnės cheminės struktūros metabolitai, kurie gali būti chemiškai aktyvesni, toksiškesni. Vaistai aktyvindami CYP450 šeimos fermentus, gali netiesiogiai slopinti arba aktyvinti kitų vaistų veikimą. Pavyzdžiui: verapamilis, slopindamas CYP450 šeimos fermento CYP3A4 aktyvumą, reikšmingai didina lovastatino koncentraciją kraujyje. I fazės metu susidarę metabolitai inaktyvuojami II metabolizmo fazės metu ir tampa lengvai pašalinami.

Vaistų sąveika metabolizmo (biotransformacijos) metu reikšmingai priklauso nuo paciento įgimtų fermentų aktyvumo (genotipo), todėl terapiniam efektui pasiekti turintiems mažesnį fermentų aktyvumą užtenka mažesnių vaisto dozių, taip pat pacientams su mažu fermentų aktyvumu gali greičiau pasireikšti vaistų sąveika ir atvirkščiai, esant didesniai fermentų aktyvumui, prireiks didesnės vaistų dozės pasiekti norimam gydymo efektui.

Farmakokinetinė vaistų sąveika išskyrimo fazėje gali vykti kepenyse, inkstuose, virškinamajame trakte, plaučiuose. Kartu vartojami vaistai gali skatinti arba slopinti vienas kito eliminaciją iš organizmo ir šioje fazėje didžiausią reikšmę turi proteinai, kitaip vadinami vaistų nešikliais. Geriausiai ištirtas nešiklis yra P-glikoproteinas.

Farmakodinaminė sąveika – tai sąveika tarp vaistų, kurie veikia sinergistiškai ar antagonistišškai receptorių ar fiziologines sistemas. Pvz., kalcio kanalų blokatorių ir angiotenziną korventuojančių fermentų derinys. T. y. skirtingų veikimo mechanizmų vaistų grupės, tačiau jų poveikis arteriniam kraujospūdžiui bus sinergistinis. Pastebėta, kad, jei farmakodinaminė sąveika pasireiškia vartojant vieną tam tikros vaistų grupės vaistą, didelė tikimybė, kad ji pasireikš ir vartojant kitus, tos pačios grupės vaistus. Farmakodinaminė sąveika gali būti nuspėjama žinant farmakologijos pagrindus.

Dažnai vaistų sąveikos būna mišrios, t. y. gali pasireikšti kartu farmakokinetinė ir farmakodinaminė vaistų sąveika.

Vaistų sąveika dar gali būti klasifikuojama pagal klinikinę reikšmę ir mokslinį pagrįstumą:

Sąveikų klasifikacija pagal klinikinę reikšmę:

A. Greičiausiai sąveika neturi klinikinės reikšmės.

B. Klinikinė reikšmė dar nepatvirtinta.

C. Sąveika gali pakeisti gydymo efektyvumą ar pasireikšti pašaliniais reiškiniais, bet gali būti koreguojama individualiai dozuoiant ar tikrinant vaisto koncentraciją plazmoje. Vartojant su kitais vaistais gali prireikti keisti dozavimo režimą.

D. Dėl sąveikos gali būti sunkių klinikinių pasekmių, nes galimas žalingas vaistų poveikis, gydymas gali būti neefektyvus, sudėtinga individualiai dozuoti. Dėl šios priežasties reikia vengti tokių derinių.

Pagal mokslinį pagrįstumą:

1. Apie sąveikos galimybę spėjama iš nepakankamai tikslų pranešimų apie konkrečius atvejus arba iš tyrimų in vitro arba lyginant su panašiais vaistais.

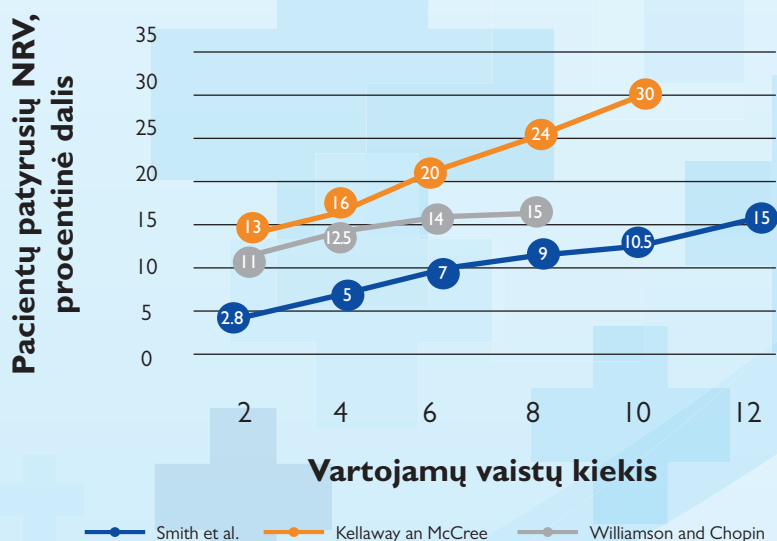
2. Sąveika aprašyta remiantis gerai dokumentuotais pranešimais apie konkrečius atvejus.

3. Sąveika aprašyta atlikus tyrimus su sveikais tiriamaisiais savanoriais arba gerai suplanuotais tyrimais su pacientais.

4. Sąveika aprašyta kontrolinių tyrimų, kurie atlikti su tinkamai parinktais pacientais, metu.

Didėjant vartojamų vaistų skaičiui, didėja vaistų sąveikos rizika ir nepageidaujamų reakcijų į vaistą skaičius (I pav.). Tačiau klinikinėje praktikoje dauguma sąveikų yra nereikšmingos.

I pav. Vartojamų vaistų skaičiaus sąsajos su nepageidaujamomis reakcijomis į vaistą.



*K.O'Malley, L. Nolan. J. Am. Geriatric Soc., 1988⁷.

Nepageidaujama reakcija į vaistą vadinami visi atvejai, kai sveikatos priežiūros specialistas galvoja, kad pastebėtas nepageidaujamas vaisto poveikis gali būti sukeltas vaisto.

Kaip atpažinti nepageidaujamas reakcijas į vaistą?

NRV simptomai dažnai būna panašūs į įvairias ligas, o skirtingos NRV gali būti panašios viena į kitą. Lengviau pažinti su farmakologiniu poveikiu susijusias ir jau žinomas NRV. Netikėtos NRV yra sunkiau atpažįstamos. Vis dėlto, šie patarimai turėtų padėti vertinant įtariamą nepageidaujamas reakcijas į vaistą:

- Įsitikinkite, kad pacientas vartojo paskirtą vaistą ir reikiamą jo dozę.
- Patikrinkite, ar įtariama nepageidaujama reakcija į vaistą pasireiškė pavartojus vaisto, o ne prieš tai.
- Išsiaiškinkite, kiek laiko praėjo nuo pirmojo vaisto pavartojimo iki reakcijos pradžios.
- Įvertinkite įtariamą nepageidaujamą reakciją nutraukus vaisto vartojimą ar sumažinus dozę bei stebėkite ligonio būklę. Jei galima, vėl pradėkite gydymą vaistu ir stebėkite, ar nepageidaujama reakcija nepasikartos.
- Analizuokite kitas priežastis (ne medikamentines), galėjusias sukelti tokią reakciją.
- Panaudokite naujausią mokslinę literatūrą ir savo asmeninę gydytojo patirtį aiškindamiesi, ar tokia reakcija yra pasitaikiusi anksčiau. Jūsų konsultantais gali būti VVKT bei vaisto registracijos liudijimo turėtojas.

Į Lietuvos e. sveikatos sistemą 2019-08-14 integruotas Elektroninio vaistų sąveikų tikrinimo funkcionalumas, kurio tikslas – užtikrinti, kad kasdienė gydytojo praktika būtų paremta įrodymais grįsta medicina, pagerinti įstaigos teikiamų paslaugų kokybę bei užtikrinti pacientų saugumą. <https://www.esveikata.lt/naujienos/0/47> – šioje integruotoje sistemoje yra du funkcionalumai: pirmasis – automatiniai įspėjimai. Tai pranešimai apie kliniškai reikšmingas farmakokinetines vaistų sąveikas. Jie automatiškai rodomi gydymo įstaigos informacinėje sistemoje, kai rašomas elektroninis receptas. Antrasis funkcionalumas yra Tinklalapis www.vaistas.med24.lt, leidžiantis gydytojams išsamiai išanalizuoti vaistus ir galimas jų sąveikas, nenaudojant paciento duomenų.

Taigi, žinant vaistų farmakodinamiką ir farmakokinetiką, galima nuspėti daugelį vaistų tarpusavio sąveikų bei nepageidaujamų reakcijų ir tokiu būdu išvengti hospitalizacijos ar paciento būklės pablogėjimo.

MITYBOS, FIZINIO AKTYVUMO, SVEIKOS GYVENSENOS REIKŠMĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTAMS

Parengė gydytoja dietologė E. Saukaitytė-Butvilė

Gyvensenos korekcija

Pacientų, sergančių cukriniu diabetu ir turinčių aukštesnį nei 120/80 mmHg arterinį kraujo spaudimą, gyvensenos korekcija apima svorio mažinimą, jei pacientas turi antsvorio ar nutukimą, DASH dietos (angl. *Dietary Approaches to Stop Hypertension* – dietiniai bandymai sustabdyti hipertenziją) mitybos modelį, įskaitant suvartojamo natrio kiekio mažinimą ir kalio didinimą, vidutinį alkoholio suvartojimo mažinimą, fizinio aktyvumo didinimą (A lygio rekomendacija).

Lipidų korekcija. Siekiant pagerinti diabetu sergančių pacientų lipidų rodiklius ir sumažinti aterosklerotinės kardiovaskulinės ligos vystymąsi rekomenduojama gyvensenos korekcija siekiant svorio netekimo (jei yra antsvoris ar nutukimas), pritaikant Viduržemio jūros dietos ar DASH dietos mitybos modelį, mažinant sočiųjų ir transriebalų suvartojimą, didinant su maistu gaunamų omega 3 riebalų rūgščių, tirpių skaidulų, augalinių sterolių suvartojimą, didinant fizinį aktyvumą (A lygio rekomendacija).

Rekomenduojama intensyvesnė gyvensenos korekcija ir glikemijos kontrolės optimizavimas pacientams, kurių trigliceridai $> 1,7 \text{ mmol/l}$ ir / arba DTL cholesterolis $< 1,0 \text{ mmol/l}$ vyrams, $< 1,3 \text{ mmol/l}$ moterims. Gera glikemijos kontrolė gali teigiamai veikti lipidų rodiklius, ypač, kai yra padidėję trigliceridai.

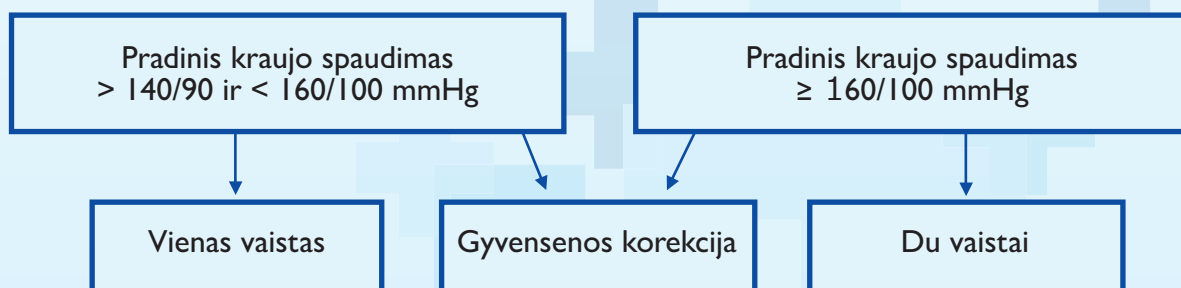
Gyvensenos korekcija yra svarbi ne tik diabeto, bet ir arterinės hipertenzijos gydymo dalis, nes sumažina kraujo spaudimą, didina kai kurių antihipertenzinių medikamentų efektyvumą, veikia kitus metabolinės ir kraujagyslių sveikatos aspektus.

Gyvensenos korekcija susideda iš:

- kūno svorio mažinimo (jei reikia) apribojant suvartojamas kilokalorijas;
- natrio suvartojimo mažinimo siekiant suvartoti $< 2300 \text{ mg/d.}$;
- 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 2 standartinių alkoholio vienetų per dieną vyrams ir ne daugiau 1 standartinio alkoholio vieneto per dieną moterims;
- fizinio aktyvumo didinimo.

Reikiama gyvensenos korekcija privalo būti pradedama vos nustačius arterinės hipertenzijos diagnozę, kartu su medikamentiniu gydymu. Gyvensenos keitimo planas turi būti aptariamas su pacientu, akcentuojant, kad tai yra diabeto ir hipertenzijos gydymo dalis.

Schema



Pasak Amerikos diabeto asociacijos, esminiai veiksniai norint įgyvendinti diabetu sergančių pacientų gydymo tikslus yra efektyvi elgesio korekcija ir psichosocialinė gerovė. Šie veiksniai apima:

- Paciento savipriežiūros mokymą ir paramą.
- Medicininę mitybos terapiją.
- Reguliarų fizinį aktyvumą.
- Rūkymo atsisakymą, jei buvo rūkoma.
- Psichosocialinę rūpybą.
- Visi sergantieji diabetu turi gauti savipriežiūros mokymą, kurį suteikia multidisciplininė komanda (šeimos gydytojas, endokrinologas, dietologas, slaugytoja diabetologė, psichologas, kineziterapeutas).

Išskiriami keturi esminiai epizodai, kuomet savipriežiūros mokymas / peržiūrėjimas yra būtini:

- Pirmą kartą nustatčius diagnozę.
- Kartą per metus, kartu įvertinant paciento žinias, mitybą, psichologinę būseną.
- Atsiradus savipriežiūrą keičiančių veiksnių (naujos ligos, fizinės, emocinės būsenos pasikeitimai, gyvenimo sąlygų pokyčiai).
- Pasikeitus gydymo įstaigai, patekus į globos namus ir pan.

Tyrimais nustatyta, kad tęstinis paciento savipriežiūros mokymas susijęs su geresnėmis žiniomis apie diabetą ir geresne savipriežiūra, mažesniu HbA_{1c}, mažesniu svoriu, geresne gyvenimo kokybe, mažesniu mirtingumu, sumažėjusiomis išlaidomis sveikatos priežiūrai. Geresni rezultatai pasiekiami, kai mokymai yra ilgesnės nei 10 valandų trukmės, yra tęstinė priežiūra, mokymas pritaikytas pagal amžių bei kultūriškai, atsižvelgiama į individualius poreikius, psichoemocinius veiksnius.

Mitybos terapija

Mitybos korekcija daugumai pacientų yra sunkiausia gyvensenos keitimo dalis. Šie sunkumai dažnai kyla dėl tikslų mitybos rekomendacijų nežinojimo ir / ar negavimo. Informacija apie mitybą sergant diabetu pateikiama labai prieštaringai ne tik spaudoje, kituose pacientams prieinamuose šaltiniuose, tačiau ir patys sveikatos priežiūros specialistai dažnai neturi pakankamai žinių, kadangi medicinos studijų metu mitybos terapijos nėra mokomi. Dažnas pacientas, girdėdamas daug skirtingos informacijos, susidaro nuomonę, kad jam beveik nieko nebegalima valgyti, ir nusprendžia apskirtai nekreipti dėmesio į mitybą, o valgyti kaip įprasta. Arba priešingai, pacientas įtiki, kad kažkokia tuo metu madinga ar spaudoje eskaluojama dieta ar atskiri produktai padės, gal net išgydys, ir pasineria į mokslinio pagrindimo neturinčias dietas, dažnai labai ribojančias, tuo sukeldami riziką pabloginti savo būklę ar pasunkinti gretutines ligas. Todėl labai svarbu, kad visa multidisciplininė komanda pacientui teiktų vieningą įrodymais pagrįstos medicinos informaciją ir būtų susipažinę su esminiais mitybos korekcijos principais.

Įsidėmėtina, kad nėra vienos konkrečios mitybos, tinkančios visiems diabetu ir arterine hipertenzija sergantiems pacientams. Mitybos terapija turi būti individualizuota atsižvelgiant į paciento ligas, amžių, socialinę padėtį ir finansines galimybes, norą ir pasiryžimą keisti gyvenseną, emocinę būseną bei teikiama gydytojo dietologo.

Gydytojo dietologo teikiama mitybos edukacija susijusi su 1–1,9 proc. HbA_{1c} sumažėjimu sergantiesiems I tipo diabetu ir 0,3–2,0 proc. HbA_{1c} sumažėjimu sergantiesiems antrojo tipo diabetu. Mitybos ir dietetikos akademijos rekomendacijose nurodoma, kad nustatčius diabeto diagnozę pacientui turėtų būti suteikiamos 3–6 dietologo konsultacijos šešių mėnesių laikotarpiu, vėliau individualiai sprendžiama, ar reikia papildomų susitikimų. Visi sergantieji konsultuojami bent vieną kartą per metus.

Pagrindinės mitybos terapijos rekomendacijos

Svorio korekcija.

Prieš pradėdant nutukimo gydymą reikia įvertinti paciento motyvaciją, pasiruošimą ir galimybes ilgalaikiui gyvensenos keitimui, nustatyti svorio mažinimo tikslus.

Jei yra antsvoris ar nutukimas, rekomenduojamas ne mažesnis nei 5 proc. pradinio kūno svorio netekimas ir sumažinto svorio išlaikymas (A rekomendacija). 5 proc. kūno svorio netekimo pakanka, kad būtų pasiektas teigiamas efektas glikemijos, lipidų ir kraujo spaudimo kontrolei. Didesnis svorio netekimas siejamas su dar didesne klinicine nauda, todėl, jei įmanoma, siekiama 7–15 proc. svorio netekimo. Gyvensenos korekcijos pagalba pasiekus vos trijų kilogramų kūno svorio sumažėjimą net

ir po 2,5 metų išlieka 30 proc. sumažėjusi kardiovaskulinių įvykių, blogos hipertenzijos kontrolės ir didesnių antihipertenzinių vaistų dozių rizika. Itin svarbu yra ne trumpalaikis svorio netekimas, bet pasiekto svorio išlaikymas bent dvejus, penkerius metus.

Svorio mažinimas susideda iš mitybos, fizinio aktyvumo, elgesio korekcijos, medikamentinio gydymo ir metabolinės chirurgijos. Kai KMI 25,0–26,9 kg/m² taikoma mitybos, fizinio aktyvumo ir elgsenos korekcija. Amerikos diabeto asociacija rekomenduoja, kad šis etapas būtų intensyvus, suteikiant ne mažiau nei 16 konsultacijų šešių mėnesių laikotarpiu, o vėliau tęsiant konsultacijas ne rečiau nei kartą per mėnesį.

Mitybos planas turi būti individualizuotas, siekiama 500–750 kcal/d. energijos deficito (apie 1200–1500 kcal/d. moterims ir 1500–1800 kcal/d. vyrams).

Skiriant bet kokią medikamentinį gydymą reikia įvertinti galimą vaistų poveikį svorio didėjimui. Svorio didėjimą dažniausiai sukelia insulinas, insulino sekretagogai, tiazolinedionai, antipsichotikai (klozapinas, olanzapinas, risperidonas), antidepresantai (tricikliai antidepresantai, selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai, monoamino oksidazės inhibitoriai), gliukokortikoidai, injekciniai progestinai, gabapentinas, galimai ir raminamuoju poveikiu pasižymintys antihistamininiai ir anticholinerginiai vaistai. Svorį mažinti gali padėti metforminas, alfa gliukozidazės inhibitoriai, SGLT – 2 inhibitoriai, GLP – 1 receptorių agonistai, amilino analogai.

Kai KMI > 27 kg/m², įvertinus riziką, galima pridėti medikamentinį gydymą sudėtinu naltreksono ir bupropiono preparatu. Medikamentinis gydymas nutraukiamas, jei pasireiškia šalutinis poveikis arba nepasiekiamas svorio netekimo tikslas – 5 proc. per 3 mėn.

Chirurginis nutukimo gydymas sukelia greitą svorio mažėjimą, tiesiogiai keičia gliukozės homeostazę, todėl vadinamas ir **metaboline chirurgija**. Metabolinė chirurgija esant nutukimui ir diabetui daug efektyviau nei gyvensenos korekcija / medikamentai gerina glikemiją, mažina širdies ir kraujagyslių ligų rizikos faktorius 5–15 metų laikotarpiu. Lietuvoje chirurginiam nutukimo gydymui galima siūsti tuos diabetu sergančius pacientus, kurių KMI > 35 kg/m².

Maistinės medžiagos. Nėra idealaus baltymų, riebalų ir angliavandenių santykio. Mitybos planas turi būti individualizuotas (E rekomendacija).

Pacientams dažnai kyla sunkumų laikytis pakeisto mitybos modelio ilgą laiką. Dauguma žmonių laikui bėgant grįžta prie įprasto mitybos modelio su buvusiu maistinių medžiagų pasiskirstymu, todėl koreguojant mitybą reiktų rinktis pacientui artimą mitybos modelį, akcentuojant porcijų dydžio kontrolę ir sveikatai palankesnių maisto produktų pasirinkimą.

Angliavandeniai. Svarbiausia yra ne bendras suvartojamų angliavandenių kiekis, bet jų šaltiniai. Rekomenduojama neapdorotos kruopos, daržovės, ankštiniai, vaisiai. Pakankamas skaidulų suvartojimas gali padėti vidutiniškai sumažinti HbA_{1c} rodiklį. Pacientai turi būti skatinami suvartoti bent minimalų rekomenduojamą dienos skaidulų kiekį su maistu (pagrindiniai šaltiniai: daržovės, ankštiniai, vaisiai, uogos, avokadai, visadaliai grūdai) ar maisto papildais (pvz., baltkšvojo gysločio skaidulos). Minimalus skaidulų kiekis – 14 gramų kiekvienam tūkstančiui suvartotų kilokalorijų (vidutinis suvartojimas Lietuvoje yra beveik dvigubai mažesnis – 15,7 g/d.).

Baltymai. Maiste esantys baltymai suteikia sotumo jausmą, todėl daugiau baltymų turinti mityba, kai iš baltymų gaunamos kilokalorijos sudaro 20–30 proc. dienos energijos kiekio vietoj įprastai rekomenduojamų 15–20 proc., gali būti naudinga sergantiesiems diabetu. Tačiau esant diabetinei inkstų ligai (kai nustatoma albuminurija ir / arba sumažėjęs glomerulų filtracijos greitis), baltymų kiekis negali viršyti 0,8 g/kg/d. idealaus kūno svorio. Idealus kūno svoris apskaičiuojamas pagal „Hamwi“: moterys 45 kg 152,4 cm ūgiui, tada kiekvienam papildomam 1 cm pridėti po 0,9 kg; vyrai 48 kg 152,4 cm ūgiui, tada kiekvienam papildomam 1 cm pridėti po 1,1 kg. Gyvūninės kilmės baltymų keitimas sojos ir kitais augalinės kilmės baltymais gali pagerinti širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius, sumažinti atsparumą insulinui, padėti mažinti svorį.

Riebalai. Vertinant riebalų įtaką metaboliniams ir širdies kraujagyslių ligų rizikos rodikliams daug svarbiau yra riebalų kilmė nei bendras suvartojamų riebalų kiekis. Keletas randomizuotų kontroliuojamų tyrimų parodė, kad Viduržemio jūros dieta, kurioje gausu mononesočiųjų ir polinesočiųjų riebalų gali pagerinti glikemijos ir lipidų rodiklius, tačiau papildai su šiomis medžiagomis tokio poveikio neturi (išskyrus tai, kad padeda mažinti trigliceridus). Transriebalų vartojimas siejamas su didesne bendra mirties rizika bei mirties dėl kardiovaskulinių įvykių rizika, didina MTL cholesterolį, mažina DTL cholesterolį. Transriebalų maiste turi būti vengiama. Sočiųjų riebalų pakeitimas polinesočiais riebalais žymiai sumažina bendrą ir MTL cholesterolį, o pakeitimas mononesočiais mažina širdies ir kraujagyslių ligų riziką. Sočiųjų riebalų pakeitimas angliavandeniais taip pat mažina bendrą ir MTL cholesterolį, tačiau smarkiai padidina trigliceridus ir sumažina DTL cholesterolį.

Druska. Rekomenduojamas natrio suvartojimas – mažiau nei 2300 mg per dieną (atitinka 5 gramus – arbatinį šaukštelį druskos). Griežtesnis natrio ribojimas < 1500 mg/d. nerekomenduojamas net esant hipertenzijai. Druskos įtaka hipertenzijai yra individuali – daliai žmonių druskos apribojimas sistolinį spaudimą sumažina iki 10 mmHg, tačiau kita dalis žmonių nėra jautrūs druskos ribojimams. Didesnį jautrumą druskai turi vyresnio amžiaus žmonės, turintys atsparumą insulinui, mikroalbuminuriją, lėtinę inkstų ligą. Vadinasi, būtent šiai pacientų grupei reikėtų itin akcentuoti druskos kiekio mažinimą.

Vitaminai ir papildai. Vartojantiems metforminą dažnai pasireiškia vitamino B12 trūkumas, todėl tokiems pacientams turi būti reguliariai atliekamas kraujo tyrimas, ypač esant periferinei neuropatijai ar anemijai. Multivitaminų kompleksai gali būti reikalingi vyresnio amžiaus pacientams, vegetarams, besimaitinantiems pagal mažo ar labai mažo angliavandenių kiekio mitybos modelį.

Alkoholis. Alkoholis gali sukelti hipoglikemiją ir / ar atidėtą hipoglikemiją (ypač vartojantiems insuliną ar insulino sekretagogus), svorio didėjimą, hiperglikemiją vartojant didelius alkoholio kiekius. Jei pacientas nori vartoti alkoholį, įspėti apie šias rizikas, perspėti dažniau matuoti glikemiją po alkoholio išgėrimo bei rekomenduoti neviršyti šių normų – vyrams 2 standartiniai alkoholio vienetai per dieną, moterims – 1. Vieną standartinį alkoholio vienetą atitinka: 100 ml 11–13 proc. vyno, 25 ml stipriųjų gėrimų, 200 ml 5 proc. alaus.

Saldikliai. Kilokalorijų neturintys saldikliai gali būti laikina alternatyva mažinant kilokalorijų turinčių saldiklių (cukraus, medaus, agavų ir kitų sirupų) suvartojimą, tačiau ilgalaikiui vartojimui skatinti vandens gėrimą nenaudojant jokių saldiklių.

Kalis. Pakankamas kalio suvartojimas skatina natrio pašalinimą su šlapimu, taigi ir AKS mažėjimą. Per mažas kalio suvartojimas didina sistolinį kraujo spaudimą vidutiniškai 7 mmHg, o diastolinį – 6 mmHg. Be to, didesnis kalio suvartojamas siejamas su mažesne įvairių priežasčių sukelta mirties rizika. Svarbu nepamiršti, kad hiperkalemija yra gyvybei grėsminga būklė, ir kalio suvartojimo rekomendacijos gali skirtis sergantiems lėtine inkstų liga ar lėtiniu širdies nepakankamumu, antinksčių nepakankamumu, vartojantiems angiotenzino receptorių blokatorius, AKF inhibitorius, kalį sulaikančius diuretikus, ciklosporiną. Šiems pacientams kalio koncentracijos kraujyje tyrimas turėtų būti atliekamas

dažniau. Amerikos širdies asociacijos gairėse rekomenduojama kalio suvartoti 3500–5000 mg/d., tuo tarpu Lietuvoje vidutinis kalio suvartojimas yra apie 2300 mg tarp vyrų ir 2900 mg tarp moterų.

Mėsos kiekio sumažinimas ar atsisakymas gali turėti teigiamos įtakos. Tyrimais nustatytas jautienos, veršienos, avienos, paukštienos, gyvūninės kilmės riebalų ir aukšto kraujo spaudimo ryšys.

Daug nitratų turinčios daržovės, tokios kaip žaliaalapės daržovės, burokėliai, padeda mažinti AKS.

Daug magnio ir kalcio turintys produktai taip pat naudingi mažinant kraujo spaudimą. Optimali magnio dozė, kurią galima skirti papildų pavidalu, yra 500–1000 mg/d., chelatinė forma geriau pasisavinama ir rečiau sukelia viduriavimą. Magnio antihipertenzinės savybės sustiprėja papildomai pridėjus 1000–2000 mg/d. taurino. Magnio papildai neskiriami esant pažengusiai lėtinei inkstų ligai.

Česnako naudą mažinant AKS patvirtino įvairūs tyrimai, tačiau kol kas nėra nustatyta, kokia optimali dozė ir kiek laiko turėtų būti vartojama. Maistinis česnako vartojimas turėtų būti skatinamas.

Kofeinas gali padidinti kraujo spaudimą retai naudojantiems kofeiną, tačiau neturi įtakos asmenims, kavą ar kitus kofeino turinčius produktus naudojantiems dažnai. Todėl kavos gėrimo nereikia atsisakyti.

Saldymedžio vartojimas gali būti pavojingas sergantiems hipertenzija, nes juose esanti rūgštis prisideda prie mineralkortikoidų pertekliaus susidarymo ir AKS padidėjimo.

Mitybos modeliai. Tyrimais patvirtinta įvairių mitybos modelių nauda 2 tipo diabeto gydymui (B rekomendacija). Daugumą toliau aprašomų mitybos modelių vienija šie esminiai veiksniai: pirmenybė teikiama nekrakmolingoms daržovėms, minimaliai vartojami pridėtiniai cukrūs ir rafinuoti grūdai, rekomenduojami pilnos sudėties, neperdirbti maisto produktai. Atliktų tyrimų duomenimis naudingiausios yra Viduržemio jūros dieta, mažai angliavandenių turinčios mitybos ir vegetarinės ar augalinio pagrindo mitybos modeliai, tačiau visuomet konkretaus paciento mityba turi būti individualizuota.

Mažo angliavandenių kiekio dieta. Ilgą laiką sergantiesiems diabetu buvo rekomenduojamas toks mitybos modelis, kai didžioji energijos dalis (55–65 proc.) gaunama iš angliavandenių, tačiau pastarųjų metų tyrimų duomenys rodo, kad bendro angliavandenių kiekio mažinimas siejamas su geresne glikemija ir gali būti pritaikomas įvairiuose mitybos modeliuose. Keletas metanalizių atskleidė, kad iš angliavandenių gaunant mažiau nei 40 proc. kilokalorijų sumažėja HbA_{1c}, trigliceridai, padidėja DTL cholesterolis, sumažėja kraujo spaudimas, sumažėja diabeto vaistų poreikis. Mažo ar labai mažo angliavandenių kiekio dieta gali būti geras pasirinkimas tiems antrojo tipo diabetu sergantiems pacientams, kurie nepasiekia glikemijos tikslų ar esant būtinybei mažinti glikemiją mažinančių vaistų dozes.

Šio mitybos modelio gana sunku laikytis ilgą laiką. Tokia mityba nerekomenduojama besilaukiančioms ar maitinančioms moterims, turintiems valgymo sutrikimų riziką ar jais sirgusiems, sergantiems inkstų liga (diabetinė nefropatija yra dažna diabeto komplikacija, todėl prieš rekomenduojant šią dietą būtina įvertinti inkstų funkciją), dėl ketoacidozės rizikos atsargiai skirti pacientams naudojantiems SGLT – 2 inhibitorius.

Lentelė: angliavandenių kiekio apskaičiavimas pagal dienos kcal poreikį

Kcal/d.	10 proc.	20 proc.	30 proc.	40 proc.	50 proc.	60 proc.	70 proc.
1200	30 g	60 g	90 g	120 g	150 g	180 g	210 g
1500	38 g	75 g	113 g	150 g	188 g	225 g	263 g
2000	50 g	100 g	150 g	200 g	250 g	300 g	350 g
2500	63 g	125 g	188 g	250 g	313 g	375 g	438 g

Viduržemio jūros dieta. Šiai dietai būdinga didelis mononesočiųjų riebalų, kurie gaunami su alvyuogių aliejumi, suvartojimas. Taip pat leidžiamas vidutinis raudonojo vyno vartojimas. Nepaisant didelio riebalų kiekio suvartojimo, šiai dietai būdinga mažesnis sergamumas sunkiomis širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis bei antrojo tipo diabetu. Sisteminių apžvalgų ir metanalizių duomenimis daug mononesočiųjų riebalų turinti dieta žymiai pagerina glikemijos nevalgius, trigliceridų rodiklius, sumažina kūno svorį ir sistolinį kraujo spaudimą bei padidina DTL cholesterolį.

DASH dieta paremta 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.

DASH dieta sergantiesiems hipertenzija vos per dvi savaites kraujo spaudimą sumažina vidutiniškai 11,4 mmHg. Šis efektas gali būti palyginamas su vieno antihipertenzinio vaisto vartojimo poveikiu. DASH dieta taip pat mažina kardiovaskulinį sergamumą ir mirtingumą, kardiovaskulinių ligų rizikos faktorius, 2 tipo diabeto riziką.

Nustatytas didelio daržovių ir vaisių suvartojimo ir mažesnės padidėjusio kraujo spaudimo rizikos ryšys sergantiesiems antrojo tipo diabetu. Kiekvienos 80 g vaisių ar 50 g daržovių porcijos kasdienis suvartojimas didelio kraujo spaudimo riziką mažino 22 proc., o didesnis nei 105 g/d. daržovių kiekis – daugiau nei 50 proc. Tai aiškinama padidėjusiu kalio ir skaidulų suvartojimu, dėl jų poveikio pagerėjusiu audinių jautrumu insulinui, kūno svorio sumažėjimu.

Lėkštės modelis. Tai labai paprastas vizualinis maisto porcijų dydžio ir rekomenduojamų produktų pateikimo modelis, ypač tinkamas vaikams, vyresnio amžiaus ar mažai raštingiems asmenims. Pusę lėkštės užima nekrakmolingos daržovės, vieną ketvirtadalį liesi gyvūninės ir augalinės kilmės baltymai, dar vieną ketvirtadalį – kompleksiniai angliavandeniai.

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 interneto puslapyje <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/rakto-skylute/rinkoje>.

Fizinis aktyvumas

Vaikai ir paaugliai, sergantys II tipo diabetu – 60 min./d. arba daugiau vidutinio arba didelio intensyvumo aerobiniai pratimai ir raumenis bei kaulus stiprinantys pratimai bent 3 d./sav. (C rekomendacija)

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 (B rekomendacija). 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 (B rekomendacija).

Visi suaugusieji, ypač sergantys II tipo diabetu, turi sumažinti sėdint praleidžiamo laiko trukmę (B). Ilgesnio sėdėjimo reguliarus pertraukimas kas 30 min. atsistoiant, pavaikštant, darant lengvus tempimo ar kitus pratimus pagerina glikemijos kontrolę (C rekomendacija).

Vyresnio amžiaus asmenims rekomenduojama lankstumą ir balansą gerinančios treniruotės (pvz. joga, „tai chi“) 2–3 k./sav. (C rekomendacija).

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 ligų 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.

Rūkymas

Rekomenduoti nenaudoti cigarečių ir kitų tabako produktų (A rekomendacija) arba elektroninių cigarečių (A rekomendacija).

Jei pacientas rūko (tabako gaminius arba elektronines cigaretes), konsultacijas dėl rūkymo metimo įtraukti į diabeto gydymo planą.

Sergantieji diabetu ir rūkantieji arba patiriantys rūkymą iš aplinkos turi didesnę širdies ir kraujagyslių ligų, priešlaikinės mirties, mikrokraujagyslinių komplikacijų riziką, blogesnę glikemijos kontrolę lyginant su nerūkančiais.

Kai kuriems pacientams netrukus po rūkymo metimo padidėja svoris, tačiau tyrimai rodo, kad šis svorio padidėjimas nepanaikina rūkymo metimo naudos širdies ir kraujagyslių sistemai.

Santrauka

- Gyvensenos korekcija pradedama iškart po arterinės hipertenzijos ir / ar cukrinio diabeto diagnozės nustatymo.
- Gyvensenos korekcija turi būti individuali, atitinkanti konkretaus paciento poreikius ir galimybes.
- 5 proc. kūno svorio netekimo pakanka, kad būtų pasiektas teigiamas efektas glikemijos, lipidų ir kraujo spaudimo kontrolei. Didesnis svorio netekimas siejamas su didesne klinicine nauda,
- Nepasiekus svorio mažinimo tikslų gyvensenos korekcijos pagalba, nepamiršti pagalvoti apie medikamentinio ir chirurginio nutukimo galimybes.
- Nėra vieno teisingo mitybos modelio ar diabeto dietos. Mityba privalo būti individualizuota. Akcentuoti porcijų dydžio kontrolę, sveikatai palankių maisto produktų – nekrakmolingų daržovių, ankštinių daržovių, vaisių, neperdirbtų visadalių grūdų, liesų baltymų, liesų pieno produktų, skaidulų, mono ir polinesočiųjų riebalų rūgščių vartojimą.
- Jei pacientas rūko, paskatinti atsisakyti šio įpročio, suteikti paramą ir pagalbą.
- Rekomenduojama fizinio aktyvumo trukmė per savaitę – ne mažiau 150 min.

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.

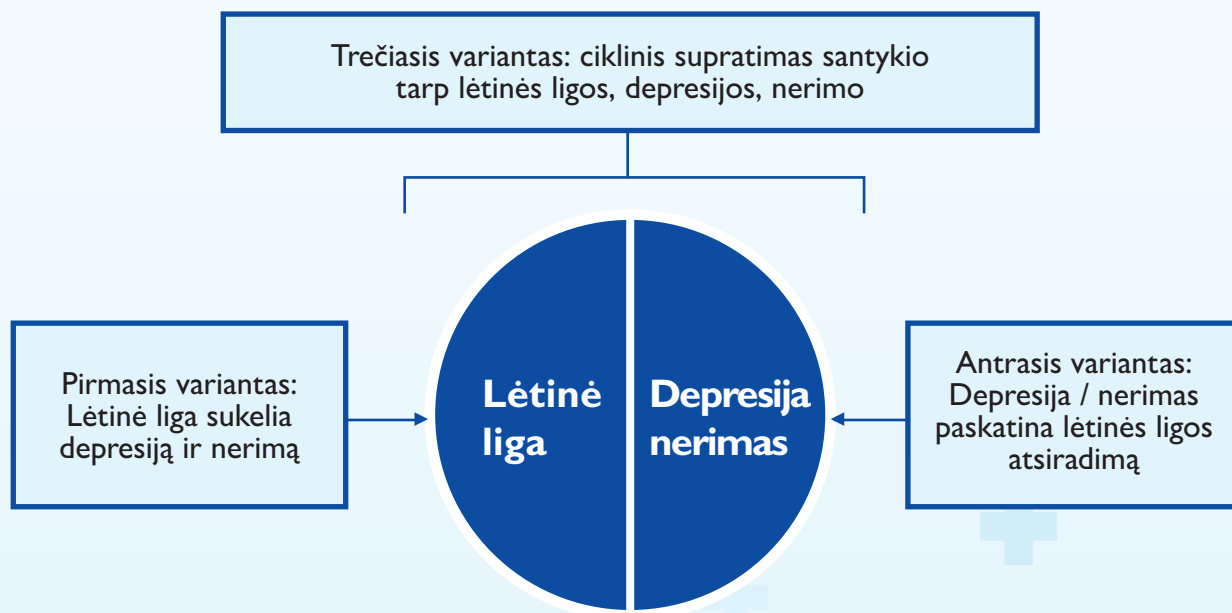
Depresija sergančių pacientų gyvenimo trukmė 5–10 metų trumpesnė negu nesergančių šia liga. Depresija kartu su lėtinėmis ligomis siejama ir su dažnesniu vizitų skaičiumi ambulatoriniame ar skubiosios pagalbos skyriuose, taip pat didina dienų skaičių, kurios praleidžiamos lovoje dėl ligos ir kitų sveikatos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

Sergantiems 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.

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 skaičius stebimas visose amžiaus grupėse, tačiau didžiausias yra tarp jaunų pacientų, ypač moterų.

Tyrimai atskleidė, jog derinant tradicinę mediciną su netradicine, pacientų savijauta pagerėja. Pvz.: meditacija pagerina nuotaiką ir palengvina depresijos simptomus, sumažina nuovargį, pagerina kraujospaudimą, sumažina insulino rezistensiškumą, hiperlipidemiją. Manoma, kad vietoj struktūrizuoto fizinio aktyvumo, vidutiniškai aktyvus ar energingas gyvenimo būdas yra geresnė alternatyva diabetą turintiems 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 kraujospaudimas sergantiems I ir II arterine hipertenzija.

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, 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.

Sveikatos priežiūros paslaugų specialistai, kurie yra apmokyti interviu metodu, gali geriau nustatyti ir valdyti savo pacientų emocinį distresą. Pacientai, savo ruožtu, geriau vertina gydymo rezultatus bei išsako didesnę pasitenkinimą paslaugomis.

„Motyvacinis interviu“ – sisteminis intervencijos metodas, skirtas sukelti elgesio ir mąstymo pokyčius. Jis remiasi motyvacinės psichologijos principais ir yra skirtas pasiekti greitą, vidinę motyvaciją pagrįstą pasikeitimą. Šis gydymo būdas mobilizuoja paties paciento pokyčių išteklius. Jis gali būti naudojamas kaip atskiras intervencijos metodas, taip pat kaip įžanga į kitokį gydymą ar kaip tolesnis gydymas. Gydymo metu stiprinant motyvaciją laikomasi prielaidos, kad atsakomybė keistis priklauso pacientui. Kaip rodo tyrimai, yra šeši esminiai elementai, kurie yra trumpos intervencijos sudedamosios dalys, kurios skatina pokyčius. Jie apibūdinami anglišku akronimu **FRAMES**:

- **FEEDBACK** – asmens rizikos ar sutrikimo grįžtamasis ryšys;
- **RESPONSIBILITY** – asmeninės atsakomybės apibrėžimas;
- **ADVICE** – aiškus patarimas keistis / laikytis gydymo;
- **MENU** – alternatyvių keitimosi galimybių meniu;
- **EMPATHY** – specialisto empatija ir supratimas;
- **SELF-EFFICACY** – pasitikėjimo savo jėgomis ir optimizmo skatinimas.

Motyvacinio interviu (MI) taikymas prasideda nuo prielaidos, kad visa atsakomybė ir galimybės keistis priklauso tik nuo paciento. Specialisto užduotis yra sukurti sąlygas, kurios padidintų paciento motyvaciją ir pasiryžimą keistis. Užuo koncentravęsis į elgesio keitimą konsultacijų metu, specialistas ieško būdų, kaip mobilizuoti vidinius paciento išteklius. MI siekia remti vidinę motyvaciją, kuri leistų pacientui pradėti, tęsti ir dėti pastangas keisti elgesį. Miller ir Rollnick (1991) apibūdino penkis pagrindinius motyvacinio principus, kuriais grindžiamas toks požiūris:

- 1) išreikšti empatiją;**
- 2) plėtoti prieštaravimus;**
- 3) išvengti ginčų;**
- 4) susidoroti su priešiškuumu;**
- 5) palaikyti tikėjimą savo jėgomis.**

Išreikšti empatiją

Specialistas turi išreikšti empatiją pacientui. Būtina vengti rodyti pranašumą paciento atžvilgiu, jo nepilnavertiškumą. Konsultacijų metu specialistas turėtų būti situacijos partneris ar išmanantis konsultantas, kuris tik perduoda reikiamą informaciją. Svarbu gerbti paciento laisvę pačiam rinktis ir padėti suvokti jo savarankiškumą. Specialistas turi suprasti, kad iš tikrųjų tik pats pacientas gali priimti sprendimą keisti tam tikrus įpročius, gydymą ir pan. Specialistas ieško būdų, kaip pagirti, o ne gąsdinti ir bauginti. MI pagrindinis principas yra klausymasis – ne pasakojimas. Įtikinėjimas turi būti itin švelnus ir subtilus, suvokiant, kad gydymo priėmimas yra paciento atsakomybė. Aktyvus klausymasis (empatija) yra pagrindinis įgūdis, reikalingas MI. Kalbantis pacientas priimamas toks, koks jis yra, be išankstinių nuostatų ir kraštutinumų, taip pat išreiškiamas palaikymas jam keistis.

Plėtoti prieštaravimus

Motyvacija keistis atsiranda, kai žmogus suvokia neatitikimą tarp to, kas jis yra ir kuo norėtų būti (tarp esamos ir norimos sveikatos būklės). Taikant MI ieškoma būdų kaip padidinti ir koncentruoti paciento dėmesį į tokį neatitikimą. Tokia informacija, pateikta pokalbio pradžioje, gali privesti prie persilaužimo, motyvacijos keistis. Asmuo gali būti linkęs dalyvauti diskusijoje dėl keitimosi galimybės, siekdamas sumažinti esamus prieštaravimus ir atgauti pusiausvyrą.

Išvengti ginčų

Jei gydymas vyksta sunkiai, ambivalencija ir neatitikimas gali perkelti pacientą į gynybinę poziciją. Neitikėtas užpuolimas (paciento akimis) dėl jo žalingų įpročių ar kitų koreguotinų gyvenimo veiksmų lemia gynybinę poziciją ir skatina priešinimąsi bei mintis, jog specialistas nesupranta paciento padėties. MI aiškiai siekia vengti tiesioginių ginčų, kurie skatina priešiškuumą. Specialistas nesiekia įrodyti ar įtikinti argumentais. Jis taiko kitus būdus, kad padėtų pacientui aiškiai įvertinti tų veiksmų pasekmes ir prasčiau vertinti teigiamus jų aspektus. Taikant šį metodą pacientas, o ne specialistas yra tas asmuo, kuris išsako argumentus, kodėl reikia keistis.

Susidoroti su priešiškuumu

MI eigai labai svarbu, kaip gydytojas ar specialistas kontroliuoja paciento priešiškuumą. Šio metodo tikslas: susidoroti su priešiškuumu tą akimirką, kai tik jis kyla ir perkelti paciento dėmesį į metodo eigą. Priešiški jausmai suprantami kaip normalus reiškinys ir jie atvirai nagrinėjami.

Palaikyti tikėjimą savo jėgomis

Net savo padėties problematiką suprantantis pacientas vis tiek gali nenorėti ir nesistengti keistis, kol nepatikės galimu gydymo efektyvumu ir sėkme. Tikėjimas savo jėgomis yra lemiamas veiksnys keičiant elgesį, tai iš esmės tikėjimas, kad pats gali pasiekti norimo elgesio ar atlikti konkrečią užduotį. Tai specifinis paciento tikėjimas, kad jis gali kontroliuoti savo įpročius ir elgesį. Jei nėra šio elemento, prieštaravimas tampa paciento esminė gynybine pozicija, kad būtų sumažintas jaučiamas diskomfortas. Jei yra nors menka viltis, kad galima pasikeisti, tai yra paskata spręsti problemą.

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 racionalius sprendimus dėl savo sveikatos būklės.

Norint padidinti pacientų įsipareigojimą laikytis gydymo, patiems jį pasirinkti, raginti daugiau prisiimti atsakomybės dėl savo sveikatos priežiūros, reikėtų pacientus įtraukti į gydymo procesą.

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 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 kiti 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 įtakos turi ir kiti asmenys. Žodiniai pasakatinimai ir padrąsinimai 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 būseną. Pats žmogus turi suvokti savo fizinę sveikatą ir su ja susijusias emocijas. Žmogus turi gebėti įvertinti, dėl ko jos kyla, kaip galėtų sau padėti. Suvokiant savo emocinę ir fizinę būklę galima sumažinti patiriamo 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 savimi 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 siekiant savo sveikatai naudingų tikslų.

Įgalintas, sąmoningas, motyvuotas ir savarankiškas pacientas – gali valdyti lėtinę ligą. Tokie pacientai yra socialūs ir visuomeniški, 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



