

УДК 616.1-07-084

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Т.Ю. Кришталь¹, И.Е. Моисеева²¹ СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 76», Санкт-Петербург, Россия;² ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

PRIMARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN GENERAL PRACTICE

T.Yu. Krishtal¹, I.E. Moiseeva²¹ Polyclinic № 76, St.Petersburg, Russia;² North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St.Petersburg, Russia

© Т.Ю. Кришталь, И.Е. Моисеева, 2015 г.

В статье представлены основные положения первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Рассмотрены факторы риска, стратегии профилактики, шкала SCORE. Описаны принципы коррекции таких факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний как курение, избыточная масса тела, нерациональное питание, низкая физическая активность, а также артериальная гипертензия, дислипидемия и гипергликемия.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, профилактика, шкала SCORE, суммарный сердечно-сосудистый риск, курение, питание, физическая активность, дислипидемия, артериальная гипертензия.

The article presents the main provisions of the primary prevention of cardiovascular diseases. The risk factors, prevention strategies, the SCORE scale are discussed. In addition, authors describe the principles of correction of such risk factors for cardiovascular disease like smoking, overweight, poor nutrition, low physical activity, and hypertension, dyslipidemia and hyperglycemia.

Keywords: cardiovascular diseases, risk factors, prevention, SCORE scale, total cardiovascular risk, smoking, diet, physical activity, dyslipidemia, hypertension.

Введение. Концепция факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и стратегии профилактики

Первичной профилактикой хронических заболеваний важно заниматься с детского возраста, так как многочисленными исследованиями подтверждено, что так называемые «факторы риска», формируясь в детском и подростковом возрасте, обладают «устойчивостью» и в дальнейшем переходят в образ жизни взрослого человека.

В 60-х годах прошлого столетия была сформулирована Концепция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в структуру которых включены и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ).

Концепция основана на результатах проспективных эпидемиологических исследований и в настоящее время является методической основой для планирования и организации первичной профилактики сердечно-сосудистой патологии [1, 2].

Согласно концепции, различают модифицируемые и немодифицируемые факторы риска. Немодифицируемые факторы риска — возраст, пол, генетическая предрасположенность — используют для разработки системы стратификации риска развития заболеваний. Такие факторы риска не могут быть скорректированы, а могут только учитываться при определении степени риска развития заболеваний.

Модифицируемые факторы риска подвергаются коррекции. Их делят на поведенческие и биологические факторы риска.

К поведенческим факторам риска относятся: курение, нездоровое питание, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя, хроническое психоэмоциональное напряжение. Это наиболее часто встречающиеся поведенческие факторы риска в образе жизни современного человека, которые способствуют развитию ХНИЗ и сердечно-сосудистой патологии в том числе.

При длительном воздействии поведенческих факторов риска на организм человека могут формироваться биологические факторы риска — артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, избыточная масса тела, ожирение и сахарный диабет, являющиеся значимыми для развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В последние годы активно обсуждается роль психосоциальных факторов, таких как низкий уровень образования и дохода, низкая социальная поддержка, психосоциальный стресс и развитие тревожных или депрессивных состояний, но их вклад в развитие ССЗ более скромный.

Помимо выделения факторов риска развития заболеваний, разрабатываются эффективные стратегии проведения профилактических мероприятий.

На данный момент определены следующие стратегии профилактики:

- популяционная;
- стратегия высокого риска;
- стратегия вторичной профилактики.

Популяционная стратегия профилактики направлена, прежде всего, на формирование здорового образа жизни у членов общества, на пропаганду знаний о сохранении здоровья, на широкую информационную работу с населением независимо от наличия у них факторов риска или хронических неинфекционных заболеваний. Роль семейного врача в реализации популяционной стратегии профилактики состоит в активном информировании и мотивации населения на здоровый образ жизни и обращение за медицинской консультацией при наличии факторов риска.

Ведущая роль в проведении популяционной стратегии среди медицинских специалистов принадлежит Центрам медицинской профилактики.

Стратегия высокого риска направлена на выявление и коррекцию факторов риска у пациентов. Ведущая роль отведена специалистам первичного звена здравоохранения, в том числе семейным врачам. Последние программы — диспансеризация определенных возрастных групп населения и профилактические медицинские осмотры являются хорошей поддержкой для реализации стратегии профилактики высокого риска.

Вторичная профилактика направлена на работу с группами пациентов, имеющими заболевания, с целью предотвращения прогрессирования заболеваний и развития их осложнений. Вторичная профилактика является неотъемлемой частью профессиональной деятельности семейного врача. Более того, семейному врачу отводится ведущая роль в реализации этой стратегии среди медицинских специалистов.

Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний

Для выявления факторов риска используется скрининговые методы обследования. Различают оппортунистический скрининг и селективный скрининг.

Оппортунистический скрининг проводится при любом обращении пациента в медицинскую организацию к врачу.

Селективный скрининг подразумевает обследование пациентов, имеющих высокую вероятность наличия факторов риска (например, обследование пациентов с ожирением для выявления АГ).

Поскольку ССЗ рассматриваются как заболевания с многофакторной этиологией, и установлено потенцирующее действие факторов риска на их развитие, разработана шкала суммарного сердечно-сосудистого риска, в основе которой лежит учет совокупности определенных факторов риска [3].

Определение суммарного сердечно-сосудистого риска рекомендовано для проведения первичной и вторичной профилактики ССЗ, в том числе во время диспансеризации определенных возрастных групп населения и профилактических медицинских осмотров.

Суммарный сердечно-сосудистый риск предложено определять, используя Европейскую шкалу SCORE, которая разработана для оценки абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни. К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям относят смерть от инфаркта миокарда, других форм ишемической болезни сердца (ИБС) и инсульта.

Важно, чтобы при любом обращении пациента за медицинской помощью был проведен оппортунистический скрининг на выявление факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и определен суммарный сердечно-сосудистый риск развития фатальных осложнений в ближайшие 10 лет жизни этого пациента.

Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по Европейской шкале SCORE.

При работе со шкалой необходимо учитывать следующие показатели:

- пол;
- возраст;
- статус курения (курящий/некурящий);
- общий холестерин;
- систолическое АД.

В предлагаемой таблице необходимо, сопоставив показатели по горизонтали и вертикали в соответствующих блоках (по полу, возрасту, статусу курения), определить клетку, в которой указан в процентах риск развития фатальных осложнений в ближайшие 10 лет.

Уровни суммарного сердечно-сосудистого риска:

Низкий — менее 1 %

Средний — от 1 % до 5 %

Высокий — от 5 % до 10 %

Очень высокий — более 10 %

Шкалу SCORE также можно использовать для ориентировочной оценки общего риска сердечно-сосудистых осложнений (фатальных и нефатальных) в предстоящие 10 лет жизни. Общий риск будет примерно в 3 раза выше, чем число фатальных осложнений.

Пример: у 50-летнего курящего мужчины, с уровнем систолического АД 140 мм рт. ст. и уровнем общего холестерина 5 ммоль/л суммарный сердечно-сосудистый риск фатальных осложнений средний (4 %). Если же рассматривать общий риск, то показатель будет в 3 раза выше — 12 %.

Это более значимый показатель для мотивации пациента на коррекцию имеющихся факторов риска, в данном примере, в первую очередь, курения и контроля АД.

Суммарный сердечно-сосудистый риск может быть выше, чем по шкале SCORE у лиц:

1. С избыточной массой тела или ожирением, в том числе абдоминальным, особенно у молодых людей с низкой физической активностью;

2. С низким социальным статусом;

3. С сахарным диабетом (рассматриваются только случаи сахарного диабета 1 типа без поражения органов-мишеней);

4. С семейным анамнезом раннего развития ССЗ у ближайших родственников;

5. С выраженной дислипидемией, особенно в случаях семейной гиперхолестеринемии;

6. С доказанным атеросклеротическим поражением сонных артерий без клинических проявлений;

7. С умеренной и тяжелой хронической болезнью почек (скорость клубочковой фильтрации — СКФ — менее 60 мл/мин).

В каких случаях шкала SCORE не используется:

1. У пациентов старше 65 лет и моложе 40 лет;

2. У пациентов с доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, цереброваскулярная болезнь, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий);

3. У пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа с поражением органов-мишеней;

4. У пациентов с очень высокими уровнями отдельных факторов риска.

Выявление основных факторов риска и оценка суммарного сердечно-сосудистого риска с проведением кратковременного профилактического консультирования пациента для коррекции факторов риска составляет основу первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Класс рекомендаций и уровень их доказательности в отношении конкретных методов профилактики определяются и оцениваются с использованием различных методов. В частности, при разработке клинических рекомендаций Европейского кардиологического общества и Европейской ассоциации кардиоваскулярной профилактики и реабилитации были использованы критерии доказательности, представленные в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Классы рекомендаций

Класс рекомендаций	Определение пользы рекомендаций	Рекомендации по использованию
Класс I	Польза и эффективность данного лечения или вмешательства доказаны и/или общепризнаны	Рекомендовать к применению
Класс II	Противоречивые данные и/или расхождение мнений по поводу пользы/эффективности метода лечения или вмешательства	
Класс IIa	Больше данных свидетельствует о пользе/эффективности вмешательства	Следует рассматривать
Класс IIb	Польза/эффективность менее убедительны	Могут рассматриваться
Класс III	Имеющиеся данные или общее мнение свидетельствуют о том, что лечение или процедура бесполезны/не эффективны и в некоторых случаях могут быть вредными	Не рекомендовать к применению

Таблица 2

Уровень доказательств рекомендации

Уровень доказательств	Характеристика исследований
A	Высококачественный метаанализ, систематический обзор, рандомизированные клинические исследования (РКИ) или РКИ с очень низкой вероятностью систематической ошибки.
B	РКИ с невысокой вероятностью систематической ошибки, когортные исследования или исследования случай-контроль
C	Описание серии случаев, неконтролируемое исследование, мнение экспертов

Принципы коррекции поведенческих факторов риска развития ССЗ

Если обсуждать возможности первичной профилактики ССЗ, то такая работа должна быть направлена, в первую очередь, на поведенческие факторы риска развития ССЗ. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 75 % смертей от ССЗ можно было предотвратить за счет коррекции факторов риска и изменения образа жизни таких пациентов [4–7].

Учитывая, что поведенческие факторы риска чаще формируются в подростковом периоде с последующим закреплением во взрослом образе жизни, профилактическую работу необходимо начинать именно с подросткового возраста, информируя подростков о вреде той или иной вредной привычки, мотивируя на отказ от этой привычки и всячески одобряя выбор здорового образа жизни [8].

Какие же показатели здорового образа жизни будут служить ориентиром семейному врачу и пациенту?

1. Отказ от курения табака (класс I пользы рекомендаций, уровень А доказательств).
2. Достаточный уровень физической активности.
3. Здоровое питание.
4. Отсутствие ожирения и избыточного веса (класс I пользы рекомендаций, уровень А доказательств). Контроль массы тела.
5. АД ниже 140/90 мм рт. ст. (класс IIa пользы рекомендаций, уровень А доказательств).
6. Уровень общего холестерина крови ниже 5 ммоль/л или 190 мг/дл (класс I пользы рекомендаций, уровень А доказательств).
7. Уровень глюкозы крови натощак не выше 6,1 ммоль/л и HbA1c менее 7 % (класс I пользы рекомендаций, уровень А доказательств).
8. Контроль психоэмоционального состояния — преодоление психоэмоционального стресса, снятие психоэмоционального напряжения (класс IIa пользы рекомендаций, уровень В доказательств), особенно у лиц с очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском (класс I пользы рекомендаций, уровень А доказательств).

Профилактическая работа с курящими пациентами

Отказ от курения является одним из ведущих профилактических мероприятий [3, 9].

Диагностический критерий: курение табака — ежедневное выкуривание одной сигареты и более.

Курение является одним из главных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, и отказ от курения, вероятно, одно из самых эффективных мероприятий по коррекции обра-

за жизни, служащее профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, включая инсульт, инфаркт миокарда и поражение периферических артерий.

По этой причине при каждом контакте с пациентом следует оценивать статус курения и давать рекомендации по отказу от него.

Основные постулаты для беседы с пациентом:

- «Нет безвредных форм курения и нет безопасных доз никотина».
- «Прекратить курение полезно в любом возрасте и при любом стаже курения».
- «Пассивное курение также вредно, как и активное».

Диагностика зависимости у курящих пациентов: оценка степени никотиновой зависимости по тесту Фагерстрома (приложение 1).

При этом независимо от результата тестирования, можно мотивировать пациента на отказ от курения:

1. «Необходимо бросить курить, пока еще не развилась зависимость» (при отрицательном результате теста);
2. «Необходимо бросать курить, пока не развилась высокая зависимость от никотина» (при положительном результате теста).

В ходе обсуждения причин, побуждающих пациента курить, разбираются ситуации, в которых пациент «всегда закуривает сигарету», делается акцент на «ритуальность» и «автоматизм» курения. Обсуждаются возможные причины, заставившие пациента регулярно курить (психоэмоциональное напряжение, усталость, ситуационные моменты, социальное подкрепление).

В ходе беседы достигается цель мотивировать пациента отказаться от вредной привычки через осознание причин и степени вреда для здоровья.

Важно оценить, насколько готов пациент отказаться от курения. Это может быть следующим этапом профилактической беседы/консультирования.

В ходе беседы необходимо предложить заполнить еще один тест «Оценка степени готовности к отказу от курения» (приложение 2).

В зависимости от результата семейный врач выбирает дальнейшую тактику — либо предлагает лечебную программу для полного отказа от курения при высокой мотивации к отказу от курения, либо предлагает помощь в снижении интенсивности курения при слабой мотивации.

Мотивационное консультирование занимает от 3 до 5 мин в процессе работы с пациентом и должно повторяться каждый раз при обращении пациента к врачу. При этом даже регулярный и доброжелательный вопрос пациенту «Как дела с курением?» будет способствовать осозна-

нию пациентом курения как проблемы для его здоровья. Рекомендуется регистрировать и обновлять данные по курению при каждом визите пациента.

Задача врача — подчеркнуть связь факторов риска с состоянием здоровья пациента на момент осмотра. В таких ситуациях мотивация на изменение образа жизни и отказа от вредной привычки возникает чаще. Важно в процессе консультирования определиться со стратегией по прекращению курения:

1. Совет/беседа по изменению поведения;
2. Психотерапия;
3. Никотин-заместительная или другая лекарственная терапия (особенно для тех, кто выкуривает 10 и больше сигарет в день).

Советы пациенту по изменению поведения, связанного с курением

1. Настраиваться на осознанное отношение к отказу от курения, помня только о преимуществах отказа от курения, которые для каждого человека могут быть различными/индивидуальными.

2. Обсудить/обдумать и записать ситуации риска, в которых пациент должен быть внимателен, чтобы не закурить: привычные стереотипы поведения, когда пациент закуривал (утром, при выходе на улицу, после еды, в кофейные перерывы, в баре, на вечеринках с друзьями). Избегать таких ситуаций, особенно в первые месяцы отказа от курения.

3. Найти пищевую замену перекурам — фрукты, овощи, жевательная резинка.

4. Найти/придумать себе «награды» за воздержание от курения и поощрять себя.

5. Найти единомышленников или людей в ближайшем социальном окружении, кто будет работать «группой поддержки».

6. Объявить о своем намерении бросить курить друзьям, коллегам, семье для усиления собственной мотивации в избавлении от вредной привычки.

7. Найти врача/консультанта/медицинскую организацию, куда можно будет обратиться при возникновении потребности в медицинской помощи при ухудшении самочувствия или появлении непреодолимой тяги к курению.

Что еще должен рассказать семейный врач пациенту, принявшему решение отказаться от курения?

1. Информацию о возможном ухудшении самочувствия в первые 2–3 недели отказа от курения: могут наблюдаться возбудимость, нарушение концентрации внимания, раздражительность, депрессия, сонливость, головная боль, тремор, потливость.

Кроме этого, может наблюдаться обострение хронических заболеваний бронхов — усиление кашля, уменьшение отхождения мокроты и т. п.

Пациента необходимо информировать, что такие симптомы имеют максимальную выраженность в первые 2–3 недели и в дальнейшем стихают.

2. Часто пациенты указывают на увеличение массы тела, поэтому важно обсудить с пациентом диету для облегчения симптомов.

Диетические рекомендации должны включать увеличение потребления продуктов, богатых следующими компонентами:

- витамин С: шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны;
- витамин В₁: хлеб грубого помола, крупы;
- витамин В₁₂: зеленый горошек, апельсины, дыни;
- витамин РР: фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель;
- витамин А: овощи, особенно морковь;
- витамин Е: хлеб грубого помола, растительное масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы.

Рекомендуется щелочное питье — минеральная вода, соки, овощные отвары.

3. Любая физическая активность также будет снижать психоэмоциональную напряженность и выраженность симптомов при отказе от курения. Пациенту предлагается выбрать ту форму физической активности, которая для него наиболее приемлема.

4. Чем раньше человек бросает курить, тем благоприятнее прогноз. Среди тех, кто бросает курить и не курит в течение 3 лет, риск развития ИБС не отличается от такового у некурящего.

Профилактическая работа с пациентами с низкой физической активностью

Диагностический критерий: низкая физическая активность — ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день.

Рекомендации для пациентов: ежедневно или большинство дней в неделю — ходьба в умеренном темпе не менее 30 мин. Это минимально необходимый уровень физической активности для поддержания здоровья [3, 10].

В повседневной жизни современный человек, занимаясь ежедневной работой по дому, добираясь на работу, посещая разные учреждения, имеет некоторый уровень общей физической активности. Однако этого недостаточно для поддержания здоровья. Необходима организованная физическая активность — физические упражнения с вовлечением больших групп мышц, ритмически повторяющиеся без перерыва с длительностью не менее 15 мин.

Такие упражнения повышают степень тренированности сердечно-сосудистой системы и являются профилактическим средством в отношении развития ССЗ, ожирения и сахарного диабета.

При этом рассматриваются два основных критерия организованной физической активности: интенсивность и продолжительность.

Интенсивность

Физическая нагрузка должна проходить в режиме, соответствующем аэробной нагрузке, которая расценивается как оптимальная физическая активность.

Для этого по формуле рассчитывается допустимая частота сердечных сокращений (ЧСС) при физической нагрузке, которая должна быть не более 60–75 % от максимально допустимой возрастной.

Максимально допустимая возрастная ЧСС = 220 – возраст (годы).

Соответственно формула для определения оптимальной физической нагрузки:

1. $(220 - \text{возраст}) \times 0,6 = A$ (минимальный показатель ЧСС для оптимальной нагрузки).

2. $(220 - \text{возраст человека}) \times 0,75 = B$ (максимальный показатель ЧСС для оптимальной нагрузки).

Интервал А–В и является допустимой нормой ЧСС при оптимальной (аэробной) нагрузке.

К примеру, человек в возрасте 40 лет может позволить себе следующий режим физических нагрузок:

$$(220 - 40) \times 0,6 = 108 \text{ уд/мин и}$$

$$(220 - 40) \times 0,75 = 135 \text{ уд/мин}$$

Оптимальная аэробная физическая нагрузка: ЧСС должно находиться в пределах 108–135 уд/мин во время занятий.

Также интенсивность физических нагрузок определяется количеством энергии, затрачиваемой на их выполнение. Рассчитаны энергетические затраты при различных видах деятельности и определены интервалы интенсивности физических нагрузок.

Легкая физическая нагрузка соответствует затратам энергии менее 14,7 кДж/мин, умеренная — 14,7–29,4 кДж/мин, интенсивная — свыше 29,4 кДж/мин.

Если связать эти показатели с процентными показателями ЧСС от максимальной возрастной нормы, получаем:

– Физические упражнения, при которых достигается ЧСС менее 55 % от максимальной возрастной нормы — физическая активность *легкой интенсивности* с энергетическими затратами менее 14,7 кДж/мин.

– Физическая активность, при которой достигается ЧСС от 55 % до 70 % от максимальной возрастной нормы — *умеренная физическая активность с затратами энергии от 14,7 кДж/мин до 29,4 кДж/мин.*

– Физическая активность, при которой достигается ЧСС от 70 % до 85 % от максимальной возрастной нормы — *интенсивная физическая активность с затратами энергии свыше 29,4 кДж/мин.*

Более конкретные рекомендации по видам физической активности сформулированы в табл. 3.

Таблица 3

Виды активности и их энергетическая активность

Группы активности и примеры	кДж в 1 мин на 1 кг массы тела
Боулинг, гольф	14,7
Ходьба, пеший туризм	16,8
Малоинтенсивные спортивные занятия, например, стрельба, бадминтон	16,8
Малоинтенсивные домашние физические упражнения	16,8
Малоинтенсивная производственная деятельность (официант, медсестра)	18,9
Работа по дому, например, чистка ванны	18,9
Малоинтенсивная домашняя работа, работа в саду	21,0
Интенсивные тренирующие упражнения (тяжелая атлетика, гимнастика)	25,2
Быстрые танцы, акробатические танцы	25,2
Плавание, другие интенсивные виды физической активности в воде (водные лыжи)	25,2
Скоростной спуск на лыжах, футбол, баскетбол, другие подобные упражнения	29,4
Быстрая езда на велосипеде (скорость более 16 км/ч), гребля, прыжки со скакалкой	33,6
Интенсивные спортивные игры с ракеткой	33,6
Бег трусцой, спортивный бег, быстрая ходьба, бег на лыжах по пересеченной местности	33,6
Высокоинтенсивная домашняя работа, например, чистка снега, колка дров, перенос или подъем предметов массой более 9 кг	33,6

Продолжительность

В современных условиях для поддержания суточного баланса энергии, человеку необходимо, в среднем, сжигать дополнительно 630 кДж/мин ежедневно.

При умеренной организованной физической активности на сжигание 630 кДж требуется примерно 37 мин. При интенсивной физической нагрузке на это потребуется 15 мин.

Соответственно семейный врач, рекомендуя увеличение физической активности, обязательно акцентирует внимание пациента на интенсивности и необходимой длительности физических упражнений, а также регулярности таких занятий.

Имеется еще один простой критерий определения оптимальности/безопасности физической нагрузки для пациента — если во время физических упражнений возникает одышка, затрудняется речь, эти симптомы свидетельствуют в пользу того, что достигнут максимальный уровень потребления кислорода, и такая нагрузка является высокоинтенсивной для данного пациента в данный период. При регулярных занятиях физическими упражнениями тренированность сердечно-сосудистой системы возрастает и интенсивность занятий может быть увеличена.

Необходимо учитывать, что в возрасте 40 лет и старше даже при отсутствии клинических симптомов заболевания рекомендовано провести обследование пациента перед тем, как рекомендовать увеличение физической активности.

Пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями физическая нагрузка подбирается врачом индивидуально.

Рекомендации для начинающих заниматься ФА:

1. Начинать медленно и постепенно.

2. Наиболее подходящий уровень — умеренная ФА.

3. Постепенно наращивать длительность занятий, добавляя несколько минут в день, до тех пор, пока не будет достигнут рекомендуемый минимум ФА.

4. Когда минимальный уровень ФА будет достигнут и станет привычным, постепенно наращивать длительность занятий ил интенсивность или и то и другое.

Ниже приводятся Европейские рекомендации по поддержанию физической активности, разработанные группой экспертов с учетом имеющейся доказательной базы (табл. 4).

Профилактическая работа с пациентами по рациональному питанию

Диагностические критерии нерационального питания:

- недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 г или менее 4–6 порций в сутки);
- потребление поваренной соли более 5 г в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление соленостей, консервов, колбасных изделий);
- избыточное потребление пищи, жиров и углеводов (индекс массы тела — ИМТ > 25 кг/м²);
- несбалансированное по составу питание.

С точки зрения кардиоваскулярной профилактики питание должно препятствовать возникновению и прогрессированию алиментарно-зависимых факторов риска развития ССЗ — избыточной массы тела, дислипидемии, АГ [3].

Семейный врач может оценить статус питания на приеме, собирая анамнез жизни — характер профессиональной деятельности, социальный статус, сложившиеся пищевые привычки, использование специальных диет, соблюдение постов и т. п.

Таблица 4

Рекомендации по физической активности в целях профилактики ССЗ и их осложнений

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Здоровые взрослые всех возрастов должны тратить 2,5–5 ч в неделю на обычную физическую активность или аэробную тренировку умеренной интенсивности или 1–2,5 ч в неделю на более интенсивные физические упражнения. Настоятельно рекомендовать лицам с сидячим образом жизни начать выполнение программ физических упражнений легкой интенсивности.	I	A
Физическая активность/аэробные нагрузки должны выполняться в несколько подходов, каждый продолжительностью не менее 10 минут и равномерно в течение всей недели, то есть на 4–5 дней в неделю	IIa	A
Пациенты с перенесенным инфарктом миокарда, АКШ, ЧКВ, со стабильной стенокардией или стабильной ХСН должны пройти аэробные тренировки от умеренной до энергичной интенсивности с выполнением упражнений 3 раза в неделю по 30 мин за сеанс. Настоятельно рекомендовать лицам с сидячим образом жизни начать выполнение программ физических упражнений легкой интенсивности после адекватной оценки рисков и переносимости физических нагрузок.	I	A

При осмотре пациента оценивается физическое развитие, масса тела, состояние волос, кожи, ногтей. При выявлении признаков метаболического риска необходимо провести углубленное обследование — необходимые биохимические маркеры, подробный анамнез, наследственность, психосоциальные характеристики пациента (материальное положение, наличие стрессов, «пищевые чудачества» или длительные ограничения (диеты).

Далее оценивается наличие диагностических критериев нерационального питания.

Собранные сведения помогут определить, нуждается ли пациент в профилактическом консультировании по вопросам питания.

В таблице 5 приведены Европейские рекомендации по питанию и уровни их доказательности.

Таблица 5

Рекомендации по питанию для профилактики ССЗ

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
<p>Здоровое питание, включающее:</p> <ul style="list-style-type: none"> – снижение потребления насыщенных жиров (менее 10 % от общего калоража пищи) путем замены их на полиненасыщенные жирные кислоты; – максимально возможное ограничение потребления транс-жиров (менее 1 % от общего калоража пищи); – потребление менее 5 г поваренной соли в день; – потребление 30–45 г клетчатки (пищевых волокон) в день, из цельнозерновых продуктов, фруктов и овощей; – потребление 200 г фруктов в день; – потребление 200 г овощей в день без учета картофеля; – потребление рыбы, по крайней мере 2 раза в неделю, в один из приемов — жирная рыба; – ограничение потребления алкогольных напитков до 20 г/день (в пересчете на чистый спирт) для мужчин и до 10 г/день — для женщин. <p>Рекомендуется как основа профилактики ССЗ при условии, что энергетическая ценность пищи должна быть ограничена количеством калорий, необходимых для сохранения (или достижения) нормальной массы тела с ИМТ 25 кг/м²</p>	I	B

При проведении профилактического консультирования по вопросам питания желательно начинать с рекомендаций по увеличению потребления «полезных составляющих рациона» — овощей и фруктов, цельнозерновых продуктов, которых, как правило, не хватает, с максимальной информацией о том, почему необходимо употреблять определенное количество этих продуктов. В последующем консультирование должно коснуться продуктов, которые необходимо ограничить в рационе пациента. В ряде случаев это не только животные жиры и сахар, но и алкоголь.

При консультировании по рациональному питанию необходимо настраивать пациента на долгосрочную работу по изменению пищевых привычек и на активное участие пациента в наблюдении за изменениями своего стиля и рациона питания.

Профилактическая работа с пациентами при психоэмоциональном напряжении

Крупнейшее международное исследование INTERHEART подтвердило, что некоторые психосоциальные факторы являются независимыми факторами риска развития ССЗ [11].

К таким психосоциальным факторам относятся:

1. Стресс острый и хронический;
2. Низкая социальная поддержка (социальная изоляция);
3. Низкий социально-экономический статус;
4. Негативные эмоциональные состояния, в том числе тревожные и депрессивные.

Наибольшая доказательная база накоплена в отношении роли тревожно-депрессивных расстройств в развитии и прогрессировании ССЗ. В большинстве работ показано, что тревожно-депрессивная симптоматика повышает риск развития сердечно-сосудистых катастроф как у лиц исходно не страдающих ССЗ, так и больных ССЗ. Установлен дозозависимый эффект: при более выраженной депрессии сердечно-сосудистые осложнения развиваются раньше и они более тяжелые. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. депрессия займет второе место после ИБС среди заболеваний, приводящих к инвалидности и смерти.

Распространенность субсиндромальных тревожных расстройств отмечена у 28–76 % больных общемедицинской сети здравоохранения. Установлено, что пациенты с симптомами тре-

воги в 6 раз чаще посещают кардиолога, и в 1,5 раза чаще госпитализируются.

Семейному врачу следует уделять внимание пациентам с неспецифическими соматическими жалобами, такими как парестезии, болевые ощущения неопределенного характера, частые визиты к врачу по разным поводам. Примерно 40 % всех больных с депрессиями лечатся у врача общей практики.

Учитывая приведенные данные, необходимо выяснять и оценивать психосоциальные факторы при обращении пациента за помощью.

Низкий социальный статус — часто отмечается при незаконченном среднем образовании и низком уровне дохода, который сам пациент может указать.

Низкая социальная поддержка — как показатель оторванности от семьи, родственников, отсутствия семьи, детей, друзей.

Стресс — часто как реакция на стрессор большой силы, пережитые трудные эпизоды в жизни, к примеру, потерю родителей, утрату дома, разрушение брачных отношений, беременность, рождение ребенка-инвалида, потерю работы, уход на пенсию, потерю физических функций. Оценить уровень хронического стресса поможет ответ пациента на вопрос: «Имеются ли у Вас проблемы, которые являются причиной серьезных переживаний на работе/дома?»

Хроническое психоэмоциональное напряжение провоцирует развитие тревожно-депрессивных расстройств.

Положительный ответ пациента на вопрос: «Испытываете ли Вы чувство постоянного беспокойства, тревоги, часто без особых на это причин?» указывает на возможное тревожное состояние пациента.

Положительные ответы на вопросы: «Испытываете ли вы чувство подавленности, депрессии, безнадежности?» и «Утратили ли вы интерес к жизни?» могут свидетельствовать в пользу депрессивных расстройств.

Для диагностики тревожно-депрессивных расстройств используются и стандартизированные опросники. Наиболее распространена Госпитальная шкала тревоги и депрессии, валидизированная в России (приложение 4).

Стандартные рекомендации пациентам с психоэмоциональным напряжением для снижения тревожности следующие:

1. Нормализовать повседневный режим труда и отдыха;
2. Обеспечить ночной сон длительностью не менее 7–8 часов;
3. Использовать выходные и праздничные дни для полноценного отдыха;
4. Регулярно использовать отпуск;
5. Ввести в режим дня регулярные умеренные физические нагрузки;

6. Освоить техники релаксации (дыхательный тренинг, аутотренинг и т. п.)

При неэффективности приведенных выше методов снижения психоэмоционального стресса необходимо рекомендовать помощь специалиста — психолога или психотерапевта.

При клинически значимых тревожно-депрессивных расстройствах рекомендуется медикаментозная терапия.

Первичная профилактика биологических факторов риска

С нерациональным питанием тесно сопряжены биологические факторы риска развития ССЗ. Это избыточная масса тела и ожирение, дислипидемия и гипергликемия/сахарный диабет [1, 3].

По результатам исследования INTERHEART, определяющее влияние на риск развития инфаркта миокарда оказывают девять факторов, независимо от региона проживания:

- АГ;
- курение;
- дислипидемия;
- абдоминальное ожирение;
- психосоциальные факторы;
- сахарный диабет.

Практически те же факторы определяют риск развития мозговых инсультов (исследование INTERSTROKE).

При этом, по данным ВОЗ, при модификации факторов риска и изменении образа жизни можно предотвратить более 75 % смертей от сердечно-сосудистых заболеваний.

Каким же образом проводить первичную профилактику биологических факторов риска?

Важно помнить, что эти факторы формируются в большинстве случаев под воздействием поведенческих факторов риска, то есть при нездоровом образе жизни. Поэтому даже при фармакологической коррекции биологических факторов риска и прежнем (неизменном) образе жизни пациент успеха не достигнет.

Профилактическая работа с пациентами с избыточной массой тела и ожирением

Диагностические критерии: избыточная масса тела ИМТ 25–29,9 кг/м², ожирение — индекс массы тела более 30 кг/м².

Кроме показателя ИМТ (индекса Кетле), большое значение имеет показатель абдоминального ожирения — окружность талии [3].

При ИМТ меньше 25 кг/м² окружность талии должна быть менее 94 см для мужчин и менее 80 см для женщин.

Важно, чтобы пациент был информирован о контрольных показателях и имел возможность самоконтроля массы тела и окружности

тали. «Включение» пациента в процесс оздоровления образа жизни служит хорошим поводом закрепления новых форм поведения в отношении факторов риска.

При динамическом наблюдении за пациентом с избыточной массой тела/ожирением рекомендуется наметить желаемые границы снижения веса.

Для поддержания мотивации пациентов часто необходимы конкретные краткосрочные «показатели успеха». В случае работы с избыточной массой тела и ожирением, снижение массы не должно превышать 0,5 кг в неделю.

Более долгосрочные показатели снижения массы, к которым должен стремиться пациент — снижение массы тела на 10 % и более за 6 месяцев — является хорошим показателем «стараний» пациента.

Пациентам с ИМТ выше 30 кг/м² (ожирение) рекомендуется снижение ИМТ до уровня 27 кг/м² как долгосрочная цель.

Работа по снижению массы сводится к коррекции поведенческих факторов риска, таких как нерациональное питание и низкая физическая активность. Улучшает взаимопонимание между врачом и пациентом сбор диетического анамнеза и оценка готовности пациента к переменам в процессе беседы.

Используют и ведение «пищевого дневника», в котором пациент записывает всю съеденную им за день пищу, указывая объем порции, количество, частоту приема пищи.

Последующий анализ и обсуждение дневника с врачом, способствуют осознанному отношению пациента к рекомендуемому изменению пищевого поведения и поддержанию мотивации при продолжении ведения дневника.

Прибавку массы могут усиливать психогенные нарушения, такие как депрессия, нервная булимия, повторяющиеся эпизоды резкого перекармливания, отсутствие чувства насыщения, прием больших количеств пищи без чувства голода, в состоянии эмоционального дискомфорта, нарушение сна с ночными приемами пищи в сочетании с утренней анорексией и т. п. В таких случаях пациенту показана консультация психотерапевта.

При подозрении на вторичное (эндокринное) ожирение необходима консультация эндокринолога.

Диетотерапия по своей сути представляет собой снижение калорийности пищевого рациона и создание энергетического дефицита. Выделяют диеты с умеренным ограничением калорийности (1200 ккал/сут) и с очень низкой калорийностью (500–800 ккал/сут).

Необходимо помнить, что использование низкокалорийных диет не приводит к формиро-

ванию навыков здорового питания и плохо переносится пациентами. Применение диет с умеренным ограничением калорийности вызывает при длительности 3–12 мес. снижение массы тела в среднем до 8 %.

Подсчеты показывают, что превышение калорийности на 200 ккал в день над энергозатратами приводит к увеличению массы тела на 3,6–7,2 кг в год. Соответственно термин «перекармливание» подразумевает не «обжорство», а лишь относительное перекармливание. Поэтому так важно установить соотношение между энергозатратами конкретного пациента и калорийностью его рациона.

Принципы построения рациона при избыточной массе тела и ожирении

1. Резкое ограничение потребления легкоусвояемых углеводов, сахаров до 10–15 г и менее в сутки, включая сахар для подслащивания напитков и сахар, содержащийся в варенье, конфетах и т. д. Кондитерские изделия с высококалорийным жиром и сладкие газированные напитки рекомендовано исключить полностью.

2. Ограничение крахмалсодержащих продуктов: хлеба, изделий и блюд из круп, картофеля. Можно употреблять до 3–4 кусочков черного или 2–3 кусков белого хлеба в день. Макароны исключаются. Можно добавить порцию каши или картофеля.

3. Достаточное потребление белковых продуктов: мяса, рыбы, яиц, молочных продуктов. Выбор — за продуктами наименьшей жирности.

4. Потребление большого количества овощей (кроме картофеля) и фруктов (до 1 кг). Предпочтение отдавать кислым сортам фруктов и листовым овощам (цитрусовые, яблоки, капуста, салат, шпинат). Блюда, из овощей обладают низкой калорийностью и за счет большого объема создают чувство сытости.

5. Ограничение потребления жира животного происхождения.

6. Ограничение потребления поваренной соли с целью нормализации водно-солевого баланса.

7. Ограничение потребления острых закусок, соусов, пряностей, возбуждающих аппетит.

8. Частый прием пищи — до 5–6 раз в сут, но в небольшом количестве.

9. Помнить, что алкоголь содержит много калорий — ограничение потребления алкоголя.

Оценка эффективности

Желаемый результат — снижение массы тела на 5–15 % от исходного уровня за 3–6 мес. и стабилизация массы в дальнейшем. Повторные курсы снижения массы тела возможны через полгода, 1 раз в 1–2 года с постепенным медленным снижением массы и закреплением «здоровых пищевых привычек» у пациента.

Первичная профилактика артериальной гипертензии

Клинические исследования показывают, что изменения в образе жизни, направленные на снижение АД, по эффективности могут равняться лекарственной монотерапии артериальной гипертензии (АГ). При этом отмечено, что основной проблемой является снижение приверженности к ним через определенный промежуток времени.

Адекватные изменения образа жизни могут безопасно и эффективно отсрочить или предотвратить развитие АГ у лиц, не страдающих гипертензией, отсрочить или устранить необходимость фармакотерапии у больных с АГ 1 степени и внести вклад в снижение АД у больных с АГ, уже получающих антигипертензивные препараты, позволяя уменьшить их число и дозы [3, 12].

Поэтому первичная профилактика АГ направлена на коррекцию поведенческих факторов риска, а именно — низкой физической активности, избыточного потребления поваренной соли, продуктов, богатых животными жирами, курения, злоупотребления алкоголем, психоэмоционального напряжения.

Диагностические критерии: нормальное АД на уровне ниже 140 и 90 мм рт. ст.; повышенный уровень АД — систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт. ст., или проведение гипотензивной терапии.

Основные направления первичной профилактики АГ

– Снижение избыточной массы тела — при уменьшении избыточной массы тела примерно в 63 % случаев происходит снижение АД до пограничных или нормальных цифр.

– Повышение физической активности — включение динамических аэробных упражнений умеренной интенсивностью по 30–45 мин не реже 5–7 дней в неделю. Рекомендуются преимущественно плавание, танцы, ходьба, езда на велосипеде. Не рекомендуются бег и поднятие тяжестей.

– Ограничение потребления поваренной соли — рекомендуется особенно лицам с отягощенной наследственностью по АГ. Рекомендуется не только не досаливать пищу, но и исключить из рациона консервы, полуфабрикаты, майонез, кетчуп, горчицу, соленые закуски, крекеры, чипсы как продукты с так называемой «скрытой солью».

– Ограничение потребления алкоголя — не более 30 мл этанола в сутки для мужчин и 15 мл — для женщин. Суммарное потребление алкоголя в неделю не должно превышать 140 г у мужчин и 80 г у женщин.

– Отказ от курения. Курение вызывает острое повышение АД и увеличение частоты сердечных сокращений, которые сохраняются более 15 мин после выкуривания одной сигареты и являются следствием стимуляции симпатической нервной системы на центральном уровне и на уровне нервных окончаний. Кроме того, при курении изменяются концентрации катехоламинов и нарушается барорефлекс. Поэтому мотивация пациента на отказ от курения — один из важнейших аспектов профилактики АГ и других ССЗ.

– Профилактика психоэмоционального напряжения.

Первичная профилактика гипергликемии

Диагностический критерий гипергликемии — уровень глюкозы плазмы натощак более 6,1 ммоль/л или проведение гипогликемической терапии.

Первичная профилактика гипергликемии заключается в изменении образа жизни пациентов, направленном в первую очередь на поддержание нормальной массы тела путем повышения уровня физической активности и соблюдения принципов рационального питания или (при необходимости) диеты с ограничением углеводов и жиров.

В настоящее время определены биологические механизмы положительного влияния физической активности при гипергликемии. Это улучшение метаболизма скелетной мускулатуры, повышающее степень утилизации углеводов и жиров, изменение липидограммы с повышением уровня липопротеидов высокой плотности (ЛВП), увеличение чувствительности тканей к инсулину. Даже умеренная физическая нагрузка «включает» перечисленные биологические механизмы и будет служить профилактикой гипергликемии.

В случае даже однократного эпизода гипергликемии необходимо провести профилактическое консультирование пациента с обучением его принципам рационального питания, определением массы тела и уровня физической активности, а при необходимости и с конкретными рекомендациями по снижению массы и увеличению физической активности.

Первичная профилактика дислипидемии

Диагностические критерии дислипидемии:

1) отклонение от нормы одного или нескольких показателей липидного обмена:

- общий холестерин (ХС) более 5 ммоль/л;
 - холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛВП) у женщин менее 1,0 ммоль/л, у мужчин менее 1,2 ммоль/л;
 - холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) более 3 ммоль/л;
 - триглицериды (ТГ) более 1,7 ммоль/л;
- или

2) проведение гиполипидемической терапии. Атерогенными являются следующие сочетания дислипидемий:

1. гиперхолестеринемия за счет повышенного ХС-ЛНП;
2. сочетание гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии;
3. гипертриглицеридемия;
4. гипоальфахолестеринемия или сниженный уровень ХС-ЛВП.

Ключевая задача в работе с такими пациентами — достижение целевых уровней ХС и ХС-ЛНП. Обязательно учитывать исходный уровень суммарного сердечно-сосудистого риска [3, 13].

Целевые уровни ХС-ЛНП в зависимости от уровня суммарного сердечно-сосудистого риска.

- у лиц с умеренным риском — менее 3 ммоль/л (менее 115 мг/дл)
- у лиц с высоким риском — менее 2,5 ммоль/л (менее 100 мг/дл)
- у лиц с очень высоким риском — менее 1,8 ммоль/л (менее 70 мг/дл) и/или снижение исходного уровня на 50 % и более.

Нарушение липидного обмена является одним из самых значимых факторов риска, потенцирующих развитие ССЗ. Существует прямая зависимость между уровнем холестерина сыворотки крови и вероятностью появления сердечно-сосудистых заболеваний.

В настоящее время, начиная с группы пациентов со средним суммарным сердечно-сосудистым риском, рекомендуется фармакологическая коррекция дислипидемии, если не достигнут целевой уровень ХС-ЛНП. Для коррекции назначают статины на длительный прием. Имеется наибольшая доказательная база по применению статинов в отношении снижения частоты возникновения ССЗ и смертности от ССЗ [11, 13].

Статины используются как препараты первой линии у пациентов с гиперхолестеринемией или комбинированной дислипидемией.

Назначению статинов должно предшествовать биохимическое исследование (определение показателей аспаргатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, креатинфосфокиназы), так как описаны побочные действия статинов: повышение активности ферментов печени в плазме крови, развитие миопатии и, в редких случаях, рабдомиолиза.

На данный момент продолжают исследования доказательной базы применения статинов для профилактики ССЗ.

Кроме этого, активная работа по формированию у пациента навыков здорового питания, достаточного уровня физической активности, умения справляться со стрессами и в целом оздоровления образа жизни принесет свои значимые результаты в профилактике дислипидемий.

Методика профилактического консультирования

Для того, чтобы убедить пациента в необходимости изменений образа жизни, существуют методики, доказавшие свою эффективность. Одна из методик — профилактическое консультирование.

Принципы консультирования.

1. Добиться согласия на сотрудничество, установив хороший контакт с пациентом. Только решение пациента на изменение привычного образа жизни может принести успех при поддержке медицинских специалистов.

2. Выяснить мнение пациента о причинах его нездоровья. Эти причины могут быть совсем иными, чем представления врача. Важно отношение пациента к своему нездоровью для планирования дальнейших действий по оздоровлению.

3. Выявить имеющиеся у пациента факторы риска, оценить суммарный сердечно-сосудистый риск.

4. Объяснить пациенту значимость имеющихся у него факторов риска в развитии сердечно-сосудистого заболевания и необходимость коррекции, прежде всего поведенческих ФР.

5. Оценить готовность пациента к изменениям образа жизни в отношении факторов риска.

6. Помочь планировать поэтапно работу в отношении коррекции факторов риска, учитывая мнение пациента и составляя конкретный план действий. Если пациент физически нетренирован, курит и имеет избыточную массу тела, важно оценить в совместном планировании с ним, с каким фактором риска пациент готов работать — отказ от курения, увеличение физической активности или рациональное питание? Если коррекция какого-либо фактора риска невозможна по каким-либо причинам, следует уделить внимание другим факторам риска, обеспечивая «маленькие победы» в изменении образа жизни.

7. При каждом визите пациента необходимо контролировать процесс коррекции факторов риска.

8. У пациентов с отрицательным опытом коррекции факторов риска необходимо привлекать к консультированию других специалистов — психологов, психотерапевтов, диетологов.

9. Пациентам с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском и пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями рекомендуется посещения школ для пациентов (групповое профилактическое консультирование). Обучение в школах обеспечивает улучшение психологического состояния, повышает приверженность к изменениям образа жизни и эффективно влияет на процесс коррекции факторов риска.

Литература

1. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. — М., 2013. — 136 с.
2. *Калинина А. М.* Концептуальная основа профилактического консультирования пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития / Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2012. — № 4. — С. 4–9
3. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 10(6). — Приложение 2. — 64 с.
4. Московская декларация, принятая по итогам работы Первой глобальной Министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (28–29 апреля 2011 г.). — <http://www.minzdravsoc.ru/health/zozh/71> — Последнее посещение сайта 25.10.2015 г.
5. Профилактика в общей врачебной практике / Под ред. О.Ю. Кузнецовой, И.С. Глазунова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. — 288 с.
6. *Perk J., De Backer G., Gohlke H., et al.* European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) // *European Heart Journal*. — 2012. — Vol. 33. — P. 1635–1701.
7. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009. — http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_Front.pdf — Последнее посещение сайта 25.10.2015 г.
8. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. Российские рекомендации // Российский кардиологический журнал. — М., 2012. — № 6 (98). — Приложение 1. — 40 с.
9. *Кривонос О. В., Бойцов С. А., Гамбрарян М. Г., Калинина А. М.* Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации. — М., 2012. — 39 с.
10. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans // <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>. — Последнее посещение сайта 25.10.2015 г.
11. *Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) // *Lancet*. — 2004. — Vol. 364. — P. 937–952.
12. Европейские рекомендации 2013 г. по лечению артериальной гипертензии / Системные гипертензии. — 2013. — Т. 10. — № 3. — С. 5–38.
13. Рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по лечению дислипидемий / Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2012. — приложение № 1. — С. 3–60.

Приложение 1

Тест Фагерстрема для определения степени никотиновой зависимости

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1 сигарету?	В течение первых 5 мин	3
	В течение 6–30 мин	2
	30–60 мин	1
	Более чем 60 мин	0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11–12	1
	21–30	2
	31 и более	3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

Примечание: степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов:

0–2 — очень слабая зависимость

3–4 — слабая зависимость

5 — средняя зависимость

6–7 — высокая зависимость

8–10 — очень высокая зависимость

Оценка степени готовности к отказу от курения

Бросили бы вы курить. Если бы это было легко?		Как сильно вы хотите бросить курить?	
Ответ	Балл	Ответ	Балл
Определенно НЕТ	0	Не хочу вообще	0
Вероятнее всего НЕТ	1	Слабое желание	1
Возможно ДА	2	В средней степени	2
Вероятнее всего ДА	3	Сильное желание	3
Определенно ДА	4	Однозначно хочу бросить курить	4
Общая сумма баллов _____			
Интерпретация		Тактика	
Более 6 — высокая мотивация к отказу от курения		Предложить лечебную программу с целью полного отказа от курения	
4–6 баллов — слабая мотивация		Предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации	
Менее 3 — отсутствие мотивации		Предложить программу снижения интенсивности курения	

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) — шкала, разработанная A. S. Zigmond и R. P. Snaithe в 1983 г. Она относится к субъективным и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общей медицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга).

Рекомендации по применению шкалы

Шкала состоит из 14 утверждений, относящихся к 2 подшкалам:

– подшкала Т — «тревога»: нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;

– подшкала Д «депрессия»: четные пункты 2, 4, 6; 8, 10, 12, 14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выра-

женности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствии) до 4 (максимальная выраженность).

Выдача пациенту шкалы сопровождается инструкцией следующего содержания:

«Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

<p>Т. Я испытываю напряженность, мне не по себе</p> <p><input type="checkbox"/> 3 все время</p> <p><input type="checkbox"/> 2 часто</p> <p><input type="checkbox"/> 1 время от времени</p> <p><input type="checkbox"/> 0 совсем не испытываю</p>	<p>Д. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно</p> <p><input type="checkbox"/> 3 практически все время</p> <p><input type="checkbox"/> 2 часто</p> <p><input type="checkbox"/> 1 иногда</p> <p><input type="checkbox"/> 0 совсем нет</p>
<p>Т. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь</p> <p><input type="checkbox"/> 0 совсем не испытываю</p> <p><input type="checkbox"/> 1 иногда</p> <p><input type="checkbox"/> 2 часто</p> <p><input type="checkbox"/> 3 очень часто</p>	<p>Д. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство</p> <p><input type="checkbox"/> 0 определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 1 наверное, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 лишь в очень малой степени это так</p> <p><input type="checkbox"/> 3 это совсем не так</p>

<p>Т. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться</p> <p><input type="checkbox"/> 3 определенно, это так, и страх очень сильный</p> <p><input type="checkbox"/> 2 да, это так, но страх не очень сильный</p> <p><input type="checkbox"/> 1 иногда, но это меня не беспокоит</p> <p><input type="checkbox"/> 0 совсем не испытываю</p>	<p>Д. Я не слежу за своей внешностью</p> <p><input type="checkbox"/> 3 определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 я не уделяю этому столько времени, сколько нужно</p> <p><input type="checkbox"/> 1 может быть, я стал меньше уделять этому внимания</p> <p><input type="checkbox"/> 0 я слежу за собой так же, как и раньше</p>
<p>Т. Я испытываю неуверенность, словно мне постоянно нужно двигаться</p> <p><input type="checkbox"/> 3 определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 наверное, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 1 лишь в некоторой степени это так</p> <p><input type="checkbox"/> 0 совсем не испытываю</p>	<p>Д. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное</p> <p><input type="checkbox"/> 0 определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 1 наверное, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 лишь в очень малой степени это так</p> <p><input type="checkbox"/> 3 совсем не способен</p>
<p>Т. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</p> <p><input type="checkbox"/> 3 постоянно</p> <p><input type="checkbox"/> 2 большую часть времени</p> <p><input type="checkbox"/> 1 время от времени и не так часто</p> <p><input type="checkbox"/> 0 только иногда</p>	<p>Д. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения</p> <p><input type="checkbox"/> 0 точно так же, как и обычно</p> <p><input type="checkbox"/> 1 да, но не в той степени, как раньше</p> <p><input type="checkbox"/> 2 значительно меньше, чем обычно</p> <p><input type="checkbox"/> 3 совсем так не считаю</p>
<p>Т. У меня бывает внезапное чувство паники</p> <p><input type="checkbox"/> 3 очень часто</p> <p><input type="checkbox"/> 2 довольно часто</p> <p><input type="checkbox"/> 1 не так уж часто</p> <p><input type="checkbox"/> 0 совсем не бывает</p>	<p>Д. Я испытываю бодрость</p> <p><input type="checkbox"/> 3 совсем не испытываю</p> <p><input type="checkbox"/> 2 очень редко</p> <p><input type="checkbox"/> 1 иногда</p> <p><input type="checkbox"/> 0 практически все время</p>
<p>Т. Я легко могу сесть и расслабиться</p> <p><input type="checkbox"/> 0 определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 1 наверное, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 лишь изредка это так</p> <p><input type="checkbox"/> 3 совсем не могу</p>	<p>Д. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио-или телепрограммы</p> <p><input type="checkbox"/> 0 часто</p> <p><input type="checkbox"/> 1 иногда</p> <p><input type="checkbox"/> 2 редко</p> <p><input type="checkbox"/> 3 очень редко</p>

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (Т и Д), при этом выделяются 3 области значений:

0–7 баллов — норма;

8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия;

11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Приложение 4

Европейская модель SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)

Данная модель разработана экспертами Европейского общества кардиологов на основании данных проспективных исследований, проведенных в 12 странах Европы, в том числе в России. Исследование началось с конца 70-х гг. XX века и продолжалось 27 лет. Оценивался 10-летний риск развития смертельных случаев всех заболеваний, связанных с атеросклерозом и артериальной гипертензией. Для расчета суммарного риска аналогично фрамингемской шкале, учитывались:

– 2 немодифицируемых (пол, возраст);

– 3 модифицируемых фактора риска (статус курения, систолическое АД, общий ХС).

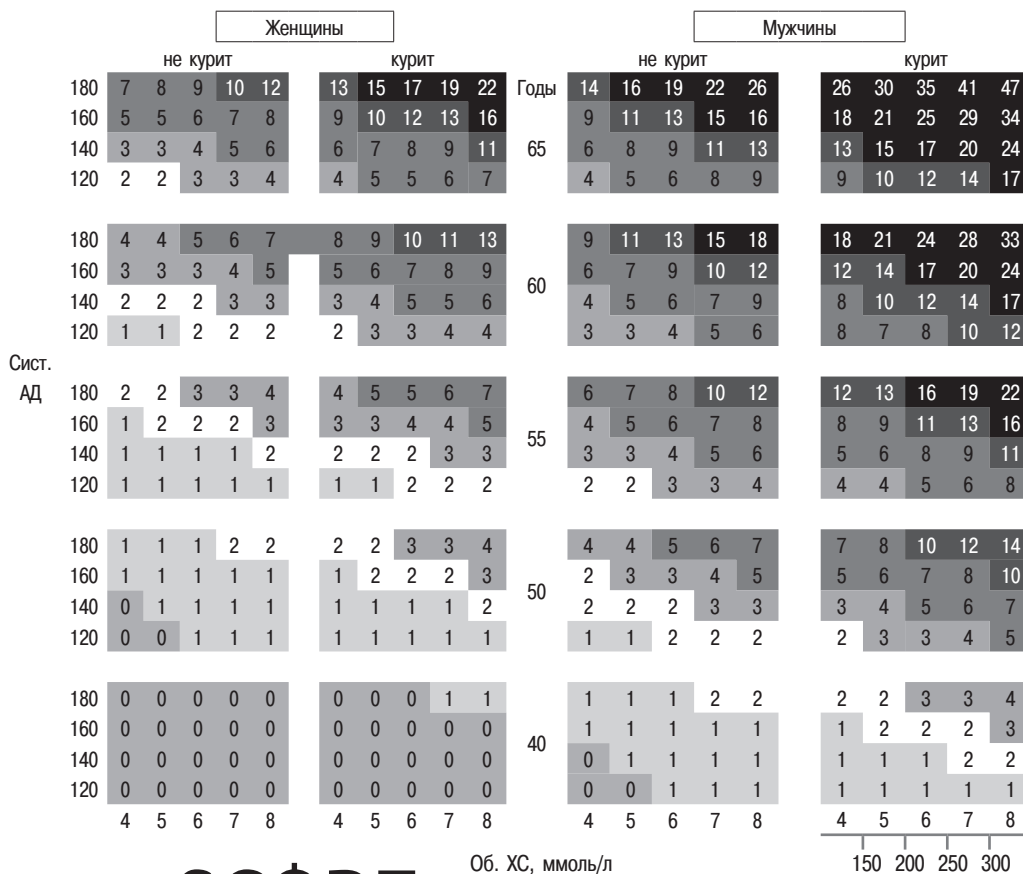
Низким считается риск менее 5%, высоким — 5–10%, очень высоким — более 10% (см. таблицу).

Европейская модель SCORE определяет 10-летний фатальный риск всех событий, связанных с атеросклерозом (в том числе инфаркта миокарда, мозгового инсульта, поражения периферических артерий). Хотелось бы подчер-

кнуть, что шкала SCORE разработана для оценки сердечно-сосудистого риска только у практически здоровых людей, **без клинических проявлений** ишемической болезни сердца, что ограничивает возможности ее использования.

Практические врачи могут использовать оценку суммарного риска при принятии решения об усилении профилактических мер (например, при назначении препаратов, коррекции доз или начале комбинированной терапии) для лучшего контроля факторов риска.

В 2003 году были созданы два варианта таблиц: для стран с низким уровнем риска сердечно-сосудистых заболеваний (Бельгия, Франция, Испания, Италия, Греция, Люксембург, Швейцария, Португалия) и для стран с высоким уровнем риска (все остальные страны Европы, включая Россию). В будущем предполагается разработка таких шкал для каждой страны на основании ее статистических данных (особенностей образа жизни, питания и др.).



SCORE

Об. ХС, ммоль/л

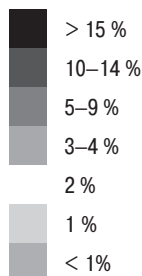


Схема. Европейская шкала суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE для стран с высоким уровнем риска

Информация об авторах:

Кришталь Татьяна Юрьевна — к. м. н., заместитель главного врача по организационно-методической работе, СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 76»

Моисеева Ирина Евгеньевна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Адрес для контактов: kuratorsm@szgmu.ru