Е.Ю. Зволинская

ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ



УДК 613
ББК 51.1(2)2

Зволинская Е.Ю.

Основы здорового образа жизни у пациентов различных возрастных категорий / Е.Ю. Зволинская. — М.: Даръ, 2019. — 160 с. — 12+.

ISBN 978-5-485-00608-2

В настоящем пособии представлены современные научно-клинические данные о факторах риска хронических неинфекционных заболеваний и их сочетаниях. Подробно освещены основные принципы здорового образа жизни и коррекции факторов риска в различных возрастных группах. В приложениях представлены рекомендации для пациентов.

Пособие предназначено для кардиологов, врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, врачей центров здоровья, отделений и кабинетов медицинской профилактики, врачей первичного звена здравоохранения, специалистов по профилактической медицине.

УДК 613
ББК 51.1(2)2

© Зволинская Е.Ю., текст, 2019
© Издательство «Даръ», 2019
© ООО ТД «Белый город», 2019

ISBN 978-5-485-00608-2

Оглавление

Список сокращений 4
Предисловие 7
Глава 1. Здоровый образ жизни в российском законодательстве 9
Глава 2. Курение 15
Глава 3. Артериальная гипертония 29
Глава 4. Избыточная масса тела и ожирение 43
Глава 5. Алкоголь 63
Глава 6. Низкий уровень физической активности 71
Глава 7. Повышенный уровень холестерина 77
Глава 8. Повышенный уровень глюкозы 93
Глава 9. Хронический стресс 112
Глава 10. Школы здоровья и роль волонтерского движения 124
Заключение 131
Приложения 135
Приложение 1. Рекомендации для пациентов по отказу от курения 135
Приложение 2. Рекомендации для пациентов с АГ 140
Приложение 3. Рекомендации для пациентов с избыточной массой тела и ожирением 142
Приложение 4. Памятка для пациентов, потребляющих алкогольные напитки в токсических для здоровья дозах 148
Приложение 5. Рекомендации для пациентов с низкой физической активностью 150
Приложение 6. Рекомендации для пациентов с высоким уровнем холестерина 152
Приложение 7. Рекомендации для пациентов сахарным диабетом 155
Приложение 8. Рекомендации для пациентов при хроническом стрессе 158

Глава 1. Здоровый образ жизни в российском законодательстве

По определению ВОЗ, здоровье — не просто отсутствие физических дефектов и заболеваний, но и совокупность социального, физического и душевного благополучия. Поддерживая здоровье и ЗОЖ , ВОЗ объявила 7 апреля Днем здоровья, поскольку именно в этот день в 1948 году, по Уставу ВОЗ, появилась первая трактовка понятия ЗОЖ, не изменившаяся по сей день. Не вызывает сомнения тот факт, что реализация принципов ЗОЖ неотъемлемо связана с социально-экономическими и поведенческими особенностями жизни человека. Всемирная организация здравоохранения к наиболее распространенным факторам, отрицательно влияющим на здоровье современного человека при неправильной организации жизни, относит:

1. Психоэмоциональные перегрузки.
2. Недостаточную физическую активность.
3. Нерациональное питание и связанную с этим избыточную массу тела.
4. Вредные привычки — курение, злоупотребление алкоголем, наркоманию [1].

В последние годы Правительство Российской Федерации предприняло ряд действий, направленных на увеличение числа граждан, ответственно относящихся к своему здоровью и ведущих ЗОЖ. Формирование ЗОЖ является одной из наиболее актуальных задач, стоящих перед современным обществом. Как сказано в Послании Президента РФ Федеральному Собранию от 12 декабря 2012 г.: «Мы вместе обязаны преодолеть безответственное отношение общества в вопросах здорового образа жизни» [2]. Вот почему популяризация ЗОЖ является

одной из наиболее актуальных задач, стоящих перед современным обществом.

Анализ последних публикаций показывает, что формированию ЗОЖ населения России уделяется немало внимания: изучены медицинские, педагогические, философские и социальные аспекты данной проблемы. В Российской Федерации за последнее десятилетие создана определенная нормативно-правовая база в виде федеральных и региональных законов об охране здоровья населения, которые, в частности, направлены на решение вопросов регулярной диспансеризации населения и вопросов профилактики заболеваний. Было принято законодательство по снижению распространенности потребления табака и связанных с курением негативных медицинских, демографических и других социально-экономических последствий. Была отражена государственная политика в области здорового питания, создании условий для занятий физической культурой.

На решение этих вопросов нацелен ряд постановлений Правительства. Прежде всего, это ст. 41 Конституции РФ [3], которая гласит, что «в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию». Обеспечение благополучия граждан и служит одним из основных условий реализации конституционного права на охрану и укрепление здоровья.

Еще одним законодательным актом является Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 г. № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»

В Приказе отмечено, что «формирование ЗОЖ у граждан, в том числе несовершеннолетних, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан (законных представителей лиц, указанных в части 2 статьи 20 Федерального закона от 21 но-

ября 2011 г. № 323-ФЗ) о ФР для их здоровья, формирование мотивации к ведению ЗОЖ и создание условий для ведения ЗОЖ, в том числе для занятий физической культурой и спортом» [4].

Профилактика НИЗ и формирование ЗОЖ у граждан, в том числе несовершеннолетних, включают комплекс следующих мероприятий:

1) проведение мероприятий по гигиеническому просвещению, информационно-коммуникационных мероприятий по ведению ЗОЖ, профилактике неинфекционных заболеваний и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) выявление нарушений основных условий ведения ЗОЖ, ФР развития НИЗ [5], включая риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определение степени их выраженности и опасности для здоровья;

3) оказание медицинских услуг по коррекции (устранению или снижению уровня) ФР развития НИЗ, профилактике осложнений НИЗ, включая направление пациентов по медицинским показаниям к врачам-специалистам, в том числе специализированных медицинских организаций; направление граждан с выявленным риском пагубного потребления алкоголя, риском потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача к врачу-психиатру-наркологу специализированной медицинской организации или иной медицинской организации, оказывающей наркологическую помощь;

4) проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров [5–10];

5) проведение диспансерного наблюдения за больными НИЗ, а также за гражданами с высоким риском развития ССЗ [10,11].

Общеизвестен факт, что в последние десятилетия происходило стремительное сокращение численности населения России. Но проблема современного российского общества не только в этом, но и в том, что теряется его качественный потенциал. Происходит деградация генофонда российской популяции. В связи с этим был разработан ряд программ [12,13], направленных на воспитание ответственного

отношения к своему здоровью у молодых людей, в частности — гл. 13 Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года, которая включает в себя административные, экономические, информационно-консультативные меры по формированию навыков ЗОЖ у подрастающего поколения [13].

Помимо общегосударственных программ и законодательных актов существуют еще и региональные. Например, ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» по поручению Департамента здравоохранения города Москвы и совместно с Московской городской Думой начиная с 2016 года реализует комплексный проект «Здоровая столица», направленный на профилактику неинфекционных заболеваний, формирование у населения культуры отношения к здоровью, повышение мотивации к сохранению своего здоровья.

Таким образом, тема ЗОЖ широко представлена и закреплена в российском законодательстве, которое, с одной стороны, предоставляет широкие возможности для воспитания приверженности к ЗОЖ у населения всех регионов России, а с другой стороны обязывает правительственные структуры и учреждения здравоохранения принимать конкретные меры по внедрению основ ЗОЖ в реальную клиническую практику.

Список литературы

1. http://www.who.int/suggestions/faq/ru/
2. *Путин В.В.* Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию 12 декабря 2012 года. URL: http://kremlin.ru/news/17118
3. http://constrf.ru/razdel-1/glava-2
4. Часть 3 статьи 30 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724;

2013, № 48, ст. 6165) (далее — Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ) (ред. от 03. 08. 2018 г.). https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025 (дата обращения 30.09.2018).

5. Приложение № 2 к Порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный № 36268). http://gob03.ru/docum/norm_doc/prikaz_ot_03_02_2015_N36an.pdf (дата обращения 30.09.2018).
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный № 36268. http://gob03.ru/docum/norm_doc/prikaz_ot_03_02_2015_N36an.pdf (дата обращения 30.09.2018).
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 г., регистрационный № 26511. http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-06122012-n-1011n/ (дата обращения 30.09.2018).
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. №1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный № 27961). http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-21122012-n-1346n/(дата обращения 30.09.2018).
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрирован в Министерстве

юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный № 27964). https://minjust.consultant.ru/documents/5772 (дата обращения 30.09.2018).

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 21 мая 2013 г., регистрационный № 28454). http://rulaws.ru/acts/Prikaz-Minzdrava-Rossii-ot-11.04.2013-N-216n/ (дата обращения 30.09.2018).
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 14 февраля 2013 г., регистрационный № 27072. http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-21122012-n-1344n/ (дата обращения 30.09.2018).
12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 28 марта 2013 г., регистрационный № 27909). http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-21122012-n-1348n/(дата обращения 30.09.2018).
13. Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 года. URL: http://2020strategy.ru/data/2012/03/14/1 214585998/1itog. pdf (дата обращения: 28.11.2012).

Глава 2. Курение

Как известно, курение является серьезной медико-социальной проблемой и одной из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире [1,2].

Последние Клинические рекомендации Российского респираторного общества и Ассоциации наркологов по синдрому зависимости от табака и отмены табака у взрослых (2018 г.) так сформулировали **Синдром зависимости от табака** — это комплекс поведенческих, когнитивных и соматических симптомов, который возникает после неоднократного использования табака или никотина и обычно включает сильное желание принять его; трудности в контролировании его употребления; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления табака или никотина в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; возрастание допустимых пределов употребления и иногда состояние абстиненции [3].

В России курение способствует высокому уровню смертности населения, который в 2,5 раза выше, чем в странах Европы с низкой продолжительностью жизни среди 53 стран Европейского региона ВОЗ. В 2016 году под руководством Министерства здравоохранения РФ было проведено репрезентативное эпидемиологическое исследование «Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (Global adult tobacco survey, GATS)» [7]. По данным исследования, 30,5% (36,4 млн) всех взрослых постоянно употребляли табак в любом виде (49,8% среди мужчин и 14,5% среди женщин). Курительный табак употребляли 30,3% из них (36,3 млн) (49,5% среди мужчин и 14,4% среди женщин). Доля ежедневно курящих взрослых составила 26,1% (31,2 млн) (43,9% среди мужчин и 11,3% среди женщин) [4].

Курение сигарет, несомненно, стало феноменом XX века, поскольку получило чрезвычайно широкое распространение и привело к серьезным медицинским и экономическим последствиям. По оценке ВОЗ, в настоящее время от болезней, связанных с потреблением табака (ИБС, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, рак легких, гортани, эмфизема легких и др.), во всем мире ежегодно умирают 6 млн человек, причем примерно половину из них составляют женщины. Прогнозируется, что количество смертей, обусловленных курением, увеличится к 2020 году до 8,4 млн.

В больших проспективных эпидемиологических исследованиях, проведенных в разных странах, показано, что у мужчин-курильщиков показатели смертности на 79% выше, чем у некурящих [5]. Преждевременное развитие ИБС считается важным медицинским последствием курения. Приблизительно 25% из более чем 500 тыс. смертей от ИБС в США обусловлены курением. В частности, у курящих мужчин риск возникновения ИБС на 60–70% выше, чем у некурящих. Внезапная смерть в возрасте 35–54 лет в 2–3 раза чаще наступает у мужчин-курильщиков, чем у некурящих. Результаты проспективного наблюдения, проведенного в России, показали, что у мужчин 40–59 лет атрибутивный риск (то есть риск, обусловленный конкретным фактором) курения составляет 41% для смерти от ИБС и 21% для смерти от МИ [6]. Вследствие низкой распространенности курения среди женщин в возрасте 30–69 лет атрибутивный вклад курения в смертность от ССЗ ниже, чем среди мужчин, и составляет 7% для ИБС и 10% для МИ. По мнению Комитета экспертов ВОЗ (1988), полный отказ от курения позволил бы снизить смертность от ИБС на 31%, от других ССЗ — на 21%. У курильщиков, в первую очередь, мозговая ткань и вся нервная система страдают от хронического кислородного голодания — это и головные боли, головокружение, снижение работоспособности, утомляемость, ухудшение усваивания нового. Со временем сосуды мозга, наравне со всей сосудистой системой, подвергаются кумулирующему токсическому влиянию табакокурения и, как следствие появляются осложнения в виде преходящих или стойких нарушений мозгового кровообращения (рис. 2.1).

Курение и относительный риск инсульта

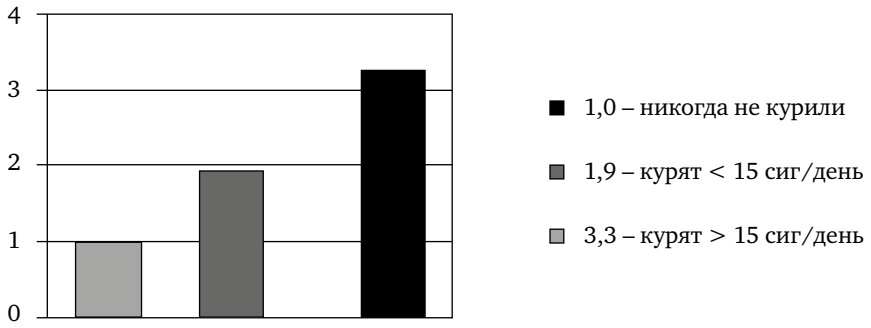


Рис. 2.1. Зависимость относительного риска инсульта от курения

По данным европейских исследований и исследований, проведенных на американском континенте, отказ от курения снижает смертность от острого коронарного синдрома (ОКС) на 23%, а от хронической сердечной недостаточности (СН) на 30% (рис. 2.2).

Курение и снижение смертности от стрых заболеваний сердца

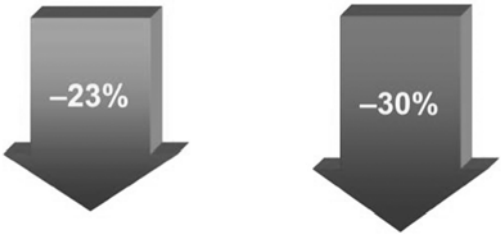


Рис 2.2. Влияние курения на смертность от острых заболеваний сердца

Распространенность курения в России является одной из самых высоких среди индустриально развитых стран. При этом в возрасте 20–39 лет курят примерно 2/3 мужчин. Распространенность курения среди женщин составляет около 10–26%, в максимальном детородном возрасте курит каждая четвертая-пятая женщина [6].

Прекращение курения приводит через 2–3 года к снижению степени сердечно-сосудистого риска (ССР). Для пациента, перенесшего ИМ, отказ от курения относится к наиболее эффективным среди всех профилактических мер. Очень важна также проблема пассивного курения, поскольку дым, выдыхаемый курильщиком и вдыхаемый окружающими (пассивными курильщиками), более токсичен, чем тот, который вдыхает сам курящий во время курения. В настоящее время доказано, что пассивное курение также ассоциируется с повышенным риском развития ССЗ. От него ежегодно умирают 600 тысяч человек.

В последнее время стала актуальной проблема употребления электронных сигарет. По данным канадского опроса [7], школьники, попробовавшие курить электронные сигареты, гораздо легче вовлекаются в курение обычных сигарет. Еще большему вовлечению в курение способствуют ароматизированные электронные сигареты [8]. Более того, е-сигареты способствуют вовлечению молодежи в курение, но никак не способствуют отказу от курения. При анализе способов курения табака целесообразно учитывать и культурные традиции региона проживания курильщиков. В некоторых регионах превалирует курение через воду (кальян) [9]. В связи с большой миграцией населения ближнего зарубежья этот способ употребления табака все более распространяется на территории России. Наиболее распространено курение кальяна в возрастной группе 18–24 лет (10,4% российской молодежи вовлечены в этот вид курения).

При длительном употреблении табака под воздействием вредных веществ табачного дыма, включая никотин, развиваются изменения со стороны бронхолегочной системы, проявляющиеся различными

симптомами и синдромами. К бронхолегочным симптомам относятся кашель, мокрота, одышка. К бронхолегочным синдромам относятся бронхиальная гиперреактивность и бронхиальная обструкция.

Диагностика

Рекомендуется всем пациентам измерение CO (угарного газа) выдыхаемого воздуха. На этапе постановки диагноза измерение CO выдыхаемого воздуха позволяет определить интенсивность курения табака, а также использовать его для усиления мотивации к отказу от курения. На этапе лечения данный показатель позволяет осуществлять контроль полного отказа от курения табака. Значения CO выдыхаемого воздуха от 6 до 10 ppm характерны для легкой степени курения, от 11 до 20 ppm — умеренной степени курения, более 21 ppm — тяжелой степени курения.

Пациентам с респираторными симптомами и жалобами целесообразно проведение оценки функционального состояния легких с помощью измерителя потоков выдыхаемого воздуха (спирометрия, пикфлоуметрия).

Рекомендуется использование опросника Фагерстрема для определения степени выраженности никотиновой зависимости (тест Фагерстрема).

Таблица 2.1.

Оценка степени никотиновой зависимости. Тест Фагерстрема

Вопрос	Ответ	Очки
1. Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут В течение первых 6–30 минут В течение первых 30–60 минут Через час	3 2 1 0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да Нет	1 0

Вопрос	Ответ	Очки
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром Все остальные	1 0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше 11–20 21–30 31 и более	0 1 2 3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, или в течение остального дня?	Да Нет	1 0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да Нет	1 0

Коэффициент:

0–2 — Очень слабая зависимость.
3–4 — Слабая зависимость.
5 — Средняя зависимость.
6–7 — Высокая зависимость.
8–10 — Очень высокая зависимость.

Лечение

Целесообразно назначение комбинации поведенческой и фармакологической терапии для лечения никотиновой зависимости [3]. Рекомендуется применение фармакологической терапии для пациентов со степенью никотиновой зависимости более 6 баллов по тесту Фагерстрема.

Для лечения табакокурения применяют медикаментозные и немедикаментозные методы. Существуют три группы препаратов, действие которых направлено на облегчение абстинентного синдрома у курильщиков.

1. Никотин-содержащие препараты для никотинзаместительной терапии (НЗТ). К ним относятся — никотинсодержащая жевательная

резинка, ингалятор и пластыри — трансдермальная никотинсодержащая система. Наиболее популярные из разряда никотинзаместительной терапии такие средства, как: Табекс, Цитизин, Лобелин, Никоретте, Гамибазин. Данные средства, как правило, рекомендуют людям со стажем курения от пяти и более лет.

В Российской Федерации зарегистрированы 4 формы никотинсодержащих препаратов:

1. Трансдермальный пластырь с длительным высвобождением никотина (16 и 24 часа) в дозировках: 16-часовой пластырь — 10, 15 и 25 мг; 24-часовой пластырь — 7, 14 и 21 мг.
2. Жевательная резинка — 2 и 4 мг.
3. Подъязычная таблетка — 2 мг.
4. Спрей для слизистой оболочки полости рта дозированный — 13,6 мг.

Курс лечения составляет от 3 до 6 месяцев. При очень высокой степени никотиновой зависимости лечение может продолжаться до 12 месяцев. Лечение начинается сразу же после полного прекращения потребления табачных продуктов. Для пациентов с очень высокой степенью никотиновой зависимости монотерапия может быть назначена до полного отказа от табака. Совместно с пациентом выбирается дата отказа от курения.

При полном отказе от табака количество жевательных резинок в сутки определяется степенью зависимости от никотина и обычно составляет 8–12 штук в сутки, но не должно превышать 15 штук в сутки. Основной критерий — максимальное снижение симптомов отмены. Применять жевательную резинку в указанном количестве следует до 3 месяцев, после чего ежедневное число резинок следует постепенно снижать до полной отмены. Жевательную резинку отменяют тогда, когда ее суточная доза составляет 1–2 штуки в сутки. Регулярное использование жевательной резинки более 12 месяцев обычно не рекомендуется, однако в некоторых случаях требуется более длительная терапия, чтобы не возобновить потребление табака. Если при использовании