

## Содержание

Введение .....	4
<b>Глава 1 Здоровый образ жизни – основа укрепления и</b>	
<b>поддержания здоровья.....</b>	<b>5</b>
1.1 Профилактика хронических неинфекционных	
заболеваний – одно из приоритетных направлений	
современной медицины .....	5
1.2. Здоровый образ жизни – важнейший компонент	
профилактики .....	9
1.3. Основные принципы консультирования пациента, с	
целью ориентации на формирование здорового образа	
жизни .....	12
1.4 Виды и стратегии профилактики хронических	
неинфекционных заболеваний .....	15
<b>Глава 2 Коррекция основных факторов риска</b>	
<b>формирования неинфекционных заболеваний в рамках</b>	
<b>формирования здорового образа жизни.....</b>	<b>17</b>
2.1. Концепция факторов риска.....	17
2.2. Отказ от курения.....	24
2.3. Увеличение физической активности. ....	28
2.4. Рациональное питание. ....	34
2.5. Нормализация повышенной массы тела.....	38
2.6. Отказ от алкоголя. ....	41
2.7. Управление стрессом. ....	45
2.8. Повышение приверженности к терапии	
артериальной гипертензии.....	47
<b>Глава 3 Диспансеризация – основа профилактики</b>	
<b>заболеваний .....</b>	<b>52</b>
3.1. Цели и задачи диспансеризации. Правовая база	
диспансеризации. ....	52
3.2. Принципы организации диспансеризации	
и порядок ее проведения.....	55
3.3. Основная документация по диспансеризации .....	64
Профилактические медицинские осмотры .....	71
<b>Глава 4 Организация и функционирование центров</b>	
<b>здоровья .....</b>	<b>74</b>
Тестовый контроль.....	120
Литература .....	123

### 1.3. Основные принципы консультирования пациента, с целью ориентации на формирование здорового образа жизни.

Роль врача в формировании здорового образа жизни пациента состоит в информировании пациента об имеющихся у него и возможных факторах риска хронических неинфекционных заболеваний, потенциальной пользе от их коррекции, способах и методах модификации образа жизни, мотивировании пациента к оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций, а также в обучении пациента конкретным действиям, направленным на модификацию образа жизни.

Для успешной реализации программы модификации образа жизни крайне важно установление доверительных отношений между врачом и пациентом. Врач может выступать в роли наставника, советчика и равного собеседника. Различают две основные модели общения – патерналистическую (директивную) и непатерналистическую (недирективную).

Недирективная модель взаимоотношений врача и пациента является предпочтительной в силу того, что речь идет о вмешательстве в привычный образ жизни пациента, намерении мотивировать его к отказу от удовольствий, к которым он привык. Задача врача не поучать пациента, а выступить в роли партнера. Пациент только тогда будет по-настоящему мотивирован к модификации образа жизни, когда это будет его личное решение, сформированное в результате получения исчерпывающей информации от врача, которому пациент доверяет. Подобное решение может быть принято лишь при осознании пациентом меры личной ответственности за свое здоровье.

Для врача важно знать принципы эффективного мотивационного консультирования. Безусловно, врач должен вдохновлять пациента своим личным примером. Невозможно представить положительное влияние рекомендации бросить курить из уст человека, только что выкурившего сигарету, так же, как и странно будет звучать рекомендация снизить вес от врача, страдающего ожирением и ведущего малоподвижный образ жизни.

В помощь врачу разработана азбука эффективного профилактического консультирования:

А. Организация места консультации, внешний вид, поза консультанта. Внешний вид врача, его манера одеваться, разговаривать, держаться имеют немалое значение и играют большую роль в формировании первого впечатления пациента. Внешний вид врача должен убеждать пациента в том, что врач и сам придерживается принципов здорового образа жизни, которые пропагандирует. Место проведения консультации должно располагать к доверительной беседе. Следует предложить пациенту самостоятельно выбрать место, куда ему удобнее сесть.

Б. Начало беседы. Для врача важно вызвать доверие пациента уже с начала беседы.

В. Способы передачи и обмена информацией. Важно использовать не только вербальный, но и невербальный способ общения с пациентом.

Г. Установление невербального контакта (уверенный, убеждающий, открытая поза, плавные жесты).

Д. Установление между врачом и пациентом определяется самим пациентом.

Е. Необходимо избегать длительного пристального взгляда в глаза пациента.

Ж. Эмпатия (сочувствие, сопереживание) способствует установлению

вербального контакта.

З. Жесты и поза врача в начале беседы должны следовать за жестами и

позой пациента, что способствует усилению чувства комфорта и безопасности

пациента.

И. Установление вербального контакта.

К. Необходимо внимательно слушать первые слова пациента, чтобы отвечать ему в

том же темпе, с похожей интонацией и громкостью голоса.

Л. Необходимо научиться управлять беседой

и стремиться в начале беседы задавать вопросы «открытого типа»

(предполагающие развернутого ответа) и внимательно выслушивать, не

перебивая (по возможности). В середине беседы врачу необходимо брать

инициативу на себя.

М. Определение преобладания «внешней» или «внутренней» мотива-

ции пациента. Для пациентов с преобладанием «внешней» мотивации (не

осознают проблемы со своим здоровьем, готовы вести здоровый образ

жизни, т.к. этого требуют обстоятельства, близкие люди и т.п.) важно по-

ощрение, одобрение. Пациенты с «внутренней» (личной, эффективной)

мотивацией ориентированы на качество изменения образа жизни. Крите-

рии должного изменения могут формироваться под действием врача, об-

щества, близких людей.

**Общие принципы консультирования по вопросам здоровья**

• Советы и рекомендации, ориентированные на здоровье, дадут

большой эффект, если будут высказаны в доброжелательной ненавязчивой

форме. Следует избегать нравоучительной и морализирующей манеры.

• Рекомендации должны быть яркими и конкретными, с примерами

из практики.

• Самые сильные доводы за выполнение тех или иных

рекомендаций следует приводить в начале, а ещё лучше в конце, но не в

середине беседы.

• Рекомендации должны быть короткими и конкретными. Лучше,

если они записаны или заранее напечатаны на листе, поскольку более чем

в половине случаев пациенты забывают или неверно их запоминают.

- Полезно явно предложить пациентам изменить образ жизни, например, не просто описать важность диеты при гастрите, но и сказать в конце, что конкретно данному пациенту можно употреблять в пищу, а чего следует воздержаться.

- Чем больших изменений вы требуете, тем менее вероятно, что они будут выполняться: эффективнее предложить пациенту делать комплекс упражнений 10 минут раз в два дня, чем по 2 часа каждый день.

- Запугивание и чрезмерное обнадеживание при рассказе о последствиях болезни неэффективны: и то, и другое усилит активность лишь на короткое время, а затем, когда прогнозы не сбываются, наступают пассивность и разочарование. «Сухая» статистика (выявление поведения к каким результатам приводит) способствует изменению поведения, только если исходит от значимого человека (близких, друзей). От врача она эффективна в тех случаях, когда пациент давно его знает, доверяет ему, регулярно приходит на прием. Оптимальный стиль подачи рекомендаций - максимальная конкретность и объективность: привести примеры того, как те или иные действия помогали или не помогали другим пациентам, как удается противостоять тяжелому хроническому заболеванию и «запустить» легкое, незначительное заболевание. От поведения и активности самого пациента зависит не всё, но многое.

- Если рекомендации даются по поводу уже развившегося заболевания, надо рассказать пациенту о тех проблемах и осложнениях, которые могут возникнуть при их невыполнении. Если же врач рассказывает о пользе здорового образа жизни пациенту, не страдающему каким-либо заболеванием, полезно, наоборот, упомянуть выгоду такого поведения.

- Приводя доводы «за» и «против» некоторых форм поведения, можно сделать акцент на немедленных или быстро достигаемых результатах. Например, что физически активные люди чаще имеют хорошее самочувствие, настроение, они более устойчивы к стрессам и депрессии, а не только пугать пациента ожирением и ранним инфарктом. Или, говоря о вреде курения, особенно молодым людям, обратить их внимание не на повышенный риск развития рака лёгких через 20-40 лет, а на неприятный запах, кашель, желтые зубы, появляющиеся значительно раньше.

- Теми же соображениями надо руководствоваться при оформлении кабинета материалами наглядной агитации. Плакат, изображающий лёгкие курильщика или печень хронического алкоголика, будет иметь меньший эффект, чем плакат, информирующий о быстрых последствиях этих форм поведения.

- Кроме того, необходимо помнить, что любые «устрашающие стимулы» не действенны в случае пациентов, уже страдающих

такими, так как они лишь усиливают их тревогу и дисфорию, борясь с которыми они и прибегают к «помощи» сигарет и алкоголя.

#### Почему людям трудно изменить их стиль жизни?

*Социально-экономическое положение:* людям с низким социально-экономическим положением, включая низкий уровень образования и низкий доход, трудно изменять образ жизни.

*Социальная изоляция:* одинокие люди чаще ведут нездоровый образ жизни.

*Стресс:* стресс на работе и дома затрудняет начало и поддержание здорового образа жизни.

*Отрицательные эмоции:* депрессия, беспокойство и враждебность затрудняют изменения образа жизни.

#### Сложные или запутанные рекомендации.

#### Как помочь пациенту в изменении образа жизни?

1. Установите доверительные отношения с пациентом.
2. Убедитесь, что пациент понимает взаимосвязь между стилем жизни и болезнью.
3. Используйте это для получения согласия пациента на изменение образа жизни.
4. Выявляйте факторы риска, подлежащие изменению, с участием самого пациента.
5. Изучите потенциальные помехи изменению.
6. Помогите выработать план изменения стиля жизни.
7. Будьте реалистичны и поощряйте пациента: «Любое увеличение нагрузки полезно, продолжайте!»
8. По возможности используйте помощь других медиков.

## 1.4 Виды и стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний

Различают два основных направления профилактики – **общественная профилактика** и **индивидуальная**. Основное их различие в субъектах профилактики. То есть общественная профилактика – это комплекс различных мер (социальных, экономических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических), проводимых на государственном уровне с целью устранения вредных факторов внешней среды и обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан нашей страны. **Индивидуальная же профилактика** предусматривает меры и действия, предпринимаемые самим человеком по сохранению своего здоровья, а именно – соблюдение здорового образа жизни, мер личной гигиены, воспитание детей и т.п.

**Первичная профилактика** подразумевает систему мер социального, медицинского, воспитательного характера, направленную на предотвращение развития хронических заболеваний, как в результате оздоровления окружающей среды, так и в результате повышения адаптивных возможностей организма человека. Первичная профилактика подразумевает также повышение мотивации к формированию здорового образа жизни.

**Вторичная профилактика** представляет собой комплекс мероприятий, направленных на устранение уже имеющихся факторов риска, с целью не допустить развития, прогрессирования заболевания или его осложнений.

На сегодняшний день применяется три стратегии профилактики ХНИЗ (табл. 1.3):

**Таблица 1.3. Стратегии профилактики ХНИЗ.**

Стратегия	Целевая доля популяции, %	Вклад в снижение смертности, %	Доля в затратах, %	Ожидаемый эффект
Популяционная	100	50	10	Через 5-10 лет
Высокого риска	20-40	20	30	Через 3-4 года
Вторичная профилактика	20-30	30	60	Через 3-4 года

1. **Популяционная стратегия** – предусматривает формирование у населения основ здорового образа жизни путем воздействия через средства массовой информации. Значительное преимущество данной стратегии – это охват всего населения. Затратность внедрения популяционной стратегии относительно невысокая. Эффект от внедрения популяционной стратегии отсроченный. Реализация этой стратегии находится, в основном, вне сферы деятельности системы здравоохранения, однако роль медицинских работников в реализации данной стратегии трудно переоценить. Только квалифицированные медицинские работники должны быть идеологами и проводниками в массы различной информации, направленной на формирование здорового образа жизни. Опасность привлечения к этой роли дилетантов состоит в прямо противоположном эффекте – подрыве авторитета традиционной медицины, увеличение доли лиц с запущенными и терминальными стадиями заболеваний.

2. **Стратегия высокого риска** – заключается в выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска ХНИЗ и проведение мероприятий по их коррекции. Реализация этой стратегии находится, в основном, в сфере здравоохранения и в первую очередь в ее первичном звене. Данная стратегия более затратна и охватывает порядка 20-40% популяции. Большую роль в реализации стратегии высокого риска играют профилактические осмотры и диспансеризация, функционирование центров здоровья

3. **Стратегия вторичной профилактики** – самая затратная из всех стратегий. Заключается она в ранней диагностике и предупреждении прогрессирования заболевания как за счет коррекции существующих факторов риска, так и за счет своевременного проведения современного адекватного лечения. Большая роль в реализации данной стратегии профилактики принадлежит диспансерному наблюдению.

В отличие от популяционной стратегии, реализация стратегии высокого риска и вторичной профилактики могут обеспечить сравнительно быстрое снижение уровня корригируемых ФР у значительной части населения и снизить заболеваемость и смертность.

Формирование здорового образа жизни является составляющей частью реализации всех трех стратегий профилактики. Пропаганда здорового образа жизни необходима как на популяционном уровне – поднятие престижа жизни, направленного на сохранение и укрепление здоровья населения, так и более адресно среди лиц с выявленными факторами риска и ХНИЗ.

## Глава 2

# Коррекция основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в рамках формирования здорового образа жизни.

## 2.1. Концепция факторов риска.

Концепция факторов риска была сформулирована в 60-е годы 20-го века как научная концепция предупреждения ССЗ, связанных с атеросклерозом. В известном исследовании MRFIT (обследовано более 350 тыс. человек) было показано, что при отсутствии таких факторов как курение, гипертония, гиперлипидемия риск смерти низкий: 24 человека на 10 тыс. за 5 лет.

К ФР ССЗ относятся состояния, при наличии которых повышается вероятность развития атеросклеротической болезни в любых ее проявлениях в отдаленном периоде:

- особенности образа жизни (употребление пищи, богатой насыщенными жирами; курение; употребление алкоголя; низкая физическая активность);
- биохимические и физиологические параметры (повышенное артериальное давление (АД); дислипидемия; гипергликемия и сахарный диабет (СД); ожирение; тромбогенные факторы);

• индивидуальные характеристики (возраст; пол; семейный и индивидуальный анамнез).

Особое внимание следует уделять модифицируемым ФР ССЗ, т.е. факторам, на которые мы – врач и пациент – можем повлиять. К ним относятся в первую очередь курение, артериальную гипертензию, дислипидемию, тромбогенные факторы и нарушение углеводного обмена.

На сегодняшний день описано более 200 факторов риска, но наибольший вклад в сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность вносят дислипидемия, курение и артериальная гипертензия или их сочетание, т.е. они ответственны за возникновение более чем 75% всех случаев сердечно-сосудистых заболеваний во всем мире.

Существующая концепция ФР ССЗ позволяет с использованием различных алгоритмов прогноза рисков применять различные стратегии профилактики атеросклероза и осуществлять главную цель, а именно максимально возможное снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

**Врач должен оценивать сердечнососудистый риск:**

Всегда:

- если пациент спрашивает об этом,
- если в процессе консультации выясняется что:
  - пациент курильщик среднего возраста,
  - имеется ожирение, особенно абдоминальное,
  - имеется один или несколько факторов риска, таких как повышенное АД, уровень липидов или глюкозы,
  - если в семье были случаи ранних ССЗ или имеются другие факторы риска в семейном анамнезе,
  - если есть симптомы, похожие на проявления ССЗ. Если это подтверждается, то факторы риска должны быть оценены.

Желательно:

• у всех лиц старше 30 лет, обратившихся в территориальную поликлинику и/или центр здоровья.

При этом в первую очередь целесообразно выявлять лиц с низким риском ССЗ для того, чтобы такая степень риска сохранялась у них как можно дольше.

**Низкий риск ССЗ определяется, если пациент:**

- не курит,
- соблюдает здоровую диету,
- физически активен (ежедневная физическая активность не менее 30 мин.),
- индекс массы тела у него меньше  $25 \text{ кг/м}^2$ ,
- отсутствует абдоминальное ожирение,
- АД меньше 140/90 мм рт.ст.,

общий холестерин меньше 5 ммоль/л (190 мг/%),  
триглицериды ЛПНП меньше 3 ммоль/л (115 мг/%),  
глюкоза в сыворотке крови меньше 6 ммоль/л (110 мг/дл).

Лицам с факторами низкого риска следует рекомендовать поддерживать его на этом уровне.

**Низкий сердечно-сосудистый риск безусловно определяется у**

**следующих категорий пациентов:**

1. больные с установленным ССЗ,
2. больные с сахарным диабетом 2-го типа или больных с сахарным диабетом первого типа с микроальбуминурией,
3. пациенты со значительным повышением уровня хотя бы одного фактора риска,
4. больные хронической болезнью почек (ХБП) – СКФ < 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

При подозрения на принадлежность к этим категориям необходимо проведение обследования.

**Обследование для выявления сердечно-сосудистого риска**

Следующие данные обследования пациентов позволяют определить принадлежность к группе высокого риска.

**Анамнез:** выявленные ранее ССЗ или связанные с ними заболевания, семейный анамнез ранних ССЗ, курение, уровень физической нагрузки и пищевые предпочтения, социальное положение и уровень образования.

**Осмотр:** АД, ЧСС, аускультация сердца и лёгких, пульс на a.dorsalis pedis (на передней поверхности ступни), рост, вес (ИМТ), окружность талии. Офтальмоскопия при тяжёлой гипертензии.

**Лабораторные исследования:** Анализ мочи на глюкозу и белок, микроальбуминурию при диабете. Холестерин и, если это практически возможно, липиды натощак (холестерин ЛПНП И ЛПВП, триглицериды), глюкозу натощак, креатинин.

**ЭКГ и ЭКГ с нагрузкой** при предполагаемой стенокардии.

**ЭКГ и обсудить возможность проведения эхокардиографии** у лиц с гипертензией.

**Ранние или быстро прогрессирующие ССЗ**, особенно у лиц с семейным анамнезом ССЗ: высокочувствительный тест на С-реактивный белок, определение липопротеинов, фибриногена, гомоцистеина и, если показано, направление к специалистам.

Всем пациентам из группы высокого риска необходимо проведение многофакторного лечения.

**Действия врача при отсутствии указаний на факторы высокого риска**

Для всех остальных лиц рекомендуется использование таблиц для оценки общего риска по системе SCORE (рис. 2.1). Эта система оценки суммарного сердечно-сосудистого риска внедрена в Европе и представля-