

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российское научное медицинское общество терапевтов

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства»

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена» Министерства здравоохранения Российской Федерации

НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

### **Рекомендации**

МОСКВА 2013 г

## Авторский коллектив

### **Бойцов Сергей Анатольевич**

Доктор медицинских наук, профессор.

Директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России.

Вице-президент Российского кардиологического общества.

### **Чучалин Александр Григорьевич**

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН.

Директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства».

Заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Эксперт ВОЗ, председатель регионального отделения по СНГ INTERASTHMA, член исполнительного комитета Общества православных врачей, председатель исполнительного комитета Российского респираторного общества, «золотой» член Европейского респираторного общества, Американского торакального общества.

### **Арутюнов Григорий Павлович**

Доктор медицинских наук, профессор.

Заведующий кафедрой внутренних болезней и общей физиотерапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов.

Заслуженный врач Российской Федерации.

### **Биличенко Татьяна Николаевна**

Доктор медицинских наук.

Заведующая лабораторией клинической эпидемиологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства», член Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии, «золотой» член Европейского респираторного общества, член Российского респираторного общества.

### **Бубнова Марина Геннадьевна**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии неинфекционных заболеваний с основами доказательной медицины ГБОУ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Руководитель отдела реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии с лабораторией профилактики атеросклероза и тромбоза ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Вице-президент Российского общества-кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики.

### **Ипатов Петр Васильевич**

Доктор медицинских наук, профессор.

Ведущий научный сотрудник ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Заслуженный врач Российской Федерации.

Заместитель председателя Профильной комиссии по профилактической медицине Минздрава России.

**Калинина Анна Михайловна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

**Каприн Андрей Дмитриевич**

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН.

И.О. Директора Московского научно-исследовательского онкологического института им.

П.А.Герцена.

Заслуженный врач Российской Федерации.

**Марцевич Сергей Юрьевич**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии неинфекционных заболеваний с основами доказательной медицины факультета управления и экономики здравоохранения ГБОУ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава Российской Федерации.

Руководитель отдела профилактической фармакотерапии ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Председатель секции «Национальное общество доказательной фармакотерапии» РКО.

**Оганов Рафаэль Гегамович**

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН и РАЕН.

Заслуженный деятель науки Российской Федерации, Лауреат Государственной премии и премии Правительства Российской Федерации.

Руководитель отдела профилактики коморбидных состояний ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Член президиума ВАК, почетный Президент Российского кардиологического общества.

**Погосова Нана Вачиковна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний и Федерального центра здоровья ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава России.

Главный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения города Москвы.

Вице-президент Национального научного общества Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация.

**Старинский Валерий Владимирович**

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Заместитель директора по научной работе ФГБУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрава России.

**Стаховская Людмила Витальевна**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Директор НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Ответственный секретарь Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом (Россия).

**Ткачева Ольга Николаевна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Первый заместитель директора ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России по научной и лечебной работе, руководитель отдела комплексного снижения риска неинфекционных заболеваний.

**Чиссов Валерий Иванович**

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН.

Заслуженный деятель науки Российской Федерации, заслуженный врач Российской Федерации, Лауреат Государственной премии и премий Правительства Российской Федерации.

Главный специалист-онколог Минздрава Российской Федерации, руководитель хирургического отдела ФГБУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрава России.

**Шальнова Светлана Анатольевна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Вице-президент Российского кардиологического общества.

**Шестакова Марина Владимировна**

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН.

Директор Института диабета, заместитель директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

## ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, в том числе России, несмотря на существенный прогресс последних десятилетий в сфере диагностики и лечения этой патологии. ССЗ – ведущая причина смерти населения РФ (вклад в общую смертность составляет 57%). Коэффициент смертности (число умерших на 100000 населения) от БСК<sup>1</sup> в 2011 году в РФ составил 753 случая, тогда как в развитых европейских странах он в 3-4 раза ниже. Согласно данным официальной статистики 2011 года в России более 160 тыс. людей умирают от БСК в трудоспособном возрасте, что составляет 15,3% от всех умирающих по этой причине. Особенно это касается мужчин, смертность которых в 2011 г. составила 304 случая на 100 000 мужчин трудоспособного возраста. Женщины в трудоспособном возрасте умирают значительно реже – 65 случаев на 100 000 женщин трудоспособного возраста, однако общая смертность от БСК у женщин выше, чем у мужчин: 768 и 735 случаев на 100 000 женщин и мужчин соответственно.

Среди причин сердечно-сосудистой смертности на первом месте стоит ИБС (397 случаев на 100000 чел. или 53%), на втором – ЦВБ (233 случаев на 100000 чел. или 31%) [1].

Показатели ожидаемой продолжительности жизни в России ниже, чем в странах Европейского союза, на 8-11 лет. ССЗ – наиболее частая причина госпитализаций и потерь трудоспособности населения РФ. Экономический ущерб от ССЗ в РФ составляет около 1 триллиона рублей ежегодно [2].

Европейское общество кардиологов, Европейская ассоциация кардиоваскулярной профилактики и реабилитации и российские Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике выделяют 5 убедительных обоснований необходимости усиления мер по профилактике ССЗ [3]:

- 1) ССЗ – основная причина преждевременной смерти, инвалидности и высоких затрат здравоохранения;
- 2) в основе патологии наиболее часто лежит атеросклероз, протекающий многие годы скрытно и, как правило, уже сильно выраженный при появлении симптомов;
- 3) смерть от ССЗ, обусловленных атеросклерозом, инфаркт миокарда и инсульт часто развиваются внезапно, когда медицинская помощь не может быть оказана и поэтому многие эффективные клинические вмешательства в этих ситуациях не применимы или паллиативны;
- 4) широкая распространенность ССЗ достоверно связана с образом жизни и модифицируемыми биологическими факторами риска;
- 5) научно доказано, что модификация ФР снижает смертность и заболеваемость как среди лиц без признаков болезни, так и среди больных ССЗ.

### ***Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний***

В проспективных эпидемиологических исследованиях определены факторы, которые способствуют развитию и прогрессированию ССЗ. Это курение, нездоровое питание (недостаточное потребление овощей/фруктов, избыточное потребление насыщенных жиров и поваренной соли), низкая физическая активность и избыточное потребление алкоголя. Длительное негативное действие поведенческих факторов приводит к развитию так называемых биологических факторов риска ССЗ. В их числе артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, избыточная масса тела, ожирение и сахарный диабет. Существенный вклад в развитие и прогрессирование ССЗ вносят также психосоциальные факторы риска (низкий уровень образования и дохода, низкая социальная поддержка, психосоциальный стресс, тревожные и депрессивные состояния) [4].

Результаты крупномасштабных международных исследований, в частности, исследования INTERHEART, показали, что определяющее влияние на риск развития инфаркта миокарда оказывают девять факторов, независимо от региона проживания, так повышают риск развития ИМ: дислипидемия (ароВ/ароАI), курение, АГ, абдоминальное ожирение, психосоциальные факторы (стресс, социальная изоляция, депрессия), сахарный диабет, а понижают риск: употребление в достаточном количестве овощей и фруктов, регулярная физическая активность. Опубликованные в 2010 году результаты международного исследования INTERSTROKE показали, что практически те же факторы, и в первую очередь АГ, определяют риск развития мозговых инсультов.

Наибольший вклад в преждевременную смертность населения России вносят семь ФР: АГ (35,5%), гиперхолестеринемия (23%), курение (17,1%), недостаточное потребление овощей и фруктов (12,9%), избыточная масса тела (12,5%), избыточное потребление алкоголя (11,9%) и гиподинамия (9%) [5].

Принимая во внимание многофакторную этиологию ССЗ, тесную взаимосвязь ФР и их потенцирующее действие, их влияние на здоровье рассматривается не дихотомически, а суммарно в рамках общепризнанной концепции суммарного СС риска.

По данным ВОЗ более трёх четвертей всех смертей от ССЗ можно предотвратить за счет оздоровления образа жизни и коррекции поведенческих ФР [6].

Профилактика ССЗ, которая признана в настоящее время в России важной государственной задачей, требует координированных действий работников системы здравоохранения, образования, средств массовой информации, политиков, институтов гражданского общества. Она может осуществляться на популяционном (население в целом) и индивидуальном уровне (стратегия высокого риска и вторичная профилактика).

Наибольший профилактический эффект и влияние на показатели здоровья населения достигается при сочетании разных стратегий (популяционной, высокого риска, вторичной профилактики). Необходимо отметить, что разделение на первичную и вторичную профилактику в определенной мере условно. В связи с развитием и внедрением в практике методов визуализации патологических процессов в сосудах границы деления профилактики ССЗ на первичную и

вторичную постепенно стираются и теряют актуальность, заменяясь на представление о том, что атеросклероз – непрерывный процесс, имеющий длительную доклиническую (субклиническую) и клиническую стадии течения. Это представление о непрерывности процесса должно быть заложено в основу профилактики ССЗ как хронических заболеваний, которые начинают развиваться задолго до появления первых клинических симптомов. Больные часто умирают внезапно, не успев обратиться за медицинской помощью. В исследованиях показано, что профилактические меры (например, снижение АД и отказ от курения) эффективны в любом возрасте, в том числе в пожилом. В этой связи, основы ЗОЖ и в последующем профилактические мероприятия должны быть образом жизни, начинаться как можно раньше, включая соблюдение ЗОЖ беременной женщиной (до рождения ребенка) и продолжаться на протяжении всей жизни человека.

Основой профилактики ССЗ и их осложнений является *оздоровление образа жизни и устранение/коррекция факторов риска ССЗ*, а также раннее выявление ССЗ и риска их развития и эффективное лечение.

Ниже перечислены особенности образа жизни и поведенческих ФР, которые снижают вероятность ССЗ, обусловленных атеросклерозом [3]:

- Отказ от потребления табака (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств).
- Достаточный уровень физической активности в соответствии с рекомендациями, приведенными в табл. 7.1.
- Здоровое питание в соответствии с рекомендациями, приведенными в табл. 7.2.
- Контроль массы тела, отсутствие ожирения и избыточного веса (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств).
- Контроль артериального давления, АД ниже 140/90 мм рт. ст. (класс Pa пользы рекомендации, уровень A доказательств).
- Контроль уровня холестерина крови (уровень общего ХС крови ниже 5 ммоль/л или 190 мг/дл)(класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств).
- Контроль уровня глюкозы крови (уровень глюкозы плазмы крови натощак не выше 6,1 ммоль/л и НbA менее 7,0%), (класс I пользы, уровень A доказательств).
- Контроль психоэмоционального состояния (преодоление психоэмоционального стресса, снятие психоэмоционального напряжения) (класс Pa пользы, уровень B доказательств), особенно у лиц с очень высоким СС риском (класс I пользы, уровень A доказательств).

**Таблица 7.1. Рекомендации по физической активности  
в целях профилактики ССЗ и их осложнений [3]**

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

**Таблица 7.2. Рекомендации по питанию для профилактики ССЗ [3]**

<b>Рекомендации</b>	<b>Класс пользы</b>	<b>Уровень доказательств</b>
Здоровое питание, включающее: <ul style="list-style-type: none"> <li>- снижение потребления насыщенных жиров (менее 10% от общего калоража пищи) путем замены их на полиненасыщенные жирные кислоты,</li> <li>- максимально возможное ограничение потребления транс-жиров (менее 1% от общего калоража пищи),</li> <li>- потребление менее 5 г соли в день,</li> <li>- потребление 30-45 г клетчатки (пищевых волокон) в день, изцельнозерновых продуктов, фруктов, и овощей,</li> <li>- потребление 200 г фруктов в день (2-3 порции), -</li> <li>- потребление 200 г овощей в день (2-3 порции),</li> <li>- потребление рыбы, по крайней мере, два раза в неделю, один из которых будет жирная рыба,</li> <li>- ограничение потребления алкогольных напитков до 20 г/день (в пересчете на чистый спирт) для мужчин и до 10 г/день – для женщин, рекомендуется как основа профилактики ССЗ при условии, что энергетическая ценность пищи должна быть ограничена количеством калорий необходимых для сохранения (или достижения) здорового веса тела с ИМТ 25 кг/м<sup>2</sup>.</li> </ul>	I	B



## ***Приоритеты в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний***

Оценка суммарного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE, имеет ключевое значение, так как уровнем этого риска определяется выбор профилактической стратегии и конкретных вмешательств. Чем выше риск, тем больше пользы от профилактических мер (класс I пользы рекомендации, уровень C доказательств), выделяют следующие группы риска:

### *Очень высокий риск*

- Доказанный атеросклероз любой локализации (по данным ангиографии, МРТ, стрессэхокардиографии, дуплексного сканирования аорты и ее ветвей, сонных и других центральных артерий, а также перенесенный инфаркт миокарда, ОКС, реваскуляризация миокарда (4КВ, АКЛЛ) и другие процедуры по артериальной реваскуляризации, ишемический инсульт, облитерирующий атеросклероз периферических артерий).

- Сахарный диабет (тип 1 или тип 2) с одним и более ФР и/или повреждение органов-мишеней (например, микроальбуминурия 30-300 мг/сутки). Хроническая болезнь почек с выраженной почечной недостаточностью (СКФ <30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>). Суммарный СС риск по шкале SCORE >10% у лиц без клинических проявлений ССЗ.

### *Высокий риск*

- Значительно повышенный уровень отдельных ФР, например, семейная дислипидемия и АГ высокой степени тяжести.

- Сахарный диабет (тип 1 или тип 2), без ФР и поражения органов-мишеней.

- Хроническая болезнь почек умеренной степени тяжести (СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>).

- Суммарный СС риск по шкале SCORE >5% и <10% у лиц без клинических проявлений ССЗ.

### *Умеренный риск*

- Суммарный СС риск по шкале SCORE >1 и <5%

### *Низкий риск.*

Суммарный СС риск по шкале SCORE <1%

## ***Основные цели профилактики ССЗ в клинической практике:***

1. Помочь лицам с низким риском ССЗ продлить это состояние на долгие годы и помочь лицам с высоким суммарным СС риском уменьшить его.

2. Лицам с низким (< 1% по шкале SCORE) и умеренным (>1% и < 5% по шкале SCORE) СС риском для сохранения здоровья рекомендуется:

- не курить;

- соблюдать принципы здорового питания;

- поддерживать достаточный уровень физической активности: не менее 30 мин в день умеренной физической нагрузки;

- иметь индекс массы тела < 25 кг/м<sup>2</sup> при отсутствии центрального ожирения;

- поддерживать АД на уровне менее 140 мм рт. ст.;

- иметь уровень ОХС менее 5 ммоль/л (<190 мг/дл);
- иметь уровень ЛПНП менее 3 ммоль/л (<115 мг/дл);
- иметь уровень глюкозы в плазме крови натощак менее 6,1 ммоль/л (<110 мг/дл);
- избегать стрессовых ситуаций, вырабатывать навыки его преодоления;
- своевременно проходить диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры.

3. Лицам с высоким суммарным СС риском (5-9% по шкале SCORE или значительно повышенными уровнями отдельных ФР, например, семейной гиперхолестеринемией или АГ высокой степени тяжести) дополнительно рекомендуется достичь более жесткого контроля следующих факторов риска:

- ОХС крови менее 4,5 ммоль/л (<175 мг/дл), предпочтительнее менее 4 ммоль/л (<155 мг/дл), при отсутствии противопоказаний;
- ЛПНП менее 2,5 ммоль/л (<100 мг/дл) (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств);
- уровень глюкозы в крови натощак менее 6,1 ммоль/л (<100 мг/дл) и HbA1c < 6,5%, при отсутствии противопоказаний (класс Ib пользы рекомендации, уровень B доказательств);

4. Лицам с очень высоким суммарным СС риском (больные с установленным диагнозом атеросклероза любой локализации; СД 2 и 1 типа с микроальбуминурией; хронической болезнью почек; суммарным риском по шкале SCORE >10%) дополнительно рекомендуется контролировать ЛПНП и держать их уровень ниже 1,8 ммоль/л (<70 мг/дл), при невозможности достижения этого уровня добиться снижения его на 50% от исходного уровня (класс I пользы, уровень A доказательств).

### **Суммарный сердечно-сосудистый риск, прогностическое значение и методика определения <sup>2</sup>**

Оценка абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни (суммарный СС риск) производится при помощи Европейской шкалы SCORE, предназначенной для стран очень высокого риска, к которым относится и Российская Федерация (Приложение 5). К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям (событиям) относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ИБС, от инсульта.

Шкала SCORE не используется у пациентов с доказанными ССЗ атеросклеротического генеза (ИБС, ЦВБ, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий), сахарным диабетом 1 и 2 типа с поражением органов мишеней, хроническими болезнями почек, у лиц с очень высокими уровнями отдельных ФР, лиц в возрасте старше 65 лет (данные группы лиц имеют очень высокий СС риск) и граждан в возрасте до 40 лет, так как вне зависимости от наличия ФР (за исключением очень высоких уровней отдельных ФР) у них по шкале определяется СС риск как низкий. Суммарный СС риск может быть выше, чем по шкале SCORE и шкале относительного риска, у лиц:

- с избыточной массой тела или ожирением, в том числе с абдоминальным ожирением, особенно у молодых, с низкой физической активностью (сидячей работой);

- социально обездоленных;
- с сахарным диабетом: шкалу SCORE следует использовать только у пациентов с сахарным диабетом 1 типа без поражения органов-мишеней (риск возрастает с увеличением концентрации сахара в крови);
- с низким уровнем ХС ЛПВП, с повышенным содержанием триглицеридов, фибриногена, аполипопротеина В (апоВ) и липопротеина(а), особенно в сочетании с семейной гиперхолестеринемией;
- с доказанным атеросклеротическим поражением сонных артерий, но без клинических проявлений недостаточности мозгового кровообращения;
- с умеренной и тяжелой хронической болезнью почек [скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <60 mL/min/1,73 м<sup>2</sup>];
- с семейным анамнезом раннего развития ССЗ у ближайших родственников.

Шкалу SCORE можно использовать и для ориентировочной оценки общего числа (фатальных+нефатальных) сердечно-сосудистых событий (осложнений) в предстоящие 10 лет жизни – оно будет примерно в три раза выше, чем число, полученное по шкале SCORE при оценке только фатальных сердечно-сосудистых событий (осложнений).

### ***Роль участкового (цехового) врача, врача общей практики (семейного) в профилактике ССЗ***

Профилактика ССЗ в учреждениях ПМСП, на индивидуальном и групповом уровнях должна быть системной и проводиться в постоянном режиме при всех обращениях за медицинской помощью по любому поводу, а не только во время проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. При этом большое значение придается участковым (цеховым) врачам-терапевтам, врачам общей практики (семейным), фельдшерам, т.к. именно они имеют наиболее частые контакты с населением и в большинстве случаев хорошо информированы о социальном окружении своих пациентов и особенностях прикрепленного для медицинского наблюдения населения или трудовых коллективов.

Необходимо, чтобы все пациенты, обращающиеся в учреждения ПМСП знали уровни своих ФР и величину СС риска, поэтому, желательно уточнять уровни ФР и величину СС риска у всех лиц<sup>3</sup>, обратившихся впервые в текущем году по любому поводу за медицинской помощью, и в зависимости от конкретного состояния проводить поддерживающие краткие профилактические консультирования, что, несомненно, способствует закреплению не только знаний пациентов о факторах риска, но и мотивации к снижению повышенных уровней и выполнению рекомендованных врачебных назначений.

Выявление основных ФР и оценка СС риска целесообразны также и при обращении к врачу (фельдшеру) здравпункта и фельдшеру фельдшерско-акушерского пункта (ФАП) – приказом

Минздрава России от 15.05.2012 г., №543н в стандарт их оснащения включен экспресс-анализатор уровня общего ХС и глюкозы крови, а в функциональные обязанности введено проведение профилактики ССЗ.

Информация о наличии, уровнях ФР, данных пациенту рекомендациях и результатах их выполнения должна быть отражена в амбулаторной карте пациента.

Стратегия вторичной профилактики у лиц, имеющих доказанные ССЗ, осуществляется преимущественно лечащими участковыми врачами и врачами стационаров в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. Факторная профилактика ССЗ у этих лиц может проводиться врачами (фельдшерами) ОМП (КМП).

Следует особо подчеркнуть ведущую *роль врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики* в обеспечении непрерывности и преемственности мер по профилактике ССЗ (первичная профилактика) и их осложнений (вторичная профилактика), в том числе в рамках диспансеризации (см. раздел IV рекомендаций). Без их активной позиции и участия не может быть успешной вся профилактическая работа в первичном звене здравоохранения.

В функциональные обязанности участкового врача входит весь комплекс мер по вторичной профилактике ССЗ, осуществляемому в процессе диспансерного наблюдения (контроля) пациентов, согласно приказа МЗ РФ № 1344н от 21.12.12 г. (см. раздел IV рекомендаций, таблица 4.1).

### ***Роль врача-кардиолога ПМСП в профилактике ССЗ***

Врач-кардиолог помимо основных функциональных обязанностей по консультированию и лечению пациентов с ССЗ в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, также оказывает консультативно-методическую помощь врачам-терапевтам и врачам общей практики (семейным врачам) при оказании профилактических услуг кардиологическим пациентам и пациентам с высоким риском ССЗ, когда назначения могут быть сопряжены с рисками (например, увеличение уровня физической нагрузки или назначение никотинзаместительной терапии больным ИБС и др.) – Кардиолог играет ключевую роль в реализации эффективной вторичной профилактики у больных, имеющих ССЗ, особенно при осложненном их течении, перенесших инфаркт миокарда, эндоваскулярные вмешательства и хирургические операции на сердце. Пациентам, находящимся под его диспансерным наблюдением, он проводит индивидуальное краткое, при необходимости углубленное, профилактическое консультирование, организует школы здоровья совместно с ОМП(КМП). Для коррекции поведенческих факторов риска ХНИЗ, он может направлять пациентов к врачу психотерапевту или психологу, а так-же в ОМП (КМП).

### ***Роль среднего медицинского персонала в профилактическом консультировании***

Профилактическое консультирование может проводиться средним медицинским работником при условии овладения им методов индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования в рамках циклов тематического усовершенствования.

В ряде европейских стран в условиях различных систем оказания медицинской помощи показана результативность и эффективность вовлечения в профилактическую работу с пациентами, медицинских сестер. Так, например, в мультидисциплинарной профилактической программе EUROACTION (пациенты с ИБС и высоким риском ССЗ), проводившейся в восьми странах и координируемой медицинскими сестрами с ориентацией на семью (в стационаре и в амбулаторной практике), достигнуто в большинстве случаев оздоровление образа жизни: соблюдение принципов здорового питания, повышение уровня физической активности, а также более эффективный контроль повышенного АД.

### ***Серьезную угрозу для больных с ССЗ создают сезонные эпидемии гриппа***

По данным Центра контроля заболеваний и профилактики (CDC) в период сезонного гриппа 2010-2011 гг, среди взрослых, госпитализированных с лабораторно подтвержденным гриппом, 38% имели ССЗ. Риск заболеть гриппом, требующим госпитального лечения, у больных с ССЗ оказался в 2,7 раза выше, чем у остального населения аналогичного возраста. Результаты двух исследований показали значительное снижение сердечно-сосудистой смертности в группе вакцинированных пациентов по сравнению с невакцинированными (6% и 17% соответственно в одном исследовании и 9,5% и 19% соответственно в другом исследовании) [13].

Европейское кардиологическое общество [3, 14], Американская ассоциация сердца и Американская коллегия кардиологов [15] рекомендуют иммунизацию против гриппа инактивированной вакциной (вводится внутримышечно) в рамках комплексной вторичной профилактики у лиц с ИБС и другими ССЗ атеросклеротического генеза (класс I пользы рекомендации, уровень B доказательств).

В связи с явно недостаточным уровнем реализации этой достаточно простой и высоко эффективной профилактической меры, Государственный департамент здравоохранения США и Центр контроля заболеваний и профилактики в специальном обращении к медицинским провайдерам и специалистам первичной медико-санитарной помощи призывают их активизировать работу по убеждению пациентов с ССЗ не только ежегодно проводить вакцинацию против гриппа, но и использовать другие простейшие меры по профилактике респираторных вирусных инфекций [13, 16]:

- пользоваться разовыми бумажными салфетками, а не носовыми платками для прикрытия рта и носа во время кашля или чихания;
- стараться не прикасаться руками к глазам, носу и рту;
- часто мыть руки водой с мылом, особенно после кашля или чихания.

Для элиминации вирусов респираторных инфекций из полости рта и носа целесообразно также частое полоскание горла и промывание носа. В этом отношении интерес представляет специальный раствор для промывания носа Долфин, по своему электролитному составу близкий к морской воде (плазме крови) с добавками растительных экстрактов солодки и шиповника, который можно использовать также и для полоскания горла. Профилактический и терапевтический эффект от применения которого показан в ряде исследований [17].

Следует обратить внимание, что синдром общей интоксикации, кашель, насморк, головная боль являются мощными побудительными мотивами к отказу от курения, по этой причине на приеме курящего пациента с ОРЗ всегда необходимо краткое профилактическое консультирование по отказу от курения. В состав комплексной терапии таких пациентов, кроме указанных мер элиминации вируса из полости рта и носа, целесообразно рекомендовать ингаляционное применение эфирных масел: по данным Шпагина Л.А и соавт. (2012) применение карманного ингалятора с эфирными маслами активно способствует снижению никотиновой зависимости и отказу от табакокурения.

*Роль врача (фельдшера) ОМП (КМП) в профилактике ССЗ, особенно первичной, является в учреждениях ПМСП ключевой. Врач (фельдшер) ОМП(КМП) помимо выполнения задач диспансеризации и профилактических медицинских осмотров (см. раздел IV рекомендаций) обеспечивает проведение комплекса профилактических мероприятий как в рамках первичной, так и вторичной профилактики ССЗ:*

- проводит индивидуальное углубленное профилактическое консультирование лиц с высоким и очень высоким суммарным СС риском с целью коррекции ФР, как по обращаемости, так и по направлениям врачей (фельдшеров);

- организует и проводит диспансерное наблюдение пациентов с высоким СС риском в соответствии с приказами МЗ РФ №1006н от 03.12.12 г., №1011н от 06.12.12 г. и №1344н от 21.12.12 г.;

- организует и проводит школы здоровья для пациентов с ФР ССЗ с участием лечащих врачей и медицинского психолога, при необходимости других специалистов (кардиолога, диетолога и пр.);

- оказывает на регулярной основе методическую помощь медицинским работникам учреждения по вопросам факторной профилактики ССЗ (плановые занятия, индивидуальные консультации, выступления на врачебных конференциях и др.);

- совместно с участковыми врачами-терапевтами проводит на регулярной основе работы по повышению уровня информированности населения, обслуживаемого медицинским учреждением, и его мотивации к сохранению и укреплению здоровья, ЗОЖ.

Контроль поведенческих ФР должен начинаться как можно раньше (с детского и подросткового возраста) и продолжаться в течение всей жизни, особенно у группы лиц высокого риска развития ССЗ и пациентов с ССЗ. Исследования свидетельствуют, что пациенты считают врачей надежным источником информации о здоровье и хотят получить от них квалифицированную помощь в отказе от вредных привычек и стереотипов поведения. Именно поэтому профилактическое

консультирование пациентов с ССЗ и высоким риском их развития должно стать неотъемлемой частью повседневной работы всех врачей (фельдшеров) ПМСП. Основные принципы профилактического консультирования лиц с ССЗ и высоким СС риском (краткого и углубленного) основываются на общих принципах профилактического консультирования (см. раздел XIII рекомендаций).

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 не столько с наследственными факторами, сколько с поведенческими традициями семьи, в частности, в отношении питания, физической активности, склонности к злоупотреблению алкоголем, курению. При этом важно учитывать и тендерные особенности – более расположенными к взаимодействию с врачами и выполнению врачебных назначений чаще бывают женщины, что целесообразно использовать для убеждения мужчин в необходимости модификации образа жизни и коррекции поведенческих ФР, т.к. показано, что мужчины, особенно молодого и среднего возраста, несмотря на наличие явных ФР, редко расположены к их коррекции и изменению образа жизни. В некоторых группах населения возможны затруднения при проведении профилактических мероприятий, что требует от врача не только профессиональной подготовки, но и знаний психологии поведения и навыков консультирования в таких ситуациях. Это относится к социально-неблагополучным группам (лица с низким и очень низким доходом, низким уровнем образования), пациентам, лишенным социальной поддержки (одиноко проживающие люди, потерявшие близких и пр.), находящихся нередко дома или на работе в состоянии стресса или психологической дезадаптации, имеющих тревожные и/или депрессивные состояния.

Оценка риска, нефармакологическая терапия и профилактическое консультирование должны осуществляться у всех больных с ССЗ независимо от вида и тяжести заболевания по выше изложенным принципам. Особое значение эти действия имеют у больных с АГ и клиническими проявлениями атеросклероза любой локализации в силу их наиболее отчетливой зависимости от ФР ХНИЗ, широкой распространенности и определяющей доле в структуре смертности населения.

### ***Нефармакологическая терапия и профилактическое консультирование больных артериальной гипертонией***

РКИ подтверждают эффективность нескольких нефармакологических профилактических мер по снижению повышенного АД у пациентов с АГ за относительно короткие (до 1 года) и длительные (до 2 лет) периоды изучения результатов вмешательств. В частности, доказано достоверное снижение повышенного АД при снижении массы тела пациентов с избыточной массой тела, при повышении недостаточной физической активности, при снижении уровня потребления натрия (поваренной соли), при повышении потребления калия с пищевыми добавками, при снижении потребления алкоголя, при снижении уровня психоэмоционального напряжения/стресса [7].

В этих исследованиях определена и величина снижения АД в зависимости от применяемого вмешательства:

- снижение массы тела на 2-10 кг приводит к снижению уровня САД на 4-15 мм рт.ст.;
- умеренное повышение физической активности приводит к снижению уровня САД на 5-7 мм рт.ст.;
- снижение потребления соли до 100 ммоль/л (1 чайная ложка) приводит к снижению САД в среднем на 5,8 мм рт.ст.;
- потребление 60 ммоль (=60 мг-экв) калия с пищевыми добавками приводит к снижению САД в среднем на 3,1 мм рт.ст.;
- сокращение на 50% потребления алкоголя у лиц, употреблявших 200-400 мл алкогольных напитков в неделю (в пересчете на чистый этанол), приводило к снижению САД в среднем на 3,3 мм рт.ст.;
- у лиц, получающих одно- или многокомпонентное вмешательство по управлению стрессом происходит снижение САД на 9-10 мм рт.ст.

Перечисленные нефармакологические вмешательства являются также эффективными мерами для первичной профилактики АГ [8].

Оздоровление образа жизни может быть самостоятельной лечебной мерой у пациентов с незначительно повышенным АД, но ее также следует всегда рекомендовать пациентам с любым повышением АД, получающим АГП, поскольку это может существенно повысить эффективность лечения и позволит снизить дозы принимаемых лекарств.

*Изменение образа жизни при АГ включает:*

- отказ от курения;
- снижение избыточной массы тела;
- уменьшение потребления соли до 5 г/день;
- ограничение потребления алкоголя (не более 20 г/день у мужчин и не более 10 г/день этанола у женщин); потребление овощей/фруктов (не менее 400 г/день);
- ограничение в рационе насыщенных жиров и холестерина;
- регулярную физическую активность при малоподвижном образе жизни.

Рекомендации пациентам с повышенным АД и уровни их доказательств представлены в таблице 7.3.

Методы фармакологической коррекции факторов риска ССЗ и вторичной профилактики ССЗ представлены в разделе VIII.



Таблица 3. Рекомендации пациентам с повышенным АД и уровень их доказательств [3]

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Образ жизни, включающий контроль массы тела, оптимизацию физической активности, ограничение потребления алкоголя, соли, увеличение потребления фруктов, овощей, потребление нежирных молочных продуктов, рекомендуется всем больным с АГ и лицам с высоким нормальным АД.	I	B
Оценка суммарного СС риска с использованием шкалы SCORE рекомендуется в качестве минимального требования для каждого пациента с повышенным АД.	I	B
Субклинические атеросклеротические поражения органов прогнозируют сердечно-сосудистые фатальные события независимо от СС риска, по этой причине оценку субклинических повреждений органов следует поощрять, особенно у лиц с низким или умеренным СС риском.	IIa	B
Рекомендуется сразу назначать медикаментозное лечение при АГ 3-й степени, а также у пациентов с 1-й или 2-й степенью АГ, которые имеют высокий или очень высокий СС риск.	I	C
У пациентов с АГ 1-й или 2-й степени, с умеренным суммарным СС риском, медикаментозное лечение может быть отложено на несколько недель, а у пациентов с АГ 1-й степени без каких-либо других ФР – на несколько месяцев для условия попытки снижения АД путем изменения образа жизни пациента.	IIb	C
Систолическое АД должно быть снижено до уровня менее 140 мм рт.ст. и диастолическое АД менее 90 мм рт.ст. у всех больных с АГ.	IIa	A
Все больные АГ с установленным ССЗ или сахарным диабетом 2 типа, или с высоким СС риском (по шкале SCORE) должны быть оценены с позиции назначения терапии статинами.	IIa	B
Антиагреганты, в частности, низкие дозы АСК, рекомендуются для больных АГ с сердечно-сосудистыми событиями (осложнениями).	I	A
Антитромбоцитарная терапия может рассматриваться у пациентов с АГ без ССЗ, но с пониженной функцией почек или при высоком СС риске.	IIb	A

***Особенности профилактического консультирования больных с высоким и очень высоким суммарным СС риском и клиническими проявлениями атеросклероза любой локализации***

У этой категории пациентов все профилактические мероприятия должны проводиться наиболее активно с целью достижения целевых уровней ФР. Наиболее оптимальный эффект достигается при мультидисциплинарных вмешательствах – сочетании усилий, знаний и навыков

терапевтов, медсестер, психологов, диетологов, кардио-реабилитологов и врачей лечебной физкультуры, что существенно повышает эффективность вторичной профилактики ССЗ.

Доказана эффективность группового профилактического консультирования (Школы здоровья для больных) пациентов, перенесших ИМ, вмешательства по реваскуляризации миокарда, больных с АГ, СД, сердечной недостаточностью. Отечественный опыт работы «Коронарных клубов», «Школ для больных ИМ» и «Школ для больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования» показал, что технология группового обучения пациентов обеспечивает существенное улучшение основных показателей эффективности реабилитации и вторичной профилактики ИБС. Участие в групповом обучении не только дает больным необходимые знания, но и обеспечивает им необходимую социальную поддержку, как со стороны медицинских работников, так и со стороны других пациентов. Школа способствует формированию у больных адекватных представлений о причинах заболевания, пониманию факторов, влияющих на прогноз, значительно повышает приверженность больных и их близких следовать рекомендациям и назначениям врача, позволяет обучить больных навыкам, помогающим преодолеть сложившиеся годами негативные для здоровья стереотипы поведения.

Важной составной частью профилактического консультирования больных ССЗ является обучение пациентов навыкам самоконтроля и оказания самопомощи (контроль массы тела, особенно важен при застойной сердечной недостаточности; контроль АД, уровня глюкозы крови у больных СД, оказание самопомощи при ишемическом сердечном приступе, пароксизме мерцания предсердий, резком повышении АД и других состояниях). Необходимо обучить пациентов с ССЗ и лиц с высоким суммарным СС риском, а также их близких правилам неотложных действий, приема необходимых лекарств и своевременного вызова скорой медицинской помощи при острых жизнеугрожающих состояниях: при развитии острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения, гипертонического криза, острой сердечной недостаточности и внезапной сердечной смерти (см. Приложение 2), как основных причин высокой внегоспитальной смертности в России — более 80% от числа всех умирающих от ССЗ [9].

В ряде стран имеется опыт программ самопомощи пациентам ССЗ (поддерживаются фондами, общественными организациями), которые направлены на повышение ответственности пациентов за контроль над заболеванием, включая приверженность лечению, формирование партнерства с врачом. Такие программы способствуют улучшению качества жизни пациентов, помогая им справляться с болезнью в повседневной жизни [10]. Рекомендации по самопомощи и уровень доказательств их пользы представлены в таблице 7.4.

Таблица 7.4. Рекомендации по самопомощи и уровень доказательств их пользы [3]

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Пациенты с ССЗ могут участвовать в программе самопомощи по уровня физической активности или в программе повышению осведомленности о необходимости коррекции ФР, поддержания добросовестного самоуправления при приеме пероральных антикоагулянтов.	IIa	B

*Профилактическое консультирование пациентов с ССЗ и психосоциальными факторами риска, которые являются независимыми*

ФР ССЗ, осложнений и смерти от ССЗ. К числу таких факторов относятся стресс острый и хронический (на работе и в семейной жизни), низкая социальная поддержка (социальная изоляция), низкий социально-экономический статус, тревожные и депрессивные состояния. Психосоциальные факторы в значительной мере отягощают клиническое течение ССЗ, существенно снижают приверженность больных к лечению и выполнению рекомендаций по коррекции образа жизни, ухудшают качество жизни больных, увеличивают риск инвалидизации, что повышает расходы системы здравоохранения.

Основным методом выявления указанных психосоциальных факторов является опрос и сбор анамнеза пациента, а также применение различных анкет-опросников и тестирующих компьютерных программ, в том числе с выдачей заключения и персональных рекомендаций. Широко используется в клинической практике Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Приложение 4), валидизированная в России [11]. Шкала служит скрининговым инструментом для выявления наиболее часто встречающихся в общей медицинской практике психопатологических расстройств – тревожных состояний и депрессии.

Коррекция психосоциальных ФР способствует улучшению психологического статуса, качества жизни больных, их приверженности к медикаментозному лечению и изменению образа жизни в позитивном направлении. Лицам с низкой социальной поддержкой необходимо проведение разъяснительной беседы по поводу данного ФР. Рекомендуется расширение социальных контактов, участие в формальных и неформальных объединениях по интересам, а также групповом психологическом тренинге. Лицам с высоким суммарным СС риском, больным ССЗ, имеющим высокий уровень психоэмоционального стресса, даются следующие рекомендации:

- нормализовать повседневный режим труда и отдыха;
- обеспечить ночной сон длительностью не менее 7-8 часов;
- использовать выходные и праздничные дни, ежегодный отпуск для полноценного активного отдыха;
- оптимизировать физическую активность (по показаниям ежедневные пешие прогулки в среднем темпе, плавание, другие виды аэробной нагрузки);

- освоить несложные техники релаксации (дыхательный тренинг, аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация).

В случае необходимости проводится индивидуальное или групповое консультирование пациента у психолога/психотерапевта.

Из эффективных немедикаментозных мер коррекции психоэмоционального напряжения используются когнитивная и поведенческая психотерапия, увеличение физической активности и реабилитация в санаторно-курортных условиях (особенно после перенесенного ИМ, ОКС, инсульта, операции реваскуляризации миокарда).

При наличии клинически значимых симптомов тревоги и депрессии следует рассмотреть вопрос о проведении психотерапии, назначении медикаментов или их комбинации, что может способствовать коррекции аффективных симптомов и улучшению качества жизни, связанного со здоровьем, однако он не всегда позволяет достичь четкого положительного воздействия на прогноз ССЗ. Класс рекомендаций по коррекции психосоциальных факторов и уровень их доказательств представлены в таблице 7.5.

Таблица 7.5. Рекомендации по управлению психосоциальными факторами [3]

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Мультимодальные поведенческие вмешательства, включающие обучение пациента методам преодоления психоэмоционального напряжения/стресса, физические упражнения и психологическое консультирование, должны быть предписаны лицам с наличием психосоциальных факторов риска	I	A
В случае клинически значительных симптомов депрессии, тревожности и враждебности, должны быть рассмотрены психотерапия или психотерапия в сочетании с лекарственной терапией. Такой подход может уменьшить проявления указанных признаков и повысить качество жизни, связанное со здоровьем, хотя доказательств определенного положительного эффекта на кардиальные конечные точки неубедительны	IIa	A

При клинически значимых тревожных расстройствах назначаются препараты с доказанным противотревожным (анксиолитическим) эффектом. Чаще всего используются бензодиазепиновые транквилизаторы, которые позволяют быстро купировать тревогу у самых разных категорий пациентов. Бензодиазепиновые транквилизаторы могут применяться только непродолжительное время в связи с опасностью развития привыкания. В этой связи представляется перспективным использование небензодиазепиновых анксиолитиков, к которым привыкание не развивается, например, гидроксизина или морфолиноэтилтиоэтоксипензимидазола.

При депрессивных и тревожно-депрессивных состояниях препаратами выбора являются антидепрессанты. Антидепрессанты нормализуют патологически измененное гипотимическое (депрессивное) настроение и способствуют редукции когнитивных, двигательных и соматовегетативных проявлений, обусловленных депрессией. В то же время антидепрессанты, помимо собственно антидепрессивного, имеют выраженное противотревожное действие, в связи с чем они эффективны в лечении смешанных тревожнодепрессивных состояний.

Для использования в общей медицинской практике рекомендуются антидепрессанты новых поколений, предпочтительно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). У препаратов этой группы благоприятный кардиальный профиль, они хорошо переносятся и безопасны даже у наиболее уязвимых категорий больных, например, пожилых больных и больных ССЗ. Наибольшая доказательная база по применению антидепрессантов в кардиологической практике накоплена в отношении двух препаратов из группы СИОЗС – сертралина и циталопрама. Результаты РКИ свидетельствуют, что сертралин и циталопрам безопасны при назначении больным ИБС и эффективны при лечении депрессий средней тяжести, тяжелых и рекуррентных депрессий. Эти препараты являются препаратами выбора для лечения депрессий после перенесенного ИМ, других кардиоваскулярных событий. Благоприятный кардиальный профиль и высокую терапевтическую эффективность имеют также селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (тианептин). Трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминоксидазы больным ССЗ *не рекомендуются*, ввиду их кардиотоксических эффектов.

Показано, что лечение постинфарктной депрессии не только способствует улучшению психоэмоционального состояния больных, но и позитивно влияет на приверженность пациентов к лечению в целом. Вопрос о том, может ли адекватное лечение депрессии современными антидепрессантами улучшить прогноз, в настоящее время остается открытым: противоречивые результаты были получены в ряде проспективных исследований (MIND-IT, SAD HART, ENRICHD). Поданным исследования ENRICHD, при назначении больным ИМ терапии СИОЗС достоверно уменьшалось число повторных кардиоваскулярных событий в течение 6 месяцев наблюдения.

*При лечении депрессивных и тревожно-депрессивных состояний* в кардиологической и общей медицинской практике целесообразно придерживаться следующих *основных принципов* [12]:

- 1) назначать антидепрессанты только при депрессивных состояниях легкой/средней тяжести (по возможности после консультации с психиатром). Лечить тяжелые и рекуррентные депрессии может только врач-психиатр/психотерапевт;
- 2) отдавать предпочтение антидепрессантам новых поколений, прежде всего СИОЗС;
- 3) не превышать рекомендуемые терапевтические дозы антидепрессантов, например, эсциталопрам – 10 мг (1 таб. в сутки), циталопрам – 20 мг (1 таб. в сут), сертралин – 100 мг (1-2 таб. в сут). Эти дозы являются начальными и в то же время терапевтическими при депрессиях легкой и средней тяжести, т.е. в большинстве случаев не требуется титрации дозы;

4) учитывать некоторую отсроченность клинического эффекта большинства антидепрессантов: антидепрессивный эффект нарастает постепенно и становится значимым к концу первых двух недель терапии. Желательно проинформировать об этом больного, чтобы он не ожидал немедленного положительного эффекта от приема антидепрессанта;

5) соблюдать определенную длительность курсового приема – не менее 1,5 месяцев. При необходимости длительность лечения может быть увеличена до 4-6 месяцев и более, в зависимости от состояния пациента. Для антидепрессантов новых поколений привыкание, а также синдром отмены не характерны.

## Список использованных источников

1. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2011 году. Минздрав России. – М., 2013. – 59 с.
2. Статистический сборник "Краткосрочные экономические показатели Российской Федерации", Госкомстат России. Москва, 2008.
3. Perk J., Guy De Backer, Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* (2012) 33, 1635-1701 doi:10.1093/eurheartj/ehs092.
4. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Национальным научным обществом «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация». Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011, №6, Приложение 2.
5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я.. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики. *Профилактическая медицина* том 12 №6 2009.
6. Московская декларация, принятая по итогам работы Первой глобальной Министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (28-29 апреля 2011 г.), <http://www.minzdravsoc.ru/health/zozh/71>
7. Sheridan S, Pignone M, Donahue K. Screening for High Blood Pressure: Review of the Evidence. Originally in *Am J Prev Med* 2003;25:151-8. U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/highbloodsc/hibloodrev.htm>.
8. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, Roccella EJ, Stout R, Vallbona C, Winston MC, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA* 2002;288(15):1882-8.
9. Бойцов С.А., Ипатов П.В., Кротов А.В. Смертность и летальность от болезней системы кровообращения, актуальность развития первой помощи для их снижения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2007, №4. С. 86-95.
10. Matchar DB, Jacobson A, Dolor R, Edson R, Uyeda L, Phibbs CS, Vertrees JE, Shih MC, Holodniy M, Lavori P. Effect of home testing of international normalized ratio on clinical events. *N Engl J Med* 2010;363:1608-1620.
11. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale/ *Acta Psychiatr. Scand.* 1983 – Vol.67 – P.361-370 Адаптирована Дробижевым М.Ю., 1993
12. Погосова Г. В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике. Методическое пособие для врачей. Под редакцией академика РАМН Р.Г. Оганова и профессора В.Н. Краснова. Приложение к журналу *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2007, 1; 4-24

13. Flu and Heart Disease & Stroke. People with Heart Disease\* and Those Who Have Had a Stroke Are at Increased Risk of Complications from Influenza (the Flu). Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <http://www.cdc.gov/flu/heartdisease/index.htm>
14. Van de Werf F., Bax J., Betriu A. et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal* (2008) 29, 2909-2945.
15. Davis M.M., Taubert K., Benin A.L. et al. Influenza Vaccination as Secondary Prevention for Cardiovascular Disease. A Science Advisory From the American Heart Association/American College of Cardiology. *Circulation*. 2006;114:1549-1553.
16. Audience: People with heart disease CDC 2012-2013 Flu Season Word count: 571. Got Heart Disease? Make Sure You Get a Flu Vaccine! If you have heart disease, getting a flu vaccine every year is especially important for you. <http://www.cdc.gov/flu/pdf/matte/flu-health-conditions.pdf>
17. Киселев А.Б., Склянова Н.А., Чаукина В.А., Стрельникова В. Г. Отчет о проведении многоцентрового, клинического, открытого, рандомизированного исследования клинической эффективности полного объемного промывания полости носа средством и устройством «Долфин»® («Динамика», Россия) в профилактике сезонной заболеваемости острыми респираторными инфекциями у детей. Интернет ресурс: <http://www.dolphin.ru/files/lab-studies-2.pdf>
18. Шпагина Л.А, Герасименко О.Н., Дробышев В.А., Лазарева Э.Ш., Войтович Т.В. Отчет о научно-исследовательской работе по теме: «Оценка влияния ингалятора эфирных масел на профиль табакокурения» Новосибирск 2012. Интернет ресурс: <http://www.dolphin.ru/files/nosmoking.pdf>

<sup>1</sup> Понятие «Болезни системы кровообращения» эквивалентно понятию «Сердечно-сосудистые заболевания».

<sup>2</sup> Адаптировано из European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) [3].

<sup>3</sup> За исключением лиц, прошедших диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр в текущем году.



## НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ САМОПОМОЩИ И ВЗАИМОПОМОЩИ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРЫХ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ)

*(памятка для пациента)*

В нашей стране до 80% смертей происходит вне медицинских организаций – дома, на работе, на даче, в общественных и других местах. Большая часть из них происходит скоропостижно или по механизму внезапной смерти. Однако, при владении и своевременном применении несложных приемов оказания самопомощи и/или взаимопомощи со стороны людей, окружающих человека, оказавшегося в таком критическом состоянии, можно в большинстве случаев спасти жизнь больного. Помимо этого статистика показывает, что многие больные сами (или их родственники) поздно вызывают врача скорой медицинской помощи, что резко снижает вероятность спасения больного и является основной причиной чрезвычайно высокой внебольничной смертности населения.

Настоящая памятка адресована практически всем людям, но особенно лицам с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и их фатальных осложнений, а также всем больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, их родственникам и близким.

В памятке описываются основные клинические проявления (симптомы) жизнеугрожающих заболеваний (состояний), в отношении которых следует проявлять особую настороженность, приводятся рациональные приемы само- и взаимопомощи в период ожидания приезда врача скорой медицинской помощи.

### ***I. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНОМ ПРИСТУПЕ***

#### **Характерные признаки (симптомы) сердечного приступа (инфаркта миокарда)**

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

#### **Нехарактерные признаки, которые часто путают с сердечным приступом:**

- колющие, режущие, пульсирующие, сверлящие, постоянные ноющие в течение многих часов и не меняющие своей интенсивности боли в области сердца или в конкретной четко очерченной области грудной клетки

### ***Алгоритм неотложных действий:***

Если у Вас или кого-либо внезапно появились вышеуказанные характерные признаки сердечного приступа даже при слабой или умеренной их интенсивности, которые держатся более 5 мин – не задумывайтесь, сразу вызывайте бригаду скорой медицинской помощи. Не выжидайте более 10 минут – в такой ситуации это опасно для жизни.

Если у Вас появились симптомы сердечного приступа и нет возможности вызвать скорую помощь, то попросите кого-нибудь довезти Вас до больницы - это единственное правильное решение. Никогда не садитесь за руль сами, за исключением полного отсутствия другого выбора.

В наиболее оптимальном варианте при возникновении сердечного приступа необходимо следовать инструкции, полученной от лечащего врача, если такой инструкции нет, то необходимо действовать согласно следующему алгоритму:

- Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
- Сесть (лучше в кресло с подлокотниками) или лечь в постель с приподнятым изголовьем, принять 0,25 г ацетилсалициловой кислоты (аспирин) (таблетку разжевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (таблетку/капсулу положить под язык, капсулу предварительно раскусить, не глотать); освободить шею и обеспечить поступление свежего воздуха (открыть форточки или окно).
- Если через 5-7 мин. после приема ацетилсалициловой кислоты (аспирин) и нитроглицерина боли сохраняются необходимо второй раз принять нитроглицерин.
- Если через 10 мин после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в третий раз принять нитроглицерин.
- 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, нитроглицерин не принимать.
- Если больной ранее принимал лекарственные препараты снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин) дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.

***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 и обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;***

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

## **II ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

### ***Основные признаки (симптомы) острого нарушения мозгового кровообращения:***

- онемение, слабость «непослушность» или паралич (обездвиживание) руки, ноги, половины тела, перекашивание лица и 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, затруднена фокусировка 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, неконтролируемое 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**

### ***Алгоритм действий до прибытия бригады скорой помощи***

При возникновении ОНМК необходимо следовать инструкции, полученной ранее от лечащего врача, если такой инструкции не было действовать согласно следующему алгоритму:

- 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 полусидячее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки.
- Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротничок рубашки, ремень или пояс, снимите стесняющую одежду.
- Измерьте температуру тела больного. Если она 38 градусов Цельсия или более дайте больному 1г парацетамола (2 таблетки по 0,5г разжевать, проглотить), **(при отсутствии парацетамола других жаропонижающих препаратов не давать!)**.
- Положите на лоб и голову лед или продукты из морозильника, уложенные в непромокаемые пакеты, обернутые полотенцем.
- Если больной ранее принимал лекарственные препараты снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин) дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.
- Если прибытие скорой помощи задерживается, измерьте больному артериальное давление и если его верхний уровень превышает 220 мм рт. ст., дайте больному препарат, снижающий артериальное давление, который он принимал раньше.

- Если пострадавшему трудно глотать и у него капает слюна изо рта, наклоните его голову к более слабой стороне тела, промокайте стекающую слюну чистыми салфетками.

- 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, что хотя пострадавший и не может говорить, он сознает происходящее и слышит все, что говорят вокруг.

### ***ПОМНИТЕ!***

Что только вызванная в первые 10 мин от начала сердечного приступа или острого нарушения мозгового кровообращения скорая медицинская помощь, позволяет в полном объеме использовать современные высокоэффективные методы стационарного лечения и во много раз снизить смертность от этих заболеваний.

Что ацетилсалициловая кислота (аспирин) и нитроглицерин, принятые в первые минуты, могут предотвратить развитие инфаркта миокарда и значительно уменьшают риск смерти от него.

Что состояние алкогольного опьянения не является разумным основанием для задержки вызова бригады скорой помощи при развитии сердечного приступа и острого нарушения мозгового кровообращения – около 30% лиц внезапно умерших на дому находились в состоянии алкогольного опьянения.

Что закрытый массаж сердца, проведенный в первые 60-120 секунд после внезапной остановки сердца позволяет вернуть к жизни до 50% больных.

## **III. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ**

**Гипертонический криз (ГК)** – это тяжелое патологическое состояние человека, проявляющееся высоким артериальным давлением (АД) крови (систолическое «верхнее» АД, как правило, более 180 мм рт.ст.; диастолическое «нижнее» АД - более 120 мм рт.ст.), а также следующими основными симптомами:

- головной болью, чаще в затылочной области, или тяжестью и шумом в голове;
- мельканием «мушек», пеленой или сеткой перед глазами;
- тошнотой, чувством разбитости, переутомления, внутреннего напряжения;
- одышкой, слабостью, постоянными монотонными ноющими болями/дискомфортом в области сердца;
- появлением или нарастанием пастозности/отечности кожи лица, рук, ног. Гипертонический криз чрезвычайно опасен в связи с высокой вероятностью развития у таких больных мозгового инсульта (кровоизлияние в ткань мозга или ишемия и некроз мозга), инфаркта миокарда, острой сердечной недостаточности (сердечной астмы и отека легких). По этой причине больные с гипертоническим кризом нуждаются в экстренной медицинской помощи. Гипертонический криз самая частая причина вызова скорой и неотложной медицинской помощи в нашей стране.

## **Мероприятия первой помощи**

При появлении любого из вышеуказанных симптомов гипертонического криза, необходимо:

- убрать яркий свет, обеспечить покой, доступ свежего воздуха (расстегнуть ворот рубашки, проветрить помещение и т.п.);

- измерить АД (методику измерения АД смотрите в конце данного раздела) и если его «верхний» уровень выше или равен 160 мм рт.ст необходимо принять гипотензивный препарат, ранее рекомендованный врачом, выпить чашку сладкого чая. При отсутствии, рекомендованного врачом гипотензивного препарата или при регистрации уровня АД выше 200 мм рт.ст. необходимо срочно вызвать скорую помощь;

- До прибытия скорой медицинской помощи необходимо, по возможности, сесть в кресло с подлокотниками и принять горячую ножную ванну (опустить ноги в емкость с горячей водой).

**Внимание!** Больному с гипертоническим кризом запрещаются любые резкие движения (резко вставать, садиться, ложиться, наклоняться, тужиться) и любые физические нагрузки.

- Через 40-60 мин после приема лекарства, рекомендованного врачом, необходимо повторно измерить АД и если его уровень не снизился на 20-30 мм рт.ст. от исходного и/или состояние не улучшилось – срочно вызывайте скорую помощь.

- При улучшении самочувствия и снижении АД, необходимо отдохнуть (лечь в постель с приподнятым изголовьем) и после этого обратиться к участковому (семейному) врачу.

При беседе с врачом необходимо уточнить, какие препараты Вам необходимо принимать при развитии гипертонического криза, четко записать их наименования, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача при каких проявлениях болезни Вам необходимо срочно вызывать скорую медицинскую помощь.

Всем больным с гипертонической болезнью необходимо сформировать индивидуальную миниаптечку первой помощи при гипертоническом кризе и постоянно носить ее с собой, так как гипертонический криз может развиться в любое время и в любом месте.

## ***Измерение артериального давления***

Для диагностики гипертонического криза необходимо измерение артериального давления, которое производится ручным методом, с использованием стетоскопа (стетофонендоскопа) и специальной надувной манжетки, оснащенной насосом-грушей и сфигманометром (Рис. 1), а также автоматическим (полуавтоматическим) методом с использованием различных моделей тонометров, специально разработанных для этих целей (Рис. 2).

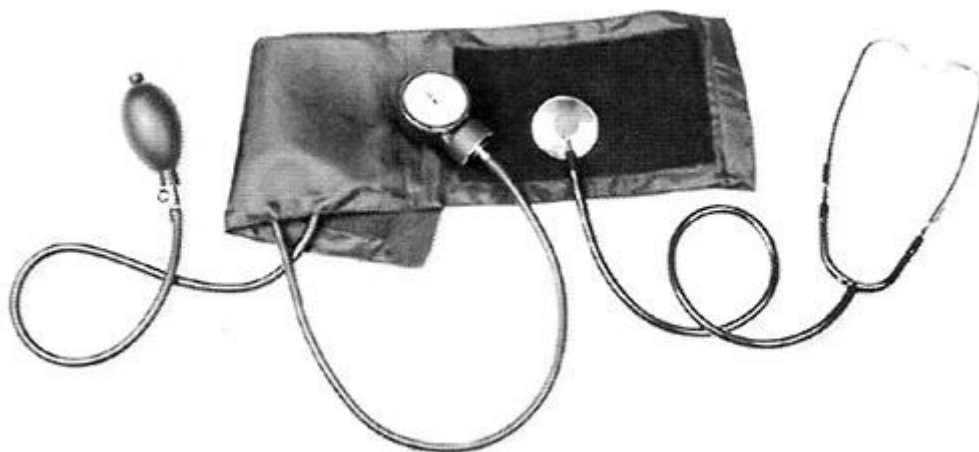
Точность измерения АД и, соответственно, гарантия правильной диагностики и степени выраженности гипертонического криза зависят от соблюдения правил по его измерению.

Измерение нужно проводить сидя (опираясь на спинку стула, с расслабленными и не скрещенными ногами, рука лежит на столе, на уровне сердца), в спокойной обстановке, после 5

минутного отдыха. Во время измерения не следует активно двигаться и разговаривать. Измерение АД в особых случаях можно проводить лежа или стоя.

Манжета накладывается на плечо, нижний край ее на 2 см выше локтевого сгиба. Размер манжеты должен соответствовать размеру руки: резиновая раздуваемая часть манжеты должна охватывать не менее 80% окружности плеча; для взрослых лиц применяется манжета шириной 12-13 см и длиной 30-35 см (средний размер); необходимо иметь в наличии большую и маленькую манжеты для полных и худых рук, соответственно.

Столбик ртути или стрелка сфигмоманометра перед началом измерения должны находиться на нулевой отметке и перед глазами исследователя (Рис. 3).



**Рис. 1. Стетофонендоскоп (справа) и надувная манжетка, оснащенная насосом-грушей и сфигмоманометром (слева).**



**Рис. 2. Тонومتر для автоматического измерения артериального давления.**

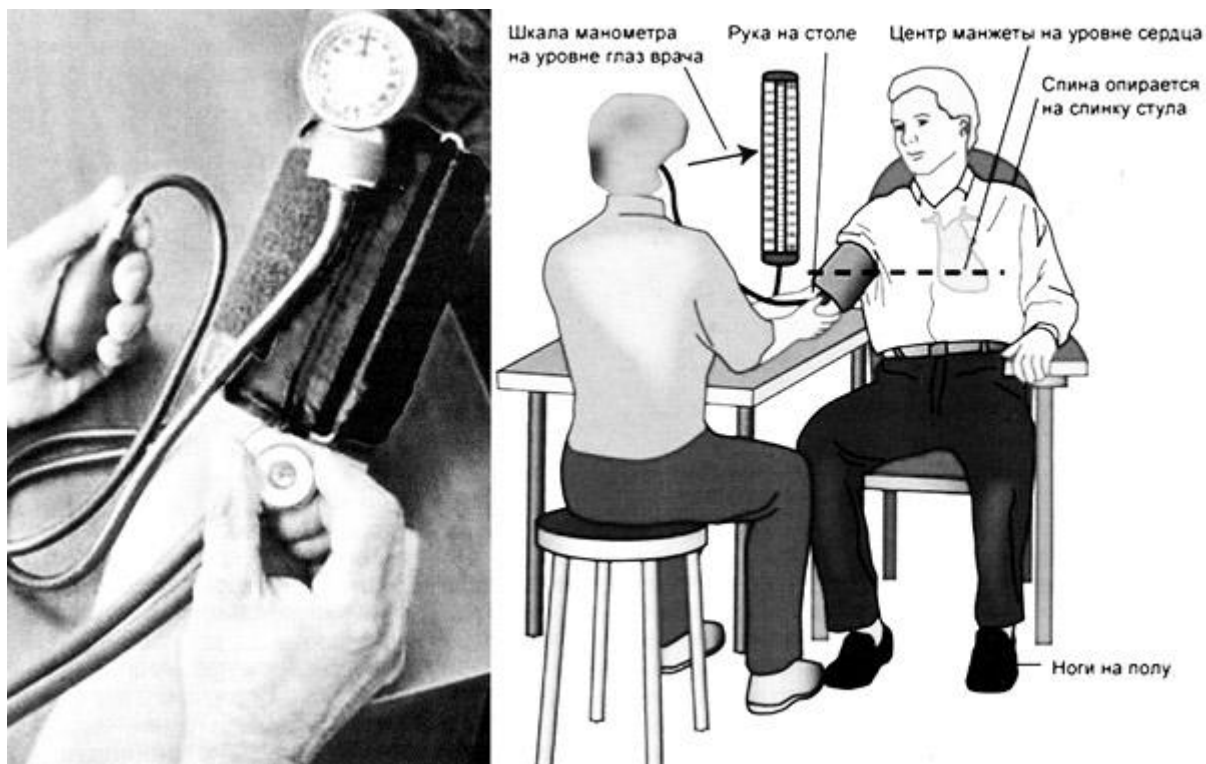


Рис. 3. Иллюстрация правил измерения артериального давления.

#### *Техника измерения АД:*

- установить головку фонендоскопа в локтевую ямку над проходящей по ней плечевой артерии (Рис. 3);
- быстро накачать воздух в манжету до величины давления на 20-30 мм рт.ст. превышающего обычный для данного человека уровень «верхнего» систолического АД (если измерение производится впервые, то уровень давления в манжете обычно поднимают до 160 мм рт.ст.). Если при этом уровне давления пульсация сосуда в локтевой ямке сохраняется, то давление в манжете продолжают повышать до уровня на 20 мм рт.ст. превышающего уровень давления, при котором исчезла пульсация артерии в локтевой ямке;
- открыть кран сброса воздуха из манжеты, расположенного рядом с грушей-насосом и проводить снижение давление в манжете со скоростью примерно 2-3 мм рт.ст. в секунду;
- в процессе выпуска воздуха из манжеты одновременно контролируют два параметра: 1) уровень давления по шкале манометра и 2) появление звуков пульсации (называемых тонами Короткова) артерии в локтевой ямке. Уровень давления в момент появления тонов пульсации соответствует уровню «верхнего» систолического АД, а уровень давления в момент полного исчезновения тонов пульсации артерии - соответствует «нижнему» диастолическому АД (у детей, подростков и молодых людей сразу после физической нагрузки, у беременных и при некоторых патологических состояниях у взрослых тоны пульсации артерии не исчезают, тогда следует определять «нижнее» диастолическое АД по моменту значительного ослабления тонов);

- если тоны пульсации артерии в локтевой ямке очень слабы, то следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторить, при этом не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа;

- при измерении АД самому себе, головку фонендоскопа фиксируют над локтевой ямкой с помощью манжеты, как указано на рисунке 4.

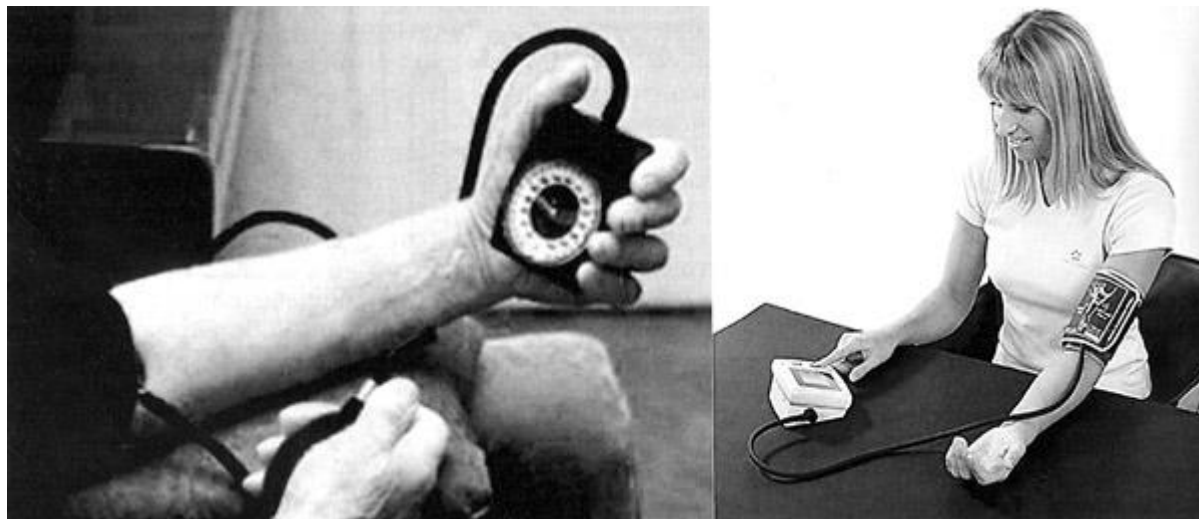


Рис. 4. Иллюстрация методики измерения АД самому себе.

Для достоверной оценки величины АД необходимо выполнить не менее двух измерений АД на каждой руке с интервалом не менее минуты (в паузах между измерениями необходимо полностью ослабить манжету); при выявлении разницы уровня давлений более 5 мм рт.ст. производят одно дополнительное измерение; за конечное (регистрируемое) значение принимается среднее из двух последних измерений.

#### ***IV. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ***

**Острая сердечная недостаточность** — это тяжелое патологическое состояние, которое развивается у больных с различными заболеваниями сердца и гипертонической болезнью. Это одна из наиболее частых причин вызова скорой помощи и госпитализации больных, а также смертности населения нашей страны и всего мира.

**Основными проявлениями (симптомами) острой сердечной недостаточности являются:**

- тяжелое, частое (более 24 в мин) шумное дыхание - одышка, иногда достигающая степени удушья, с преимущественным затруднением вдоха и явным усилением одышки и кашля в горизонтальном положении. Сидячее положение или лежачее положение с высоко поднятым изголовьем облегчает состояние больного;

- часто при дыхании становятся слышны влажные хлюпающие хрипы/звуки, прерываемые кашлем, в терминальной стадии дыхание приобретает характер клокочущего с появлением пены у рта больного;

- характерная сидячая поза больного, упирающегося прямыми руками в колени.



Острая сердечная недостаточность может развиваться очень быстро и в течение 30-60 мин привести к смерти больного. В большинстве случаев от первых клинических признаков до тяжелых проявлений ОСН проходит 6-12 и более часов, однако без медицинской помощи абсолютное большинство больных с ОСН погибает.

### ***Мероприятия первой помощи***

При появлении у больных гипертонической болезнью, или болезнью сердца, (но не легких или бронхов) вышеуказанных симптомов ОСН **необходимо:**

- **вызвать скорую медицинскую помощь;**
- придать больному сидячее положение, лучше в кресле с подлокотниками, на которые он может опираться и включать межреберные мышцы в акт дыхания;
- обеспечить физический и психоэмоциональный покой и свежий воздух, путем проветривания помещения
- ноги опустить в большую емкость (бак, ведро и др.) с горячей водой;
- в крайне тяжелых случаях на ноги в области паха накладываются жгуты, передавливающие поверхностные вены, но не глубокие артерии, что уменьшает приток крови к сердцу и тем самым облегчает его работу
- При наличии опыта у больного или у лица, оказывающего первую помощь по применению нитроглицерина его назначают в дозе 0,4(0,5) мг (ингаляцию в полость рта производят при задержке дыхания, таблетку/капсулу кладут под язык, капсулу необходимо предварительно раскусить, не глотать). При улучшении самочувствия больного после применения нитроглицерина, его применяют повторно, через каждые 5-10 мин до прибытия бригады скорой медицинской помощи. При отсутствии улучшения самочувствия больного после применения нитроглицерина, его больше не применяют.

**ВНИМАНИЕ!** Больному с острой сердечной недостаточностью категорически запрещается вставать, ходить, курить, пить воду и принимать жидкую пищу до особого разрешения врача; нельзя принимать нитроглицерин при артериальном давлении менее 100 мм рт.ст., при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений.

Всем больным гипертонической болезнью, или болезнью сердца с наличием одышки и отеков на ногах необходимо обсудить с лечащим врачом, какие препараты необходимо принимать при развитии ОСН, четко записать их наименования, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача при каких проявлениях болезни необходимо срочно вызывать скорую медицинскую помощь. Каждому такому больному необходимо сформировать индивидуальную аптечку первой помощи при ОСН и постоянно иметь ее при себе.

## ***V. ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ***

Чаще всего внезапная смерть происходит вследствие внезапной остановки сердца. ***Основные признаки (симптомы) внезапной смерти:***

- Внезапная потеря сознания, часто сопровождающаяся атональными движениями (стоящий или сидящий человек падает, нередко наблюдаются судорожное напряжение мышц, непроизвольное мочеиспускание и дефекация; лежащий человек иногда предпринимает судорожную попытку сесть или повернуться на бок).

- Внезапное полное прекращение дыхания, часто после короткого периода (5-10 секунд) атонального псевдодыхания: больной издает хрипящие и/или булькающие звуки, иногда похожие на судорожную попытку что-то сказать.

### ***Последовательность неотложных действий***

- Если человек внезапно потерял сознание – сразу же вызывайте бригаду скорой медицинской помощи (при наличии помощника – он вызывает скорую помощь). Далее встряхните пациента за плечо и громко спросите «Что с Вами?». При отсутствии ответа проводится активное похлопывание по щекам больного, при отсутствии какой-либо реакции сразу же приступайте к закрытому массажу сердца.

- Больного укладывают на жесткую ровную поверхность (пол, земля, ровная твердая площадка и тому подобные места, но не на диван, кровать, матрац и прочие мягкие поверхности), освобождают от одежды переднюю часть грудной клетки. Определяют местоположение рук на грудной клетке больного как указано на рисунке 5. Одна ладонь устанавливается в указанное на рисунке место, а ладонь второй руки располагается сверху на первой в точном соответствии с изображением рук на рисунке 5.

- Прямыми руками (не согнутыми в локтях) производится энергичное ритмичное сдавливание грудной клетки пострадавшего на глубину 5 см с частотой 100 надавливаний на грудную клетку в минуту (методика закрытого массажа сердца схематично представлена на рисунке 5).

- При появлении признаков жизни (любые реакции, мимика, движения или звуки издаваемые больным), массаж сердца необходимо прекратить. При исчезновении указанных признаков жизни массаж сердца необходимо возобновить. Остановки массажа сердца должны быть минимальными — не более 5-10 секунд. При возобновлении признаков жизни массаж сердца прекращается, больному обеспечивается тепло и покой. При отсутствии признаков жизни массаж сердца продолжается до прибытия бригады СМП.

Если человек, оказывающий первую помощь, имеет специальную подготовку и опыт по проведению сердечно-легочной реанимации, он может параллельно с закрытым массажем сердца проводить и искусственную вентиляцию легких. **При отсутствии специальной подготовки проводить больному искусственную вентиляцию легких и определение пульса на сонной артерии не следует**, так как специальные научные исследования показали, что такие процедуры в

неопытных руках ведут к недопустимой потере времени и резко уменьшают частоту оживления больных с внезапной остановкой сердца.

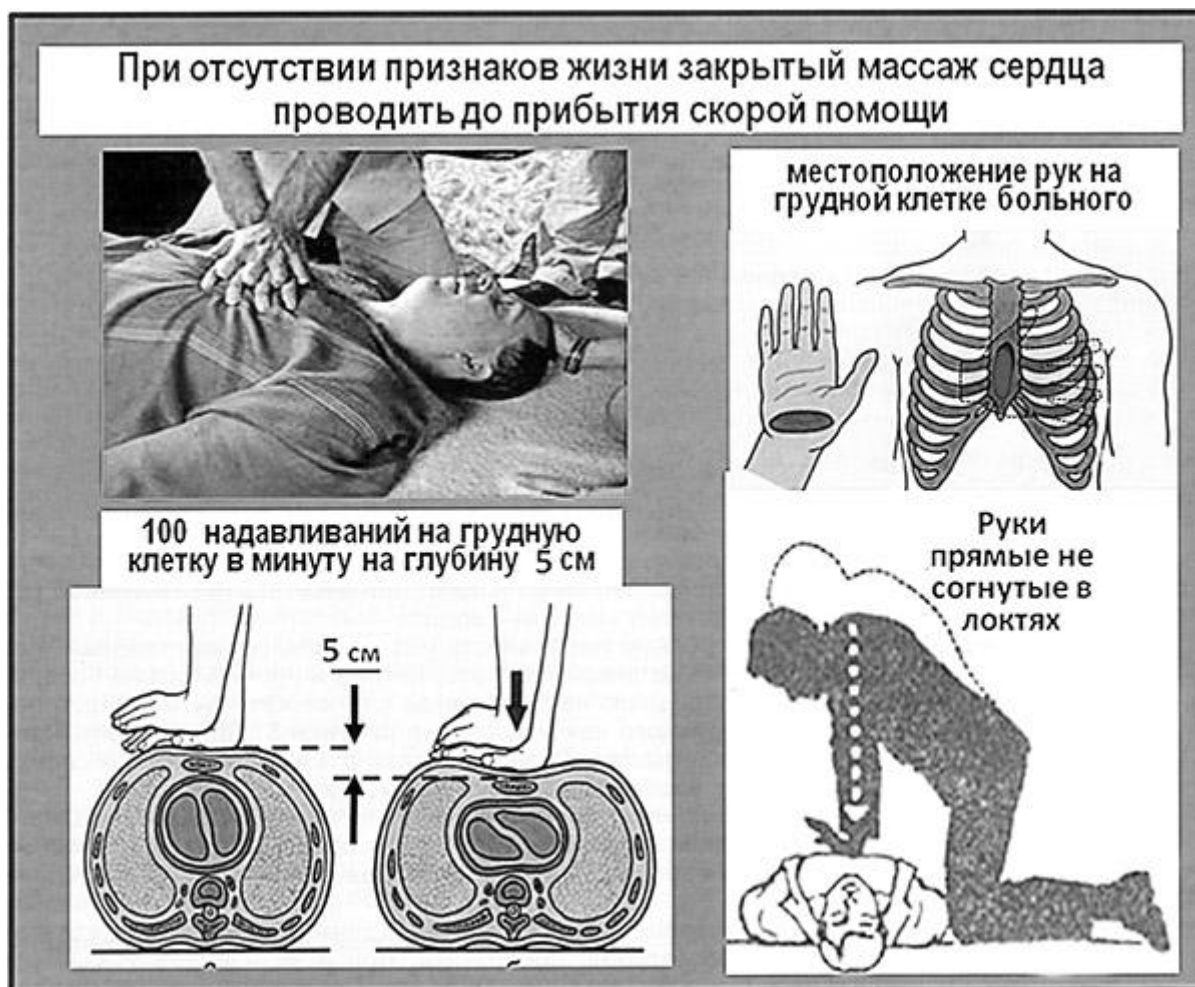


Рис. 5. Иллюстрация методики проведения закрытого массажа сердца.

**Ориентировочная схема подбора дозы статинов  
у пациентов с различными клиническими состояниями**

Нозология	Стартовая доза статина (начало терапии)	Титрация дозы	Целевые значения ХС ЛНП
Артериальная гипертензия без ИБС (риск 1-4% по SCORE)	10 мг/сут аторвастатина <sup>1,3</sup> ; 20 мг/сут симвастатина <sup>2</sup> ; 5 мг/сут розувастатина <sup>4</sup>	Титрование дозы до достижения целевого уровня ЛНП**	<2,5 ммоль/л
Пациенты с повышенным С-реактивным протеином	20 мг/сут розувастатина <sup>4</sup>	Без титрации	<2,5 ммоль/л
Пациенты без ИБС, но с высоким СС риском (5%<SCORE<10%)	10 мг/сут аторвастатина <sup>1,3</sup> ; 20 мг/сут симвастатина <sup>2</sup> ; 5 мг/сут розувастатина <sup>4</sup>	До достижения целевого уровня ЛНП**	<2,5 ммоль/л
Пациенты с ИБС с исходно низким уровнем ЛНП (<1,8 ммоль/л)	20 мг/сут аторвастатин <sup>1,3</sup> ; 40 мг/сут симвастатина <sup>2</sup>	Без титрации	<1,8 ммоль/л
Пациенты с неосложненными стабильными формами ИБС и её эквивалентами по SCORE >10%	40 мг/сут аторвастатина <sup>1-3</sup> ; 40 мг/сут симвастатина <sup>2</sup>	Возможно титрование дозы до достижения целевого уровня липидов**	<1,8 ммоль/л
Пациенты с сердечной недостаточностью ишемического генеза (1-й ФК по NYHA)	40 мг/сут аторвастатина <sup>3</sup>	До 80 мг/сут	<1,8 ммоль/л
Пациенты с СД 1 и 2 типа, высокого риска	20 мг/сут аторвастатина <sup>3</sup> ; 40 мг/сут симвастатина <sup>2</sup>	Возможно титрование дозы до достижения целевого уровня липидов**	<2,5 ммоль/л
Пациенты с СД 1 и 2 типа, очень высокого риска	40 мг/сут аторвастатина, 20 мг/сут при исходно низком уровне ЛНП <sup>1</sup>	До 80 мг/сут	<1,8 ммоль/л
Пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС)	80 мг/сут аторвастатина в первые 4 дня (желательно с первого дня) <sup>1</sup>	80 мг в течение 24 недель, затем снижение дозы до 40 мг/сут*	<1,8 ммоль/л
Пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения (ТИА и ишемический церебральный инсульт)	80 мг/сут аторвастатина, оптимально после первых 48 часов <sup>1</sup>	Адаптация дозы статина к поддержанию целевого уровня ЛНП в пределах <1,8 ммоль/л (не рекомендуется снижение дозы менее 40 мг/сут)	<1,8 ммоль/л
Пациенты перед операциями реваскуляризации	Подготовка к операции: 80 мг аторвастатина за 12 часов, 40 мг за 2 часа <sup>1</sup>	Без титрации	<1,8 ммоль/л
	После операции: 80 мг/сут аторвастатина <sup>1</sup>	Снижение дозы до 40 мг/сут*	<1,8 ммоль/л
Продолжительность терапии — неопределенно долго			

\*Доза должна быть достаточной для поддержания целевого уровня ХС ЛНП

\*\*При невозможности добиться целевых уровней ХС ЛНП рассмотреть возможность комбинированной терапии и/или экстракорпоральных методов лечения

1 Заключение Совета экспертов Всероссийского научного Общества Кардиологов (ВНОК); Национального Общества по изучению Атеросклероза (НОА); Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР); Национальной ассоциации по борьбе с инсультами (НАБИ). «Оптимизация терапии статинами пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска» Кардиосоматика, 2011, том 2, № 4, с.80-86.

2 Инструкция по медицинскому применению препарата Крестор П N015644/01, 24.03.09; ЛП-000226, 16.02.11.

3 Инструкция по медицинскому применению препарата Липримар, П N014014/01, 04.03.13.

4 Инструкция по медицинскому применению препарата Зокор, П N013094/01, 02.11.11.

### Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)1

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
1. Я испытываю напряжение, мне не по себе: 3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю	1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство: 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться: 3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю	2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное: 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове постоянно: 3 - большую часть времени 2 - время от времени и не так часто 1 - только иногда	3. Я испытываю бодрость: 3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время
4. Я легко могу присесть и расслабиться: 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу	4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно: 3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь - совсем не испытываю - иногда - часто - очень часто	5. Я не слежу за своей внешностью 3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться: 3 - определенно, это так 2 - наверное, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю	6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения: 0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю
7. У меня бывает внезапное чувство паники: 3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает	7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы: 0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко
Сумма баллов по части I	Сумма баллов по части II

Правило оценки:

0-7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)

8-10 баллов – «субклинически выраженная тревога / депрессия»

11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога / депрессия»

Пример 1: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) – 3 балла. Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы

Пример 2: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов. Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия

Пример 3: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии – 1 балл. Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы

1 Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale/ Acta Psychiatr. Scand. 1983 - Vol.67 - P.361-370 Адаптирована Дробижевым М.Ю., 1993

Европейское общество кардиологов и Европейская ассоциация кардиоваскулярной профилактики и реабилитации рекомендуют для определения уровня психосоциальных факторов риска оценивать ответы пациента на вопросы, представленные ниже:

**Основные вопросы для оценки психосоциальных факторов риска в клинической практике <sup>1</sup>**

Низкий социально-экономический статус	Какое у Вас образование или ученая степень?
	Кем Вы работаете?
Стресс на работе и в семье	Вы успешно справляетесь с заданиями по работе?
	Ваша зарплата соответствует вашему вкладу и прилагаемым усилиям?
	Есть ли у вас серьезные проблемы с вашим супругом (ой)?
Социальная изоляция	Живете ли вы в один (одна)?
	Вам не хватает близких доверенных лиц?
Депрессия	Считаете ли Вы себя подавленным и безнадежным?
	Вы потеряли интерес и чувство удовольствия в жизни?
Тревога	Вы часто нервничаете, испытываете чувство тревоги или опасности?
	Вы часто не в состоянии остановить или контролировать свое беспокойство?
Враждебность	Вы часто чувствуете гнев по мелочам?
	Вас часто раздражают привычки других людей?
Тип личности D	Вы часто чувствуете беспокойство, раздражительность, или находитесь в подавленном депрессивном состоянии?
	Вы избегаете разделять свои мысли и чувства с другими людьми?

1. Perk J., Guy De Backer, Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal (2012) 33, 1635-1701 doi:10,1093/eurheartj/ehs092

## Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE

### Инструкция

Выберите ту часть шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения пациента. Далее внутри таблицы следует найти клетку, наиболее соответствующую индивидуальному уровню измеренного САД (АД мм рт.ст.) и общего ХС (ммоль/л). Цифра в найденной клетке, показывает 10-летний суммарный СС риск данного пациента. Например, если пациент 55 лет, курит в настоящее время, имеет САД 145 мм рт. ст и уровень общего ХС 6,8 ммоль/л, то его СС риск равен 9% (на рис. 1 цифра 9 отмечена окружностью).

### *Уровень суммарного СС риска по шкале SCORE:*

**менее 1% – низкий,**

**от >1 до 5% – средний или умеренно повышенный,**

**от >5% до 10% – высокий,**

**>10% – очень высокий.**

Шкалу SCORE можно использовать и для ориентировочной оценки общего числа (фатальных+нефатальных) сердечно-сосудистых событий (осложнений) в предстоящие 10 лет жизни – оно будет примерно в три раза выше, чем число, полученное по шкале SCORE при оценке только фатальных сердечно-сосудистых событий (осложнений).

Для мотивирования лиц, имеющих факторы риска, может быть полезным сравнение рисков. Например, продемонстрировать 40-летнему курящему мужчине с уровнем АД 180 мм рт.ст. и содержанием общего ХС в крови 8 ммоль/л, что его суммарный СС риск соответствует СС риску 65-летнего мужчины, не имеющего этих ФР (рисунок 1).

Для лиц молодого возраста (моложе 40 лет) определяется не абсолютный, а относительный суммарный СС риск с использованием шкалы, представленной на рисунке 2.

*Пример:* человек в возрасте до 40 лет без ФР (некурящий, с нормальным уровнем АД и содержанием общего ХС в крови – левый нижний угол таблицы) имеет в 12 раз меньший относительный суммарный СС риск по сравнению с человеком, имеющим эти ФР (правый верхний угол таблицы). Данная информация может быть полезной при профилактическом консультировании молодых людей с низким абсолютным, но высоким относительным суммарным СС риском, как мотивирующий фактор к ЗОЖ.

	Женщины				Возраст	Мужчины														
	Некурящие		Курящие			Некурящие		Курящие												
	180	160	140	120		180	160	140	120											
180	7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	14	16	19	22	26	30	35	41	47	
160	5	5	6	7	8	9	10	12	13	16	9	11	13	15	16	18	21	25	29	34
140	3	3	4	5	6	6	7	8	9	11	6	8	9	11	13	13	15	17	20	24
120	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	4	5	6	7	9	9	10	12	14	17
180	4	4	5	6	7	8	9	10	11	13	9	11	13	15	18	18	21	24	28	33
160	3	3	3	4	5	5	6	7	8	9	6	7	9	10	12	12	14	17	20	24
140	2	2	2	3	3	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	8	10	12	14	17
120	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
180	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	6	7	8	10	12	12	13	16	19	22
160	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	4	5	6	7	8	8	9	11	15	16
140	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6	5	6	8	9	11
120	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8
180	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7	7	8	10	12	14
160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5	5	6	7	8	10
140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	3	3	4	5	6	7
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5
180	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	4	5
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л



Сравнение рисков

