

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Гринштейн Юрий Исаевич

РЕФЕРАТ

Тема: «Кардиоваскулярная профилактика. Рекомендации РКО 2022.»

Выполнил: ординатор 1 года 108 группы кафедры

Терапия ИПО Артеменко Дмитрий Васильевич

Проверил: Кусаев Владимир Викторович

Доцент кафедры Терапии ИПО

Красноярск 2024

Оглавление

Актуальность	3
Основные задачи профилактики ССЗ	4
Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний	8
Суммарный сердечно-сосудистый риск: оценка и основные приоритеты	9
Информирование о сердечно-сосудистом риске	10
Цели коммуникации врача и пациента	11
Принципы профилактического консультирования	12
Стратегия профилактики на популяционном уровне а популяционном уровне	13
Заключение	14
Список литературы	15

Актуальность

В Российской Федерации (РФ) ССЗ остаются ведущей причиной смертности населения на протяжении многих десятилетий. По данным 2018г почти половина всех смертей в стране (46,8%; у мужчин — 44,0%, у женщин — 49,5%) произошла по причине ССЗ, это >850 тыс. смертей, причем >80% из них были связаны с ишемической болезнью сердца (ИБС) и цереброваскулярными заболеваниями.

Стандартизованные коэффициенты смертности от ССЗ (Европейский стандарт) в РФ остаются высокими (590,9 у мужчин и 576,3 — у женщин). В то же время, начиная с 2003г, в России отмечается снижение смертности от ССЗ, которое с 2006г приобрело более устойчивый и выраженный характер, причем как среди мужчин, так и женщин. За 18 лет, с 2003 по 2021гг, общий коэффициент смертности от болезней системы кровообращения (число умерших на 100 тыс. населения) снизился больше чем на 30% (637,3 vs 912,3), хотя он и превышает показатель начала 90-х (509,5 на 100 тыс. населения в 1990г).

Эта благоприятная тенденция сохранялась вплоть до начала пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19), которая привела к росту сердечно-сосудистой смертности, обусловленному как острыми и долгосрочными сердечно-сосудистыми эффектами COVID-19, так и боязнью пациентов обращаться за медицинской помощью и временным снижением ее доступности.

Экономический ущерб от ССЗ ("стоимость бездействия") очень высок и достигает 3,2% всего валового внутреннего продукта (ВВП) страны.

Профилактика ССЗ экономически целесообразна на популяционном уровне, индивидуальном уровне у лиц высокого риска за счет оздоровления образа жизни и/ или приема лекарств.

Определение профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и концепция факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

Профилактика ССЗ представляет собой комплекс скоординированных мероприятий по предупреждению развития и прогрессирования ССЗ, минимизации бремени ССЗ и связанных с ними потерь трудоспособности, которые могут быть направлены на все население в целом (популяционная стратегия) и определенные группы населения (стратегии повышенного риска, высокого риска и очень высокого ССР (в т.ч. у пациентов с установленным диагнозом ССЗ в рамках вторичной профилактики)). В данной версии Рекомендаций по кардиоваскулярной профилактике, как и в предыдущих, будут рассматриваться вмешательства в рамках всех четырех стратегий.

Традиционно ФР ССЗ подразделяют на модифицируемые (поддающиеся изменению или коррекции) и немодифицируемые, которые изменить невозможно, но их наличие требует большего внимания к модифицируемым ФР. Кроме того, ФР ССЗ часто подразделяют на поведенческие и биологические или, точнее, кардиометаболические.

Основные задачи профилактики и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

Кардиоваскулярная профилактика должна быть направлена на:

1. Оценку ФР ССЗ, суммарного ССР и его снижение за счет модификации всех имеющихся ФР. Важно сохранение низкого риска у лиц с малой вероятностью развития заболевания.
2. Раннюю диагностику ССЗ. Заболевания, обусловленные атеросклерозом, начинают развиваться задолго до появления первых клинических симптомов. Больные часто умирают внезапно вследствие несвоевременной диагностики, не получив медицинской помощи.
3. Использование эффективных (доказанных) методов лечения, в т.ч. в рамках диспансерного наблюдения и применения высокотехнологичных методов, для снижения риска осложнений, улучшения прогноза и качества жизни больных. Существующие методы лечения ССЗ (медикаментозные, эндоваскулярные и хирургические) не приводят к полному излечению. Риск ССО у пациентов остается высоким и должен быть снижен за счет проведения мероприятий по вторичной профилактике ССЗ.
4. Пропаганду здорового образа жизни у населения. Медицинские работники должны играть важную роль в продвижении здорового образа жизни в содружестве со средствами массовой информации и другими задействованными структурами.
5. Создание условий для ведения населением здорового образа жизни за счет согласованных действий на всех уровнях (национальном, региональном и местном) и в целом ряде секторов, таких как здравоохранение, образование, сельское хозяйство, спорт, транспорт, градостроительство, экология, труд, промышленность и торговля, финансы и экономическое развитие.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) относит к основным поведенческим ФР курение, потребление алкоголя, низкую ФА и нездоровое питание.

Курение

Курение является известным ФР ССЗ. У курильщика с пожизненным стажем вероятность смерти из-за курения составляет 50%, в среднем продолжительность его жизни меньше на 10 лет. Риск ССЗ у курильщиков моложе 50 лет в 5 раз выше, чем у некурящих. Длительное курение более опасно для женщин, чем для мужчин. Пассивное курение, а также использование бездымных табачных систем также связано с повышенным риском ССЗ.

В РФ в последние годы наблюдается снижение частоты курения среди мужчин трудоспособного возраста, не только за счет отказа от курения, но и за счет снижения частоты закуривания. К сожалению, распространенность курения среди женщин постепенно увеличивается. По данным исследования ЭССЕ-РФ, распространенность курения в РФ составляет 39% среди мужчин и 13,6% среди женщин, курение среди обоих полов — 25,7%.

Потребление алкоголя

На данный момент можно считать доказанным, что избыточное потребление алкоголя увеличивает риск ССЗ, а также смертности. В течение многих лет существовало представление о том, что зависимость между ССЗ и потреблением алкоголя является J-образной и что умеренное потребление спиртных напитков обладает кардиопротективным действием.

В последнее время это представление все чаще подвергается сомнению, в т.ч. и в исследованиях с менделевской рандомизацией. Кроме того, потребление алкоголя может быть триггером различных нарушений ритма, в частности фибрилляции предсердий (ФП), риск которой начинает увеличиваться уже при умеренном уровне потребления. Оценка распространенности избыточного потребления алкоголя затруднительна: многие стесняются говорить правду об употреблении и истинном объеме алкоголя. В этой связи показатели избыточного потребления алкоголя, полученные в эпидемиологических исследованиях, могут быть занижены (по данным ЭССЕ-РФ — 5,9% у мужчин и 2,1% у женщин), при этом хотя бы 1 раз в год потребляет алкоголь 76,8% населения — 79,4% мужчин и 75,9% женщин.

Низкая ФА

В настоящее время имеется обширная доказательная база как в отношении полезных эффектов достаточного уровня ФА в течение всей жизни, так и, наоборот, в отношении негативных последствий сидячего образа жизни. По данным российских исследований, частота низкого уровня ФА колеблется от 24,2% в Екатеринбурге, Красноярске и Владивостоке до 27,8% и 29,3% среди мужчин и женщин в Москве. В регионах

РФ при обследовании лиц 18+ по адаптированной методологии STEPS этот показатель составил 25,3% и 28,2% среди мужчин и женщин. Следует отметить, что этот ФР недооценивается населением и уступает таким ФР, как АГ или чрезмерное употребление алкоголя.

Нездоровое питание

Хорошо известно, что определенный характер питания связан с ССР, и наоборот, здоровые паттерны питания обладают кардиопротективным эффектом. Среди наиболее важных для российской популяции нездоровых привычек питания следует отметить избыточное потребление соли и недостаточное употребление овощей и фруктов.

Среднероссийский показатель потребления соли составляет >11,0 г в день (нормативный <5 г), а овощи и фрукты в недостаточном количестве, по данным различных исследований, потребляет от 41% до 75% людей.

Следующие четыре важнейших ФР ССЗ относятся к категории биологических.

АГ

АГ является важнейшим ФР развития целого ряда ССЗ, в т.ч. приводящих к хронической сердечной недостаточности (ХСН). Риск смерти от осложнений ИБС и инсульта линейно растет по мере увеличения значений систолического и диастолического артериального давления (АД) (выше 90 мм рт.ст. и 75 мм рт.ст., соответственно). Потенциальная польза от снижения АД зависит от значений абсолютного риска, а также от уровня абсолютного

снижения АД с учетом безопасности и переносимости низких значений АД. Распространенность АГ, по данным исследования ЭССЕ-РФ2, превышает 44,0% (49,1% у мужчин и 39,9% у женщин). При этом получают антигипертензивную терапию (АГТ) 41,8 % мужчин и 65,5% женщин, а доля лиц, достигших целевых уровней АД, составляет всего 16,5% среди мужчин и 34,1% — женщин. Особое внимание необходимо уделять тем пациентам, которые лечатся неэффективно, поскольку они находятся в зоне повышенного риска смерти от ССЗ в силу отягощенности по ФР.

Гиперхолестеринемия

Важнейшая роль холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛНП) и других апоВ-содержащих липопротеидов как причины развития атеросклеротических ССЗ (АССЗ) убедительно доказана в многочисленных генетических, наблюдательных и интервенционных исследованиях. В то же время длительное поддержание уровня ХС ЛНП даже на очень низких значениях (<1,4 ммоль/л) является безопасным способом снижения риска ССО.

Уменьшение уровня ХС ЛНП снижает ССР пропорционально исходному уровню риска, поэтому даже небольшое абсолютное снижение уровня ХС ЛНП может принести пользу у пациентов высокого и очень высокого риска. В российской популяции отмечается чрезвычайно высокая распространенность гиперхолестеринемии на протяжении многих десятилетий, в т.ч. в течение последних 20 лет. По данным ЭССЕ-РФ она составляет 8,1% для мужчин и 57,9 % для женщин. При этом следует отметить, что средние уровни ХС практически совпадают с пороговой точкой нормальных значений.

Ожирение

За последние десятилетия во всем мире значительно увеличился индекс МТ (ИМТ) населения, как у детей и подростков, так и у взрослых. По данным метаанализа, ИМТ и окружность талии (ОТ) имеют тесную связь с развитием ССЗ атеросклеротического генеза и СД 2 типа. Связь между ИМТ и смертностью имеет линейную форму у некурящих и J-образную форму у курильщиков с пожизненным стажем. У относительно здоровых лиц связь смертности от всех причин с ИМТ имеет J- или U-образную форму с минимальными значениями при ИМТ 20-25 кг/м². При этом у лиц с ХСН и некоторыми другими хроническими заболеваниями имеются парадоксальные данные о более низком риске смерти у пациентов с более высоким ИМТ.

Общемировая проблема не миновала и Россию: за последние 20 лет распространенность ожирения у мужчин выросла в 3 раза. По данным исследования ЭССЕ-РФ, распространенность ожирения по ИМТ составила 26,9% и 30,8% среди мужчин и женщин, абдоминального ожирения — 26,9% и 38,4% (ОТ по критериям ≥ 102 см у мужчин и ≥ 88 см для женщин), и 44,0% и 61,8% (по критериям ОТ ≥ 94 см для мужчин и ≥ 80 см для женщин).

СД

СД (1 и 2 типа, а также предиабет) является независимым ФР ССЗ, увеличивающим риск ССЗ приблизительно в 2 раза. Естественное течение предиабета — трансформация в СД 2 типа — наблюдается в 7-15% случаев. Однако в отличие от СД 2 типа, развитие предиабета имеет обратимый характер, и, понимая все компоненты и механизмы

развития ранней гипергликемии, возможно предупредить или значительно отсрочить во времени дебют СД 2 типа. У женщин с СД 2 типа имеется более высокий риск инсульта. Кроме того, у пациентов с СД 2 чаще отмечается наличие других ФР ССЗ (в частности, дислипидемии и АГ). Распространенность СД в РФ, по данным регистра СД, составляет 3,12%. Из 4584575 человек с диабетом 4,24 млн страдают СД 2 типа. По данным ЭССЕ-РФ частота СД 2 типа составила 8,2%.

Психосоциальные факторы

Группа психосоциальных ФР стоит несколько особняком. По поводу некоторых факторов этой группы, в частности низкого социально-экономического положения, нет общей договоренности, следует ли относить их к модифицируемым или к немодифицируемым ФР. На данный момент доказано, что ССР повышен у лиц с практически любыми психическими нарушениями, но в особенности — с депрессивными и тревожными расстройствами (и даже с их отдельными симптомами), при остром и хроническом стрессе, после психотравмирующих событий, причем это касается как риска развития ССЗ в общей популяции, так и ухудшения прогноза у пациентов с подтвержденными ССЗ. И наоборот, имеются данные о протективной роли таких индикаторов психологического благополучия, как оптимизм и чувство осмысленности своей жизни. Негативные эффекты этой группы ФР реализуются как за счет поведенческих аспектов (большей распространенности нездоровых привычек, несоблюдения рекомендаций), так и за счет наличия общих с ССЗ патофизиологических механизмов и кардиометаболических побочных эффектов некоторых психотропных препаратов. В РФ отсутствуют национальные репрезентативные данные о распространенности психосоциальных ФР в общей популяции, однако по данным многоцентровых исследований была установлена значительная частота их обнаружения как в общей медицинской практике, так и среди пациентов с наиболее частыми ССЗ/

Среди социально-экономических факторов с заболеваемостью и смертностью от ССЗ ассоциированы уровень образования, уровень дохода, занятость и социально-экономические факторы среды проживания человека.

Для российской популяции характерна взаимосвязь общей и сердечно-сосудистой смертности с уровнем образования, особенно это касается мужчин. С уровнем образования ассоциированы курение, низкая ФА, избыточное потребление соли, депрессия у мужчин и женщин, а также недостаточное потребление овощей, фруктов и рыбы у женщин и тревога у мужчин. Кроме того, выявлены социально-экономические градиенты ФР ССЗ.

Механизмы ассоциации неблагоприятных социально-экономических факторов с ССЗ сложные и могут включать наличие у социально неблагополучных категорий граждан более высокого уровня ФР, более низкой доступности медицинской помощи, более низкой восприимчивости к профилактическим мерам, однако часть этой ассоциации является независимой от других факторов. Показано, что низкий социально-экономический статус (НСЭС) пациентов с ССЗ ассоциирован с существенным снижением приверженности к медикаментозной терапии, а более низкая доступность процедур по реваскуляризации миокарда — с 34% повышением смертности в течение года после ИМ.

Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний

ССЗ, являющиеся основными составляющими НИЗ, продолжают быть ведущей причиной смертности в мире. Современные подходы к предупреждению и лечению ССЗ, как и всех НИЗ, сформулировал G. Rose еще в 1985г. Сегодня механизмы реализации стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля НИЗ учитывают рекомендации ВОЗ, Российские национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике 2017, которые включают:

- 1) глобальные целевые установки в соответствии с основными стратегическими направлениями, в т.ч. 9 добровольных глобальных целей в соответствии с разработанным ВОЗ Глобальным планом действий по профилактике и контролю НИЗ, а также широкий перечень подцелей;
- 2) основные мероприятия по достижению указанных глобальных целей и подцелей;
- 3) сроки и целевые индикаторы успешности выполнения каждого мероприятия;
- 4) ответственных исполнителей и ресурсную базу выполнения мероприятий.

Согласно современным представлениям, профилактика ССЗ должна проводиться на двух уровнях - популяционном и индивидуальном. Меры, принимаемые в рамках этих двух уровней, должны выполняться взаимосвязано и с учетом принципов экономической целесообразности. Для усиления профилактической направленности здравоохранительных действий, снижения смертности населения и бремени НИЗ необходима одновременная реализация мер стратегии по четырем основным приоритетным направлениям.

Первое направление стратегии — снижение популяционного риска НИЗ в масштабах всего населения за счет уменьшения распространенности поведенческих и корригируемых биологических ФР, что достигается: (1) повышением уровня грамотности населения в вопросах здоровья, в т.ч. информированности о ФР, влияющих на здоровье, а также мотивации к ведению здорового образа жизни, регулярному прохождению профилактических медицинских обследований и вакцинации; (2) обеспечением условий для ведения здорового образа жизни (свободная от табачного дыма среда;

доступность продуктов здорового питания; ограничение рекламы, особенно направленной на детей и с участием детей, в отношении не относящихся к здоровому питанию продуктов с высоким содержанием энергии, насыщенных жиров, трансжиров, сахара или соли и способствующих развитию ожирения и НИЗ; доступность повседневной ФА и занятий физической культурой; экологически безопасная среда обитания, чистый воздух, чистая вода и почва; жилищные условия, соответствующие санитарным нормам, включая горячее и холодное водоснабжение, канализацию, электрификацию, газификацию). Важным аспектом популяционной стратегии является тот факт, что она направлена на все население, включая лиц с низким и умеренным ССР. При этом ~80% взрослого населения в возрасте до 65 лет относятся именно к данной категории (кроме пациентов с диагностированными ССЗ, ассоциированными с атеросклерозом).

Второе направление стратегии — снижение доли граждан с высоким индивидуальным риском НИЗ, а также доли граждан, имеющих эти заболевания.

Особенностью реализации данного направления является снижение рисков на индивидуальном уровне. Главным содержанием действий являются раннее и максимально полное выявление граждан с высоким индивидуальным риском НИЗ и максимально широкий охват их профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных у них поведенческих и биологических ФР в рамках диспансеризации, профилактических медицинских осмотров и в центрах здоровья. Это стратегическое направление является, по сути, первичной профилактикой, реализуемой в рамках первичного звена здравоохранения.

Третье направление стратегии — комплекс мер по предупреждению развития осложнений у граждан, имеющих НИЗ, в рамках диспансерного наблюдения больных врачами участковой службы в организациях первичной медико-санитарной помощи. Главным содержанием мероприятий является диспансерное наблюдение и эффективный контроль АГ, ИБС, других ССЗ атеросклеротического генеза и их осложнений, ОНЗ после стандартного хирургического, лучевого и химиотерапевтического вмешательств, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и СД. Это направление является, по сути, вторичной профилактикой, реализуемой в рамках первичного звена здравоохранения.

Четвертое направление стратегии — обеспечение своевременной и эффективной профилактики осложнений и контроль течения НИЗ в рамках оказания специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Особая роль в рамках вторичной профилактики ССЗ отводится врачам стационаров, реабилитационных центров, санаторнокурортных учреждений, которые должны актуализировать важность оздоровления образа жизни пациентов и соблюдения врачебных рекомендаций. Всем пациентам с сердечно-сосудистыми и другими НИЗ с целью достижения безрецидивного течения заболевания и профилактики осложнений должны быть проведены: (1) своевременная консультация врача-специалиста, (2) обследование на наличие показаний к специализированному лечению, (3) специализированное, в т.ч. высокотехнологическое, лечение при наличии показаний к его проведению, (4) профилактическое консультирование и коррекция устранимых ФР в стационаре в процес-се (до или сразу после) специализированного (высокотехнологичного) вмешательства с участием врача, осуществляющего это вмешательство для повышения мотивации пациента к коррекции выявленных ФР и ведению здорового образа жизни, (5) медицинская реабилитация.

Суммарный сердечно-сосудистый риск: оценка и основные приоритеты

ФР потенцируют друг друга и их влияние на риск развития ССЗ и их осложнений. Выявление всех ФР необходимо для оценки ССР. Чем выше риск, тем активнее должны проводиться профилактические мероприятия (от коррекции образа жизни до медикаментозных). Тем не менее профилактика должна охватывать все слои населения, независимо от категории ССР, принимая во внимание, что Россия относится к группе стран очень высокого ССР. Также следует учитывать, что абсолютное количество смертельных исходов в популяции выше в группах низкого и умеренного риска ввиду их многочисленности.

Для выявления ФР и скрытых ССЗ необходимо проведение скрининга населения. Наиболее оправданны систематический (организованный) или оппортунистический (по возможности) виды скрининга. Последний означает использование возможности обследовать человека, обратившегося по какой-либо причине к врачу общей практики, участковому терапевту или другим специалистам. В РФ систематический скрининг проводится у населения в рамках ежегодных профилактических осмотров и диспансеризации. Учитывая очень высокий ССР российской популяции, данный вид скрининга следует инициировать уже у молодых лиц по достижении ими 18 лет, т.к. именно в России затраты на профилактические мероприятия могут быть экономически оправданными с точки зрения снижения частоты ССО в популяции, тогда как в странах невысокого ССР положительного влияния скрининга на исходы не ожидается. Определение ССР должно повторяться с определенной периодичностью: от 18 до 39 лет — 1 раз в 3-5 лет, от 40 до 65 лет — 1 раз в год. Организованные национальные программы по выявлению ФР у практически здоровых лиц старше 40 лет показали эффективность в отношении их последующего контроля, но не влияния на исходы.

Центральной идеей профилактики АССЗ является выявление пациентов, у которых лечение (устранение или коррекция) ФР принесет прогностическую пользу. Чем выше абсолютный ССР, тем более целесообразно устранение или максимально возможная коррекция ФР, поскольку это в перспективе позволит уменьшить число пациентов с установленными ССЗ, которым потребуется более интенсивное лечение уже с целью предотвращения ССО.

Оценка индивидуального ССР предполагает отнесение пациента к следующим категориям:

- в целом здоровых лиц (с низким и умеренным риском);
- лиц, имеющих АГ без доказанных АССЗ;
- пациентов с установленными АССЗ;
- пациентов с СД 2 типа;
- пациентов со специфическими ФР (хронической болезнью почек (ХБП), семейной гиперхолестеринемией (СГХС)).

Для каждой из этих категорий могут быть реализованы поэтапные, максимально персонализированные профилактические подходы ведения, основанные на общих принципах профилактики, оценке риска (в т.ч. резидуального риска у пациентов с установленными АССЗ) и информированного обсуждения с пациентом принципов снижения риска.

К категории в целом здоровых лиц и лиц, имеющих АГ без доказанных АССЗ, относятся пациенты без установленных АССЗ, СД 2 типа, ХБП, СГХС и тяжелой сопутствующей патологии.

Информирование о сердечно-сосудистом риске

Информирование о ССР является неотъемлемым компонентом совместного принятия решений. В рамках совместного с пациентом принятия решений (СПР) пациенты должны

получить всю необходимую информацию и возможность в желаемой ими степени влиять на принятие клинического решения.

Модели прогнозирования ССР на протяжении всей жизни позволяют выявлять лиц с высоким риском как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

Непосредственные терапевтические решения не рекомендуется основывать на относительном риске, поскольку ключевым критерием для начала лечения остается абсолютный риск.

Цели коммуникации врача и пациента

Врачи должны предоставлять пациентам персонализированное изложение рекомендаций с целью облегчения понимания, поддержки изменения образа жизни и приверженности к медикаментозной терапии, но практическая реализация этого сталкивается с различными препятствиями. Способность пациентов к оздоровлению образа жизни зависит от когнитивных и эмоциональных факторов, значимости диагноза или симптомов, социально-экономических факторов, уровня образования и психического здоровья. Осознаваемая предрасположенность к болезни и ожидаемая тяжесть последствий также являются важными составляющими мотивации пациента.

Полезны коммуникативные стратегии, такие как мотивационное интервью. Консультации могут проводиться с участием члена семьи или друга, особенно для пожилых пациентов. Установление контакта имеет первостепенное значение: перед тем, как поприветствовать пациента, важно закончить или прервать остальные дела, чтобы полностью сосредоточиться на беседе; далее важно внимательно слушать пациента, не забывая поддерживать зрительный контакт; опираться на изложенные пациентом сведения о его личной ситуации, а также активно выявлять его эмоции. В завершение беседы важно достигнуть договоренности о наиболее значимых вещах. Рекомендуется использовать принцип OARS (аббревиатура, означающая "открытые вопросы, подтверждение, рефлексивное слушание подведение итогов"), который помогает лучше понять и обобщить то, что наиболее важно для пациента, а также принцип SMART (от "конкретный, измеримый, достижимый, реалистичный, с четкими сроками"), который помогает договориться с пациентом о целях по изменению поведения. При этом необходимо учитывать способности пациента, его возможности (физические, социальные или обусловленные окружением) и мотивацию для изменения поведения. Рекомендуются мультидисциплинарные поведенческие подходы, сочетающие знания и навыки различных специалистов. Из дополнительных коммуникативных стратегий повышения мотивации пациентов рекомендуются такие подходы, как обсуждение дополнительных (не связанных с ССЗ) выигрышей от применения профилактических вмешательств, таких как предотвращение других НИЗ, положительное влияние на здоровье близких пациента, возможные финансовые выгоды, а также обсуждение особенностей профилактики ССЗ в уникальной ситуации конкретного пациента. Некоторые пациенты могут найти дополнительную мотивацию в помощи другим людям в аналогичной ситуации, например, в рамках пациентских организаций, путем адвокации проблемы ССЗ и кардиоваскулярной профилактики в социальных сетях и т.д.. Полезным может оказаться так-же использование "чек-листов", помогающих ничего не упустить при обсуждении риска.

Принципы профилактического консультирования

Для того, чтобы помочь пациенту изменить нездоровый образ жизни, необходимо придерживаться следующих принципов профилактического консультирования:

1. Установить хороший контакт с пациентом и добиться согласия на сотрудничество. Позитивное взаимодействие врач-пациент помогает справляться с заболеванием и облегчает переход к здоровому образу жизни. Пациент должен осознать, что усилий только медицинских работников недостаточно для достижения контроля над его заболеванием, необходима его активная позиция. Принятие решений врачом и пациентом в отношении методов лечения, контроля ФР, изменений образа жизни должно быть совместным, желательно при этом вовлечение семьи и ближайшего окружения пациента;
2. Выяснить мнение пациента о причинах его заболевания. Оно может кардинально отличаться от мнения врача. Необходимо расспросить пациента о его отношении к болезни (внутренняя картина болезни), связанных с ней переживаниях и страхах, обстоятельствах повседневной жизни;
3. Выявить имеющиеся у пациента ФР, оценить ССР и, используя Шкалу SCORE, наглядно показать пациенту степень его ССР, а также возможности ее снижения при достижении контроля каждого ФР;
4. Убедительно разъяснить пациенту связь того или иного ФР (и особенно их сочетания) с развитием ССЗ и их осложнений. Аргументами должны служить не расхожие формулы, вызывающие у пациента раздражение (такие как "никотин — это яд"), а современные научные данные, которые должны быть представлены на понятном пациенту языке. Если пациент не понимает связь между поведенческими ФР и своим заболеванием, добиться изменения образа жизни крайне трудно;
5. Выяснить мотивацию пациента к оздоровлению образа жизни. Если мотивация недостаточная, целесообразна дополнительная индивидуальная беседа. Может быть полезным и групповое профилактическое консультирование;
6. Необходимо составить поэтапный план модификации образа жизни. Например, 1 шаг — отказ от курения (2 мес.), 2 шаг — снижение МТ до надлежащей (6 мес.) и т.д. Поэтапная реализация плана облегчает достижение цели — оздоровление образа жизни в целом. При составлении плана модификации образа жизни необходимо ставить реалистичные задачи. Например, физически неактивным пациентам борьбу с гиподинамией можно начать с расширения двигательного режима в быту (отказ от пользования лифтом и пр.);
7. Если коррекция одного из ФР невозможна по каким-либо причинам, в т.ч. субъективным, например, пациенту не удается отказаться от курения, необходимо уделить большее внимание контролю других ФР;
8. Необходимо регулярно контролировать процесс модификации образа жизни пациента в ходе последующих визитов к врачу. Небольшие последовательные шаги — ключ к долгосрочному изменению поведения;

9. У пациентов с низкой степенью готовности к изменению образа жизни или неоднократно неудавшимися попытками контроля отдельных ФР (например, контроля курения или употребления алкоголя) целесообразно использовать мультидисциплинарный подход — привлекать к консультированию психологов, психотерапевтов, диетологов, наркологов и др.;

10. Лицам с высоким ССР и пациентам с ССЗ рекомендуется проведение группового профилактического консультирования (например, в Школе здорового питания, Школе по отказу от курения, Школе для больных АГ, Школе для больных СД, Школе для больных ИБС и др.). Обучение в Школах обеспечивает эффективную модификацию ФР, улучшение психологического состояния и качества жизни пациентов, а также повышает приверженность к медикаментозному лечению и реабилитации. Эффективность любых профилактических мероприятий повышается при вовлечении в них семьи пациента. Показано, что члены семьи, особенно супруги, имеют сходные поведенческие привычки. Наличие семейного анамнеза АГ, СД, как правило, бывает тесно связано с поведенческими традициями семьи, в частности, в отношении питания, ФА и пр.

Мужчины среднего возраста, несмотря на наличие явных ФР, редко расположены к коррекции ФР и изменению образа жизни. Как правило, более расположенными к сотрудничеству являются женщины, что целесообразно использовать для убеждения мужчин в необходимости модификации образа жизни и коррекции ФР. Кроме того, следует иметь в виду, что существуют контингенты лиц, у которых проведение профилактических мероприятий затруднительно. Среди них: социально-неблагополучные группы (лица с низким и очень низким доходом, низким уровнем образования); люди, лишенные социальной поддержки (одиноко проживающие люди, потерявшие близких и пр.); люди, находящиеся в состоянии стресса (дома или на работе), психологической дезадаптации и имеющие тревожные и/или депрессивные состояния.

Стратегия профилактики на популяционном уровне а популяционном уровне

Профилактика на популяционном уровне является действенным подходом к снижению ССЗ и смертности. Джеффри Роуз еще в 1981г описал две основные стратегии профилактики ССЗ и так называемый "парадокс" профилактики. Первая стратегия — это стратегия высокого риска, заключающаяся в поиске лиц с высоким риском и дальнейшей работе на индивидуальном уровне, а вторая — это массовая популяционная стратегия, призванная снизить уровни детерминант и ФР заболеваний и, следовательно, количество новых случаев заболеваний в популяции.

Парадокс же заключается в том, что даже небольшие сокращения ФР на уровне популяции приводят к значительному снижению риска заболеваний, в то время как существенное снижение риска у группы высокого ССР сопровождается весьма умеренным снижением общего популяционного риска. Поэтому еще в XX веке было сделано заключение о том, что стратегии профилактики должны дополнять друг друга, но приоритет должен оставаться за популяционной профилактикой. Это подтверждается в последних публикациях, согласно которым 80% инсультов и острых форм ИБС развивается у лиц с низким и средним риском и только 20% — у лиц с высоким риском. Согласно

оценкам экспертов, популяционная стратегия позволит предотвратить до 90% случаев инсульта, в то время как стратегия высокого риска — только 11%.

Несмотря на несомненную эффективность популяционной профилактики, включая экономический эффект, ее реализация является непростой задачей, которая выходит далеко за пределы системы здравоохранения. Наиболее эффективные меры лежат в плоскости законодательства на федеральном и региональном уровнях, экономики (например, налоги и субсидии), требуют вовлечения других секторов и отраслей экономики: средств массовой информации, спорта, образования и др. Залогом успешного внедрения популяционной профилактики является эффективное межсекторальное взаимодействие, однако инициатором и драйвером этого процесса должна быть система здравоохранения.

Создание единой здоровьесберегающей среды и здорового образа жизни населения предусматривает наличие механизмов межведомственного взаимодействия и координации усилий ключевых участников для увеличения продолжительности здоровой и активной жизни, реализации жизненного потенциала граждан, снижения уровня инвалидности и смертности.

Ключевые участники	Основные направления деятельности
Профессиональные медицинские научные организации	Научные исследования, пропаганда, продвижение здорового образа жизни, распространение научных знаний, разработка и внедрение в практику национальных рекомендаций по профилактике ССЗ
Образование	Обеспечение учебной программы по здоровому образу жизни на всех уровнях образования, создание среды для здорового образа жизни в образовательной среде
Правительство	Создание, поддержка и реализация законодательства и программ, поддерживающих инициативы по здоровому образу жизни на уровне населения
Медицинские организации	Интеграция мероприятий, направленных на здоровый образ жизни, в стандарт оказания медицинской помощи
Страхование	Обеспечение механизмов защиты инициатив в области здорового образа жизни
Некоммерческие организации	Создание, поддержка и реализация инициатив в области здорового образа жизни
СМИ	Распространение достоверной информации о здоровом образе жизни среди широкой общественности
Мобильное здравоохранение и технологии	Вывод на рынок технологических изобретений/достижений, поддерживающих инициативы по здоровому образу жизни
Работодатели	Создание среды здорового образа жизни на рабочем месте, программ здорового образа жизни для сотрудников
Пищевая промышленность	Обеспечение доступности здоровых продуктов питания, маркировка пищевых продуктов, ориентированная на здоровье
Индустрия здоровья и фитнеса	Обеспечение инфраструктуры и специалистов, способных предлагать населению программы здорового образа жизни
Отдельные лица и семьи	Потребители инициатив здорового образа жизни

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод, что важности профилактики ССЗ как для врача, так и для государства в целом. Зная и умея применять актуальные стратегии и принципы профилактики можно снизить смертность, увеличить среднюю продолжительность жизни, снизить экономические затраты на лечение пациентов.

Список литературы

1. Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации
2. Российский статистический ежегодник. 2021: Стат.сб./Росстат. – М., 2021 – 692 с
3. Демографический ежегодник России. 2021: Стат.сб./ Росстат. - М., 2021. – 256 с
4. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 15 марта 2022 г. N 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"
5. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2005, 4, 1: 4-9