

Rekomendacijos širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių ankstyvajai ir pirminei profilaktikai Palangos miesto gyventojams

Situacijos analizė

Palangos miesto gyventojų populiacijoje statistiškai reikšmingai išaugo asmenų, reguliariai vartojančių alkoholi, dalis nuo 32,5 proc. 2003 m. iki 54,9 proc. 2013 m. ($p < 0,001$). Lyginant Palangos miesto gyventojų alkoholio vartojimą su Lietuvos suaugusių gyventojų gyvenamosios tyrimo¹ (2011 m.) rezultatais, susijusiais su alkoholio vartojimu, Palangos mieste alkoholio vartojimas buvo mažiau paplitęs nei Lietuvos suaugusių gyventojų (20-64 m.) imtyje, atitinkamai 54,9 proc. ir 86,8 proc.. 2003-2013 m. laikotarpiu statistiškai reikšmingai išaugo alkoholio vartojimas ir tarp vyrų, ir tarp moterų: tarp vyrų nuo 53,1 proc. 2003 m. iki 68,9 proc. 2013 m., tarp moterų nuo 16,0 proc. 2003 m. iki 43,5 proc. 2013 m. Atlikus alkoholio vartojimo analizę skirtingose amžiaus grupėse, paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingai padidėjo alkoholio vartojimas visose amžiaus grupėse. Tarp 45–54 m. gyventojų alkoholio vartojimas išaugo nuo 37,6 proc. 2003 m. iki 61,1 proc. 2013 m., tarp 55–64 m. gyventojų atitinkamai nuo 28,3 proc. 2003 m. iki 48,8 proc. 2013 m., tarp 65–74 m. gyventojų atitinkamai nuo 14,4 proc. iki 29,5 proc.. Alkoholio vartojimas 2003–2013 m. laikotarpiu išaugo ir tarp gyvenančių šeimose asmenų (nuo 35,7 proc. 2003 m. iki 56,9 proc. 2013 m.), ir tarp išsiskyrusių (nuo 27,2 proc. 2003 m. iki 59,8 proc. 2013 m.), ir tarp našlių (nuo 13,5 proc. 2003 m. iki 27,1 proc. 2013 m.). Alkoholio vartojimas išaugo tarp turinčių žemesnį nei aukštąjį išsilavinimą (nuo 32,3 proc. 2003 m. iki 50,7 proc. 2013 m.), ir tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą (nuo 33,1 proc. 2003 m. iki 62,0 proc. 2013 m.). Statistiškai reikšmingai išaugo alkoholio vartojimas tarp dirbančių asmenų: 2003 m. alkoholi vartojo 38,8 proc., o 2013 m. – 60,6 proc. dirbančiųjų. Padidėjo alkoholi vartojančių pensininkų dalis, nuo 15,1 proc. 2003 m. iki 32,2 proc. 2013 m. Tarp asmenų, kurie savo sveikatą vertino blogai, alkoholio vartojimas statistiškai reikšmingai padidėjo 2003–2013 m. laikotarpiu, atitinkamai nuo 38,0 proc. iki 55,5 proc., tuo tarpu tarp asmenų, kurie savo sveikatą vertino gerai, alkoholio vartojimas 2003-2013 m. laikotarpiu statistiškai reikšmingai nepakito.

Palangos miesto gyventojų, turinčių antsvorį arba nutukimą dalis populiacijoje statistiškai reikšmingai nesikeitė 2003–2013 m. laikotarpiu, tačiau lyginant antsvorio (41,2 proc.) ir nutukimo (25,5 proc.) paplitimą Palangoje 2013 m. ir Lietuvos suaugusių gyventojų imtyje 2011 m. (34,8 proc. turėjo antsvorį, 21,5 proc. buvo nutukę), Palangos gyventojams reikėtų susirūpinti kūno svorio

¹ Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Šakytė E, Kriaučionienė V, Veryga A. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimas (Health Behaviour among Lithuanian Adult Population) 2010; Kaunas, 2011.

reguliuojimu. Santykinės rizikos rodiklis (SR=1.047, 95 proc. PI 1.004–1.092) parodė statistiškai reikšmingą ryšį tarp vyrų kūno masės indekso ir mirtingumo dėl širdies ir kraujagyslių ligų. 2003–2013 m. laikotarpiu statistiškai reikšmingai padidėjo antsvorio paplitimas tarp gyventojų, turinčių žemesnį nei aukštąjį išsilavinimą, atitinkamai nuo 38,2 proc. 2003 m. iki 45,1 proc. 2013 m., tuo tarpu antsvorio paplitimas tarp asmenų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą dešimties metų laikotarpiu, nekito.

Arterinės hipertenzijos (AH) paplitimas, lyginant 2003 m. ir 2013 m. imtis, statistiškai reikšmingai sumažėjo nuo 50,9 proc. iki 39,9 proc. ($p < 0,001$), tačiau išanalizavus AH paplitimo pokyčius analizuojamu laikotarpiu pagal sociodemografinius pokyčius, pastebėjome, kad AH paplitimas statistiškai reikšmingai išaugo daugumos sociodemografinių požymių atžvilgiu. Tarp moterų AH paplitimas išaugo nuo 13,3 proc. 2003 m. iki 33,2 proc. 2013 m., tarp vyrų atitinkamai nuo 20,1 proc. iki 28,2 proc.. 45–54 m. amžiaus grupėje AH paplitimas didėjo nuo 15,0 proc. iki 24,8 proc., 65–74 m. amžiaus grupėje – atitinkamai nuo 25,2 proc. iki 52,3 proc. Tarp asmenų, turinčių žemesnį nei aukštąjį išsilavinimą, AH paplitimas 2003–2013 m. didėjo nuo 17,7 proc. iki 37,2 proc., tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą – atitinkamai nuo 12,8 proc. iki 20,2 proc.. AH paplitimas tarp dirbančių žmonių statistiškai reikšmingai išaugo nuo 12,3 proc. iki 26,8 proc.. AH paplitimas 2003–2013 m. laikotarpiu tarp pensininkų išaugo nuo 26,7 proc. iki 49,7 proc.. Tyrimo rezultatai parodė, kad tarp asmenų, kurie savo sveikatą vertino blogai, AH paplitimas statistiškai reikšmingai padidėjo 2003–2013 m. laikotarpiu, atitinkamai nuo 9,3 proc. iki 18,6 proc., tuo tarpu tarp asmenų, kurie savo sveikatą vertino gerai, AH paplitimas 2003–2013 m. laikotarpiu statistiškai reikšmingai nepakito. Santykinės rizikos rodiklis (SR=0,982, 95 proc. PI 0,966–0,988) parodė statistiškai reikšmingą ryšį tarp moterų diastolinio arterinio kraujo spaudimo ir mirtingumo dėl širdies ir kraujagyslių ligų.

Hipercholesterolemijos paplitimas 2003–2013 m. laikotarpiu statistiškai reikšmingai sumažėjo bendroje populiacijoje, atitinkamai nuo 74,6 proc. iki 69,4 proc., tačiau atlikus analizę pagal sociodemografinius veiksnius, pastebėta, kad tarp moterų hipercholesterolemijos paplitimas padidėjo nuo 77,1 proc. 2003 m. iki 79,4 proc. 2013 m.

Rekomendacijos svarbiausių širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių ankstyvajai profilaktikai Palangos gyventojams

1. Alkoholio vartojimo ankstyvoji profilaktika.

1.1. Didinti gyventojų informuotumą ir supratimą apie alkoholio sukeltą riziką sveikatai. Informuotumą didinančios priemonės turėtų būti orientuotos į jauno

amžiaus (jaunesnius nei 35 m.) gyventojus. Informaciją būtina pateikti jauniems žmonėms priimtina forma, pvz., tam tikslui sukurtoje interneto svetainėje. Bendradarbiaujant su Klaipėdos rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuru, organizuoti seminarus arba paskaitas jauniems žmonėms apie problemų, susijusių su alkoholio vartojimu, identifikavimą ir pagalbos būdus.

- 1.2. Įgyvendinti švietimo programas (atskiros temos gali būti integruotos į bendrojo lavinimo programas), kurios nuo ankstyvos vaikystės ugdytų vaikų gebėjimą atsispirti bendraamžių siūlymams ankstyvoje paauglystėje pradėti vartoti alkoholį.
- 1.3. Periodiškai vykdyti (ne rečiau nei kartą per 5 metus) alkoholio vartojimo tyrimus populiacijoje, siekiant stebėti alkoholio vartojimo įpročių dinamiką ir įvertinti profilaktinių intervencijų poreikį.
- 1.4. Siekiant maksimalaus efekto, kontroliuojant alkoholio vartojimą, rekomenduojama šalia šviečiamųjų intervencijų taikyti ir alkoholio rinkos reguliavimo priemones, tokias kaip alkoholio pardavimo vietų mažinimas, baudų pardavėjams, kurie parduoda alkoholį nepilnamečiams, griežtinimas, alkoholio reklamos ribojimas sporto renginių metu ir mokesčių tarifų alkoholiui didinimas.

2. Alkoholio vartojimo pirminė profilaktika

- 2.1. Šeimos gydytojams rekomenduojama reguliariai vertinti pacientų (18 metų ir vyresnių) alkoholio vartojimo įpročius ir alkoholio vartojimo rizikos laipsnį. Priklausomai nuo rizikos laipsnio, rekomenduojama parinkti tinkamą individualią alkoholio vartojimo kontrolės strategiją. Nustatant alkoholio vartojimo rizikos laipsnį, būtina įvairiapusiai įvertinti alkoholio vartojimo keliamų problemų mastą, įskaitant socialines, psichologines ir kitas pasekmes.
- 2.2. Alkoholio vartojimo kontrolės strategijos mastas gali kisti nuo minimalios intervencijos (2–3 minučių pokalbio apie alkoholio žalą žmonėms, kurie alkoholį vartoja labai retai) iki specializuoto gydymo paskyrimo, kai alkoholio vartojimo problemos labai ryškios.
- 2.3. Šeimos gydytojai, motyvuodami alkoholį vartojančius pacientus keisti elgseną, turėtų naudoti motyvacinį interviu, kuris laikomas vienu efektyviausių elgsenos koregavimo metodų. Motyvacinio interviu esmė – padėti pacientui suvokti, kad jo elgsena neigiamai veikia jo paties sveikatą ir sukelia riziką aplinkinių sveikatai ir gyvybei ir paskatinti apsispręsti keisti elgseną, susijusią su alkoholio vartojimu.

3. *Antsvorio ir nutukimo ankstyvoji profilaktika*

- 3.1. Vykdyti šviečiamąją veiklą, kurios esmė – propaguoti racionalią mitybą, akcentuojant būtinybę riboti greitai skaidomų angliavandenių vartojimą (iki 60 proc., tačiau pagrindą turėtų sudaryti šviežios daržovės), didinti baltymų dalį mitybos racione (ne mažiau nei 15 proc.), polinesočiąsias riebiąsias rūgštis iš dalies keisti mononesočiosiomis riebiosiomis rūgštimis, mažinti sočiųjų ir transformuotųjų riebalų vartojimą. Užtikrinti pakankamą skaidulinių medžiagų kiekį (ne mažiau nei 40 g per dieną) kasdieniame mitybos racione. Būtina akcentuoti valgomosios druskos vartojimo mažinimą iki 5–6 g per dieną, į šį kiekį įskaičiuojant druską įvairiuose gaminiuose.
- 3.2. Periodiškai vykdyti bendruomenės mitybos tyrimus, siekiant išsiaiškinti maitinimosi įpročių kitimo tendencijas ir numatyti profilaktinių intervencijų poreikį.
- 3.3. Bendradarbiaujant su visuomenės sveikatos biuru, organizuoti renginius bendruomenei, susijusius su racionalios mitybos propagavimu ir fizinio aktyvumo skatinimu, siekiant kuo didesnę bendruomenės dalį paskatinti keisti elgseną, susijusią su mityba ir fiziniu aktyvumu.
- 3.4. Užtikrinti prielaidas sąlygas kiekvienam gyventojui bet koku metų laiku būti fiziškai aktyviam. Tai pasiekti galima būtų įrengiant sporto kompleksą ir baseiną, skirtus bendruomenės poreikiams patenkinti.

4. *Antsvorio ir nutukimo pirminė profilaktika*

- 4.1. Šeimos gydytojams rekomenduojama monitoruoti pacientų kūno svorio pokyčius, pasveriant pacientą kiekvieno apsilankymo metu. Ypatingą dėmesį skirti vaikams, skatinant jų fizinį aktyvumą ir stebint jų fizinės raidos dinamiką. Pastebėjus kūno svorio didėjimo tendenciją, rekomenduojama pacientui suprantamai paaiškinti pagrindinius svorio kontrolės principus, skatinant suvokimą, kad svorio kontrolė yra ne laikina priemonė, o ilgalaikis elgsenos ir gyvensenos pakeitimas.
- 4.2. Šeimos gydytojas turėtų bendradarbiauti su kitais specialistais, reguliuojant paciento svorį, siekdamas visapusės naudos pacientui: su gydytoju dietologu, psichologu, kineziologu ir pan.

4.3. Kiekvieno paciento apsilankymo metu gydytojas turėtų pasiteirauti apie problemas, iškilusias reguliuojant kūno svorį ir esant poreikiui pasiūlyti papildomas pagalbines priemones.

5. Arterinės hipertenzijos (AH) ankstyvoji profilaktika

5.1. AH ankstyvosios profilaktikos pagrindas – visuomenės švietimas, akcentuojant veiksmų, sąlygojančių AH atsiradimą, korekciją. Siekiant koreguoti arterinę hipertenziją populiacijoje, šviečiamoji veikla turėtų būti orientuota į antsvorio korekciją, druskos vartojimo mažinimą, fizinio aktyvumo skatinimą, alkoholio vartojimo mažinimą, gebėjimų reaguoti į stresines situacijas ugdymą.

5.2. Rekomenduojama skleisti informaciją apie tai, kad medikamentinis AH gydymas gali būti efektyvus tik tuomet, kai yra taikomas kompleksiskai, kartu su nemedikamentinėmis AH kontrolės priemonėmis. Jei paciento elgsena, susijusi su mityba, fiziniu aktyvumu, alkoholio ir valgomosios druskos vartojimo įpročiais nesikeis, medikamentinis gydymas gali būti neefektyvus.

5.3. Rekomenduojama periodiškai (ne rečiau nei kas 5 metai) atlikti populiacinius AH paplitimo tyrimus, siekiant stebėti AH paplitimo pokyčius ir numatyti profilaktinių intervencijų poreikius.

6. Arterinės hipertenzijos (AH) pirminė profilaktika

6.1. Šeimos gydytojas turėtų kiekvieno paciento apsilankymo metu pamatuoti ir registruoti arterinio kraujo spaudimo dydį, siekdamas kuo anksčiau pastebėti kraujospūdžio didėjimo tendencijas. Pacientams, kurių šeiminėje anamnezėje yra užfiksuoti arterinės hipertenzijos, miokardo infarkto ar galvos smegenų insulto atvejai, kraujospūdis turėtų būti matuojamas mažiausiai du kartus per metus.

6.2. Šeimos gydytojas turėtų apmokyti pacientus, kuriems nustatyta AH, vykdyti savo kraujospūdžio stebėseną. Šeimos gydytojo komanda turėtų apmokyti pacientą teisingai pasimatuoti arterinį kraujo spaudimą ir interpretuoti rezultatą. Pradėjęs vartoti vaistus, mažinančius kraujospūdį, pacientas turi matuoti kraujospūdį du kartus per parą ir registruoti matavimo rezultatus dienoraštyje, kurį turi atsinešti kiekvieną kartą ateidamas pas šeimos gydytoją. Gydytojas privalo motyvuoti pacientą vartoti

kraujospūdį mažinančius vaistus pagal taisykles, siekiant maksimalaus gydymo efektyvumo.

- 6.3. Šeimos gydytojas turėtų parinkti kiekvienam pacientui individualią AH kontrolės strategiją, priklausomai nuo kitų rizikos veiksnių (rūkymo ir hipercholesterolemijos) buvimo ir organų-taikinių pažeidimo laipsnio.

7. Hipercholesterolemijos ankstyvoji profilaktika

- 7.1. Naudojantis masinėmis informavimo priemonėmis, informuoti bendruomenę apie hipercholesterolemijos, kaip širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnio, sąlygojamą riziką, jos korekcijos būdus ir priemones.
- 7.2. Būtina akcentuoti sočiųjų riebiųjų rūgščių mažinimą mitybos racione arba jų dalinį pakeitimą mononesočiosiomis riebiosiomis rūgštimis, kartu didinant skaidulinių medžiagų kiekį mitybos racione. Mitybos korekcija turėtų būti taikoma kompleksiskai su svorio reguliavimu ir fizinio aktyvumo didinimu.
- 7.3. Rekomenduojama žiniasklaidoje arba renginiuose, organizuojamuose bendradarbiaujant su visuomenės sveikatos biuru, gyventojams suprantamai paaiškinti apie mitybos, padedančius sureguliuoti cholesterolio kiekį kraujyje, principus. Sveikos mitybos įgūdžius būtina formuoti nuo ankstyvosios vaikystės, į bendrojo lavinimo programas integruojant temas, susijusias su sveikų maisto produktų pasirinkimu

8. Hipercholesterolemijos pirminė profilaktika

- 8.1. Šeimos gydytojas stebėsenos tikslais periodiškai (mažiausiai kartą per metus) turėtų paskirti pacientui cholesterolio kiekio kraujyje tyrimą ir užfiksuoti tyrimo rezultatus paciento kortelėje. Jei paciento šeiminėje anamnezėje yra širdies ir kraujagyslių ligų atvejų, tuomet cholesterolio kiekis kraujyje turėtų būti tiriamas dažniau nei kartą per metus. Šeimos gydytojas po kiekvieno cholesterolio kiekio kraujyje tyrimo turėtų išsamiai paaiškinti pacientui tyrimo rezultatus ir nustatyti kiekvienam pacientui individualią hipercholesterolemijos korekcijos strategiją.
- 8.2. Jei cholesterolio kiekio padidėjimas yra išaiškinamas pirmą kartą ir jei santykis tarp mažo tankio ir didelio tankio lipoproteinų cholesterolio yra optimalus (neviršija trijų), tuomet hipercholesterolemijos korekcija pradedama nuo nemedikamentinių

priemonių, tai yra, atsvario kontrolės, mitybos korekcijos, fizinio aktyvumo didinimo. Šeimos gydytojas, siekdamas maksimalaus efekto, galėtų pasitelkti į komandą gydytoją dietologą ar dietetikos specialistą.