

Uticaj faktora rizika na nastanak hroničnih nezaraznih bolesti

Ranka Jaćimović

Diplomirani medicinar
zdravstvene njege
Health Center Banja Luka,
Republika Srpska,
Bosna i Hercegovina

Correspondence:

ranka73jacimovic@gmail.com

Received: September 9, 2016

Accepted: September 22, 2016

STRUČNI RAD
PROFESSIONAL PAPER

APSTRAKT

Svijet je danas suočen sa sve većim porastom hroničnih nezaraznih bolesti (HNB) koje postaju vodeći uzrok smrtnosti. U 2012. godini HNB su bile odgovorne za 38 miliona (68%) od svih 56 miliona smrtnih ishoda. Od toga broja više od 40% umrli su bili mlađi od 70 godina, a više od 82% umrlih je bilo u nerazvijenim i zemljama u razvoju.

Glavni faktori rizika u nastanku HNB su povišen krvni pritisak, hiperlipidemije, hiperglikemija, gojaznost i pušenje. Smanjenje faktora rizika uz pravovremeno otkrivanje i liječenje je najjeftiniji način rješavanja nezaraznih bolesti. Najveći uticaj na smanjenje HNB ima vođenje javne politike koja promoviše prevenciju, rano otkrivanje i liječenje ovih oboljenja. U cilju sagledavanja koliko je uspešna strategija suzbijanja HNB u Republici Srpskoj ispitivali smo rasprostranjenost faktora rizika za nastanak HNB kod 1454 pacijenata starijih od 18 godina u jednom timu porodične medicine DZ Banja Luka.

Rezultati ispitivanja ukazuju da je povišen krvni pritisak prisutan kod 40% ispitanika, dislipidemije kod 60%, uz visoko prisustvo hiperglikemije 23.5%. Pušenje kao rizični faktor prisutno je kod 41% ispitanika. Svaki peti ispitanik bio je gojazan (BMI>30).

Naši rezultati ukazuju da mere koje se u Republici Srpskoj ulažu na prevenciji i lečenju HNB nisu uspešne i slične su onima u najnerazvijenijim zemljama.

KLJUČNE REČI

Nezarazne bolesti, faktori rizika, arterijskikrvni pritisak, dislipidemia, BMI, pušenje.

UVOD

Hronične nezarazne bolesti (HNB) obuhvataju oboljenja koja se označavaju kao neinfektivna i neprenosiva među ljudima. Radi se o oboljenjima koja su masovno prisutna u populaciji, koja uglavnom imaju dugotrajni tok (hronična) i kod kojih etiološki činioci nisu biološki agensi. U HNB spadaju: bolesti srca i krvnih sudova (ishemijska bolest srca, hipertenzija, reumatsko obolenje srca, apopleksija mozga), maligne bolesti, povrede, dijabetes, mentalne bolesti, bolesti zavisnosti, zubni karijes i dr.

Zdravstvene, socijalne i ekonomske posledice HNB predstavljaju danas vodeći zdravstveni problem u svijetu. Posebno su ugrožene najsiromašnije zemlje i zemlje u razvoju. HNB su vodeći uzrok smrti u svijetu, tako su u 2012. godini HNB bile odgovorne za 38 miliona (68%) od svih 56 miliona smrtnih ishoda. Od toga broja više od 40% (16 miliona) umrli su bili mlađi od 70 godina, a više od 82% (28 miliona) umrlih je bilo u nerazvijenim i zemljama u razvoju (1,2). U Evropi učešće masovnih nezaraznih bolesti iznosi više od 80%. Vodeće mjesto zauzimaju kardiovaskularne bolesti koje izazivaju više od polovine smrtnih ishoda(3). Prema epidemiološkoj procjeni SZO, hronične nezarazne bolesti će i dalje da izazivaju obolijevanje i smrtnost u sve većoj mjeri i predviđa

se porast smrtnostu od ovih bolesti za 17% u narednih deset godina, do 2026. godine. Najugroženiji regioni su Afrika (27%) i istočni Mediteran (25%). Sve starosne grupe i svi regioni su pogođeni nezaraznim bolestima. Mnogi faktori rizika kao što su pušenje, loša ishrana, gojaznost, alkohol zajednički su za masovne nezarazne bolesti. U slučaju da se uklone neki od ovih faktora moguće je spriječiti čak 80% srčanih i cerebrovaskularnih bolesti kao i dijabetes tip II (3).

Multifaktorijalna etiologija je glavna karakteristika masovnih nezaraznih bolesti. Rezultat su vrlo složenih interakcija između pojedinca i okoline u kojoj on živi. Karakteristike kao što su pol, genetska predispozicija, socio-ekonomski uslovi zajedno sa okruženjem, određuju razlike u osjetljivosti pojedinca na faktore koji ugrožavaju zdravlje. Jedan broj pojedinaca ima genetsku predispoziciju za nastanak određenih bolesti (dijabetes, maligne neoplazme...) dok pol ima uticaj na nastanak prekomjerne težine. Glavni faktori rizika u nastanku HNB su povišen krvni pritisak, hiperlipidemije, hiperglikemija, gojaznost i pušenje. Smanjenje faktora rizika uz pravovremeno otkrivanje i liječenje je najjeftiniji način rješavanja nezaraznih bolesti. Najveći uticaj na smanjenje HNB ima vođenje javne politike koja promoviše prevenciju, rano

otkrivanje i liječenje ovih oboljenja. Visoko razvijene zemlje imaju više mogućnosti da programe prevencije i promocije pokriju iz zdravstvenog osiguranja. Nerazvijene zemlje zbog nepovoljnog finansijskog položaja ne mogu adekvatno da sprovedu preventivne i kurativne mere za suzbijanje HNB.

U Republici Srpskoj zdravstvena zaštita je definirana sa pet nivoa mjera i aktivnosti usmjerenih ka unapređenju i očuvanju zdravlja, sprečavanju i suzbijanju oboljenja, ranom otkrivanju bolesti, blagovremenom liječenju i rehabilitaciji. Prevencija bolesti je aktivnost usmjerena na eradikaciju, eliminaciju ili svodenje na minimum uticaja bolesti, kao i usporavanje napredovanja bolesti i nesposobnosti (4). Postoje dva pristupa prevenciji. U zavisnosti na cilj djelovanja dijele se na individualni i populacioni pristup. Sama riječ individualan govori da je ovaj pristup usmjeren na pojedinca tj. otkrivanju i tretmanu osobe pod visokim rizikom. Populacioni je usmjeren ka zajednici u cjelini. Dopunjuju jedan drugog ali je populacioni sveobuhvatniji i djelotvorniji. [2]

Narodna skupština Republike Srpske je 2002. godine, a u skladu sa ciljevima SZO, usvojila dokument pod nazivom Program zdravstvene politike i strategije za zdravlje u Republici Srpskoj do 2010. godine. Ovaj dokument sadrži podatke o tom da je vodeći zdravstveni problem hronične nezarazne bolesti kao i da se taj problem ne rješava u skladu sa preporukama savremene medicine. Ti podaci su nagnali Vladu da donese strategiju prevencije i kontrole nezaraznih bolesti 2003. godine.

Ovom strategijom, koja je urađena u skladu s međunarodno prihvaćenim programom za suzbijanje nezaraznih bolesti, obuhvaćene su sljedeće bolesti:

- kardiovaskularne (koronarna i cerebrovaskularna bolest),
- maligne (rak grlića materice, dojke, debelog crijeva i rektuma, prostate),
- dijabetes melitus.

te zajednički rizični faktori:

- pušenje,
- neadekvatna ishrana,
- nedovoljna fizička aktivnost.

Cilj Strategije je da se zaustavi rast mortaliteta i morbiditeta nezaraznih bolesti i uspostavi trend postepenog opadanja, tako da do kraja 2010. godine ukupna opterećenost ovim bolestima smanji za 5%.

Nezarazne bolesti su problem čitavog društva i u njihovom rješavanju moraju zajedno djelovati građani, porodice, zajednice, škole, preduzeća, stručne i humanitarne organizacije.

Strategija visokog rizika je u nadležnosti zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika. Pod tim podrazumjeva-

mo timove porodične medicine. Domovi zdravlja u RS imaju obavezu da izrade lokalne strategije visokog rizika. Te strategije obuhvataju:

- zdravstveno-promotivne mjere, koje imaju za cilj smanjiti preventabilne rizike putem savjetovanja,
- otkrivanje i redukcija rizičnih faktora,
- rano otkrivanje bolesti i liječenje.

Programi za suzbijanje nezaraznih bolesti nisu kvalitetni ako se provode "usput". Oni se moraju unaprijed planirati zajedno s potrebnim vremenom za to provođenje.

Institut za zaštitu zdravlja RS i Fond zdravstvenog osiguranja izdali su 2003. godine Stručno uputstvo za otkrivanje i redukciju rizičnih faktora i rano otkrivanje oboljenja iz Programa prevencije i kontrole nezaraznih bolesti.

Istraživanja provedena tokom 2002. god, a koja su sprovedena pod okriljem Svjetske banke, pokazala su da su hipertenzija, hiperlipidemija, hiperglikemija i gojaznost predstavljaju najvažnije faktore rizika kod odraslog stanovništva u Republici Srpskoj. Kod stanovništva starijeg od 18 godina arterijska hipertenzija je nađena kod 42% ispitanika, hiperlipidemija kod 55%, hiperglikemija kod 13%, a gojaznih (BMI>30) je bilo 20%.

U cilju provjere rezultata primenjene strategije u suzbijanju HNB odlučili smo da istražimo stepen raširenosti faktora rizika za nastanak HNB (hipertenzije, hiperlipidemije, hiperglikemije, gojaznosti i pušenja) kod pacijenta jednog tima porodične medicine u JZU DZ Banja Luka u toku 2015. godine.

METODE I ISPITANICI

Obradeni su svi registrovani pacijenti iz jednog tima porodičnemedicine JZU "Dom Zdravlja" Banjaluka starosne dobi od 18 do 99 godina. U toku 2015 godine s ciljem vezanim za procjenu specifičnosti uticaja pojedinih faktora rizika za nastanak HNB ispitanici su razvrstani u grupe prema polu i godinama starosti. Mlađe i srednje životno doba od 18 – 64 godine i preko 65 godina starije životno doba.

Analizom su obuhvaćeni sledeći parametri: krvni pritisak, nivo holesterola, nivo šećera, BMI i pušenje.

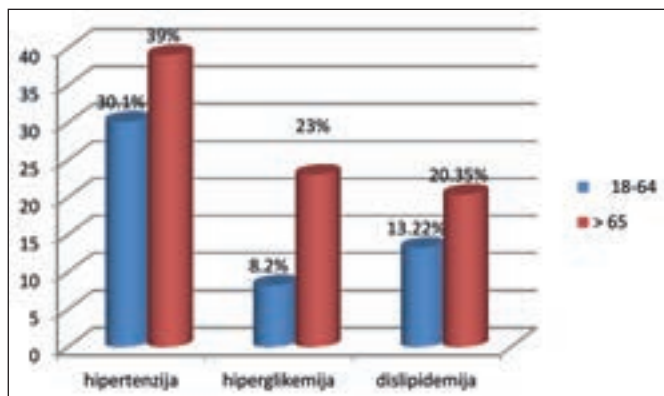
Putem anketa su dobijeni podaci o pušenju, fizičkoj aktivnosti kao i o navikama u ishrani. Krvni pritisak, nivo holesterola i šećera su mjereni prilikom posjeta porodičnom ljekaru u pomenutom periodu u sertifikovanoj laboratoriji DZ Banja Luka. Rezultati nivoa krvnog pritiska su uzimani nakon višekratnog mjerenja, a mjereni su i tjelesna težina (TT) i visina (TV). Indeks tjelesne mase (engl. BMI=*body mass index*) izračunavan je po formuli $BMI = TT(kg)/TV^2(m)$. Iz praktičnih razloga notirane su samo gojazne osobe sa BMI>30.

Korištena je retrospektivno-deskriptivna obrada prikupljenih podataka, a svi rezultati su prikazani tabelama i grafikonima. Podaci koji su obrađivani uzeti su iz programa WebMedic, koji je sertifikovan za rad u porodičnoj medicini od strane ovlaštene firme "Računari" od 02.03.2012 godine. Uz relativni prikaz podataka statistički značajna razlika je proveravana testom proporcija.

REZULTATI

Uvidom u sve registrovane pacijente jednog tima porodične medicine određen je broj pacijenata koji podliježu obaveznom Programu prevencije masovnih nezazarnih bolesti. Njihov ukupan broj iznosi 1454 a od tog broja je 665 muških i 789 ženskih. Od 18 godina pa do 64 godine je 1188 a preko 65 godina je 266.

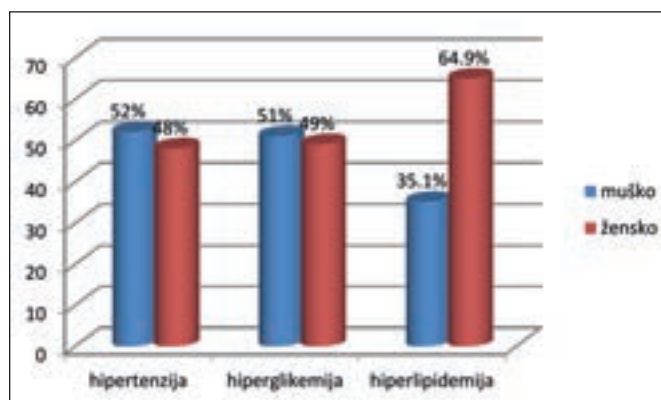
Na osnovu dobijenih podataka od 1188 pacijenta u dobnoj grupi (18-64), 358 (31.1%) ima povišen krvni pritisak, kod 98 (8,2%) je nađen povišen nivo glukoze u krvi a 158 (13.22%) je imalo dislipidemiju. Dobnu grupu preko 65 godina čini 266 pacijenata od kojih 104 (39%), ima hipertenziju, 62 (23%) imaju hiperglikemiju, a 54 (20.35%) ispitanika ima povišen nivo holesterola u krvi.



Grafikon 1. Prikaz distribucije rizičnih faktora za nastanak HNB prema starosnim grupama

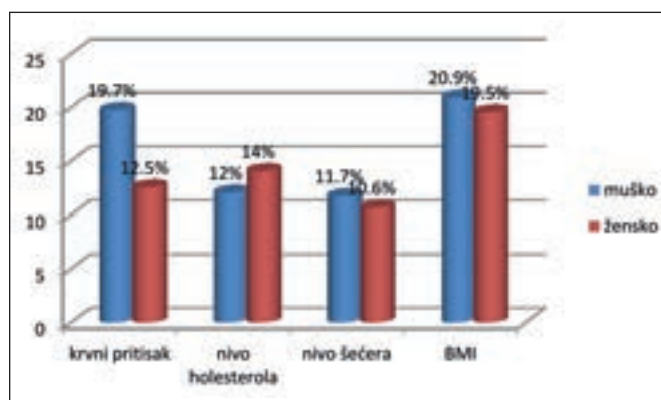
Postoji razlika po polu kod ova tri rizična faktora. Od 462 pacijenta koji imaju hipertenziju, 52% su muškog pola a 48% ženskog, od 160 pacijenta sa hiperglikemijom veći je procenat muških pacijenata (51%) a tek nešto manji kod žena (49%), a od 212 pacijenata sa poremećajem metabolizma lipoproteina veći je procenat žena (64.9%) u odnosu na muškarce (35.1%).

Posmatrajući podatke o pacijentima kod kojih su nađene povišene vrijednosti krvnog pritiska, holesterola, šećera kao i BMI a koji do tad nisu imali dijagnostikovani ni jedan od ovih morbiditeta uočavamo da je veći procenat muških pacijenata (19.7%) koji su imali na tri mjerenja povišen krvni pritisak (>145/95 mmHg) u odnosu na ženske pacijente (12.5%). Kad posmatramo podatke za nivo holesterola, šećera kao i vrijednosti



Grafikon 2. Prikaz distribucije rizičnih faktora za nastanak HNB prema polu.

BMI zaključujemo da nema značajne razlike u procentima između muških i ženskih pacijenata. Nalazimo da je povišen nivo holesterola imalo 12% muških naspram 14% ženskih pacijenata, nivo šećera je kod 11.7% muških i 10.6% ženskih pacijenata bio povišen a vrijednost BMI iznad 30 uočena je kod 20.9% muških i 19.5% ženskih pacijenata.



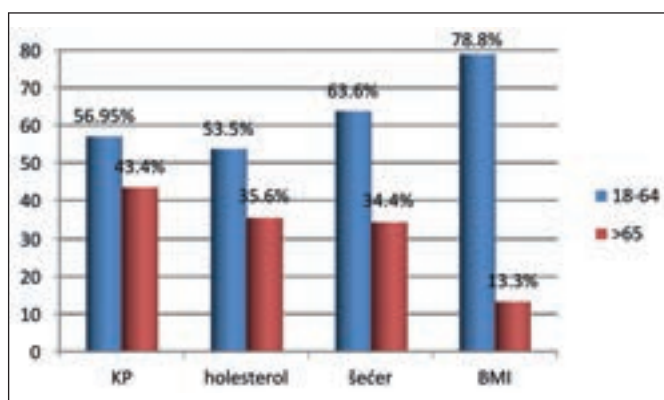
Grafikon 3. Relativni odnos izmerenih faktora rizika i BMI u odnosu na pol.

Dobijeni podaci prikazani u tabeli 1. o distribuciji pacijenata sa povišenim vrijednostima krvnog pritiska, holesterola, šećera i BMI, koji pri tom do sad nisu imali takve rezultate, ukazuju da su u većem procentu ugroženi pacijenti koji pripadaju dobnoj grupi od 18 do 64 godine. Preko 56 % pacijenata mlađih od 64 godine imalo je povišenu vrijednost krvnog pritiska u odnosu na 43.4% pacijenata starijih od 65 godina. Uočljiva je razlika i kad analiziramo povišene vrijednosti holesterola, 53.5% mlađih od 64 godine naspram 35.6% preko 65 godina. Povišen nivo šećera imalo je 63.6% mlađih od 64 a 34.4% preko 65 godina. Najveća razlika je uočena kod pacijenata mlađih od 64 godine (78.8%) u odnosu na (13.3%) starijih od 65 godina, grafikon 4.

Tabela 1. Distribucija pacijenata prema povišenim vrijednostima krvnog pritiska, holesterola, vrijednosti šećera i BMI, u odnosu na starosnu strukturu

	krvni pritisak (145/95mmHg)	nivo holesterola (> 6mmol/L)	nivo šećera (na tašte > 6.7mmol/L)	BMI (> 30)
18-64	131	123	103	231
>65	99	68	59	39

Ovi rezultati su objašnjeni činjenicom da je kod pacijenata preko 65 godina već dijagnostikovano jedan ili više od pomenutih morbiditeta i oni koriste određene lijekove tako da vrijednosti krvnog pritiska, holesterola, šećera kreću se u normalnim granicama. Uočena velika razlika u BMI objašnjava se činjenicom da stariji pacijenti gube na tjelesnoj masi i potkožno masno tkivo se topi, tako da je veoma malo gojaznih u toj životnoj dobi.

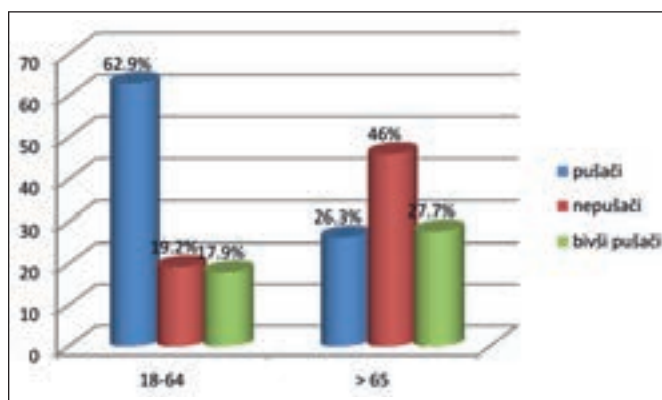
**Grafikon 4.** Distribucija pacijenata sa povišenim krvnim pritiskom, holesterolom, šećerom i BMI

Distribucija pacijenata prema pušačkom statusu a u odnosu na polnu i dobnu strukturu

Iz dobijenih podataka nalazimo da je od ukupanog broja pacijenata (1454), pušača 599 (41.2%), od tog broja 332 ili (49.9%) muškaraca a 263 ili (33.3%) žena. Nešto veći procenat je nepušača (49.9%) i to više kod žena (58.4%) nego muškaraca (38.2%). Relativno mali procenat je bivših pušača 144 ili 9.9%.

Tabela 6. Distribucija pacijenata po polu

	pušači	nepušači	bivši pušači
muško	332 (49,9%)	254 (38,2%)	79 (11,9%)
žensko	263 (33,3%)	461 (58,4%)	65 (8,3%)

**Grafikon 5.** Raspodela ispitanika u odnosu na pušenje po dobnoj starosti

Iz grafikona uočavamo da je značajno veći procenat pušača u dobnoj grupi od 18 do 64 godine (62.9%) dok je kod pripadnika dobne grupe > 65 godina taj procenat mnogo niži (26.3%). Obrnut slučaj je kad su u pitanju nepušači. Procenat nepušača je mnogo veći kod pacijenata koji su stariji od 65 godina (46%) nego onih do 64 godine (19.2%). Postoji značajna razlika kad su u pitanju i bivši pušači, njih 27.7% kod pacijenata preko 65 godina u odnosu na 17.9% do 64 godine.

Analizirajući dobijene podatke o pušačkom statusu registrovanih pacijenata zaključujemo da je veći procenat muškaraca koji puše kao i da je značajno više pušača u dobnoj grupi od 18 do 64 godine.

DISKUSIJA

Masovne hronične nezarazne bolesti su veoma raširene u populaciji, imaju dugotrajan tok, te faktori koji dovode do njih nisu biološke prirode. U posljednjih pola vijeka postale su uzrok velikom morbiditetu kao i mortalitetu kako u veoma razvijenim zemljama tako i kod nas. Dovode do invalidnosti, gubitka radne sposobnosti, prijevremenog umiranja kao i poskupljenja zdravstvenih usluga koje je najočiglednije u zemljama gdje je negativan prirodni priraštaj tj, staro stanovništvo. Masovne hronične nezarazne bolesti postale su poznate kao "bolesti civilizacije". U 2012. godini od 56 miliona umrlih do ovih bolesti je umrlo je 68% a predviđanja da će do 2020. godine predstavljati 2/3 svih slučajeva smrti u svijetu su prevaziđena (1,2). Vrlo je moguće da jedna osoba boluje više od jedne masovne nezarazne bolesti.

Uspješna kontrola i suzbijanje ovih bolesti zahtjeva timski rad. U toj kontroli su najvažnije mjere prevencije. Ako je ta preventivna aktivnost planska moguće je da dođe do njihovog opadanja. Ove bolesti imaju nepovoljnu epidemijsku prognozu. Mortalitet i morbiditet se registruje u svim dobnim grupama ali se pojavljuje tendencija pomjeranja prema sve mlađem uzrastu.

Hronične masovne nezarazne bolesti imaju zajedničke faktore rizika kao što su pušenje, nepravilna ishrana, izloženost stresu, gojaznost, nedovoljna fizička aktivnost, hipertenzija, hiperlipidemija, hiperglikemija....Čak 70% ovih oboljenja su rezultat biheviornalnih uzroka.

Prema definiciji SZO – Međunarodnog udruženja za hipertenziju, definicijama i smjernicama Evropskog udruženja za hipertenziju povišenim krvnim pritiskom smatramo sistolni krvni pritisak ≥ 140 mmHg, odnosno dijastolni krvni pritisak ≥ 90 mmHg (5, 6). Postavljanje dijagnoze arterijske hipertenzije traži više od tri uzastopna mjerenja. Iz tog razloga se ne može uzimati nalaz dobijen na prvom mjerenju, kod osoba koje do tad nisu znale da imaju povišen pritisak, kao dijagnoza hipertenzije već kao podatak koji identifikuje osobe koje bi mogle imati.

Povišen nivo holesterola je povezan sa povećanim rizikom od kardiovaskularnih bolesti. Poželjan nivo ukupnog holesterola je 5.17 mmol/L. Nivo holesterola od 5.17 do 6.18 mmol/L se smatra granično visok, dok je vrijednost viša od 6.21 mmol/L visoka. Holesterol može da se mjeri bilo kad u toku dana. Gladovanje nije neophodno pre testiranja.

Povećan nivo šećera u krvi – hiperglikemija je još jedan od važnih faktora rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, čak dva do pet puta je veći morbiditet i mortalitet od ovih bolesti kod pacijenata sa ovim faktorom. Prema podacima SZO hiperglikemiju, bilo kojeg tipa, ima više od 190 miliona ljudi širom svijeta. Taj broj je u stalnom porastu.

Rezultati dobijeni ovim radom pokazuju da 31.7% pacijenata već boluje od hipertenzije dok je kod 18.6% uočena povišena vrijednost krvnog pritiska (na osnovu višekratnog mjerenja) i značajno je napomenuti da je mnogo veći procenat u starosnoj dobi od 18 do 64 godine (56.95%) nego kod starijih od 65 godina (43.05%). Prevalencija hipertenzije od 25% i niža je u odnosu na prevalenciju hipertenzije u Evropi a koja iznosi 44%. U SAD prevalencija hipertenzije u posljednje vrijeme pokazuje trend povećanja tako da prema podacima NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey) oko 50 miliona Amerikanaca ima hipertenziju (7).

Kod 27.7% pacijenata utvrđen je povišen nivo holesterola u krvi. Nešto veći procenat kod ženskih pacijenata mlađih od 65 godina (35%) dok taj procenat kod muških pacijenata iznosi 31.5%. U toku 2015. godine u Republici Srpskoj povišen nivo holesterola imalo je 41.7% ispitanih pacijenata u svim domovima zdravlja. Uočen je sve veći broj mlađih pacijenata koji imaju povišen nivo holesterola u krvi koji je rezultiran brzim načinom života, neredovnom ishranom ili ishranom "s nogu i na brzinu". Kako je povišen nivo holesterola u krvi važan faktor za

nastanak kardiovaskularnih bolesti sa skriningom za ovaj faktor rizika treba početi već u 20- oj godini života. To nije slučaj u republici Srpskoj što rezultira povećanim brojem kardiovaskularnih oboljenja. Ako postoje granične vrijednosti holesterola ili kombinacija sa još nekim faktorima rizika (pozitivna porodična anamneza, hipertenzija, muškarci < 45 godina, žene < 55 godina života...) potrebno je odrediti nivo frakcija lipidnog statusa (HDL- holesterola, trigliceridi, LDL- holesterola). Kod asimptomatskih osoba neophodno je uraditi jednom godišnje ukupan lipidni status. Pacijenti sa niskim kardio rizikom rade provjeru lipidnog statusa jednom u pet godina. Skrining je veoma bitna mjera prevencije a koristi se ogleđa u smanjenju rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti. I u ovom slučaju pacijenti se savjetuju o pravilnoj ishrani, smanjenju unosa masti, fizičkoj aktivnosti. postoje prioriteta u preduzimanju mjera prevencije a to su: pacijenti koji već boluju od nekih kardiovaskularnih bolesti, pacijenti bez simptoma a koji imaju visok rizik (rizik $\geq 5\%$ i višestruki faktori rizika), bliski rođaci pacijenata sa preuranjenom kardiovaskularnom bolešću. Prije svega se sprovodi liječenje odgovarajućom dijetnom ishranom tokom tri mjeseca, a ako se ne postignu rezultati tek onda se pristupa medikamentoznoj terapiji.

SZO procjenjuje da će broj oboljelih od dijabetesa do 2035. godine povećati na 592 miliona ili za čak 55 odsto. U ovoj posmatranoj grupi pacijenata njih 22.1% ima dijabetes. Nešto veći procenat je uočen kod muških pacijenata. Prevalenca iznosi 13.8% što je malo iznad evropske prevalencije koja iznosi 8.1% dok u Srbiji prevalencija iznosi 5% (8).

Pacijenti sa tip I dijabetesa imaju povišen rizik razvoja kardiovaskularnih bolesti. Ipak, neki od tih pacijenata imaju desetogodišnji rizik razvoja manji od 15 do 20%, dok drugi imaju visok rizik. Od velike važnosti je dobra metabolička kontrola koja prevenira mikrovaskularne komplikacije a samim tim i kardiovaskularne događaje (8). Kad govorimo o skriningu tip II dijabetesa podrazumjevamo određivanje nivoa šećera na tašte kod osoba starijih od 45 godina, u periodima od tri godine. Asimptomatski pacijenti iz rizičnih grupa (pozitivna porodična anamneza o postojanju dijabetesa tip II, gojaznost, > 45 godina, hipertenzija..) testiraju se u mlađem životnom dobu. Skrining predijabetesnog stanja ne savjetuje se opštoj populaciji.

Gojaznost je sve veći problem moderne populacije. Rezultati naših ispitivanja pokazuju da je svaki peti ispitanik (20%) gojazan. Ovi nalazi su u skladu sa drugim izvorima podataka(9). Problem je što gojaznost naročito kod mladih ima i kod nas kao i u svetu trend visokog porasta. Brz tempo i sedentarni stil života, neadekvatna fizička aktivnost i neuredna ishrana uzima svoj danak.

Pri pominjanju liječenja gojaznosti ne mislimo samo na redukovanje tjelesne težine već i prisutnih faktora rizika kao i poboljšanje kvaliteta života pacijenta. Primarna zdravstvena zaštita ima važnu ulogu u ovome. Od velike važnosti je motivacija pacijenta za smanjenje tjelesne mase i zato je neophodno što prije utvrditi njegovu spremnost za tretman. Liječenje gojaznosti podrazumijeva odgovarajuću ishranu, povećanu fizičku aktivnosti promjenu stila života. Danas postoje specijalisti – nutricionisti koji pomažu pri liječenju gojaznosti. Cilj koji postavljamo pri liječenju gojaznosti mora biti realan radi samog psihološkog aspekta. Samo u ekstremnim slučajevima je neophodna primjena lijekova ili čak hirurško liječenje.

Podatke o pušenju možemo dobiti rutinskim pitanjem prilikom svakog pregleda. Rezultati našeg istraživanja ukazuju na katastrofalnu rasprostranjenost ovoga ne poroka već bolesti zavisnosti. Svaki drugi muškarac (50%) i svaka treća žena (33,3%) su pušači. Sa tkvom statistikom zauzimamo vodeća mjesta ne samo u Evropi već i u svijetu. Najtragičniji podatak je da je da nam se 62,9% radnog stanovništva svakodnevno guši u duvanskom dimu. Sve pušače, bez obzira koliko cigareta dnevno, treba savjetovati da prestanu. Dokazano je da i kratak savjet o prestanku efikasniji nego da se uopšte ne savjetuje. I u ovom slučaju je od velike važnosti motivacija pacijenta kao i naša podrška u tome. Takve pacijente treba što prije uključiti u program za prestanak pušenja. Kad postoji fizička zavisnost kod pacijenta koji su motivisani da prekinu s pušenjem treba propisati terapiju zamjene za nikotin. Pasivno pušenje je isto tako rizično za nastanak kardiovaskularnih bolesti. Razne studije su pokazale da nepušači imaju velik rizik za nastanak kardiovaskularnih bolesti ako žive u zajednici s pušačem, te je iz tog razloga neophodno davati savjete o pasivnom pušenju naročito roditeljima beba, male djece, trudnicama radi ograničenja izloženosti duvanskom dimu. Nažalost na prevenciji prestanka pušenja nije dovoljno savjetovanje zdravstvenih radnika država mora mnogo više truda da uloži u suzbijanju ovoga tipa zavisnosti.

Razmatrajući ukupne rezultate našeg istraživanja u odnosu na podatke Svetske banke iz 2002. godine konstatujemo da smanjen broj povišenog krvnog pritiska 42% prema 31,7%, hiperglikemije 13% prema 11% i značajno manje dislipidemija 55% prema 14,58%. BMI je ostao u istim okvirima 20% prema 20%, dok je pušenje neuporedivo, ali je primetan veoma mali broj bivših pušača. Ukupno gledano ovi podaci odgovaraju podacima zemalja u razvoju. Da li su ova poboljšanja rezultat primjene strategije suzbijanja riziko faktora HNB ili drugih statističkih faktora teško je reći. Rezultati našeg ispitivanja su na pacijentima koji uglavnom redovno dolaze na preglede u DZ za sveobuhvatno sagledavanje rizičnih

faktora nastanka HNB neophodno je ispitivanje celokupne populacije Republike Srpske za tu vrstu istraživanja čitav niz godina nedostaju materijalna sredstva. Zato rezultate našeg istraživanja treba posmatrati kao skrining test.

Da bi se spriječio nastanak kardiovaskularnih bolesti potrebno je sistematski i planski provoditi mjere prevencije za pomenuti tim, organizovanjem predavanja i edukacija, redovnom kontrolom krvnog pritiska, nivoa holesterola kao i šećera.

Osnova za sveobuhvatne programske aktivnosti prevencije nezaraznih bolesti kod stanovništva Republike Srpske je Pravilnik o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu (Službeni Glasnik Republike Srpske broj 102/11). U skladu sa navedenim Pravilnikom pripremljene su tabele sa sadržajem i obimom prevencije kod djece i odraslog stanovništva. U domovima zdravlja planiran je mali broj preventivnih pregleda u odnosu na broj registrovane populacije, što je uzrok velikog procenta ostvarenja pojedinih preventivnih pregleda. Planiranje je često ograničeno dostupnošću finansijskih sredstava.

U Republici Srpskoj u 2015. godini od ukupnog broja planiranih preventivnih usluga na ranom otkrivanju faktora rizika veliki procenat ostvarenja imaju usluge mjerenje krvnog pritiska. Analize šećera i holesterola u krvi takođe imaju visok procenat ostvarenih usluga jer je planiran manji broj ovih usluga s obzirom da se prema preporukama Stručnog uputstva za otkrivanje i redukciju faktora rizika i rano otkrivanje oboljenja ove usluge planiraju samo pacijentima koji imaju faktore rizika?? (9).

ZAKLJUČAK

- Rezultati ispitivanja faktora rizika nastanka HNB kod jednog tima porodične medicine u DZ Banja Luka ukazuju da se njihova rasprostranjenost smanjuje kada je u pitanju povišen krvni pritisak i dislipidemije, dok stagnira kada je u pitanju hiperglikemija.
- Za kompletnije sagledavanje učešća rizičnih faktora u nastanku HNB neophodne su veće studije koje bi obuhvatile većinu stanovništva Republike Srpske.
- Požrtvovan rad zdravstvenih radnika u suzbijanju rizičnih faktora u nastanku HNB daje određene rezultate, ali da bi oni bili na potrebnom nivou neophodno je mnogo veće angažovanje ministarstva zdravlja, obrazovanja i nauke, a posebno svakodnevno učešće medija (TV, radija, novina, internet portala...) u promociji zdravstvenog vaspitanja i obrazovanja.

LITERATURA

1. "Non-Communicable Diseases Deemed Development Challenge of 'Epidemic Proportions' in Political Declaration Adopted During Landmark General Assembly Summit". United Nations. Department of Public Information. 19 September 2011. preteženo januara 2015.
2. Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO. Internet pretraženo januar 2015.
3. Vorko Jović A, Strnad M, Rudan I. Epidemiologija kroničnih nezaraznih bolesti. Medicinska naklada Zagreb, 2010.
4. Program dodatne edukacije iz porodične medicine za med sestre. Banja Luka: Univerzitet u Banjoj Luci, 2009.
5. Prevention of Cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. World Health Organization 2007.
6. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, et al: Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. J Hypertens. 2014;32(1):3-15.
7. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. JAMA 2003.
8. Prevencija Tipa 2 Dijabetesa, Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije;2005.
9. Izveštaj o monitoringu i evaluaciji programa prevencije i kontrole nezaraznih bolesti za Republiku Srpsku period od 01.01. do 31.12. 2015. godine. JZU Institut za javno zdravstvo. Banja Luka: 2016

The influence of risk factors for chronic non-communicable diseases

Ranka Jaćimović

Health Center Banja Luka, Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

ABSTRACT:

The world today is faced with a growing increase in chronic non-communicable diseases (CNB), which become the leading cause of death. In 2012, the CNB were responsible for 38 million (68%) of all the 56 million deaths. Of that number, more than 40% died were younger than 70 years, and more than 82% of deaths were in underdeveloped and developing countries.

The main risk factors in the development of the CNB are hypertension, hyperlipidemia, hyperglycemia, obesity and smoking. Reducing risk factors and timely detection and treatment is the least expensive way to solve the non-communicable diseases. The depletion of CNB has guiding public policy to promote the prevention, early detection and treatment of these diseases. In order to evaluate how successful strategies to combat rate for the Republica Srpska we examined the prevalence of risk factors for CNB at 1,454 patients older than 18 years in a team of family medicine DZ Banja Luka.

The results indicate that high blood pressure is present in 40% of patients, dyslipidemia in 60%, with a high presence of hyperglycemia 23.5%. Smoking as a risk factor is present in 41% of subjects. One in five respondents were obese (BMI > 30).

Our results suggest that the measures in the Republica Srpska invest in the prevention and treatment of CNB are not successful and are similar to those in the least developed countries.

KEYWORDS:

Non-communicable diseases, risk factors, arterijskivni pressure, dyslipidaemia, BMI, smoking.