

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Российское общество профилактики
неинфекционных заболеваний

Серия
«Библиотека ФГБУ «НМИЦ ТПМ»
Минздрава России»

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛИЦ ВТОРОЙ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Методические рекомендации



МОСКВА
2024



Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ
И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»
(ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России)

Российское общество профилактики инфекционных заболеваний

«УТВЕРЖДАЮ»

академик РАН, профессор,
директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России,
главный внештатный специалист по терапии
и общей врачебной практике Минздрава России

О.М. Драпкина

« 21 » мая 2024 г.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛИЦ ВТОРОЙ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Методические рекомендации

Москва
2024

УДК 616.43
ББК 54.151.6, 23

Авторы:

Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В., Калинина А.М., Иванова Е.С., Шепель Р.Н., Сененко А.Ш., Гамбарян М.Г., Карамнова Н.С., Лищенко О.В., Савченко Е.Д.

Рецензент:

Фомичёва М.Л. – заведующая лабораторией профилактической медицины Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины – филиала Федерального исследовательского центра Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук, д.м.н.

Опубликовано: Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Иванова Е. С., Шепель Р. Н., Сененко А. Ш., Гамбарян М. Г., Карамнова Н. С., Лищенко О. В. Савченко Е. Д. Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(6):4076. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4076. EDN WNZCUQ

Методические рекомендации содержат описание организации процесса диспансерного наблюдения граждан с установленной II группой здоровья, имеющих высокий и очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск фатальных осложнений. Представлены: последовательность действий и содержание диспансерного наблюдения данной категории пациентов, рекомендации по работе с пациентами, имеющими факторы риска: курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, избыточная масса тела. Приведены примеры оформления медицинской документации. Представлены памятки для пациентов, в том числе, по действиям при развитии признаков острого коронарного синдрома и острого нарушения мозгового кровообращения. Даны рекомендации и представлен алгоритм дистанционного опроса и консультирования.

Методические рекомендации предназначены для врачей и фельдшеров отделений и кабинетов медицинской профилактики и центров здоровья, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских здравпунктов).

Материалы, представленные в методических рекомендациях, могут быть использованы также врачами участковыми (терапевтами, общей практики, фельдшерами фельдшерско-акушерских пунктов и здравпунктов) при проведении профилактического консультирования (краткого, углублённого) пациентов, имеющих факторы риска развития хронических инфекционных заболеваний, и в работе с ними по коррекции факторов риска.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 5 от 21.05.2024 г.).

© Коллектив авторов, 2024

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2024

© РОПНИЗ, 2024



СОДЕРЖАНИЕ:

Авторский коллектив.....	4
Список сокращений.....	5
Введение.....	6
Последовательность действий при диспансерном наблюдении лиц с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском, которые не имеют хронических заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению врачом-терапевтом или врачом-специалистом.....	9
Приложение 1. Шкала SCORE и особенности её использования в клинической практике. Профилактические мероприятия по модификации образа жизни. Классы рекомендаций, их определение и использование	12
Приложение 2. Медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака и иных никотинсодержащих препаратов, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака и никотина	20
Приложение 3. Рекомендации по увеличению физической активности	34
Приложение 4. Рекомендации по рациону здорового питания	44
Приложение 5. Рекомендации по снижению избыточной массы тела	50
Приложение 6. Образец заполнения медицинской документации пациентов II группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.....	54
Приложение 7. Первая помощь при наличии признаков острого коронарного синдрома или нарушении мозгового кровообращения	58
Приложение 8. Группы граждан, которые в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) ОМП/КМП/ЦЗ/ФАП.....	63
Приложение 9. Алгоритм дистанционного опроса и консультирования пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в рамках его диспансерного наблюдения врачом (фельдшером) ОМП/КМП/ЦЗ/ФАП	65
Список литературы.....	69

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАН, д.м.н., профессор.

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н

Ипатов Пётр Васильевич – главный научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор

Калинина Анна Михайловна – руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор,

Иванова Екатерина Сергеевна – руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель Федерального Центра здоровья, к.м.н.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

Сененко Алия Шамильевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

Гамбарян Маринэ Генриевна – руководитель Центра профилактики и контроля потребления табака ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.

Карамнова Наталья Станиславовна – руководитель лаборатории эпидемиологии питания ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.

Лищенко Оксана Викторовна – научный сотрудник лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н

Савченко Екатерина Дмитриевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	-	артериальная гипертония
АГТ	-	антигипертензивная терапия
АД	-	артериальное давление
АЛТ	-	аланинаминотрансфераза
АСТ	-	аспартанамиотрансфераза
ВОЗ	-	Всемирная организация здравоохранения
Д	-	диспансеризация
ДАД	-	диастолическое артериальное давление
ДН	-	диспансерное наблюдение
ЗНО	-	злокачественные новообразования
ЗОЖ	-	здоровый образ жизни
ИБС	-	ишемическая болезнь сердца
ИМ	-	инфаркт миокарда
КМП	-	кабинет медицинской профилактики
КФК	-	креатинфосфокиназа
МНЖК	-	мононенасыщенные жирные кислоты
НЖК	-	насыщенные жирные кислоты
НИЗ/ ХНИЗ	-	неинфекционные заболевания/ хронические неинфекционные заболевания
НСП	-	никотинсодержащие препараты
ОЖ	-	ожирение
ОКС	-	острый коронарный синдром
ОМП	-	отделение медицинской профилактики
ОМП/КМП/ЦЗ	-	отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья
ОНМК	-	острое нарушение мозгового кровообращения
ОХ	-	общий холестерин
ПМО	-	профилактический медицинский осмотр
ПНЖК	-	полиненасыщенные жирные кислоты
ТГ	-	триглицериды
ТЖК	-	трансизомеры жирных кислот
ТИА	-	транзиторная ишемическая атака
САД	-	систолическое артериальное давление
ДАД	-	диастолическое артериальное давление
СД	-	сахарный диабет
ССЗ	-	сердечно-сосудистые заболевания
ССРиск	-	сердечно-сосудистый риск
ФА	-	физическая активность
ФАП	-	фельдшерско-акушерский пункт
ФР	-	фактор риска
ХБП	-	хроническая болезнь почек
ХКС	-	хронические коронарные синдромы
ХС	-	холестерин
ХС-ЛВП	-	холестерин липопротеинов высокой плотности
ХС-ЛНП	-	холестерин липопротеинов низкой плотности
ЦЗ	-	центр здоровья
ЦВБ	-	цереброваскулярные болезни
ЧСС	-	частота сердечных сокращений
ЭКГ	-	электрокардиография (электрокардиограмма)
ЭС	-	электронные системы доставки никотина
ЭхоКГ	-	эхокардиография
SCORE	-	шкала для определения уровня абсолютного ССРиска смерти в предстоящие 10 лет жизни, %

ВВЕДЕНИЕ

Смертность населения трудоспособного возраста Российской Федерации от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) атеросклеротического генеза значительно выше, чем в США и Европе. Примерно в половине дебютов болезни у россиян до 60 лет, особенно у мужчин, первым проявлением является инфаркт миокарда (ИМ) или внезапная сердечная смерть. Актуальность проблемы сохранения жизни работоспособных граждан чрезвычайно велика [1]. При этом из общего числа случаев смерти от острых форм ИБС только у 46 % умерших в анамнезе имелось указание на ишемическое заболевание сердца, а у лиц младше 55 лет ИБС в анамнезе выявлялась еще реже – в 31% случаев.

Такие пациенты в большинстве своем могут быть своевременно выявлены достаточно простым способом – путем определения величины абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE на основании оценки таких факторов риска как пол, возраст, статус курения, уровень артериального давления (АД) и общего холестерина (ОХ). В научных исследованиях убедительно доказано, что при неблагоприятном сочетании этих факторов имеют место высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск с вероятностью смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет более 5% (от 5% до 9% при высоком риске и от 10% и более при очень высоком риске) и отсутствие клинических проявлений ССЗ (прежде всего заболеваний атеросклеротического генеза: ишемическая болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий), сахарного диабета и хронических заболеваний почек. Принципиально важно, что само наличие этих заболеваний уже свидетельствует об очень высоком ССРиске и не требует его определения по шкале SCORE.

Критерии определения II группы здоровья гражданам, прошедшим профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, определены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» [2].

II группа здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития этих заболеваний **при высоком или очень высоком абсолютном ССРиске**, а также граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Граждане II группы здоровья с высоким или очень высоким абсолютным ССРиском подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) ОМП/КМП/ЦЗ/ФАП.

Исключение составляют пациенты с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом¹. Гражданам II группы здоровья при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска.

¹ Здесь и далее под врачом-терапевтом понимается врач терапевт или врач терапевт участковый, или врач терапевт участковый цехового врачебного участка, или врач общей практики (семейный врач), или фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача.

Приказ Министерства здравоохранения от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» содержит положения, касающиеся организации диспансерного наблюдения лиц с установленной II группой здоровья (пп. 5, 6, 11). Согласно положениям данного приказа (п.5), **целевой показатель охвата диспансерным наблюдением лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском составляет не менее 70%. [3]**

В таблице 1 представлена последовательность действий врача (фельдшера) ОМП/КМП/ЦЗ при осуществлении ДН пациентов II группы здоровья с высоким и очень высоким ССРиском.

При недостаточной эффективности проводимых нефармакологических и фармакологических вмешательств по коррекции выявленных факторов риска (ФР) пациента необходимо направить на консультацию к врачу-терапевту участковому (врачу общей практики).

В связи с наличием высокого или очень высокого риска развития сердечно-сосудистого события целесообразно разъяснить пациенту основные проявления сердечного приступа (ОКС, ИМ) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 минут от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи (приложение 7).

Последовательность действий при диспансерном наблюдении лиц II группы здоровья с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском

Состояние, код по МКБ-10	Кратность профилактических посещений	Рекомендуемые действия, методы и медицинские вмешательства во время профилактического осмотра
Высокий и очень высокий ССРиск по шкале SCORE Z51.8 Другой уточненный вид медицинской помощи Z72.0 Употребление табака Z71.6 Консультация и наблюдение по поводу курения	Первое посещение - при взятии под ДН Далее: - не менее 2 раз в год При неявке пациента на диспансерный осмотр проводится дистанционный опрос и консультирование пациента в соответствии с приложением 9 При снижении ССРиска менее 5% по шкале SCORE – снятие с ДН	Врачу (фельдшеру), проводящему диспансерный осмотр: - изучить карту учета ПМО/Д №131/у, обратить особое внимание на выявленные у пациента при проведении диспансерного наблюдения патологические состояния, повышающие сердечно-сосудистый риск неинфекционных заболеваний; - уточнить, назначались ли пациенту гиполлипидемическая фармакотерапия, табачной зависимости (при наличии) – оценить приверженность к назначенной терапии; - оценить уровень общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в сыворотке крови - пациентам с уровнем ОХ в сыворотке крови от 5 ммоль/л и более при высоком ССРиске, и уровнем ЛПНП от 1,8 ммоль/л и более при высоком ССРиске пациенты направляются на решение вопроса о назначении гиполлипидемической терапии; - пациентам с уровнем ТГ более 10 ммоль/л (900 мг/дл) при высоком ССРиске направляются на решение вопроса о назначении гиполлипидемической терапии; - измерить уровень АД после 5 минут отдыха пациента



Риск-сосудистым риском

Таблица 1

исследования	
филактических посещений	
р пациента:	
е внимание:	
и ПМО/Д факторы риска и другие	
вероятность развития хронических	
емические препараты и проводилась ли	
ее наличии); если фармакотерапия	
енному лечению и его эффективность;	
липопротеинов крови:	
8 ммоль/л и выше направляются для	
рачом-терапевтом участковым / врачом	
до 8 ммоль/л дополнительно проводится	
сыворотке крови. При уровне ХС-ЛНП	
уровне 1,4 ммоль/л. и более при очень	
консультацию к врачу-терапевту для	
ской фармакотерапии;	
иг/дл) направляются для диспансерного	
и участковым / врачом общей практики	

- при уровне АД, равном или выше 140/90 мм рт.ст. – терапевту участковому / врачу общей практики – поставить диагноз АГ;
- **определить в присутствии пациента по шкале SCORE** сердечно-сосудистых событий на предстоящие 10 лет его жизни;
- **оценить уровень грамотности** пациента в вопросах здоровья (наличие конкретных значений целевых показателей терапии (табл. 5), факторов риска развития ССЗ);
- **разъяснить пациенту:**
 - значение величины ССРиска по шкале SCORE;
 - роль каждого из 5 факторов, оказывающих основное влияние на шкале SCORE, обратив особое внимание на употребление алкоголя, АД, курение табака и электронных сигарет, низкую физическую активность, нерациональное питание), а также на сопутствующие заболевания, включая употребление алкоголя;
 - значимость необходимых лечебно-профилактических мероприятий при дислипидемии (приложение 1);
 - значения целевых показателей, которые необходимо достичь (приложение 1, табл.2, 5), в том числе пациентам с ССЗ, вручая распечатанную табл. 5 «Влияние изменений факторов риска на ССРиск»;
 - значимость профилактики повышения уровня АД;
 - патологические последствия курения табака и употребления алкоголя (ЭС), необходимость лечебно-профилактических мероприятий при отказу от курения;
 - влияние других факторов, модифицирующих ССРиск (отказ от вредных привычек, достаточная физическая активность, повышение уровня ХС-ЛВП)², так и в сторону

² а также учесть наличие родителей-долгожителей: долгожителями считаются люди в возрасте 90 лет и старше.



Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском

		избыточная масса тела, нерациональное питание, привлечение внимания на наследственную отягощенность³ в семейном анамнезе; - алгоритм действий при сердечном приступе и мерцательной аритмии; - возможность получения медицинской помощи; - потребление табака и иных никотинсодержащих препаратов; - целесообразность прохождения углублённого профилактического обследования; - коррекция факторов риска (по наличию их у пациента): - увеличение физической активности (приложение 5); - здоровое питание (приложение 4); - снижение избыточной массы тела (приложение 5); Необходимо: - достичь понимания пациентом, что устранение или снижение факторов риска прямо приведет к снижению риска его смерти в предельно короткий срок от сердечно-сосудистого события: - при адекватной коррекции выявленной у него гипертонии; - при отказе от курения; - а также при сохранении нормального артериального давления; - продемонстрировать пациенту на шкале SCORE, насколько снизится его ССРиск при успешной коррекции имеющихся у него факторов риска. В части оформления медицинской документации: - заполнить пункты 12 и 29 учетной формы № 030/у получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (контрольная карта диспансерного наблюдения лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском (образец 1)).
--	--	---

³ Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям устанавливается при наличии инфаркта (ИМ) миокарда у родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет).

Приложение 1

Шкала SCORE и особенности её использования в клинической практике.

Профилактические мероприятия по модификации образа жизни.

Классы рекомендаций, их определение и использование

Адаптировано из Национального руководства «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации», 2022 г. [1]

Суммарный сердечно-сосудистый риск показывает риск (в %) развития фатальных сердечно-сосудистых событий в предстоящие 10 лет жизни. Следует отметить, что по данной методике оценки Россия относится к странам с высоким уровнем смертности от болезней системы кровообращения. Для стран с высоким уровнем смертности применяется вариант шкалы SCORE, представленный на рис. 1.

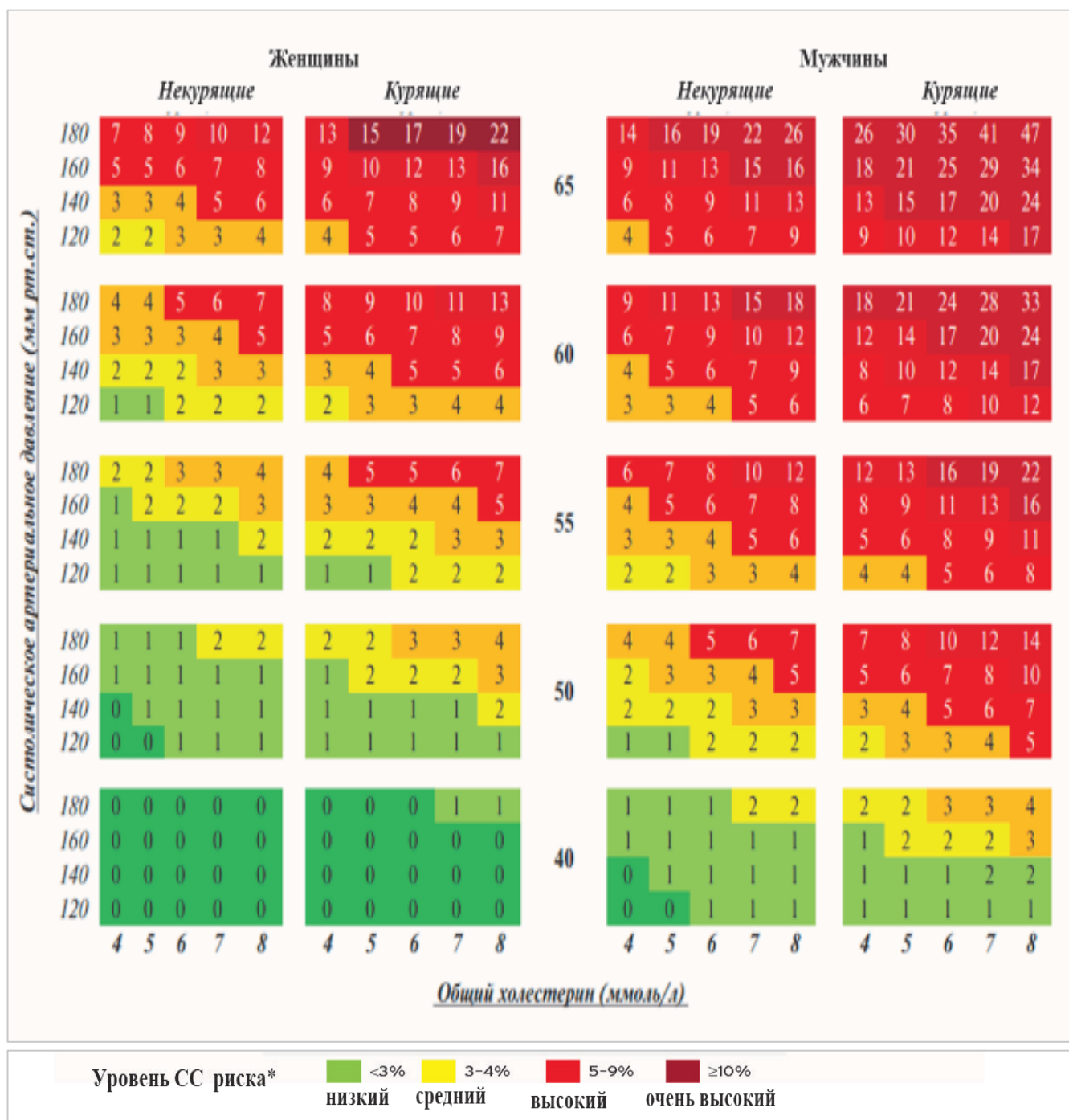
Помимо оценки риска фатальных сердечно-сосудистых событий, часто оценивают также риск развития несмертельного (нефатального) ССЗ (состояния). Для этого необходимо значение ССРиска, определённое по шкале SCORE, умножить на 3

Следует помнить, что суммарный сердечно-сосудистый риск может быть выше, чем определяется по шкале SCORE, в следующих случаях:

- у людей с низким уровнем физической активности (сидячей работой) и центральным (абдоминальным) ожирением;
- у социально обездоленных лиц и лиц, длительно находящихся в психосоциальном стрессе, особенно достигших состояния жизненного истощения;
- при наличии в семейном анамнезе преждевременного сердечно-сосудистого заболевания у ближайших родственников (мужчины до 55 лет и женщины до 60 лет).
- наличие синдрома обструктивного апноэ во сне.

Очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск устанавливается **всегда:**

- лицам в возрасте старше 65 лет,
- лицам, имеющим сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек.



Пример использования шкалы SCORE с информационно-мотивирующей целью:

Курящий мужчина в возрасте 50 лет с уровнем ОХ в сыворотке крови 7^оммоль/л и с уровнем САД 135 мм рт. ст. будет иметь риск фатального сердечно-сосудистого события 6% в предстоящие 10 лет жизни – это соответствует высокому риску. В то же время риск развития нефатального ССЗ атеросклеротического генеза составит у него 18% (6х3).

Если же этот мужчина:

А) откажется от курения,

Б) достигнет снижения ОХ до 5 ммоль/л и САД* до 120 мм рт. ст., то риск развития у него в предстоящие 10 лет жизни фатального ССС снизится в 6 раз и составит 1% – это соответствует низкому риску.

Риск развития нефатального ССЗ атеросклеротического генеза также снизится в 6 раз (18:3) и составит у него 3% (1х3).

*Изменение образа жизни как способ немедикаментозной коррекции АД рекомендовано всем лицам с высоким нормальным АД (класс рекомендаций I, уровень доказательности A).

Снижение уровней ФР ХНИЗ является также и способом немедикаментозного снижения **высокого нормального АД** (САД 130-139 и ДАД 85-89 мм рт.ст.) **до оптимального уровня** (САД<120 мм рт.ст. и ДАД <80 мм):

- снижение избыточной массы тела – на 5-20 мм рт.ст. при снижении массы тела на каждые 10 кг;
- повышение физической активности – на 4-9 мм рт.ст.;
- соблюдение принципов здорового питания – на 8-14 мм рт.ст.;
- ограничение потребления соли – на 2-8 мм рт.ст.;
- отказ от алкоголя – на 2-4 мм рт.ст.;
- отказ от употребления табачных изделий.

и приводит к существенному снижению абсолютного ССРиска (www.fammed.wisc.edu/integrative).

Рекомендации по коррекции каждого из ФР приведены в приложениях 2-5.

Для определения цели диспансерного наблюдения и шагов для ее достижения у лиц с разным уровнем ССРиска, определенным по шкале SCORE, целесообразно использовать следующую блок-схему, рекомендованную Руководством ESC/EAS 2019 по лечению дислипидемий [4, 5] и представленную на рис. 2. В блок-схеме (рис.2) выделены позиции, относящиеся к рекомендациям по ведению лиц 2 группы здоровья с высоким и очень высоким уровнем ССРиска. Как видно из блок-схемы, модификация образа жизни – обязательный компонент профилактических мероприятий у таких пациентов.

Цели и задачи профилактики и коррекции устранимых факторов для снижения сердечно-сосудистого риска, классы рекомендаций, их определение и рекомендации по использованию приведены в таблицах 2 и 3, характеристика уровней доказательности – в таблице 4. Высоким считаются классы рекомендаций I и IIa с уровнем доказательств «А» или «В», которые могут рекомендоваться к широкому практическому применению.

В таблице 5 приведены уровни доказательности влияния конкретных изменений образа жизни на уровень липидов. Как видно из таблицы 5, представленные мероприятия относятся к самым высоким классам доказательности. В частности, для профилактики ССЗ и нарушений липидного обмена доказано значительное преимущество рациона с высоким потреблением овощей, зернобобовых, цельных злаков, орехов и семян, фруктов, рыбы, птицы и молочных продуктов с низким содержанием жира при ограничении потребления сладостей, сладких напитков, соленых пикантных закусок и красного мяса, особенно глубокой степени переработки. Рекомендуется использовать в пищу только растительные масла [4, 6, 7].

Сердечно-сосудистый риск (SCORE), %		Исходные уровни ХС-ЛПНП (без лечения)					
		<1,4 ммоль/л (55 мг/дл)	от 1,4 до <1,8 ммоль/л (55 до <70 мг/дл)	от 1,8 до <2,6 ммоль/л (70 до <100 мг/дл)	от 2,6 до <3,0 ммоль/л (100 до <116 мг/дл)	от 3,0 до <4,9 ммоль/л (116 до <190 мг/дл)	>4,9 ммоль/л (>190 мг/дл)
Первичная профилактика (пациенты без ХНИЗ)	менее 1% <i>Низкий риск</i>	Рекомендации по ведению ЗОЖ				Модификация образа жизни, при отсутствии эффекта – фарм. терапия	Модификация образа жизни в сочетании с комб. фарм. терапией
	Класс/уровень рекомендаций	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A
	1-4% <i>Средний риск</i>	Рекомендации по ведению ЗОЖ				Модификация образа жизни, при отсутствии эффекта – фармакологическая терапия	Модификация образа жизни в сочетании с комб. фарм. терапией
	Класс/уровень рекомендаций	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A
	5-9% <i>Высокий риск</i>	Рекомендации по ведению ЗОЖ		Модификация образа жизни, при отсутствии эффекта – фарм. терапия	Модификация образа жизни в сочетании с комбинированной фармакологической терапией		
	Класс/уровень рекомендаций	IIa/A	IIa/A	IIa/A	Ia/A	Ia/A	Ia/A
	10% и более <i>Очень высокий риск</i>	Рекомендации по ведению ЗОЖ	Модификация образа жизни, при отсутствии эффекта – фарм. терапия	Модификация образа жизни в сочетании с комбинированной фармакологической терапией			
	Класс/уровень рекомендаций	IIa/B	IIa/B	I/A	I/A	I/A	I/A
Вторичная профилактика (пациенты с ХНИЗ)	Очень высокий риск	Модификация образа жизни, при отсутствии эффекта – фарм. терапия	Модификация образа жизни в сочетании с комбинированной фармакологической терапией				
	Класс/уровень рекомендаций	IIa/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A

Рис. 2. Блок-схема для определения (выбора) оптимального направления гиполипидемических вмешательств

(адаптирована из: Руководство ESC/EAS 2019 по лечению дислипидемий [4, 5])
голубым цветом выделены позиции, относящиеся к рекомендациям по ведению лиц 2 группы здоровья с высоким и очень высоким уровнем ССРиска

Таблица 2

**Цели и задачи профилактики и коррекции устранимых факторов
для снижения сердечно-сосудистого риска**

Курение	Прекращение воздействия табака в любой форме. Знать: - о вреде курения; - сколько выкуривает сигарет в день (≤ 10 — 0 баллов; 11-20 — 1 балл; 21-30 — 2 балла; ≥ 31 — 3 балла) и когда выкуривает первую сигарету утром после подъема (более, чем через 60 мин — 0 баллов; 31-60 мин — 1 балл; 6-30 мин — 2 балла; в течение 5 мин — 3 балла) - индекс интенсивности курения = сумма указанных баллов, которая указывает на степень никотиновой зависимости: (0-1) низкая зависимость; (2-4) средняя зависимость; (5-6) высокая зависимость. - о возможности и доступности отказа от курения, в том числе с использованием лекарственных средств и физиотерапевтических вмешательств;
Рацион питания	Здоровое питание с исключением трансжиров, с низким содержанием насыщенных жиров, с акцентом на потребление цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов и рыбы.
Физическая активность	не менее 150-300 минут умеренной физической активности в неделю / не менее 75-150 минут в неделю физической активности высокой интенсивности
Масса тела	ИМТ в норме - 18,5 – 24,9 кг/м ² , окружность талии <94 см (мужчины) и <80 см (женщины).
Артериальное давление	САД <140 мм рт., целевой уровень ДАД <90 мм рт.
ХС-ЛНП	Очень высокий сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE (для первичной или вторичной профилактики): • Рекомендуется схема лечения, при которой достигается снижение уровня ХС-ЛНП $\geq 50\%$ по сравнению с исходным уровнем¹, а целевой уровень ХС-ЛНП составляет <1,4 ммоль/л (<55 мг/дл). • Если у пациента в настоящее время не используется гиполипидемическая терапия, вероятно, потребуются интенсивная терапия статинами для снижения уровня ХС-ЛНП. • Если проводится адекватное лечение статинами, то потребуются повышенная интенсивность такого лечения или использование комбинированной терапии. Высокий риск: рекомендуется схема лечения, при которой достигается снижение уровня ХС-ЛНП $\geq 50\%$ по сравнению с исходным уровнем, а целевой уровень Х-ЛНП составляет <1,8 ммоль / л (<70 мг / дл). Умеренный риск: • целевой уровень <2,6 ммоль / л (<100 мг / дл). Низкий риск: • целевой уровень <3,0 ммоль / л (<116 мг / дл).
Триглицериды	Нет цели, но <1,7 ммоль / л (<150 мг / дл) указывает на более низкий риск, а более высокие уровни указывают на необходимость поиска других факторов риска.

¹Термин «исходный или базовый уровень» относится к уровню ХС-ЛНП у человека, не принимающего никаких гиполипидемических препаратов, или к экстраполированному базовому значению для тех, кто находится на текущем лечении.

Таблица 3

Классы рекомендаций, их определение и рекомендации по использованию [8]

Класс	Определение	Рекомендация по использованию
Класс I	Доказательства и/или общее согласие о том, что данная рекомендация, вмешательство или процедура полезны, эффективны, имеют преимущества	Рекомендовать к применению
Класс II	Противоречивые данные и/или расхождение мнений по поводу пользы/эффективности метода лечения или вмешательства	Рекомендовать/показано
Класс IIa	Большинство данных/мнений говорит о пользе/эффективности вмешательства	Целесообразно применять
Класс IIb	Данные/мнения не столь убедительно говорят о пользе/эффективности	Можно применять
Класс III	Данные и/или общее согласие, что конкретный метод лечения или вмешательство не являются полезными или эффективными, а в некоторых случаях могут приносить вред	Не рекомендовать к применению

Таблица 4

Уровни доказательств и их определение [8]

Уровень доказательности А	Доказательства основаны на данных многих рандомизированных клинических исследований или метаанализов
Уровень доказательности В	Доказательства основаны на данных одного рандомизированного клинического исследования или многих нерандомизированных исследований
Уровень доказательности С	Согласованное мнение экспертов и/или немногочисленные исследования, ретроспективные исследования, регистры

Таблица 5

Влияние изменений образа жизни на уровень липидов
Нарушения липидного обмена. Клинические рекомендации 2023 [6]

Изменения образа жизни	Величина эффекта *
Изменение образа жизни для снижения уровня ОХС и ХС ЛНП	
Исключение из рациона транс-жиров	++
Ограничение потребления насыщенных жиров	++
Увеличение потребления пищевых волокон	++
Потребление продуктов, богатых фитостеролами	++
Включение в рацион красного дрожжевого риса	++
Снижение избыточной массы тела	++
Снижение потребления пищевого холестерина	+
Увеличение уровня регулярной физической активности	+
Изменение образа жизни для снижения ТГ	
Снижение избыточной массы тела	+
Исключение алкоголя из рациона	+++
Повышение уровня регулярной физической активности	++
Снижение общего количества углеводов в рационе	++
Использование омега-3 ПНЖК в качестве БАД	++
Снижение потребления моно- и дисахаридов	++
Замена НЖК на МНЖК И ПНЖК	++
Изменение образа жизни для повышения уровня ХС ЛВП	
Снижение потребления транс-жиров	++
Повышение уровня регулярной физической активности	+++
Снижение избыточной массы тела	++
Снижение общего количества углеводов в рационе и замена их на МПНЖК и ПНЖК	++
Ограничение потребления алкоголя	++
Прекращение курения	+
*Условные обозначения: +++ общее соглашение об эффективности влияния на уровень липидов; ++ менее выраженное влияние на уровень липидов; имеющиеся свидетельства/мнения специалистов указывают на эффективность мероприятий; + противоречивые сведения	

Приложение 2

Медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака и иных никотинсодержащих препаратов, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака и никотина

Адаптировано из Национального руководства «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации», 2022 г. [1]

Оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и иной никотинсодержащей продукции (НСП), лечение табачной зависимости и последствий потребления табака и никотина регулируются Федеральным законом «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» от 23.02.2013 № 15-ФЗ, распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.04.2021 № 1151-р «Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции в Российской Федерации на период до 2035 года и дальнейшую перспективу», а также приказами Минздрава РФ № 1177н от 29.10.2020 «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики НИЗ и проведения мероприятий по формированию ЗОЖ в медицинских организациях» и от 26.02.2021 № 140н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или никотинсодержащей продукции.

Законодательное регулирование – основная мера популяционной профилактики потребления табака и связанных с ним ССЗ и других НИЗ. Меры по противодействию потреблению табака, реализуемые в комплексе и по отдельности, доказали свою эффективность не только в снижении распространенности потребления табака [9], заболеваемости, связанной с курением, а также госпитализаций (по поводу ИМ – на 3,5%, стенокардии – на 16,6%, пневмонии – на 14%) [10, 11] и смертности от острых коронарных заболеваний в России [12]. При этом, чем полнее реализация антитабачных законодательных мер, тем более выражено снижение распространенности курения и госпитальной заболеваемости от указанных болезней. [9-11]. Значимый вклад в снижение как распространенности

курения ($\beta=-0,897$; $p=0,097$) [9], так и числа госпитализаций по поводу инфаркта миокарда и пневмонии [10, 11] вносит медицинская помощь по отказу от курения.

При этом участие ПМСП в преодолении потребления табака и лечение табачной зависимости имеет значительные резервы [13].

Медицинским работникам всех специальностей важно понимать, что необходимо ориентировать пациентов на отказ от курения и разъяснять, что курение является доказанным фактором риска развития многих тяжёлых заболеваний и осложнений. Отказ от курения ведёт к снижению риска развития инсульта, ИБС, нескольких видов злокачественных новообразований (ЗНО) и в конечном итоге – к увеличению продолжительности жизни [14]. Даже у заядлых курильщиков (>20 сигарет в день) отказ от курения снижает риск ССЗ в течение 5 лет [15, 16].

Отказ от курения, особенно на ранних стадиях хронических неинфекционных заболеваний, в частности, ХОБЛ, способен замедлить темпы их развития, улучшить прогноз, и снизить риск смерти [17]. Даже повторные попытки бросить курить, пусть и с последующими рецидивами, могут предотвратить потерю функции легких, особенно у больных с легкой формой ХОБЛ, а продолжительное воздержание от потребления табака также способствует сокращению легочной симптоматики [18].

Употребление табака — комплексная проблема, сочетающая психическую, физическую зависимость и поведенческие расстройства, поэтому и лечение должно быть комплексным и сочетать поведенческую поддержку и лечение табачной зависимости. Например, считается, что отказ от курения может привести к некоторому увеличению веса — до 5 кг, но польза для здоровья, обусловленная отказом от курения, во многом превышает потенциальные риски, связанные с набором веса при отказе от курения [19].

Рекомендации по вмешательствам, направленным на прекращение курения, основанные на доказательствах (табл.3 и 4) [20]:

- **класс рекомендаций I, уровень доказательности A:**
 - отказ от курения;
- **класс рекомендаций I, уровень доказательности B:**
 - эффективность отказа от курения в отношении ССЗ и других ХНИЗ не снижается даже при увеличении массы тела после прекращения курения;
- **класс рекомендаций IIa, уровень доказательности A:**
 - лечение табачной зависимости в сочетании с наблюдением и поддержкой;

- назначение варениклина в качестве никотинзаместительной терапии (НЗТ)
- **класс рекомендаций Па, уровень доказательности В:**
- назначение цитизина.

Важно! Отказ от курения означает отказ от любых видов доставки никотина, включая электронные сигареты. Не допускается применение электронных сигарет в качестве способа отказа от табака или в качестве альтернативы табачным изделиям

Пациентам нужно рекомендовать остерегаться воздействия не только первичного, но и вторичного и третичного табачного дыма:

- первичный дым – дым, который вдыхает курильщик, затягиваясь сигаретой;
- вторичный дым – дым, что выдыхает курящий;
- третичный дым – вторичный дым, осевший в помещениях и сохраняющийся на предметах интерьера (обивка, ковры, стеновые покрытия и т.д.)

Всем курящим или употребляющим табачную или иную никотинсодержащую продукцию, следует рекомендовать отказаться от её потребления посредством:

- **краткого совета,**
- **дополненной мотивационной/ стратегической поддержкой,**
- **фармакотерапией,**
- направлением на специализированный прием для отказа от курения.

Золотой стандарт краткого вмешательства по отказу от курения – краткое консультирование или краткий совет, который занимает примерно 5 мин, но дает возможность медицинскому специалисту получить достаточную информацию о статусе курения, степени никотиновой зависимости и готовности отказаться от курения, и предложить помощь в отказе от курения.

Краткое консультирование проводится по схеме 5 «С»: спросить, советовать, сверить, содействовать, составить расписание последующих визитов (табл. 6) [22]. Такое консультирование относится к разряду кратких вмешательств и может осуществляться врачом или фельдшером отделения медицинской профилактики, а также врачом-терапевтом или врачом-специалистом.

Таблица 6 -

Краткий совет по отказу от курения – схема 5 «С»

«Краткий совет» по отказу от курения – 5-минутное вмешательство, при котором определяется статус курения, даются советы, как бросить курить, и предлагается помощь в отказе от курения с последующей поддержкой

- **Спросить** курит ли пациент/потребляет ЭС, и, если да:
 - 1) **сколько выкуривает** сигарет в день (10 или меньше 0 баллов; 11-20 – 1 балл; 21-30 – 2 балла; 31 и больше – 3 балла) и
 - 2) **когда выкуривает** первую сигарету утром (позже, чем 60 минут 0 баллов; 31-60 минут -1 балл; 6-30 минут – 2 балла; в течении 5 минут – 3 балла).

Сумма баллов определяет индекс интенсивности курения (ИИК)* указывающий на **степень никотиновой зависимости** (табл.7): (0-1) низкая зависимость; (2-4) средняя зависимость; (5-6) высокая зависимость
- **Советовать** как лучше бросить курить и почему это важно конкретно для пациента
- **Сверить** готовность отказаться от курения с помощью «линейки», предложив оценить свою готовность по шкале от 0-10
- **Содействовать** предложением помощи в отказе курения:
 - Курящим, с готовностью отказаться от курения (0-3 балла по линейке), дать листовку/ буклет с рекомендациями как отказаться от курения и контактами организации с предложением обратиться в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина.
 - Курящим, с готовностью отказаться от курения:
 - 4-7 балла – пригласить в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина/ отделение (кабинет) медицинской профилактики для повышения мотивации и дальнейшей фармакотерапии (при ИИК 2 и выше)
 - 8-10 баллов – предложить поддержку в виде консультирования и фармакотерапию (при ИИК 2 и выше) или направить в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина
- **Составить расписание** Назначить дату следующего приема. Для курильщиков с низкой готовностью отказаться от курения оставить дату открытой

* индекс интенсивности курения [21]

Алгоритм краткого вмешательства по отказу от курения представлен на рисунке 3 [23].

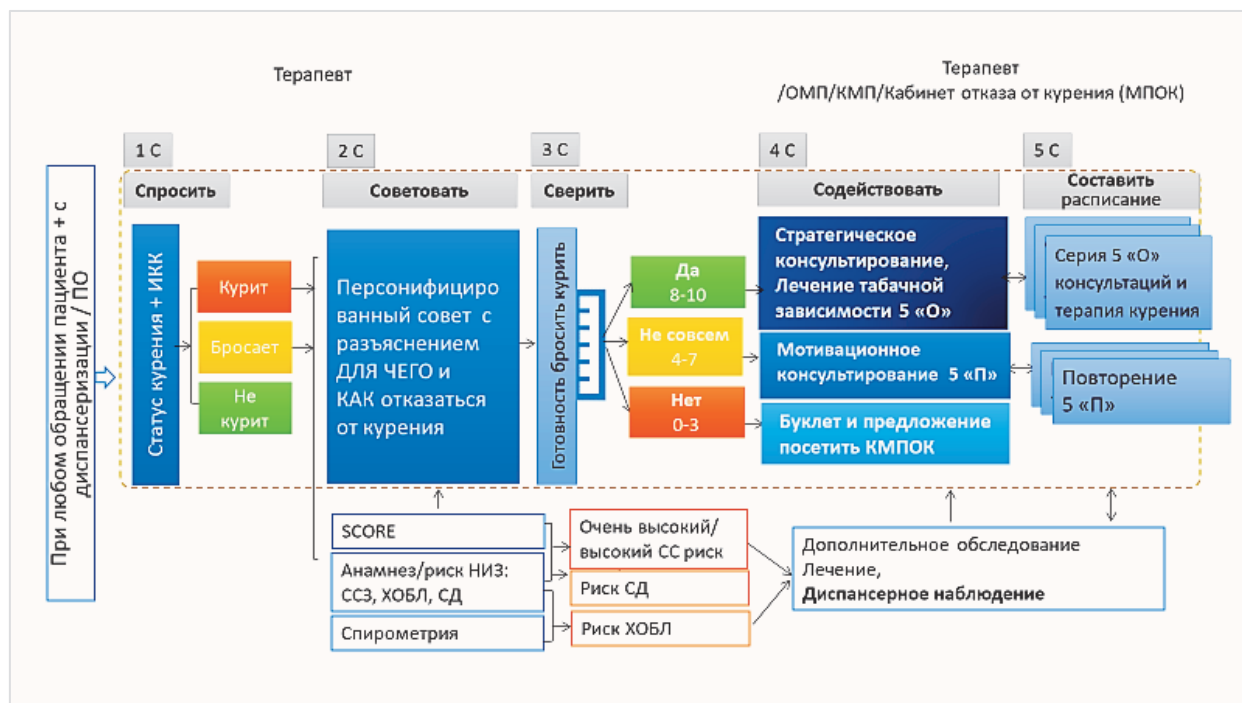


Рисунок 3 – Схема краткого консультирования курящего пациента 5 «С»

На приеме по ДН применяется более расширенная схема консультирования 5«С»: с более подробной диагностикой табачной зависимости и готовности отказа от курения, предоставлением дополненного мотивационного или стратегического консультирования и фармакотерапии при необходимости.

Определение табачной/никотиновой зависимости – путем определения ИИК (на основании упрощенного теста Фагестрема (таблица 7) [24].

Таблица 7

Индекс интенсивности курения

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Через сколько минут после пробуждения утром вы выкуриваете первую сигарету?	позже, чем 60 минут	0
	31-60 минут	1
	6-30 минут	2
	в течении 5 минут	3
2. Сколько вы выкуриваете сигарет в день?	10 или меньше	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и больше	3
Сумма баллов ИК		
Степень никотиновой зависимости	низкая зависимость	0-1
	средняя зависимость	2-4
	высокая зависимость	5-6

Определение готовности пациента отказаться от курения

Дополнительно или альтернативно линейке или шкале от 0-10 можно использовать следующий тест определения готовности к отказу от курения, состоящий из 2 вопросов с тремя вариантами ответов (да, не уверен, нет) и разделением зоны ответов на светлые и темные участки следующим образом: (таблица 8) [25].

Таблица 8

Измерение готовности пациента отказаться от курения

1 «Вы хотели бы отказаться от курения?»	Да	Не уверен	Нет
2 «Как думаете, вы сможете бросить курить?»	Да	Не уверен	Нет

Если ответ попадает в темную зону – это значит, что пациент не готов или не совсем готов к отказу от курения, если ответ в светлой зоне – пациент скорее всего готов к дальнейшей работе по отказу от курения.

Дополнив компоненты «Спросить» и «Сверить» алгоритма 5«С» измерением готовности пациента к отказу от курения, можно определить дальнейшие шаги консультирования.

Схема 5«С» может быть расширена [25, 26]. В таком случае компонент консультирования «Содействовать» может предусматривать:

- для пациентов с готовностью 4-7 баллов или «темной зоны» – мотивационное ± стратегическое консультирование (содействие повышению мотивации/ достижению готовности отказа от курения с дальнейшим составлением плана отказа от курения и сопровождения лечения;
- для пациентов с готовностью 8-10 баллов или «светлой зоны» – стратегическое консультирование (содействие в составлении плана отказа от курения и сопровождение терапии)

Фармакотерапия назначается при наличии никотиновой зависимости средней или высокой степени и при высокой готовности к отказу от курения.

Варианты схемы 5«С» для пациентов с разной степенью готовности к отказу от курения

1. Блок «Содействовать» + «Составить расписание» для пациентов с готовностью отказаться от курения 0-3 балла

Пациентам с отсутствием готовности отказаться от курения необходимо объяснить целесообразность и важность этого шага с учетом состояния их здоровья. Содействие будет заключаться во вручении буклета/листовки с соответствующей информацией о возможностях и преимуществах отказа от курения и контактами организации, кабинета по отказу от табака и никотина (или КМП/ОМП/ЦЗ) куда можно обратиться за помощью для отказа от курения при возникновении такого желания.

2. Блок «Содействовать» + «Составить расписание» для пациентов с готовностью отказаться от курения 4-7 баллов

Пациентам со средней степенью готовности к отказу от курения необходимо предложить мотивационное консультирование 5 «П»: обсудить с ними **причины, последствия курения, преимущества и препятствия** отказа от курения и повторно определить готовность к отказу (таблица 9). Необходимо назначить повторные визиты. При необходимости нужно повторить консультирование 5«П» при последующих визитах. После достижения соответствующей степени готовности отказаться от курения пациенту предлагается стратегическое консультирование и лечение табачной зависимости.

3. Блок «Содействовать» + «Составить расписание» для пациентов с готовностью отказаться от курения 8-10 баллов

Пациентам с высокой степенью готовности отказаться от курения показано «Стратегическое консультирование», включающее лечение от табачной (никотиновой) зависимости. Стратегическое консультирование, по сути сопровождение лечения пациента, сводится к 5 «О» (таблица 5):

- **обозначить** план отказа от курения и выбрать день;
- **обговорить** варианты лечения, при необходимости выбрать и назначить препарат на 2 недели;
- **описать** возможные симптомы отмены и дать советы по их преодолению;
- **определить** возможные для пациента альтернативы курению;
- **обсудить** режим и особенности питания во время отказа от курения.

Далее назначаются повторные визиты, на каждом из которых обсуждаются успехи/неудачи, делается анализ ошибок, корректируется и/или продлевается лечение (при необходимости).

Консультирование курящего пациента и лечение табачной/никотиновой зависимости

Мотивационное консультирование направлено не на немедленный отказ от курения, а повышение мотивации и степени готовности пациентов к отказу от курения. Оно направлено на выявление и преодоление амбивалентного отношения пациента к собственной привычке курения, пересмотр своих ценностей и приоритетов, преодоление неуверенности в своих силах в отказе от курения. Мотивационное консультирование проводится по принципу 5 «П», с выявлением причин, последствий, курения, преимуществ, препятствий для отказа от курения и повторение попыток отказаться от курения, и чаще всего осуществляется специалистами отделений (кабинетов) медицинской профилактики или кабинетов медицинской помощи по отказу от табака и никотина [27] (таблица 4).

Таблица 9

Мотивационное консультирование по отказу от курения

Мотивационное консультирование по отказу от курения - 5 П - вмешательство, направленное на повышение мотивации и степени готовности курильщика бросить курить

- | | |
|--|---|
| ▪ Причины курения и отказа от курения | Почему пациент курит, что нравится в табаке/курении: обсудить самые значимые для пациента причины курения и что не нравится в курении: обсудить значимые для пациента причины отказа от курения |
| ▪ Последствия курения | Что пациент знает о последствиях курения: обсудить наиболее значимые для него последствия, как аргумент использовать можно данные истории болезни пациента |
| ▪ Преимущества отказа | Что пациент получит, бросив курить: обсудить наиболее значимые для пациента преимущества отказа от курения: как аргумент можно использовать данные истории болезни пациента |
| ▪ Препятствия для отказа | Что мешает бросить курить: обсудить с пациентом все значимые для него препятствия для отказа от курения |
| ▪ Повтор попыток | Предложить пациенту взвесить все «за» и «против» и предложить повторно оценить готовность к отказу от курения |

Стратегическое консультирование – это профессиональная поддержка, направленная на помощь мотивированным пациентам найти наилучшее решение для прекращения курения, преодоления привычки, преодоления возникающих на пути отказа от курения преград, подбора наиболее подходящей фармакотерапии для отказа от курения и преодоления симптомов отмены при их возникновении в процессе лечения. По сути, это медицинское сопровождение пациента с применением принципов стратегической психотерапии, описанных Джейм Хейли:

- 1) обозначение решаемой проблемы,
- 2) постановка цели – в виде отказа от курения,
- 3) планирование вмешательства для достижения цели,
- 4) изучение ответной реакции,
- 5) изучение результатов лечения.

Стратегическое консультирование может проводить врач отделения (кабинета) медицинской профилактики или кабинета медицинской помощи по отказу от табака и никотина, врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-специалист в рамках профилактического посещения или обращения по заболеванию [27].

Стратегическое консультирование пациента, готового отказаться от курения проводится по принципу 5«О» (таблица 10).

Дальнейшее ведение пациента:

- назначить следующий визит через 2 недели, при необходимости оставить возможность контакта по телефону;
- продолжать наблюдения 8-12 недель;
- **на последнем визите:** поздравить пациента с успехом в отказе от курения, обсудить тактику предупреждения срывов, напомнить, что всегда можно вернуться за помощью при возникновении такой необходимости;
- напомнить про необходимость избегать воздействия вторичного табачного дыма и ЭС и про опасность потребления ЭС.

Стратегическое консультирование по отказу от курения 5 «О»

Стратегическое консультирование по отказу от курения - вмешательство, направленное на преодоление курения и лечение табачной зависимости для пациентов, готовых отказаться от курения

- | | |
|---|---|
| <p>■ Обозначить план отказа</p> | <p>Подробно обговорить с пациентом подходящий для него план отказа от курения</p> <p>По возможности назначить дату отказа от курения</p> <p>Дать советы по организации режима работы, отдыха и досуга</p> <p>Обсудить, как обходить возможные соблазны и как их избежать</p> <p>Объяснить, чем опасны попытки отказаться от курения с помощью электронных сигарет (ЭС)</p> <p>Объяснить почему опасно использовать ЭС в качестве альтернативы курению табака</p> <p>Обсудить возможность социальной поддержки</p> |
| <p>■ Обговорить варианты лечения</p> | <p>Обсудить варианты терапии и, в частности, фармакотерапии при необходимости</p> <p>Назначить выбранный препарат на 2 недели</p> <p>Объяснить, как правильно принимать препарат</p> <p>Обсудить возможные побочные действия препарата</p> <p>Объяснить, что лечение при необходимости можно скорректировать</p> |
| <p>■ Описать возможные симптомы отмены</p> | <p>Обсудить возможные симптомы отмены и как их побороть, и что делать если захочется покурить</p> <p>Обсудить/освоить техники дыхательной гимнастики для преодоления атак /позывов к курению</p> <p>Обсудить роль питания, сна, отдыха и физической активности</p> <p>Объяснить, как предупредить запоры</p> <p>Объяснить, как не набирать вес</p> |

- | | |
|---|---|
| <p>▪ Определить возможные альтернативы</p> | <p>Обсудить с пациентом приемлемые для него альтернативы сигаретам и/или процессу курения</p> <p>Обсудить варианты альтернативного времяпрепровождения, чем можно заменить удовольствие, чем занять время, руки, рот для преодоления атак /позывов к курению</p> <p>Обсудить предпочтения пациента</p> <p>Остерегать пациента от выбора ЭС в качестве альтернативы</p> |
| <p>▪ Обсудить особенности питания</p> | <p>Объяснить, как надо формировать рацион во время отказа от курения</p> <p>Объяснить, что чаще всего пища становится основной альтернативой в период отказа от курения, поэтому выбор продуктов очень важен, чтобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - занять руки и рот - перекус низкокалорийными продуктами, богатыми пищевыми волокнами, пример ломтики моркови, сладкого перца, огурца, стебля сельдерея, любые ягоды; - создать оптимальные условия для выведения токсических веществ и предупреждения запоров. В этом помогут продукты, богатые водорастворимыми пищевыми волокнами (яблоко, банан, сухофрукты, ягоды, салатная зелень с темным плотным листом: укроп, петрушка, базилик, шпинат, руккола, кейл и др.); - не стимулировать курение поможет пища без «ярко выраженных вкусов». Рекомендуется избегать соленых и копченых продуктов, мясо усиливает вкус табака, а рыба и сыры, наоборот, делают курение неприятным; - обогатить рацион витаминами, прежде всего витамином С (ягоды, кисло-сладкие фрукты, квашенная капуста); - не увеличивать массу тела. Рекомендуется рацион с ограничением потребления жира, алкоголя и продуктов с высоким гликемическим индексом. <p>Объяснить важность питьевого режима, рекомендовать воду и напитки без добавленного сахара, которые можно потреблять в больших объемах.</p> |

Фармакотерапия табачной/никотиновой зависимости

Фармакотерапия табачной/никотиновой зависимости⁴ включает лекарственные препараты для никотинзаместительной терапии (НЗТ): варениклин, цитизин и бупропион (бупропион в России не зарегистрирован как препарат для лечения табачной зависимости) [26, 28].

Препараты для НЗТ в России представлены в форме трансдермальных никотиновых пластырей, жевательной резинки, сублингвальных таблеток и ротового спрея. Все лекарственные формы эффективны для лечения табачной зависимости. НЗТ удваивает шансы курящих в успешном преодолении курения [28]. Комбинирование разных лекарственных форм НЗТ, например, препаратов медленного и длительного действия (пластыри) с препаратами быстрого и короткого действия (таблетки, жевательная резинка) может увеличить вероятность отказа от курения от 2 до 3 раз по сравнению с пациентами, кто не получающими лекарственную терапию. **Необходимо учитывать, что комбинация разных форм НЗТ более эффективна, чем НЗТ в моноформе** [29].

Варениклин – частичный агонист и антагонист никотиновых рецепторов. Варениклин может в 2-3 раза увеличить шансы курильщика успешно отказаться от курения в течение года [26]. Варениклин более эффективен по сравнению с НЗТ в моноформе и бупропионом, но имеет одинаковую эффективность по сравнению с комбинацией форм НЗТ [29]. В инструкции Минздрава РФ по применению препарата от 10.06.2017 г. приводится подробная информация об эффективности и безопасности варениклина, в т.ч. у пациентов, страдающих ССЗ, респираторными заболеваниями, СД, а также психическими расстройствами. Варениклин, бупропион и НЗТ не повышают риск серьезных сердечно-сосудистых побочных эффектов во время или после лечения [30].

Цитизин – частичный агонист с высокой связывающей способностью к альфа-4 бета-2 никотиновым ацетилхолиновым рецепторам [31]. Это первый фармакологический препарат, когда-либо зарегистрированный как средство для лечения табачной зависимости, препарат более экономичен по сравнению с варениклином [32]. В России препарат имеет безрецептурный статус с 2014 г. Систематический обзор и метаанализ восьми контролируемых испытаний с

⁴ Лекарственная терапия осуществляется самостоятельно только врачами

участием 4020 взрослых курильщиков показали, что уровень воздержания от курения на 59% ($p < 0,00001$) выше при приеме цитизина по сравнению с плацебо, а также более высокий уровень воздержания от курения в течение одного месяца при приеме цитизина по сравнению с никотинзаместительной терапией среди взрослых ежедневных курильщиков (40% против 31% соответственно; $p < 0,001$). Частота воздержания от курения через шесть месяцев была выше среди участников, принимавших цитизин, по сравнению с никотинзаместительной терапией (22% против 15% соответственно; $p = 0,002$) [33]. Пациенты, принимавшие цитизин, сообщали о большем количестве желудочно-кишечных симптомов, чем пациенты, получавшие плацебо ($OR=1,76$, 95% ДИ от 1,28 до 2,42). Не было никакой разницы в общих сообщениях о нежелательных явлениях и не возникло особых опасений по поводу безопасности. Побочные эффекты цитизина, связанные с желудочно-кишечным трактом (диспепсия и тошнота) и нарушением сна, проходят самостоятельно [34].

Электронные системы доставки никотина (ЭС). Несмотря на то, что ЭС и электронные системы нагревания табака позиционируются производителями как возможные средства для отказа от курения, нет убедительных данных, что они могут потребляться в этом качестве, в силу их свойства вызывать и поддерживать стойкую никотиновую зависимость. Исследования, сравнивающие ЭС с НЗТ, неубедительны [34]. Они показали, что тот небольшой процент курящих, кому и удавалось отказаться от курения с помощью ЭС, в дальнейшем от них не отказывались и становились потребителями ЭС. Те, кому не удалось отказаться от табака, в большинстве своем становились «двойными» курильщиками. Потребление ЭС небезопасно для сердечно-сосудистой системы и здоровья легких: они приводят к нарастанию симптомов хронического бронхита, более частым обострениям и более стремительному снижению функции легких и не приводит к отказу от курения [35, 36]. ЭС, а также системы нагревания табака содержат никотин, часто в больших количествах, сами вызывают привыкание и зависимость, не безопасны для здоровья и опасны с точки зрения приобщения детей к процессу курения, поэтому их использование не рекомендуется.

Рекомендации по увеличению физической активности

Адаптировано из Национального руководства «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации», 2022 г. [1]

Последовательность консультирования по ФА [37-40]:

- оценить исходный уровень ФА пациента, включая длительность занятий ФА (сколько минут в день и дней в неделю) и их интенсивность, а также прошлый опыт занятий;
- проинформировать пациента о пользе ФА для здоровья, необходимости повышения ФА в повседневной жизни и различных вариантах такой реализации (отказ от пользования лифтом дома/на работе и эскалаторами в метро, несколько упражнений через каждые 2 ч сидячей работы, использование велосипеда как транспортного средства и т.д.);
- совместно с пациентом поставить реалистичную цель по уровню ФА, с постепенным увеличением ФА. Наиболее подходящий начальный уровень – умеренная аэробная ФА (ходьба не менее 30 минут в день). Необходимо составить план и постепенно наращивать длительность и интенсивность занятий, добавляя по несколько минут в день, до тех пор, пока не будет достигнута поставленная цель;
- применять вмешательства, основанные на теории поведения, такие как постановка целей и задач, вмешательства, переоценка целей, самоконтроль и обратную связь для повышения уровня ФА;
- использовать носимые устройства для оценки ФА;
- поощрять активность, которая людям нравится (это самое главное), которую они могут включить ее в свой распорядок дня, поскольку такая деятельность с большей вероятностью будет устойчивой и выполняемой.

После оценки исходного уровня ФА необходимо проинформировать пациента о пользе ФА для здоровья и необходимости повышения ФА в повседневной жизни. Для реализации индивидуального подхода к каждому пациенту и повышения мотивации к занятиям рекомендуем в беседе использовать аргументы о пользе ФА с высоким уровнем доказательности:

1. снижение риска смертности от всех причин;
2. снижение риска инфаркта миокарда, гипертонии, диабета, инсульта;

3. снижение риска рака мочевого пузыря, молочной железы, толстой кишки, эндометрия, пищевода, почек, легких и желудка;
4. улучшение когнитивных функций, снижение тревоги, депрессии;
5. снижение риска развития слабоумия (включая болезнь Альцгеймера);
6. улучшение сна (повышение эффективности и качества сна, увеличение фазы глубокого сна, снижение дневной сонливости, уменьшение потребности в снотворных);
7. замедленная прибавка в весе или потеря веса, особенно в сочетании со сниженным потреблением калорий;
8. улучшение состояния костей, низкий риск падений и травм, связанных с падением (пожилые люди);
9. улучшение физических показателей (сила, выносливость, гибкость);
10. улучшение качества жизни.

Минимальный уровень или норма ФА – это аэробная умеренная ФА 150-300 мин в неделю или интенсивная ФА 75-150 мин в неделю или их комбинация. Данные рекомендации предназначены для всех взрослых, в том числе имеющих хронические заболевания, и инвалидов (табл.11).

Лицам, ведущим сидячий образ жизни, рекомендуется постепенное повышение уровня активности.

Если люди с хроническими заболеваниями или пожилые не могут достичь 150 мин ФА умеренной интенсивности в неделю, они должны быть настолько активны, насколько позволяют их возможности и состояние здоровья. Даже непродолжительная ФА с длительностью <10 мин связана с благоприятными исходами, включая снижение риска смерти. Практика ФА должна поощряться у людей, неспособных выполнить даже минимальную норму.

Таблица 11

**Рекомендации по физической активности
для разных возрастных и целевых групп населения**

Физическая активность (ФА)	Укрепление мышц	Сидячий образ жизни
Взрослые (18-64 года) и пожилые люди (≥ 65 лет)		
- Минимум 150-300 мин УФА* или минимум 75-150 мин ИФА*, или эквивалентной комбинации в течение нед. - Для получения дополнительных преимуществ для здоровья увеличить время, проведения УФА до и >300 мин или время проведения ИФА, до и >150 мин в нед.	- По крайней мере, 2 дня в нед. участвовать в мероприятиях умеренной или большей интенсивности ФА, в которых задействованы все основные группы мышц. - Для пожилых людей (≥ 65 лет): по крайней мере, 3 дня в нед. разнообразная многокомпонентная ФА, по крайней мере, умеренной интенсивности, которая поддерживает функциональный баланс и силу.	- Ограничение сидячего образа жизни. - Замена малоподвижного образа жизни большей ФА любой интенсивности.
Беременные и женщины в послеродовом периоде		
- Минимум 150 мин УФА в нед. - Женщины, которые до беременности обычно занимались ИФА или были физически активными, могут продолжать эти занятия во время беременности и в послеродовой период		- Ограничение сидячего образа жизни. - Замена сидячего образа жизни большей ФА любой интенсивности.

* ИФА – интенсивная физическая активность, УФА – умеренная физическая активность.

Пациентам необходимо объяснить, что ФА – это не только тренировки, но и обычная ежедневная физическая нагрузка. Важно понимать различие между физической активностью и тренировкой:

- физическая активность – любое движение, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии сверх уровня состояния покоя (активность во время работы, игр, отдыха, домашней работы, развлечений);
- тренировка (физические упражнения, фитнес, спорт) – запланированная, структурированная, повторяющаяся физическая активность, направленная на улучшение или поддержание одного или нескольких компонентов физического состояния (сила, выносливость, быстрота, гибкость, ловкость).

При общении с пациентом полезно составить индивидуальный план ФА, который включает 4 пункта:

1. вид нагрузки (какое упражнение / какой вид активности),
2. частота (как часто тренироваться),
3. продолжительность (как долго тренироваться)
4. интенсивность (насколько интенсивно заниматься / какой уровень нагрузки).

Пациентам необходимо объяснить, что полезно сочетать разные виды физической нагрузки:

- **аэробная (кардио)** – для развития сердечно-сосудистой выносливости: продолжительная ритмическая активность, вовлекающая большие группы мышц (ходьба, бег, езда на велосипеде, танцы, плавание, подвижные игры, скандинавская ходьба и др.);
- **анаэробная (силовая)** – для укрепления мышц, костной ткани, увеличения силы, снижения уровня липидов и артериального давления. Силовые нагрузки ориентированы на основные группы мышц, использование полного диапазона движения суставов (тренировка в тренажёрном зале, приседания, отжимания, упражнения с дополнительным весом или отягощением (гантели, гири), с сопротивлением (эластичные ленты)). Силовые упражнения на сопротивление в дополнение к аэробной ФА ассоциируются с более низким риском ССЗ и смертности от всех причин;
- **нейро-моторная нагрузка** – для улучшения гибкости, баланса, двигательных навыков (равновесие, ловкость, координация и походка). Помогают снизить риск падений и травм, укрепляют сухожилия, связки, улучшают функцию суставов (йога, пилатес, стрейчинг, тай-чи, ушу, упражнения на неустойчивых поверхностях (босу, фитбол и др.)).

Рекомендуется выполнять от одного до трех комплексов упражнений из 8-12 повторений с интенсивностью 60-80% от максимальной физической нагрузки одного повторения с частотой по крайней мере 2 дня в неделю, по 8-10 различных упражнений с участием каждой основной группы мышц.

Пациентам, имеющим хронические заболевания, или пожилым рекомендуется начинать регулярную ФА с одного комплекса из 10-15 повторений с интенсивностью 40-50% от максимально возможной нагрузки. Кроме того,

пожилым людям рекомендуется выполнять многокомпонентные комплексы ФА, сочетающие аэробные нагрузки, упражнения на укрепление мышц и равновесие для профилактики падений.

Для взрослых, ведущих малоподвижный образ жизни, ФА даже легкой интенсивности в течение 15 мин в день принесет пользу.

Выбор интенсивности нагрузки

По уровню ФА различают нагрузки низкой, умеренной и высокой интенсивности. Для определения рекомендуемой нагрузки можно воспользоваться «разговорным тестом» с учетом шкалы Борга или расчетом целевого диапазона пульса, с которым нужно заниматься (табл.12).

Таблица 12

Определение интенсивности ФА в зависимости от одышки и пульса

Уровень (интенсивность) нагрузки	По шкале Борга («разговорный тест»)	По пульсу (частоте сердечных сокращений)
Низкая	очень незначительная одышка, человек легко разговаривает	50-63% МЧСС*
Умеренная	дыхание учащенное, но человек может говорить полными предложениями	64-76% МЧСС
Интенсивная	выраженная одышка, человеку тяжело или некомфортно говорить	77-93% МЧСС

*- МЧСС – максимальная частота сердечных сокращений, рассчитанная по формуле: $\text{МЧСС} = 220 - \text{возраст}$

Рекомендации по интенсивности ФА лицам, ведущим малоподвижный образ жизни, курящим, имеющим установленные ССЗ или два или более ФР ССЗ, должны даваться только после медицинского обследования, включая тест с физической нагрузкой. ФА высокой интенсивности может быть рекомендована только практически здоровым лицам [40].

Для оценки интенсивности нагрузки и для повышения приверженности к занятиям пациентам полезно рекомендовать использование носимых устройств для контроля за индивидуальными показателями здоровья и ФА: шагомеры, фитнес-браслеты («умные» часы), нагрудные датчики, пульсомеры. Подобные устройства могут не только определять нахождение пациента в целевой зоне пульса в зависимости от выбранной интенсивности ФА, но и показывать количество шагов, пройденное расстояние, скорость ходьбы, время нагрузки и др.

Основные принципы построения занятий ФА

Необходимо учитывать состояние здоровья пациента в настоящий момент, его образ жизни, все компоненты физической тренированности, такие как тренированность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, гибкость, мышечная сила и выносливость, а также желаемые цели при занятиях ФА. Следует рекомендовать тот вид ФА, который приносит пациенту удовольствие и доступен для него.

Структура занятия включает разминку, активный период и период остывания:

- **разминка (разогрев)** – обычно длится от 5 до 10 мин. Разминка может состоять из легких потягиваний, гимнастических упражнений или физических упражнений низкой интенсивности (например, ходьбы или небыстрой езды на велосипеде). Это важная переходная фаза, позволяющая всем системам организма подготовиться к физической нагрузке;
- **активная фаза** – это фаза активной нагрузки любого вида – аэробной, силовой, нейромоторной. На пике нагрузки предпочтительно увеличение ЧСС до 60-75% от максимальной, которую определяют по формуле: максимальная ЧСС = 220 - возраст. Индивидуальный диапазон ЧСС выбирается в зависимости от рекомендуемой интенсивности занятий для конкретного пациента: низкая, умеренная или интенсивная.
- **период остывания** – обычно длится от 5 до 10 мин, могут использоваться упражнения низкой интенсивности, такие как ходьба, потягивания, и упражнения на растяжку. Этот период важен для предотвращения снижения давления при резком прерывании физической нагрузки.

Регулярность физических нагрузок:

- рекомендуемая частота занятий – 4-5 раз в неделю, а лучше ежедневно;
- общая продолжительность занятия – 20-60 мин, но не менее 10 минут (пороговая доза, минимальная по времени и интенсивности, необходимая для здоровья).

Для детренированных лиц начальная длительность ФА может быть менее 10 минут, с постепенным увеличением времени нагрузки.

Советы пациентам для повышения ежедневной физической активности:

- Думайте о ФА как о пользе, а не неудобстве. Любые движения рассматривайте как возможность для укрепления здоровья, а не пустую трату времени.
- Выберите вид ФА, который нравится и отвечает вашему образу жизни, и оптимальное для вас время занятий ФА.
- Будьте активными ежедневно и в максимально возможном числе ситуаций. Сократите время работы сидя. Добавляйте физическую активность на работе, в офисе. Откажитесь от лифта. Ходите пешком.
- Используйте соответствующие средства защиты для максимального обеспечения безопасности и минимизации риска травм во время занятий.
- Сделайте ФА частью вашего повседневного образа жизни. Никогда не поздно начинать увеличивать свою ФА. Возраст – не помеха.

Безопасность занятий ФА. Врачи часто не рекомендуют ФА своим пациентам из-за опасения навредить их здоровью. Однако надо иметь в виду, что внезапная смерть от ССЗ во время ФА случается редко даже у профессиональных спортсменов, и чаще всего она бывает связана с крайне интенсивными физическими нагрузками.

Имеются многочисленные доказательства безопасности тренировок для пациентов с диагностированными ССЗ. Смертность среди мужчин, занимающихся ФА, на 40% ниже по сравнению с их малоподвижными сверстниками [39-40].

Специальный опросник позволяет оценить степень риска, связанного с ФА (табл.13): при ответе «да» на любой вопрос опросника необходимо дополнительное обследование пациента перед началом интенсивных физических нагрузок.

Таблица 13

Опросник для оценки риска занятий интенсивной ФА

Вопросы	Да	Нет
Врач говорил ранее о наличии у Вас заболевания сердца и необходимости заниматься ФА только под наблюдением врача?		
Бывает ли у Вас боль в грудной клетке, появляющаяся после физической нагрузки?		
Возникали ли у Вас боли в грудной клетке за последний месяц?		
Имеется ли у Вас склонность к обморокам или падениям от головокружения?		
Имеются ли у Вас заболевания костей или суставов, которые могут усугубиться при повышении ФА?		
Рекомендовал ли Вам когда-либо врач лекарства от повышенного кровяного давления или заболевания сердца?		
Имеются ли у Вас какие-либо причины, основанные на собственном опыте или совете врача, не повышать ФА без медицинского наблюдения?		

Важно иметь в виду: если у пациента имеется острое заболевание или он не очень хорошо себя чувствует, необходимо отложить заполнение опросника до улучшения самочувствия.

Большинству пациентов нет необходимости заниматься интенсивной ФА. Польза для здоровья может быть получена от физических нагрузок низкого и умеренного уровней. Важно помнить: даже если у пациента имеется несколько ФР ССЗ, он может безопасно начинать занятия умеренной ФА.

Начало занятий не должно быть слишком резким. Нужно учитывать исходное состояние опорно-двигательного аппарата (кости, связки, суставы). В большинстве случаев ФА не является причиной возникновения артритов или угрозой для повреждения суставов. Занятия ФА противопоказаны лишь в период обострений заболеваний опорно-двигательного аппарата – при наличии болевого синдрома. В период же ремиссии рекомендована ФА, не связанная с подъемом тяжестей, например, аэробные или нейро-моторные нагрузки.

Рекомендации по повышению ФА до умеренного уровня являются безопасными и оказывают положительное влияние на качество жизни пациентов. Повышение уровня физической активности и сокращение сидячего образа жизни может принести пользу всем, включая беременных женщин, женщин в послеродовом периоде и людей, страдающих хроническими заболеваниями или имеющих инвалидность. **Врач должен убедить пациента** в том, что лично для него существуют конкретные причины для повышения ФА.

Ниже приведена памятка по работе с возражениями пациента при обсуждении с ним вопросов, касающихся повышения физической активности.

ПАМЯТКА

Работа с возражениями при общении с пациентами о физической активности

Преодоление возражения: «Я слишком занят, у меня нет времени заниматься!»

- Начинайте постепенно и выработайте привычку быть физически активным.
- Примите решение заниматься 2 раза в неделю по 10 мин. Следуйте этому плану в течение 2 недель, затем пересмотрите его и составьте новый план. Постепенно увеличивайте вашу ФА до 3 раз в неделю по 30 мин (например, вместо просмотра видео).
- Планируйте свои занятия ФА, возможно вместе с вашими друзьями или семьей.
- Следуйте этому плану так, как бы вы следовали назначениям врача (рецепту).

Преодоление возражения: «Я слишком устаю, чтобы заниматься!»

- Через 2–3 недели после занятий ФА у вас будет больше энергии, просто попробуйте.
- Выбирайте более оптимальный (не интенсивный) вид физической активности.
- ФА – наилучший путь для переключения внимания и управления стрессом.
- Вы можете выбрать любое время для занятий ФА (утром, вечером или в выходные).

Преодоление возражения: «Не люблю заниматься! Это тяжело! Мне скучно!»

- ФА не должна стать скучным занятием или тяжелой работой, не заставляйте насильно. Выберите такой вид ФА, который нравится вам и доставляет удовольствие.
- Найдите кого-нибудь из вашей семьи или друзей, которые будут заниматься с вами вместе.
- Сосредоточьтесь на положительных моментах, которые вы получите (увеличение энергии, улучшение здоровья, красивое тело). Составьте список разных видов полезного воздействия ФА, которые важны для вас, и поместите его там, где вы будете часто его видеть.
- Включайте любимую музыку или совместите прогулки с экскурсиями.

Преодоление возражения: «Я боюсь навредить себе нагрузками!»

- Выбирайте виды ФА от низкой до умеренной интенсивности – они безопасны, и вы сможете получить пользу для здоровья от занятий ФА на этом уровне.
- Шансы навредить себе практически равны нулю, если вы будете внимательно заниматься с тренером или следовать рекомендациям врачей.
- Медленное начало и медленное увеличение нагрузки – наилучшая защита от повреждений или проблем со здоровьем.

Преодоление возражения: «Мне негде и не с кем заниматься! Плохая погода!»

- Выбирайте такой вид ФА, которым вы могли бы заниматься дома или недалеко от дома.
- Повысьте уровень ежедневной ФА, ходите на работу пешком, проводите активно выходные.
- Возможно, вы не интересовались – сосед или коллега по работе может стать вашим партнером в занятиях.
- Занимайтесь дома – с помощью профессиональных тренеров (онлайн тренировки, записи видео).

Преодоление возражений: «У меня лишний вес, больные колени и позвоночник!»

- Предпочтительна ФА низкой и умеренной интенсивности: плавание, скандинавская ходьба, езда на велосипеде и др.
- ФА умеренной интенсивности – важный компонент лечения артритов вне фазы обострения. В период обострения (боли в суставах или позвоночнике) следует воздерживаться от занятий.
- Основной дискомфорт от занятий ФА возникает от перегрузки (слишком много, слишком быстро) – начинайте и увеличивайте нагрузку медленно.
- Рекомендуются более длительные нагрузки – 40-60-90 мин/день, акцент делается на продолжительности занятий, а не на их интенсивности.

Приложение 4

Рекомендации по рациону здорового питания

Самым высоким протективным эффектом в отношении большинства ХНИЗ обладает рацион, основанный преимущественно на растительных продуктах, который может быть дополнен умеренным количеством рыбы, птицы, яиц и молочных продуктов, а также небольшим количеством красного мяса [41, 42]. Критерии пищевой и энергетической ценности остаются важными для здорового питания, как и целевые уровни потребления основных питательных веществ [1, 6, 43].

Характеристики рациона здорового питания:

пп.1-3 – % от суточной калорийности [1, 44, 45]

- 1. Не менее 10-15% - на долю общего белка:**
 - 1) 2 порции рыбы в неделю, в том числе жирных сортов
 - 2) 30 г орехов (без соли и сахара) в день
 - 3) не более 2-3 порций в неделю красного мяса, а потребление переработанного мяса должно быть сведено к минимуму
- 2. Не более 30% - на долю общих жиров:**
 - 1) менее 10% от суточной калорийности рациона на долю НЖК
 - 2) присутствие в рационе ПНЖК и МНЖК является приоритетным
 - 3) менее 1% от суточной калорийности на долю ТЖК
- 3. Не менее 55% - на долю общих углеводов:**
 - 1) приоритет цельнозерновым продуктам, овощам, фруктам и бобовым
 - 2) не менее 20-25 г ПВ в день [43, 46]
 - 3) не менее 250 г овощей в день (≥ 3 порции)
 - 4) не менее 150 г фруктов в день (≥ 2 порции)
 - 5) не более 10% от общей калорийности рациона на свободные сахара, желательно не более 5%. Потребление сахаросодержащих напитков, фруктовых соков следует ограничить [47]
- 4. Менее 5 г соли в день (менее 2000 мг натрия)**

5. Прекращение потребления алкоголя [48]

6. Потребление калия – 3500 мг в день, кальция – 1000 мг в день, йода – 150 мкг в день [43]

Основные принципы построения рациона здорового питания

1. *Энергетическое равновесие* – потребление калорий с пищей должно соответствовать энергозатратам организма
2. *Полноценность* – присутствие в питании всех основных пищевых групп продуктов, которые являются оптимальными источниками поступления необходимых для функционирования организма жизнеобеспечивающих нутриентов: белка, углеводов и жиров, витаминов, минералов и пищевых волокон
3. *Сбалансированность* – поступление нутриентов должно быть в правильных пропорциях для обеспечения процесса оптимального усвоения компонентов.

Рекомендуемая калорийность рациона для лиц трудоспособного возраста, имеющих умеренную физическую активность, в среднем составляет 1800-2400 ккал. Энергетическая ценность рациона зависит от уровня физической активности, возраста и пола. Для мужчин старше 18 лет в зависимости от уровня физической нагрузки суточная калорийность рациона может составлять 2400-3800 ккал, а для женщин – 1700-3000 ккал [43].

Оптимальное суточное количество потребления белка составляет не менее 0,8 г на 1 кг нормальной массы тела, с пропорцией 1:1 между животным и растительным белком, в среднем, около 85-110 г в день для мужчин и 60–85 г для женщин [43]. Из животного белка целесообразно отдавать предпочтение рыбе, птице (без кожи), молочным продуктам низкой жирности и ограничить потребление красного мяса, особенно переработанного (колбасных изделий и мясных деликатесов) до полного исключения из рациона.

На долю общего жира должно приходиться не более 30% калорийности рациона с равномерным распределением между насыщенными (НЖК), поли – и мононенасыщенными жирными кислотами (ПНЖК и МНЖК) [44, 45]. В среднем рекомендованное потребление общего жира в день составляет 80–110г у мужчин и 60-90 г – у женщин [43]. Приоритетность в использовании за растительными маслами (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное, тыквенное и др.), в них высокое содержание биологически активных ПНЖК и МНЖК. Сливочное масло целесообразно оставить в рационе как наиболее оптимальный источник витамина А, но потребление ограничить до 20 г в день. Добавлять сливочное масло следует в готовое блюдо.

С целью сокращения потребления НЖК рекомендуется выбирать молочные продукты низкой жирности, потребление красного мяса ограничить до 2-3 раз в неделю и использовать нежирные сорта мяса, кожу с птицы снимать до момента ее приготовления. В приготовлении пищи использовать только растительные масла и выбирать способы без добавления животного жира, такие как: приготовление на пару, отваривание, запекание, тушение.

Для сокращения потребления ТЖК, целесообразно избегать жареных блюд и блюд, приготовленных во фритюре (сладкий хворост, луковые кольца, картофельные чипсы, рыба в кляре, куриные наггетсы, пончики, чебуреки, овощи темпура и др.), поскольку в процессе жарки образуются транс-жиры. Не использовать такие продукты, как твердый кулинарный жир и маргарин с частично гидрогенизированным жиром в составе.

Углеводный компонент рациона следует формировать из разных пищевых источников: овощи, включая листовую салатную зелень, фрукты и особенно ягоды, зерновые и бобовые продукты. Количество потребления овощей и фруктов прямо коррелирует с риском ССЗ [41]. Исследователи отмечают, что положительный эффект от потребления фруктов и овощей частично обусловлен более высоким присутствием в рационе калия, пищевых волокон и витамина С [49].

Овощи и фрукты. Целесообразно рекомендовать потребление овощей и фруктов, произрастающих в местности проживания человека и доступных по сезону. Приоритет за овощами, экономически доступными всесезонно и хорошо сохраняющих свой витаминно-минеральный состав при длительном хранении. Прежде всего это корнеплоды (морковь, свекла, репа, редька), тыква, лук. Больше включать в рацион зеленые листовые овощи (все виды капусты, салатная зелень). Овощи с низким содержанием крахмала – низкокалорийные, и их можно потреблять в больших количествах, что особенно важно при снижении и поддержании массы тела. Оптимально рекомендовать к потреблению как свежие фрукты и овощи, так и замороженные, сушеные или консервированные в собственном соку.

Среди фруктов целесообразно рекомендовать несладкие сорта яблок, груш и все ягоды. Ягоды отличный источник полифенолов, они малокалорийны, несут низкую гликемическую нагрузку и отличаются высоким содержанием пищевых волокон. Ягоды являются обязательным элементом рациона для здоровой микрофлоры кишечника и для когнитивного здоровья (MIND) [50].

Ежедневное количество овощей и фруктов в рационе должно быть не менее 400 г (5 порций), половину из этого количества должны составлять сырые (свежие) продукты.

Пример: 2 фрукта (яблоко, банан) /порция сухофруктов/ орехов (30 г = 2 столовые ложки) и 3 овощных блюда (салат из свежих овощей, гарнир из тушеных овощей, овощной суп).

Цельнозерновые и бобовые продукты. Зерновые продукты составляют основу рациона здорового питания, поэтому обязательно потребление не менее 1 блюда в день (пример, каша на завтрак или крупяной гарнир к основному блюду). Предпочтительны продукты из цельного зерна, нерафинированные крупы, хлеб из цельнозерновой муки с добавлением семян, отрубей, т. к. они более богаты пищевыми волокнами. Следует избегать дрожжевой выпечки и других «пышных» изделий, обладающих высокой калорийностью и высокой гликемической нагрузкой. Потребление пшеничного хлеба целесообразно ограничить ввиду его высокого

гликемического индекса, предпочтение стоит отдавать пшенично-ржаным и ржаным сортам хлеба.

Бобовые являются оптимальными источниками растительного белка и пищевых волокон. Рекомендуется включать блюда из бобовых не реже 1-2 раз в неделю.

Молочные продукты. Молочные продукты являются основными пищевыми источниками кальция, а также кисломолочных бактерий, необходимых для поддержания здоровой микрофлоры кишечника. Следует избегать изделий с добавленным сахаром (творожная масса, сладкие сырки, мусс, крем, молочные ломтики). Если потребление молочных продуктов невозможно, то следует рассмотреть вопрос о приеме кальцийсодержащего препарата.

Рыба и рыбопродукты. Рыба морская и пресноводная имеют несколько различный жирнокислотный состав. Содержание ПНЖК больше в рыбе морской, поэтому она рекомендуется к включению в рацион не реже 1 раза в неделю.

Поваренная соль. Потребление поваренной соли с пищей играет решающую роль в регулировании АД. Рекомендовано ограниченное потребление соли – не более 5 г/сут., включая соль, используемую и в приготовлении пищи, и уже содержащуюся в готовых продуктах (хлебобулочные изделия, молочные продукты, консервированная продукция) [1, 51]. Следует ограничить или исключить продукты с высоким содержанием соли (колбасные изделия, мясные деликатесы, пикантные закуски), избегать блюд быстрого приготовления (пицца, блюда фастфуда), сливать жидкость из консервированных продуктов, а сами продукты перед потреблением промывать водой. Не досаливать уже приготовленную пищу, для придания вкусовых оттенков использовать сок лимона, корень имбиря, сельдерея, зелень и специи. Не использовать соусы промышленного приготовления (майонез, соевый, рыбный и др.).

Добавленный сахар. С целью сокращения потребления добавленного сахара рекомендуется ограничить до полного исключения из рациона продукты, содержащие сахар и не обладающие высокой пищевой ценностью, такие как: сладкие напитки, в том числе газированные, сладкую выпечку, кондитерские изделия.

Следует ограничить количество добавляемого сахара или меда в пищу, стараться не подслащивать напитки. В качестве десерта предпочтительны свежие фрукты, ягоды и изделия из них без добавления сахара. Альтернативой являются также замороженные фрукты и ягоды. Обезжиренные десерты часто содержат большое количество сахара, следует избегать их потребления.

Потребление алкоголя. Следует информировать пациента, что безопасных доз алкоголя не существует. Кроме того, алкоголь относится к высококалорийным калорийным продуктам:

количество килокалорий (ориентировочно):

- в 100 мл: виски – 250, коньяк – 240 ккал, водка – 234,
- в 100 гр : яблоко – 90, курица – 161, рыба (скумбрия) – 158, творог 5% – 156

Питьевой режим. Рекомендуемый уровень жидкости в сутки составляет 1,6 л для женщин и 2,0 л – для мужчин. Приоритетным напитком является вода, для придания вкуса возможно добавление сока лимона, листьев мяты, ломтиков цитрусовых, фруктов или ягод. Целесообразно ограничить потребление крепкого кофе и чая, энергетических и кофеинсодержащих напитков.

Режим приёма пищи. Оптимальный режим питания включает три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) с 5-часовым интервалом. Оптимальный интервал между завтраком и ужином – не более 10-11 часов. Завтрак должен быть ежедневным, оптимально в течение 1 часа после пробуждения.

Сочетание правильного питания и регулярной физической активности позволяет достичь баланса между калорийностью рациона и энергозатратами и гармонизировать состояние организма.

Приложение 5

Рекомендации по снижению избыточной массы тела

Целью снижения повышенной массы тела (МТ) является снижение кардиометаболического риска, это может быть достигнуто уже при 5-10% снижении МТ от исходной за период 5-6 месяцев (оптимальная величина снижения МТ).

В процессе её снижения важно, помимо регулярного самоконтроля массы тела (желательно не реже 1 раз в 3 дня утром натощак), контролировать величину окружности талии (ОТ).

Категории оценки массы тела (МТ) в зависимости от величины индекса массы тела (ИМТ) представлены в таблице 13.

Таблица 13

Определение категорий МТ и степеней ожирения в зависимости от величины ИМТ

Категории МТ и степени ожирения	Величина ИМТ, кг/м ²
Дефицит МТ	<18,5
Нормальная МТ	18,5-24,9
Избыточная МТ	25-29,9
Ожирение 1 степени	30,0-34,9
Ожирение 2 степени	35-39,9
Ожирение 3 степени	≥40

Примечание: ИМТ — индекс массы тела, МТ — масса тела.

Следует помнить, что снижение МТ в килограммах не является самоцелью, необходимо понимать, за счет чего снизилась МТ: жидкость, жировая масса или скелетно-мышечная масса. Коррекция избыточной МТ прежде всего должна вести к уменьшению показателей жировой массы и окружности талии.

Конечной целью является нормализация композиционного состава тела и сохранение достигнутых результатов в дальнейшем – на протяжении всей жизни.

Задача-максимум – достижение нормальных значений ИМТ (18,5-24,9 кг/м²) и ОТ (муж. ≤94 см, жен. ≤80 см) – требует длительной и целенаправленной работы.

Поэтому сначала нужно проговаривать с пациентом ближайшие реальные цели (5-10% за 5-6 месяцев), достижение которых имеет колоссальный эффект для снижения кардиометаболического риска уже в первые месяцы снижения МТ.

Необходимо проанализировать вместе с пациентом динамику изменения МТ на протяжении жизни и предшествовавшие попытки похудеть, обсудить с пациентом причины срывов. Выполнить оценку стиля питания и физической активности (ФА), психологического статуса. Изучить данные проведенных обследований.

Индивидуальное и групповое консультирование, школы для пациентов, проводимые сотрудниками отделений/ кабинетов медицинской профилактики, центров здоровья, врачами соответствующих специальностей являются весьма эффективными не только для пациентов с избыточной массой тела, но и для больных с ожирением (ОЖ). Мотивирование пациентов на достижение целевых значений сопутствующих ФР (АД, ХС-ЛНП, ТГ, гипергликемии и др.) является залогом как для успешного снижения избыточной массы тела, так и для лечения ОЖ.

В зависимости от мотивации пациента и наличия ассоциированных заболеваний можно поставить ближайшие цели, адекватные его состоянию и психологической готовности:

- оптимальная скорость снижения МТ от 0,5 кг до 1 кг/нед.;
- уменьшение величины ИМТ с переходом по классификации на ступень ниже исходной (табл.13). Например, перейти из группы ОЖ 1 ст. в группу избыточной МТ и так шаг за шагом;
- снижение МТ на 3-5% от исходной при наличии сердечно-сосудистых факторов риска, что приводит к значимому снижению уровней триглицеридов, гликемии, риска сахарного диабета 2 типа;
- снижение МТ на 5-10% от исходной в течение 6 мес., что приводит к снижению уровней холестерина липопротеидов низкой плотности, артериального давления, уменьшению доз лекарственных средств по контролю за сердечно-сосудистыми заболеваниями и СД 2 типа.

При консультировании пациента акцент делается на изменении образа жизни: подбор и контроль питания, ФА, приверженность здоровому образу жизни.

Изменение образа жизни, а именно комплексное воздействие на организм сбалансированного питания и физической активности, приводит к устойчивому снижению МТ, является наиболее физиологичным в сравнении с лекарственной терапией и позволяет достичь существенных изменений:

- **снижение уровня АД и ТГ (самые чувствительные показатели в ответ на снижение МТ)** – при снижении МТ на 1 кг отмечается снижение уровня систолического АД на 0,36 мм рт.ст. [52];
- улучшение углеводного обмена – наблюдается уже в начале процесса снижения избыточной МТ. Так, при снижении МТ на 5% от исходной повышается чувствительность клеток печени, мышечной ткани и жировой ткани к инсулину [53];
- снижение уровней ХС ЛНП и воспалительных маркеров – требует более стойкого 10%-снижения МТ от исходной.

Важно учитывать, что большая часть пациентов не имеют навыка определять физиологические стимулы голода/жажды и насыщения, помогающие контролировать объёмы потребляемой пищи. Часто человек ест по привычке или с целью компенсации эмоций. Поэтому первый важный шаг в лечении – **обучить пациента контролю физиологических стимулов голода и насыщения** через практические тренировки в условиях реальной жизни.

Простые советы по питанию для пациента с ожирением и избыточной массой тела

1. Уменьшайте энергетическую ценность пищи, прежде всего за счет сокращения потребления жиров и углеводов.
2. Включайте в ежедневный рацион достаточное количество овощей и фруктов (500 г, не считая картофеля).
3. Исключите сахар (в т.ч. сладкие напитки), промышленную выпечку и переработанные мясные деликатесы.
4. Уменьшите порцию еды, используя тарелку меньшего размера. Не используйте добавку. Ешьте медленно.
5. Не пропускайте завтрак! Рекомендуется завтракать оптимально в первые 2 часа после пробуждения.
6. Избегайте «перекусывания». Если чувствуете голод — выделите время и поешьте полноценно
7. Отрабатывайте навык осознанного питания:
 - уловите момент отдыха;
 - присядьте за стол (не ешьте на ходу или стоя), исключите просмотр телепередач, смартфона, работу за компьютером, чтение книги и пр.;
 - ешьте медленно и получайте удовольствие, чтобы чувствовать вкус приготовленных блюд: горячее/холодное, мягкое/твердое, соленое/сладкое и т.д.;
 - остановитесь, когда ощущение голода сменится легкой сытостью.
8. Желательно вести самоконтроль с помощью дневника (хотя бы в начале пути к снижению повышенной МТ), в записях которого отмечайте:
 - что, когда и сколько вы съели,
 - сопутствующие ситуации и ощущения или эмоции/состояние (просмотр сериала, работа за компьютером, стресс, усталость, гнев или тревога).

Приложение 6

Образцы заполнения медицинской документации пациента II группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском

Согласно пунктам 14, 15 Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми (приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н) (далее – Порядок), сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в учетную форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (далее – контрольная карта). Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер фельдшерского здравпункта **проводит анализ результатов проведения диспансерного наблюдения** на основании сведений, содержащихся в контрольных картах.

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ №025/у
«МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» (пункты 12 и 29)

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач
2 декабря 2022 г		Высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний	Z51.8	Фельдшер Иванов И.И

стр. 3 ф. N 025/у

29. Диспансерное наблюдение

Дата 2 декабря 2022 г

Жалобы и динамика состояния Жалоб не предъявляет.

При проведении профилактического медицинского осмотра у пациента выявлены следующие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний:

курение табака,

АД 135/75 мм рт.ст.,

уровень общего холестерина 5,9 ммоль/л,

индекс массы тела 29,8 кг/м²,

абсолютный сердечно-сосудистый риск 10 %,

отягощенная наследственность по ИБС и сахарному диабету,

недостаточная физическая активность

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия

Диагноз основного заболевания: Высокий абсолютный риск сердечно-сосудистых заболеваний

код по МКБ-10 Z51.8

Осложнения: не выявлено

Сопутствующие заболевания не выявлено код по МКБ-10

код по МКБ-10

код по МКБ-10

Внешняя причина при травмах (отравлениях)

код по МКБ-10

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации

Направлен:

- на консультацию к врачу-терапевту участковому для решения вопроса о назначении гиполипидемической фармакотерапии

- в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина

Врач Фельдшер Иванов И.И

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ №030/у
«КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ»

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № 325

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: Высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний Код по МКБ-10 Z51.8
2. Дата заполнения карты: число 2 месяц 12 год 2022
3. Специальность врача фельдшер кабинета медицинской профилактики
4. ФИО врача фельдшер Иванов И.И.
5. Дата установления диагноза 2 декабря 2022 г.
6. Диагноз установлен: впервые - 1 повторно - 2.
7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением - 1, профилактическом осмотре - 2.
8. Дата начала диспансерного наблюдения 2 декабря 2022 г.
9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____
10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1, выбытие из района обслуживания - 2, смерть - 3.
11. Фамилия, имя, отчество пациента Сидоров С.С.
12. Пол: муж. - 1, жен. - 2 13. Дата рождения: число 12 месяц 10 год 1969
14. Место регистрации: субъект Российской Федерации Архангельская обл.
район Устьянский город _____ - населенный пункт д. Алферовская
улица им. Романова М.И. дом 12 квартира _____ тел. _____ - _____
15. Код категории льготы _____ - _____
16. Контроль посещений:

Даты посещений							
Назначено явиться	<u>2 июня.</u> <u>2023</u>						
Явился(лась)							

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

17. Сведения об изменении диагноза

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	ФИО врача

18. Сопутствующие заболевания не выявлено

19. Лечебно-профилактические мероприятия _____



Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском

N п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	ФИО врача
1.	Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование (повторное)	16.12.2022 16:00	16.12.2022 17:00	Выполнено	фельдшер Иванов И.И
	Пешие прогулки (скандинавская ходьба) средней интенсивности не менее 30 мин. в день	2.12.2022	постоянно		фельдшер Иванов И.И
	Гиполипидемическая диета с ограничением потребления соли и сахара	2.12.2022	постоянно		фельдшер Иванов И.И
	Регулярный (не менее 1 раза в неделю) самоконтроль массы тела, частоты пульса и АД с записью результатов в дневнике	2.12.2022	постоянно		фельдшер Иванов И.И
	Направлен на консультацию к врачу-терапевту участковому для решения вопроса о назначении гиполипидемической фармакотерапии	29.12.2022			фельдшер Иванов И.И
	Направлен в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина	29.12.2022			фельдшер Иванов И.И

**Первая помощь
при наличии признаков острого коронарного синдрома
или острого нарушения мозгового кровообращения**

Почему у лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском по системе SCORE происходят сердечно-сосудистые катастрофы?

С формальной точки зрения люди, отнесённые к II группе здоровья, не имеют сердечно-сосудистых заболеваний. Однако они с высокой степенью вероятности могут иметь гемодинамически незначимые, но нестабильные и склонные к разрыву атеросклеротические бляшки (АСБ). Такие ситуации «на фоне полного здоровья» могут приводить к развитию острого коронарного синдрома (ОКС) или острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), и как следствие – к возможной внезапной смерти или развитию в дальнейшем тяжёлых инвалидизирующих осложнений.

Далее приведены две памятки, которые рекомендуются к использованию в ОМП/КМП/ЦЗ для обучения пациентов.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА памятка для пациента и его близких

Характерные признаки и симптомы:

- внезапно (приступообразно) возникающие, давящие, сжимающие, жгущие, ломящие боли в грудной клетке (за грудиной) продолжающиеся более 5 минут;
- аналогичные боли могут быть в области левого плеча (предплечья), и/или левой лопатки, и/или левой половины шеи и нижней челюсти, и/или обоих плеч, и/или обеих рук, и/или нижней части грудины вместе с верхней частью живота (их иногда путают с изжогой);
- нехватка воздуха, одышка, резкая слабость, холодный пот, тошнота часто предшествуют дискомфорту/болям в грудной клетке или возникают после приступа;
- нередко указанные проявления болезни развиваются на фоне физической или психоэмоциональной нагрузки, но чаще с некоторым интервалом после них.

Алгоритм неотложных действий при сердечном приступе – памятка для пациента

Если у вас или у кого-либо рядом с вами внезапно появились указанные выше характерные симптомы, даже при слабой или умеренной их интенсивности, которые держатся более 5 мин – не задумывайтесь, сразу вызывайте бригаду скорой медицинской помощи!

Не ждите, даже 5-10 минут в такой ситуации имеют значение. Это опасно для жизни.

Помните! Если человек находится в состоянии алкогольного опьянения, в этой смертельно опасной ситуации не является разумным доводом для откладывания вызова скорой помощи.

Если у вас появились такие симптомы и нет возможности вызвать скорую помощь, попросите людей, которые находятся рядом с вами, помочь и довезти вас до больницы – это единственное правильное решение. Никогда не садитесь за руль сами, за исключением полного отсутствия другого выбора.

Если ранее лечащий врач давал вам инструкции, как действовать в подобных ситуациях, следуйте им.

Если такой инструкции нет, то **действуйте по следующему алгоритму:**

- сядьте (лучше в кресло с подлокотниками) или лягте постель с приподнятым изголовьем, освободите шею, расслабьте ремень на поясе, обеспечьте поступление свежего воздуха (необходимо открыть форточки или окно);
- примите 0,25 г ацетилсалициловой кислоты (аспирина) (таблетку разжевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (одну ингаляционную дозу распылить в полость рта при задержке дыхания, одну таблетку/капсулу положить под язык, капсулу предварительно раскусить, не глотать);
- если через 5-7 мин. после приема ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и нитроглицерина боли сохраняются, примите второй раз нитроглицерин и в обязательном порядке вызовите скорую медицинскую помощь;
- если через 10 мин после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, примите в третий раз нитроглицерин;
- если вы принимаете лекарственные препараты, снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин), примите его в обычной дневной дозе и возьмите препарат с собой в больницу.

Внимание!

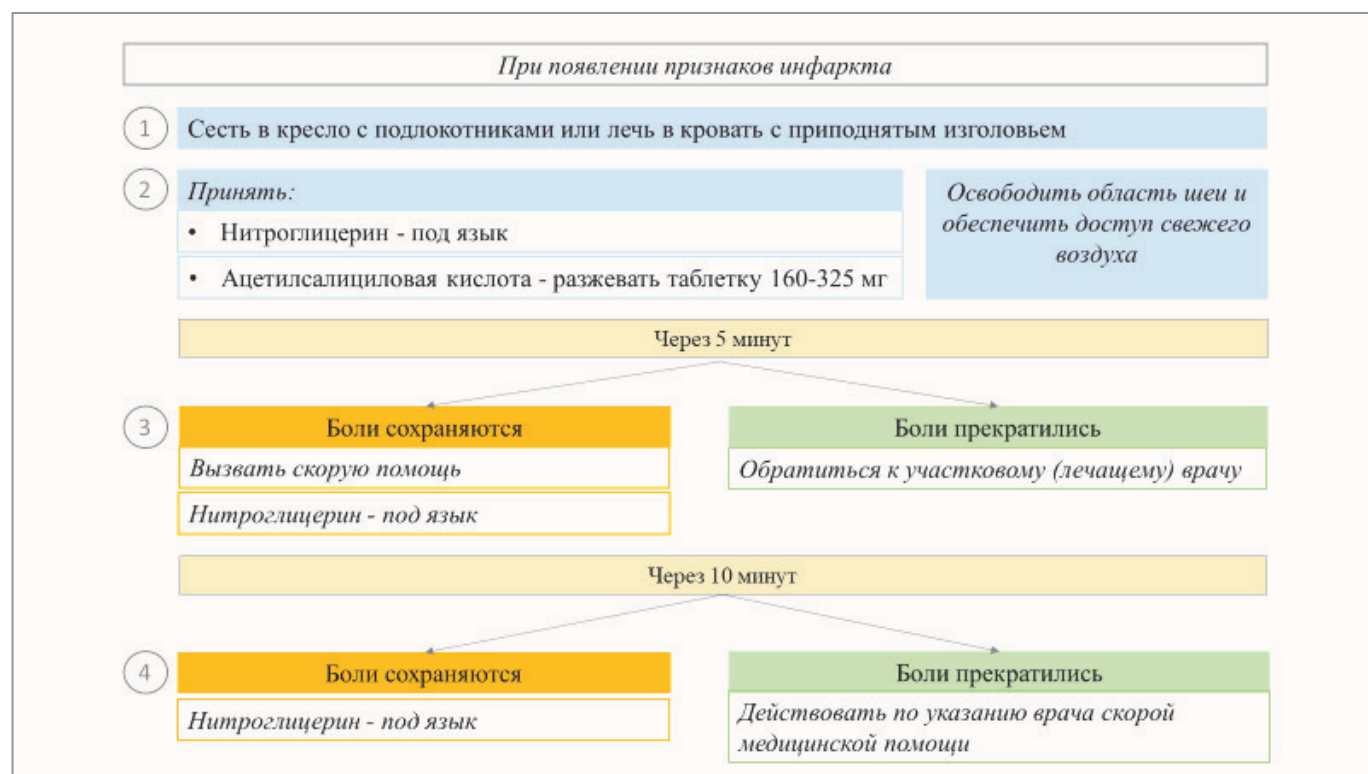
Если после первого или последующих приемов нитроглицерина появилась резкая слабость, потливость, одышка, необходимо лечь, поднять ноги (на валик и т.п.), выпить 1 стакан воды и далее, как и при сильной головной боли, далее **нитроглицерин не принимать!**

Нельзя принимать нитроглицерин при резкой слабости, потливости, а также при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений

Внимание!

Больному с сердечным приступом категорически запрещается вставать, ходить, курить и принимать пищу до особого разрешения врача

Нельзя принимать аспирин (ацетилсалициловую кислоту) при непереносимости его (аллергические реакции), а также при явном обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ памятка для пациента и его близких

Основные симптомы острого нарушения мозгового кровообращения:

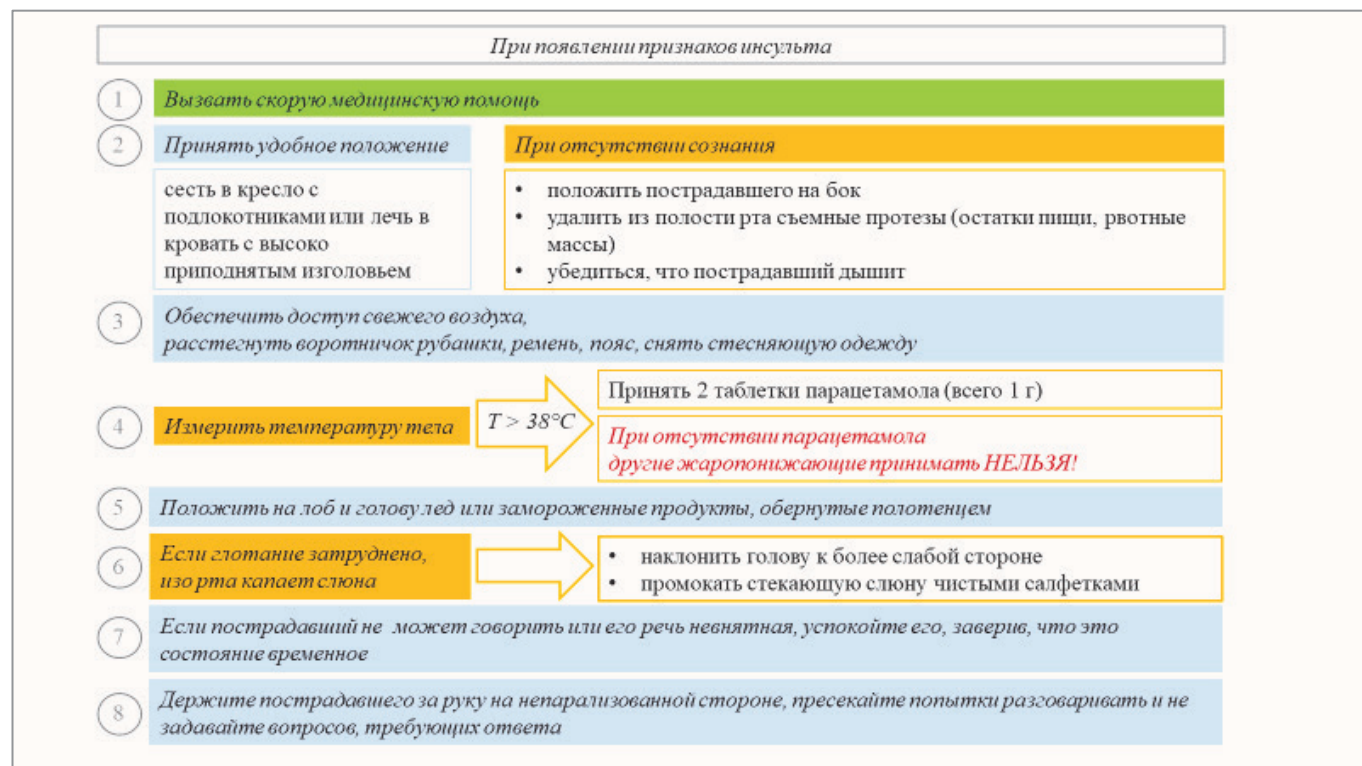
- потеря или снижение чувствительности, онемение, слабость, «непослушность» или паралич (обездвиживание) руки, ноги, половины тела, перекашивание лица и/или слюнотечение на одной стороне;
- речевые нарушения (затруднения в подборе нужных слов, понимания речи и чтения, невнятная и нечеткая речь, до полной потери речи);
- нарушения или потеря зрения, «двоение» в глазах, затруднение фокусировки зрения;
- нарушение равновесия и координации движений (ощущения покачивания, проваливания, вращения тела, головокружения, неустойчивая походка вплоть до падения);
- необычная сильная головная боль (нередко после стресса или физического напряжения);
- спутанность сознания или его утрата, неконтролируемые мочеиспускание или дефекация.

При внезапном появлении любого из этих признаков

СРОЧНО ВЫЗЫВАЙТЕ БРИГАДУ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,

даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут

Действия до прибытия скорой медицинской помощи:



**Алгоритм неотложных действий
при наличии симптомов острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)
– памятка для пациента**

- 1. Срочно вызывайте бригаду скорой медицинской помощи,** даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут.
- 2. До прибытия бригады скорой медицинской помощи:**
 - если больной без сознания положите его на бок, удалите из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что больной дышит;
 - если пострадавший в сознании, помогите ему принять удобное сидячее или полусидящее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки;
 - обеспечьте приток свежего воздуха – откройте окно;
 - расстегните воротник рубашки, ремень, пояс, снимите стесняющую одежду;
 - измерьте артериальное давление, если его верхний уровень превышает 220 мм рт. ст., дайте пациенту препарат, снижающий артериальное давление, который он принимал раньше;
 - измерьте температуру тела: если $t=38^{\circ}$ или более проверьте сохранность акта глотания (глотает слюну и свободно проглатывает столовую ложку воды) и дайте больному 1 г парацетамола (2 таблетки по 0,5 г разжевать, проглотить)
(при отсутствии парацетамола других жаропонижающих препаратов не давать!).
 - положите на лоб и голову лед, можно взять продукты из морозильника, уложенные в непромокаемые пакеты и обернутые полотенцем;
 - если пациент ранее принимал лекарственные препараты, снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин), при сохранности акта глотания дайте больному обычную разовую дозу препарата;
 - если глотание нарушено, капает слюна изо рта, наклоните его голову к более слабой стороне тела, промокайте стекающую слюну чистыми салфетками (жидкость, пищу и лекарства не давать);
 - если пострадавший не может говорить или его речь невнятная, успокойте его и ободрите, заверив, что это состояние временное. Держите его за руку на непарализованной стороне, **пресекайте попытки разговаривать и не задавайте вопросов, требующих ответа.**

**ПОМНИТЕ: ХОТЯ ПОСТРАДАВШИЙ И НЕ МОЖЕТ ГОВОРИТЬ,
ОН ОСОЗНАЕТ ПРОИСХОДЯЩЕЕ И СЛЫШИТ ВСЕ, ЧТО ГОВОРЯТ ВОКРУГ!**

Приложение 8

**Группы граждан,
которые в соответствии с Порядком проведения профилактического
медицинского осмотра и диспансеризации
подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером)
ОМП/КМП/ЦЗ/ФАП**

№ п/п	II группа здоровья включает в себя следующие группы граждан:	Из них: подлежащие диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта
1	Граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний*, но имеющие факторы риска развития таких заболеваний** при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске и не находящиеся под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания.	Граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний*, но имеющие факторы риска развития таких заболеваний** при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске и не находящиеся под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания.
2	Граждане, у которых выявлено ожирение, но только в случаях если пациент не находится под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу этого ожирения или иного заболевания.	Граждане, у которых выявлено ожирение, но только при наличии у них высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска , и только в случаях если пациент не находится под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу этого ожирения или иного заболевания.
3	Граждане, у которых выявлена гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина менее 8 ммоль/л, в том числе – не имеющие высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, не находящиеся под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания.	Граждане, у которых выявлена гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина менее 8 ммоль/л, но только при наличии у них высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска , и только в случаях если пациент не находится под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания.
4.	Граждане, выкуривающие более 20 сигарет в день, в том числе не имеющие высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, не находящиеся под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания.	Граждане, выкуривающие более 20 сигарет в день, но только при наличии у них высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска , и только в случаях если пациент не находится под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания.

5.	Граждане, у которых выявлен риск пагубного потребления алкоголя и (или) риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, в том числе не имеющих высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, не находящихся под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания	Граждане, у которых выявлен риск пагубного потребления алкоголя и (или) риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, но только при наличии у них высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска , и только в случаях если пациент не находится под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания.
----	--	--

Приложение 9

Алгоритм дистанционного опроса и консультирования пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в рамках диспансерного наблюдения врачом (фельдшером) ОМП/КМП/ЦЗ/ФАП

Проводится в случае отказа пациента от прохождения в явочном порядке очередного диспансерного осмотра

Настоящая таблица в заполненном виде является дополнением к контрольной карте диспансерного наблюдения (учетной форме №030/у)

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ – уточнить у пациента, удобно ли ему проведение телефонного консультирования в настоящее время. Если нет, то уточнить у него, когда ему удобно будет проведение телефонного консультирования или явка на очный приём в рамках диспансерного наблюдения врачом (фельдшером, медицинской сестрой) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья (ОМП/КМП/ЦЗ). Информацию о результате звонка внести в формы №025/у и №030/у

ФИО _____		Возраст _____		Уровень ССРиска по шкале SCORE _____% и дата установления _____	
телефон _____				дата взятия под диспансерное наблюдение _____	
№ п/п	Показатель		Дата опроса и результаты консультации (дд.мм.гг.)		
1	Курение (оценить в баллах):				
1.1	Число выкуриваемых сигарет в день • ≤10 – 0 баллов; • 11-20 – 1 балл; • 21-30 – 2 балла; • ≥31 – 3 балла				
1.2	Когда выкуривает первую сигарету утром после подъема: • более, чем через 60 мин – 0 баллов; • 31-60 мин – 1 балл; • 6-30 мин – 2 балла; • в течение 5 мин – 3 балла				
1.3	Индекс интенсивности курения (ИИК) (см.табл.6, стр.27): • 0-1 балл – низкая зависимость; • 2-4 балла – средняя зависимость; • 5-6 баллов – высокая зависимость				

Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском

1.4	Оценка готовности отказаться от курения: предложить оценить по шкале от 0 до 10 баллов степень своей готовности прекратить курить			
2	Физическая активность: - менее 30 минут в день 30 и более минут в день			
3	Характеристика питания: - не менее 400-500 граммов овощей и фруктов в день – <i>да/нет</i> - рыба не менее 2 раз в неделю – <i>да/нет</i> - досаливание готовой еды – <i>да/нет</i> - употребляет ли алкоголь – <i>да/нет</i>			
4	Масса тела:			
4.1	Уточнить у пациента рост и массу тела (МТ),			
4.2	Рассчитать индекс массы тела по формуле: ИМТ = масса тела (кг)/ рост ² (м) Дать разъяснения пациенту: дефицит МТ <18,5 нормальная МТ 18,5-24,9 избыточная МТ 25-29,9 ожирение 1 степени 30,0-34,9 2 степени 35-39,9 3 степени ≥40			
5	Последний по дате уровень АД , определенный пациентом (указать дату измерения)			
6	Уровень липидов крови:			
6.1	Спросить у пациента, сдавал ли он анализы: - уровень общего холестерина крови - липидный профиль При положительном ответе – указать: - дату исследования - помнит ли показатели			

Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском

6.2	Напомнить уровни показателей и даты последних исследований, которые указаны в амбулаторной карте, а также целевые значения: • общий холестерин, • ХС ЛНП • ХС ЛВП • ТГ			
7	Рекомендации (отметить нужное):			
7.1	ограничение потребления: • соли не более 5 г в день, ограничение соленых продуктов и блюд • трансжиров и насыщенных жиров • сахара • продуктов с высоким гликемическим индексом • отказ от приёма алкоголя			
7.2	увеличение потребления: • пищевых волокон (овощи, фрукты, орехи, цельнозерновые продукты, бобовые) • морской рыбы • продуктов, богатых калием и магнием (яблоки, греча, овсяные хлопья, семена, орехи)			
7.3	снижение: • ИМТ до ≤ 30 кг/м² • ОТ <102 см у мужчин и <88 см у женщин			
7.4	регулярные аэробные физические упражнения: • не менее 30 мин динамических упражнений умеренной интенсивности 5-7 дней в неделю • по крайней мере 2 дня в неделю участвовать в мероприятиях средней или большей интенсивности физической активности, в которых задействованы все основные группы мышц			
7.5	индивидуальное консультирование в кабинете медицинской помощи по отказу от табака и никотина			
7.6	при АД $\geq 140/90$ мм.рт.ст. необходимо рекомендовать пациенту явиться на приём к врачу-терапевту участкового для определения дальнейшей тактики ведения			



РОПНИЗ
Российское общество профессиональных психологов

7.7	Уточнить наличие домашних (карманной) аптечки, содержащей: 1 табл. аспирина 0,5 г. 3 табл. или капс. или баллончик-спрей нитроглицерина; 2 табл. парацетамола по 0,5 г. (есть/нет) Оценить знание правил оказания первой помощи при сердечном приступе (при ОКС) и при инсульте (при ОНМК) (знает/не знает)				
7.8	Другие рекомендации ранее данные пациенту (указать какие): <i>выполнены / выполнены не полностью / не выполнены</i> (по возможности указать причину)				
8	Другая важная в профилактическом и лечебном плане информация, полученная от пациента, в том числе причина неявки на ПМО/Д и диспансерный осмотр				
9	Назначенные лабораторно-инструментальные исследования и другие рекомендации данные пациенту при настоящем консультировании;				
10	Согласованная дата явки на следующий ПМО/Д/ДН				
11	Запланированная и согласованная с пациентом дата следующего диспансерного осмотра				
12	ФИО и подпись сотрудника, проводившего дистанционный опрос и консультирование				

Список литературы:

1. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. – 2022. – Т. 21. – № 4. – С. 3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
2. Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н.
3. Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н.
4. Клинические рекомендации Российского кардиологического общества «Нарушения липидного обмена», 2023 г. Доступны по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/752_1#doc_b.
5. Mach F., Baigent C., Catapano A. et al., ESC Scientific Document Group, 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS), European Heart Journal, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111–188, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>.
6. Драпкина О.М., Карамнова Н.С., Концевая А.В., и др. Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ). Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования. Методические рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2021. – Т. 20. – № 5:2952. doi:10.15829/1728-8800-2021-2952.
7. Нарушения липидного обмена. Клинические рекомендации 2023. Российское кардиологическое общество. *Российский кардиологический журнал* 2023;28(5):5471 doi:10.15829/1560-4071-2023-5471.
8. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of

- Cardiology and 12 medical societies European Heart Journal. 2021;42(34):3227-37. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.
9. М. Г. Гамбарян and О. М. Драпкина, «Эффективность реализации антитабачных законодательных мер в отношении распространенности курения в 10 субъектах Российской Федерации с 2013 по 2018 гг.,» *Impact Implement. Tob. Control Legis. Meas. Smok. Preval. 10 Russ. Fed. Subj. from 2013 to 2018.*, vol. 24, pp. 44–51, 2021, [Online]. Available: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=149158674&site=eds-live>.
10. М. Г. Гамбарян, В. А. Концевая, Т. А. Агишина, and Драпкина О.М., «Оценка эффективности законодательных мер по борьбе с табаком в отношении снижения госпитальной заболеваемости стенокардией и инфарктом миокарда в Российской Федерации и ее 10 субъектах.,» *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.*, vol. 20, no. 6, 2021, doi: 10.15829/1728-8800-2021-2911.
11. M. Gambaryan, A. Kontsevaya, and O. Drapkina, «Impact of National Tobacco Control Policy on Rates of Hospital Admission for Pneumonia: When Compliance Matters,» *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 20, no. 10, 2023, doi: 10.3390/ijerph20105893.
12. M. Gambaryan *et al.*, «Effects of tobacco control policy on cardiovascular morbidity and mortality in Russia,» *Eur. J. Public Health*, vol. 28, 2018, doi: 10.1093/eurpub/cky148.
13. Гамбарян М.Г. *et al.*, «Потребность в медицинской помощи по отказу от курения и ее реализация: результаты российского опроса взрослого населения по оценке государственной политики противодействия потреблению табака ЭПОХА-РФ». *Профилактическая медицина*, vol. 22, no. 4, p. 26, 2019, doi: 10.17116/profmed20192204126.
14. D. H. J. Taylor, V. Hasselblad, S. J. Henley, M. J. Thun, and F. A. Sloan, «Benefits of smoking cessation for longevity», *Am. J. Public Health*, vol. 92, no. 6, pp. 990–996, Jun. 2002, doi: 10.2105/ajph.92.6.990.
15. A. L. Møller and C. Andersson, «Importance of smoking cessation for cardiovascular risk reduction», *Eur. Heart J.*, vol. 42, no. 40, pp. 4154–4156, Oct. 2021, doi: 10.1093/EURHEARTJ/EHAB541.
16. A. D. Wu, J. Hartmann-Boyce, N. Lindson, and P. Aveyard, «Smoking cessation for secondary prevention of cardiovascular disease», *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2021, no. 4, Apr. 2021, doi: 10.1002/14651858.CD014936.

17. N. R. Anthonisen, M. A. Skeans, R. A. Wise, J. Manfreda, R. E. Kanner, and J. E. Connett, «The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial.», *Ann. Intern. Med.*, vol. 142, no. 4, pp. 233–239, Feb. 2005, doi: 10.7326/0003-4819-142-4-200502150-00005.
18. R. P. Murray *et al.*, «Effects of multiple attempts to quit smoking and relapses to smoking on pulmonary function. Lung Health Study Research Group.», *J. Clin. Epidemiol.*, vol. 51, no. 12, pp. 1317–1326, Dec. 1998, doi: 10.1016/s0895-4356(98)00120-6.
19. Y. Hu *et al.*, «Smoking Cessation, Weight Change, Type 2 Diabetes, and Mortality.», *N. Engl. J. Med.*, vol. 379, no. 7, pp. 623–632, Aug. 2018, doi: 10.1056/NEJMoa1803626
20. F. L. J. Visseren *et al.*, «2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.», *Eur. Heart J.*, vol. 42, no. 34, pp. 3227–3337, Sep. 2021, doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
21. R. Borland, H.-H. Yong, R. J. O'Connor, A. Hyland, and M. E. Thompson, «The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study.», *Nicotine Tob. Res. Off. J. Soc. Res. Nicotine Tob.*, vol. 12 Suppl, no. Suppl 1, pp. S45–50, Oct. 2010, doi: 10.1093/ntr/ntq038.
22. М. Г. Гамбарян and О. М. Драпкина, «Алгоритмы оказания помощи курящим в системе здравоохранения. «Позвольте спросить: Вы курите?», *Profil. Meditsina*, vol. 22, no. 3, pp. 57–72, 2019, doi: 10.17116/profmed20192203157.
23. М. Г. Гамбарян and О. М. Драпкина, «Схема «Алгоритм кратких вмешательств при консультировании курящего пациента»», RU 131220, 2022.
24. T. F. Heatherton, L. T. Kozlowski, R. C. Frecker, and K. O. Fagerström, «The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire», *Br. J. Addict.*, vol. 86, no. 9, pp. 1119–1127, Sep. 1991, doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.
25. W. TEAM and O. for P. & C. of Ncd. (MOS) Centre for Primary Health Care (KAZ) (PHC), European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of NCDs (HL NCD Network), Noncommunicable Diseases Surveillance (SRV), *Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual: BRIEF project*. 2022.

26. Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual: BRIEF project. World Health Organization 2022, ISBN: 978-92-890-5855-1.
27. Приказ Минздрава от 26 февраля 2021 г. № 140н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или никотинсодержащей. продукция.
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_379416/
28. J. Hartmann-Boyce, S. C. Chepkin, W. Ye, C. Bullen, and T. Lancaster, «Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation», *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2018, no. 5, May 2018, doi: 10.1002/14651858.CD000146.PUB5.
29. A. Theodoulou *et al.*, «Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation.», *Cochrane database Syst. Rev.*, vol. 6, no. 6, p. CD013308, Jun. 2023, doi: 10.1002/14651858.CD013308.pub2.
30. N. L. Benowitz *et al.*, «Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers: A Randomized Clinical Trial.», *JAMA Intern. Med.*, vol. 178, no. 5, pp. 622–631, May 2018, doi: 10.1001/jamainternmed.2018.0397.
31. T. Karnie and X. Wang, «Cytisine for smoking cessation.», *C. Can. Med. Assoc. J. = J. l'Association medicale Can.*, vol. 190, no. 19, p. E596, May 2018, doi: 10.1503/cmaj.171371.
32. J. Leaviss *et al.*, «What is the clinical effectiveness and cost-effectiveness of cytisine compared with varenicline for smoking cessation? A systematic review and economic evaluation.», *Health Technol. Assess.*, vol. 18, no. 33, pp. 1–120, May 2014, doi: 10.3310/hta18330.
33. J. M. Castaldelli-Maia, S. S. Martins, and N. Walker, «The effectiveness of Cytisine versus Nicotine Replacement Treatment for smoking cessation in the Russian Federation.», *Int. J. Drug Policy*, vol. 58, pp. 121–125, Aug. 2018, doi: 10.1016/j.drugpo.2018.05.012.
34. P. Hajek, H. McRobbie, and K. Myers, «Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis.», *Thorax*, vol. 68, no. 11, pp. 1037–1042, Nov. 2013, doi: 10.1136/thoraxjnl-2012-203035.

35. M. Kavousi *et al.*, «Electronic cigarettes and health with special focus on cardiovascular effects: position paper of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC).»,» *Eur. J. Prev. Cardiol.*, vol. 28, no. 14, pp. 1552–1566, Dec. 2021, doi: 10.1177/2047487320941993.
36. T. A. Wills, I. Pagano, R. J. Williams, and E. K. Tam, «E-cigarette use and respiratory disorder in an adult sample.,» *Drug Alcohol Depend.*, vol. 194, pp. 363–370, Jan. 2019, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.10.004.
37. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020;54(24):1451-62. doi:10.1136/bjsports-2020-102955.
38. Marijon E, Tafflet M, Celermajer DS, et al. Sports related sudden death in the general population. *Circulation.* 2011;124:672-81.
39. Lollgen H, Bockenhoff A, Knapp G. Physical activity and allcause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. *Int J Sports Med.* 2009;30:213-24.
40. Fletcher GF, Ades PA, Kligfield P, et al. Exercise standards for testing and training: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2013;128:873-934.
41. Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий. Под редакцией: Aileen Robertson, Cristina Tirado, Tim Lobstein, Marco Jermini, Cecile Knai, Jørgen H. Jensen, Anna Ferro-Luzzi и W.P.T. James. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, No 96. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003. Доступно по ссылке: https://propionix.ru/f/pitaniye_i_zdorovye_v_yevrope_novaya_osnova_dlya_deystviy_regionalnyye_publicatsii_voz_yevropeyskaya_seriya_no_96.pdf.
42. Устойчивое здоровое питание - Руководящие принципы. ФАО и ВОЗ. 2020. Рим. <https://doi.org/10.4060/ca6640ru> доступ по ссылке: <https://www.fao.org/documents/card/en/c/CA6640RU> Accessed: 17.01.2024.
43. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации. МР 2.3.1.0253 – 21. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021 [дата обращения: 17.01.2024]. Доступ по ссылке:

- https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=18979. [Normy fiziologicheskikh potrebnostey v energii i pishchevykh veshchestvakh dlya razlichnykh grupp naseleniya Rossiyskoy Federatsii. Metodicheskiye rekomendatsii. MR 2.3.1.0253 – 21 [internet]. Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteley i blagopoluchiya cheloveka, 2021 [cited 17.01.2024]. Available from: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=18979].
44. Total fat intake for the prevention of unhealthy weight gain in adults and children: WHO Guideline. Geneva: WHO; 2023 [cited 17.01.2024]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370421/9789240073654-eng.pdf?sequence=1>.
45. Saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children: WHO guideline. Geneva: WHO; 2023 [cited 17.01.2024]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370419/9789240073630-eng.pdf?sequence=1>.
46. Carbohydrate intake for adults and children: WHO guideline. World Health Organization 2023. 100p. ISBN 978-92-4-007359-3 (electronic version) ISBN 978-92-4-007360-9 (print version) ССЫЛКА
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370420/9789240073593-eng.pdf?sequence=1>.
47. Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf.
48. Алкоголь и онкологические заболевания в Европейском регионе ВОЗ. Призыв к более активной профилактике. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. Доступно по ссылке: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336625/WHO-EURO-2020-1435-41185-56124-rus.pdf?sequence=1>.
49. Joshipura KJ, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Rimm EB, Speizer FE, Colditz G, Ascherio A, Rosner B, Spiegelman D, Willett WC. The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. *Ann Intern Med*. 2001 Jun 19; 134(12):1106-14. doi: 10.7326/0003-4819-134-12-200106190-00010.
50. Morris MC, Tangney CC, Wang Y, et al. MIND diet slows cognitive decline with aging. *Alzheimers Dement*. 2015; 11(9):1015-22. doi:10.1016/j.jalz.2015.04.011.
51. Salt reduction and iodine fortification strategies in public health. Geneva: World Health Organization; 2014. ISBN 9789241506694

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/101509/9789241506694_eng.pdf?sequence=1 WHO global report on sodium intake reduction. Geneva: World Health Organization. 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069985>.

52. Raynor HA, Champagne CM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults. J Acad Nutr Diet. 2016;116(1):129-47. doi:10.1016/j.jand.2015.10.031.
53. Gay HC, Rao SG, Vaccarino V, Ali MK. Effects of different dietary interventions on blood pressure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension. 2016;67:733-9. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06853.

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Наши контакты:



Москва, Петроверигский пер.,
д.10, стр. 3



+7 (495) 212-07-13



www.gnicpm.ru



vk.com/gnicpmru



t.me/fgbunmictpm