



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

09.09.2026 № 1048

г. Мінск

г. Минск

Об утверждении методических рекомендаций

На основании абзаца первого статьи 18¹ Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении», подпунктов 8.1 и 8.5 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, во исполнение пункта 1 плана деятельности по реализации в 2026 году мероприятий Государственной программы «Здоровье нации» на 2026–2030 годы (далее – Государственная программа), утвержденного Министром здравоохранения 2 марта 2026 г., в целях совершенствования профилактики хронических неинфекционных заболеваний ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить методические рекомендации профилактического консультирования по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний для врачей-специалистов (далее – Методические рекомендации) (прилагаются).

2. Начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю Комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям государственных организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения:

обеспечить доведение настоящих Методических рекомендаций до сведения врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь в организациях здравоохранения;

организовать работу по профилактике хронических неинфекционных заболеваний с учетом Методических рекомендаций, утвержденных настоящим приказом.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра здравоохранения Богдан Е.Л.

Министр

А.В.Ходжаев

УТВЕРЖДЕНО
Приказ
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.09.2026 г. № 1048

Методические рекомендации
профилактического консультирования по
коррекции факторов риска хронических
неинфекционных заболеваний для врачей-
специалистов

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Методические рекомендации профилактического консультирования по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний для врачей-специалистов (далее – Методические рекомендации) разработаны в целях повышения эффективности мероприятий медицинской профилактики отдельных неинфекционных заболеваний и определяют порядок организации и тактику их проведения.

2. Для целей Методических рекомендаций используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении», постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 марта 2020 г. № 13 «Об утверждении клинического протокола» (далее – протокол № 13), постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 ноября 2022 г. № 109 «Об утверждении клинического протокола».

3. В настоящих Методических рекомендациях используются следующие сокращения и условные обозначения:

GOLD – англ. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* – Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких;
MCV (Mean Corpuscular Volume) – средний объем эритроцита;
HbA1c – гликированный гемоглобин;
АД – артериальное давление;
АЛТ – аланинаминотрансфераза;
А1-АТ – альфа-1-антитрипсина;
АКШ – аортокоронарное шунтирование;
АСТ – аспартатаминотрансфераза;

БСК – болезни системы кровообращения;
 БАБ – бета-адреноблокаторы;
 БАК – биохимический анализ крови;
 БКК – блокаторы кальциевых каналов;
 БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина II;
 ВГН – верхняя граница нормы;
 ВИЧ – вирус иммунодефицита человека;
 ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;
 ГГТ – гамма-глутамилтрансфераза;
 ГЛЖ – гипертрофию левого желудочка;
 ГТТ – глюкозотолерантный тест;
 ДАД – диастолическое артериальное давление;
 ДДБА – длительнодействующие бета-2-агонисты;
 ДДМА – длительнодействующие мускариновые антагонисты;
 ДН – дыхательная недостаточность;
 ЖВП – желчевыводящие пути;
 иАПФ – ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента;
 ИГКС – ингаляционные глюкокортикостероиды;
 ИБС – ишемическая болезнь сердца;
 ИМ – инфаркт миокарда;
 ИММЛЖ – Индекс массы миокарда левого желудочка;
 ИМТ – индекс массы тела;
 КФК – креатинфосфокиназы;
 КДБА – короткодействующие β_2 -агонисты;
 КТ – компьютерная томография;
 Лп(а) – липопротеин(а);
 ЛП – лекарственный препарат;
 МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра;
 МОЖ – модификация образа жизни;
 НГН – нарушение гликемии натощак;
 НТГ – нарушение толерантности к глюкозе;
 ОАК – общий анализ крови;
 ОАМ – общий анализ мочи;
 ОГК – органы грудной клетки;
 ОКС – острый коронарный синдром;
 ОФВ1 – объем форсированного выдоха за 1-ю секунду;
 ОХС – общий холестерин;
 ПОМ – поражение органов мишеней;
 САД – систолическое артериальное давление;
 СГХС – семейная гиперхолестеролемиа;

СД – сахарный диабет;
 СЕА – стандартная единица алкоголя;
 СЕ – стандартная единица;
 СКФ – скорости клубочковой фильтрации;
 СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита;
 ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания;
 ССР – сердечно-сосудистый риск;
 ТИА – транзиторная ишемическая атака;
 ТГ – триглицериды;
 ХС-ЛПНП – холестерин липопротеинов низкой плотности;
 ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких;
 ФА – физическая активность;
 ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких;
 ФР – факторы риска;
 ХЛС – хроническое легочное сердце;
 ХС-ЛПНП – холестерин липопротеинов низкой плотности;
 ХС-ЛПВП – холестерин липопротеинов высокой плотности;
 ХБП – хроническая болезнь почек;
 ХС – холестерин;
 ХС-нелВП – холестерин, не входящий в состав липопротеинов высокой плотности;
 ЦВБ – цереброваскулярная болезнь;
 ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство;
 ЧСС – частота сердечных сокращений;
 ЭКГ – электрокардиография;
 Эхо-КГ – эхокардиография.

4. Локальным правовым актом руководителя организации здравоохранения, осуществляющей медицинскую деятельность, рекомендуется назначить работников, ответственных за организацию работы по профилактике неинфекционных заболеваний, за обучение (инструктаж) работников по профилактике неинфекционных заболеваний, включая вопросы проведения спирометрии, глюкометрии, вопросы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах.

5. Организации здравоохранения вправе использовать примерные формы памяток по повышению осведомленности населения о рисках развития хронических неинфекционных заболеваний, указанные в приложениях к Методическим рекомендациям, для самостоятельного утверждения.

6. Медицинским работником, непосредственно выполнившим диагностические исследования, осмотр пациента и назначение лекарственных препаратов, вносятся данные в медицинские документы

пациента на бумажном носителе и (или) в электронном виде с соблюдением требований законодательства о здравоохранении, законодательства о защите персональных данных, проводится динамическое наблюдение пациента, в случае необходимости – направление к иному врачу-специалисту.

ГЛАВА 2

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ПО КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

7. БСК – это группа состояний, которая включает все патологии сердца, артерий, вен и лимфатических сосудов (код I00-I99 согласно МКБ-10). БСК являются главной причиной смертности и инвалидности во всем мире.

7.1. Основные виды БСК включают: ИБС, АГ, нарушения сердечного ритма, сердечная недостаточность, цереброваскулярные болезни (в том числе острое нарушение мозгового кровообращения, ТИА), аневризма аорты и облитерирующие заболевания периферических артерий.

8. ФР – это потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

8.1. Основные ФР БСК: курение и потребление никотинсодержащих продуктов, высокий уровень ХС, АГ, СД, ожирение, недостаточная физическая активность, неполноценное питание, употребление алкоголя.

9. Профилактика БСК – это комплекс скоординированных мер на популяционном и индивидуальном уровнях по предупреждению развития и прогрессирования БСК, минимизацию бремени БСК и связанных с ними последствий. Профилактика БСК направлена на: 1) оценку ФР, суммарного ССР и его снижение; 2) раннюю диагностику БСК, 3) использование эффективных с позиции доказательной медицины методов лечения; 4) пропаганду здорового образа жизни у населения и создание условий для него.

9.1. Первичная профилактика БСК включает мероприятия по предотвращению возникновения болезней сердца у здоровых людей.

9.2. Вторичная профилактика – это проводимое лечение пациентов с уже развившимися сердечно-сосудистым заболеванием (инсульт, ИМ, нарушения сердечного ритма, недостаточность кровообращения), которое

направлено на предупреждение развития повторных сердечно-сосудистых событий и осложнений.

10. Оценка риска – это определение вероятности абсолютного или относительного риска заболеваемости и/или смертности от болезней системы кровообращения в течение определенного периода (как правило, ближайших 10 лет) для конкретного пациента.

11. Выделяют следующие критерии ФР БСК:

Возраст: мужчины старше 40 лет, женщины старше 50 лет или с ранней менопаузой.

Курение и потребление никотинсодержащих продуктов включает любое воздействие табака (активное и/или пассивное курение), вне зависимости от количества.

АГ (хроническое стабильное повышение АД, при котором САД равно 140 мм рт. ст. или выше, и (или) ДАД равно 90 мм рт. ст. или выше при офисном измерении) либо проведение антигипертензивной терапии.

Дислипидемия – отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена (отклонения в целом для популяции: ОХС 5 ммоль/л и более; ХС-ЛПНП более 3,0 ммоль/л; ХС-нЛВП более 3,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,2 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л).

Гипергликемия – уровень глюкозы натощак более 6,1 ммоль/л (капиллярная кровь) и 7,0 ммоль/л (венозная кровь), HbA1c $\geq$ 7% либо наличие СД, в т.ч. в случае, если в результате эффективной терапии достигнута нормогликемия.

Отягощенная наследственность по БСК определяется при наличии болезни системы кровообращения (стенокардия, инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда, транзиторная ишемическая атака, ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг) у близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет).

Избыточная масса тела (индекс массы тела 25–29,9 кг/м²) или ожирение (индекс массы тела $\geq$ 30 кг/м²).

Абдоминальное ожирение – окружность талии у мужчин 94 см или более, у женщин 80 см или более.

Нерациональное питание – избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли >5 г/сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (< 400 г или менее 4-6 порций в сутки).

Низкая физическая активность – физическая активность умеренной интенсивности менее чем 150 минут в неделю (или менее 75 минут в неделю интенсивных аэробных физических нагрузок).

Вредное потребление алкоголя – превышение рекомендаций ВОЗ по потреблению алкоголя с минимальным риском: для мужчин ≤ 20 г в пересчете на чистый алкоголь в день (2 СЕ по 10 г), для женщин ≤ 10 г в пересчете на чистый алкоголь (1 СЕ).

12. Выявление факторов риска.

Риск развития у пациента заболевания сердечно-сосудистой системы устанавливается в процессе сбора жалоб и анамнеза, физикального обследования пациента и проведения лабораторной диагностики.

Сбор жалоб и анамнез: возраст, пол, курение (в пачках/лет) и потребление никотинсодержащих продуктов, наследственный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, питание (потребление жиров, в том числе насыщенных, красного мяса, рыбы, овощей и фруктов, соли, пищевых волокон (клетчатки), способ приготовления пищи), употребление алкоголя (в стандартных единицах в сутки), физическая активность, психосоциальные аспекты, наличие сопутствующих заболеваний (СД, ХБП).

Физикальное обследование: измерение артериального давления, антропометрические критерии (индекс массы тела, окружность талии).

Лабораторная диагностика: показатели липидного обмена (ОХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, триглицериды), глюкоза крови (и/или гликированный гемоглобин), креатинин сыворотки крови и расчет СКФ по формуле CKD – EPI.

Для установления клинического диагноза АГ требуется не менее чем два последовательных измерения офисного АД в ходе не менее двух визитов с интервалом в 1–2 недели. Диагноз АГ может быть поставлен и при однократном посещении, если АД $\geq 180/110$ мм рт.ст., если имеются признаки ПОМ.

Повышение АД в условиях домашнего измерения диагностируется при уровне $\geq 135/85$ мм рт.ст., что эквивалентно уровню АД при офисном измерении $\geq 140/90$ мм рт.ст.

Выделяют первичную, или эссенциальную, АГ (более чем 95 % у пациентов с АГ) и вторичную (симптоматическую) АГ (встречаемость 1–5 %).

Пациентам с АГ проводится оценка общего ССР согласно выявленным основным ФР сердечно-сосудистых заболеваний, степени АГ, ПОМ, наличия ассоциированных клинических состояний и СД.

Критерии стратификации риска при АГ

№ п/п	Наименование критериев
1.	Факторы риска
1.1.	Мужской пол
1.2.	Возраст: мужчины ≥ 55 лет; женщины ≥ 65 лет
1.3.	Курение (в настоящем или прошлом)
1.4.	Дислипидемия: общий холестерин $> 4,9$ ммоль/л, и (или) ХС-ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л, и (или) ХС-ЛПВП: мужчины $< 1,0$ ммоль/л; женщины $< 1,2$ ммоль/л, и (или) триглицериды $> 1,7$ ммоль/л
1.5.	Глюкоза крови натощак $6,1-6,9$ ммоль/л ($5,6-6,0$ ммоль/л в капиллярной крови)
1.6.	Постприандиальная глюкоза (после еды или после нагрузки) $\geq 7,8$ и $< 11,1$ ммоль/л
1.7.	Ожирение ($ИМТ \geq 30$ кг/м ²)
1.8.	Абдоминальное ожирение (окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин)
1.9.	Мочевая кислота ≥ 360 мкмоль/л
1.10.	Семейный анамнез ранних ССЗ: у мужчин до 55 лет; у женщин до 65 лет
1.11.	Ранняя менопауза до 45 лет
1.12.	ЧСС в покое > 80 уд/мин
2.	Бессимптомное ПОМ
2.1.	Артериальная жесткость: Пульсовое давление ≥ 60 мм рт.ст. и (или) скорость распространения пульсовой волны (каротидно-фemorальная) > 10 м/с
2.2.	ГЛЖ по ЭКГ критериям: индекс Соколова-Лайона > 35 мм или $RaVL > 11$ мм или Корнельское произведение > 2440 мм $\times$ мс или Корнельский вольтажный индекс > 28 мм у мужчин и > 20 мм у женщин
2.3.	ГЛЖ по Эхо-КГ критериям: ИММЛЖ у мужчин > 50 г/м ^{2,7} , у женщин > 47 г/м ^{2,7} (рост в метрах ^{2,7}); ИММЛЖ у мужчин > 115 г/м ² , у женщин > 95 г/м ²
2.4.	Наличие атеросклеротических бляшек при визуализации < 50 %
2.5.	ХБП, стадия 3 с СКФ $30-59$ мл/мин/1,73 м ²
2.6.	Альбуминурия ($30-300$ мг/24 час и (или) соотношение альбумин/креатинин $30-300$ мг/г предпочтительно в разовой утренней порции мочи) или при невозможности оценки альбуминурии качественная оценка протеинурии
2.7.	Тяжелая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты сетчатки, отек диска зрительного нерва
3.	Ассоциированные клинические состояния
3.1.	ЦВБ: транзиторная ишемическая атака, ишемический инсульт, церебральное кровоизлияние
3.2.	ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, состояние после реваскуляризации миокарда (чрескожное коронарное вмешательство, аортокоронарное шунтирование)
3.3.	Фибрилляция предсердий
3.4.	Хроническая сердечная недостаточность Н2А и выше, в том числе с сохраненной фракцией выброса левого желудочка
3.5.	Наличие атеросклеротических бляшек при визуализации (стеноз ≥ 50 %)
3.6.	ХБП, стадии 4–5 с СКФ < 30 мл/мин/1,73 м ²
4.	СД:
4.1.	глюкоза крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л ($\geq 6,1$ ммоль/л в капиллярной крови) при двух

	повторных измерениях и (или)
4.2.	гликированный гемоглобин $HbA_{1c} \geq 6,5\%$ и (или)
4.3.	Глюкоза в любое время суток (случайная гликемия) $\geq 11,1$ ммоль/л при двух повторных измерениях

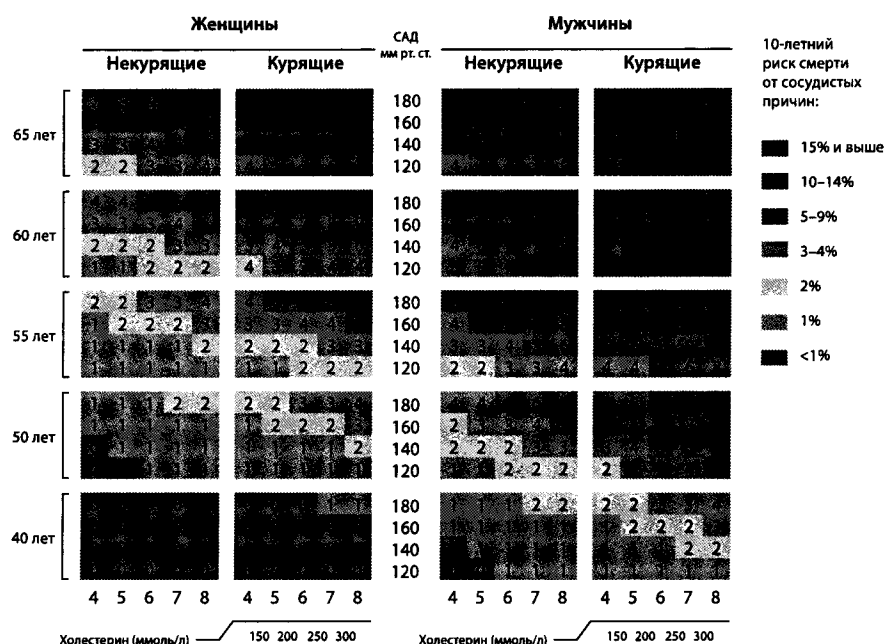
Общий ССР у пациентов с АГ представляет собой абсолютный риск развития сердечно-сосудистых исходов (сердечно-сосудистая смерть, нефатальный инфаркт миокарда и нефатальный инсульт мозга) в течение 10 лет.

Стратификация общего ССР у пациентов с АГ

№ п/п	ФР, бессимптомное ПОМ или сопутствующие заболевания	АД, мм рт.ст.			
		Высокое нормальное АД: САД 130–139 и (или) ДАД 85–89	Степень I АГ САД 140–159 и (или) ДАД 90–99	Степень II АГ: САД 160–179 и (или) ДАД 100–109	Степень III АГ: САД ≥ 180 и (или) ДАД 110
1.	Нет других ФР	Нет риска	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
2.	1–2 ФР	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск	Высокий риск
3.	3 ФР и более	Средний риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
4.	Бессимптомное ПОМ, ХБП 3 стадия	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
5.	Ассоциированные клинические состояния, ХБП ≥ 4 стадии, СД	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

13. Оценка ССР.

Для оценки ССР рекомендуется использовать шкалу SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), которая позволяет оценить 10-летний кумулятивный риск возникновения первого фатального события, ассоциированного с атеросклерозом. Шкала SCORE используется у относительно здоровых людей старше 40 лет, если только они не отнесены к категории высокого или очень высокого риска (без атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания, сахарного диабета, хронической болезни почек, семейной гиперхолестеролемии, повышенного уровня одного фактора риска).



Шкала SCORE не используется у пациентов: с доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза, СД, ХБП, СГХС, у лиц с выраженным ФР (ОХС более 8,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП 5,0 ммоль/л и более, АД 180/110 мм рт.ст. и выше), у пациентов в возрасте старше 65 лет (лица данной возрастной группы имеют наивысшую степень суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска), а также у лиц в возрасте до 40 лет (так как вне зависимости от наличия ФР, за исключением очень высоких уровней отдельных факторов, они имеют низкий абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни). Лица молодого возраста с высоким уровнем ФР формируют особую группу пациентов, так как у них низкий абсолютный риск может маскировать очень высокий относительный риск, требующий как минимум рекомендаций по модификации образа жизни.

14. Категории сердечно-сосудистого риска.

Очень высокий риск

Лица, имеющие один из нижеперечисленных признаков:

установленное ССЗ атеросклеротического генеза на основании клинических данных: перенесенный ОКС (ИМ или нестабильную стенокардию), стабильную стенокардию, коронарную реваскуляризацию (ЧКВ), аортокоронарное шунтирование (АКШ) или другую реваскуляризацию артерий), инсульт и ТИА, заболевания периферических артерий;

установленные ССЗ атеросклеротического генеза на основании визуализирующих методов диагностики: значимые бляшки при коронарной ангиографии, компьютерной томографии (многососудистое

поражение коронарных артерий со стенозами $>50\%$ двух крупных эпикардиальных артерий) или ультразвуковым исследованием сонных артерий;

СД с поражением органов-мишеней либо при наличии как минимум трех основных ФР или длительное течение СД 1-го типа с ранним дебютом (>20 лет);

выраженная ХБП (рСКФ <30 мл/мин/1,73 м²);

10-летний ССР $\geq 10\%$ по шкале SCORE;

СГХС при наличии ССЗ атеросклеротического генеза или другого значимого ФР.

Высокий риск

Лица, имеющие один из нижеперечисленных признаков:

значимое повышение какого-либо ФР (ОХС более 8,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП 5,0 ммоль/л и более, АД 180/110 мм рт.ст. и выше;

СД без поражения органов-мишеней, при длительности СД ≥ 10 лет или при наличии другого ФР;

умеренная ХБП (рСКФ 30–59 мл/мин/1,73 м²);

СГХС без других значимых ФР;

10-летний ССР 5–9% по шкале SCORE.

Умеренный риск

10-летний ССР 1–4% по шкале SCORE;

Молодые пациенты (СД 1-го типа <35 лет, СД 2-го типа <50 лет) с длительностью СД <10 лет в отсутствие других ФР.

Низкий риск у пациентов с 10-летним ССР $<1\%$ по шкале SCORE.

15. Тактика ведения пациентов.

15.1. Информирование о сердечно-сосудистом риске.

Рекомендовано информировать пациента о ССР и преимуществах лечения с учетом потребностей пациента.

15.2. Немедикаментозное лечение.

Каждый пациент, у которого имеются модифицируемые факторы риска, должен получить следующие советы по снижению риска БСК.

15.3. Прекратить курить. Все виды курения табака и потребления никотинсодержащих продуктов должны быть прекращены. Отказ от курения снижает риск БСК во всех возрастных группах. Рекомендуется регулярное обсуждение с пациентом необходимости прекратить курение. В борьбе с курением рекомендованы вмешательства по отказу от курения; следует рассмотреть применение психологической поддержки, никотинзаместительной терапии, применение цитизина, бупропиона или варениклина.

15.4. ФА и упражнения: рекомендуется 150–300 мин в неделю аэробных физических нагрузок на выносливость умеренной интенсивности в течение 5 дней, или 75–150 мин в неделю интенсивных

аэробных физических нагрузок, или их эквивалентное сочетание. В дополнение к упражнениям на выносливость рекомендовано включать силовые упражнения 2 часа или более в неделю (это способствует снижению смертности от всех причин). Общее время занятий может быть суммировано в течение дня, при этом длительность одного занятия ФА должна быть не менее 10 мин. Лицам, которые не могут достигнуть уровня 150 мин в неделю упражнений на выносливость средней интенсивности, необходимо быть столь физически активными, насколько им позволяют условия и их возможности. У нетренированных лиц начальная длительность ФА может быть менее 10 мин, с постепенным увеличением времени нагрузки. Длительность сидячего образа жизни требуется сократить в пользу хотя бы легкой ФА в течение дня. ФА, накопленная в промежутках даже менее 10 мин, связана с благоприятными исходами. Интенсивность ФА может выражаться в абсолютных или относительных величинах; их измерение может понадобиться для предоставления индивидуальной консультации.

**Примеры абсолютных и относительных уровней
интенсивности физических нагрузок**

Абсолютная интенсивность			Относительная интенсивность	
Интенсивность	MET	Примеры	% ЧСС от максимальной возрастной	Разговорный тест
Легкая	1,1–2,9	Ходьба <4,7 км/ч, легкая работа по дому	57–63	
Умеренная	3,0–5,9	Ходьба в умеренном или быстром темпе (4,1–6,5 км), медленная езда на велосипеде (15 км/ч), теннис (парный разряд), водная аэробика, танцы	64–76	Дыхание происходит быстрее, но можно говорить полными предложениями
Высокая	≥6	Спортивная ходьба, бег, быстрая езда на велосипеде (более 15 км/ч), плавание, теннис (одиночный разряд), копка земли	77–95	Очень тяжелое дыхание несовместимо с комфортным ведением разговора

Пожилым людям рекомендуется выполнять многокомпонентную ФА, сочетающую аэробные нагрузки, упражнение на укрепление мышц и улучшение баланса для снижения риска падений.

Поведенческие методы вмешательства, такие как групповое и индивидуальное образование, телефонное консультирование и применение трекеров повседневной физической активности следует рассмотреть для повышения приверженности.

Принципы консультирования пациентов по ФА: оценить исходный уровень ФА (длительность занятий, их интенсивность), информировать пациента о пользе ФА, необходимости ее повышения в повседневной жизни, определить цель по увеличению уровня ФА и составить план, постепенно наращивать длительность и интенсивность занятий.

ФА необходима пациентам, перенесшим ИМ, операции на сосудах сердца, имеющим ИБС, ХСН: перед началом тренировок целесообразно проведение пробы с физической нагрузкой (определение пороговой ЧСС и безопасного тренировочного пульса), при невозможности ее проведения - пороговую ЧСС определяют исходя из максимальной возрастной ЧСС ($220 \text{ уд./мин} - \text{возраст}$) по общепринятой формуле. Рекомендуются нагрузки с тренировочным пульсом 50-75% от пороговой ЧСС.

15.5. Придерживаться принципов здорового питания. Здоровая диета рекомендуется как основа профилактики БСК. С характером питания связаны алиментарнозависимые факторы риска – избыточная масса тела/ ожирение, повышенное АД, гиперхолестеринемия, дислипидемия, гипергликемия и другие.

Характеристика здорового питания включает:

предпочтительна растительная пища, а не животная;

насыщенные жирные кислоты должны составлять <10% от общего количества потребляемой энергии за счет их замены на ненасыщенные;

минимальное количество транснасыщенных жирных кислот (не более 2 г на 100 г жира) за счет исключения приготовленных продуктов, которые их содержат;

количество красного мяса не более 350-500 г в неделю, в частности с минимальным количеством переработанного мяса;

употребление рыбы 1–2 раза в неделю, особенно жирной;

снизить потребление соли - менее 5 г общего потребления соли в день (эквивалентно одной чайной ложке), оптимальное потребление составляет 3 г/день, целесообразно использовать йодированную соль;

30–45 г клетчатки в день;

≥200 г фруктов в день (≥2–3 порции);

≥200 г овощей в день (≥2–3 порции);

30 г несоленых орехов в день;

отказ от употребления сахаросодержащих напитков, таких как безалкогольные напитки и фруктовые соки.

Рекомендованные модели питания (диетические схемы): средиземноморская диета (включает высокое потребление фруктов, овощей и зелени, бобовых, орехов, цельнозернового хлеба, рыбы, растительного масла, круп; низкое потребление красного мяса (говядина, свинина, баранина), молочных продуктов. Вместо соли используются специи); скандинавская модель питания (основа - растительная пища с акцентом на жирной рыбе (скумбрия, лосось, сельдь), ягодах, орехах, овощах, плодовых несладких фруктах, молочных продуктах низкой жирности и цельных злаках; исключаются мясные продукты с высоким содержанием жира).

Выбор пищевых продуктов с целью улучшения липидного профиля

	Предпочтительно	Употреблять умеренно	Употреблять редко и в ограниченных количествах
Злаки	Цельнозерновые	Рафинированный хлеб, рис и макаронные изделия, печенье, кукурузные хлопья	Мучные изделия, пирожные, кексы, пирожки, круассаны
Овощи	Сырые и обработанные овощи	Картофель	Овощи, приготовленные с маслом или сливками
Бобовые	Чечевица, фасоль, бобы, горох, нут, соя	-	-
Фрукты	Свежие и замороженные фрукты	Сухофрукты, желе, варенье, консервированные фрукты, шербет, фруктовое мороженое, фруктовый сок	-
Сладости и подсластители	Некалорийные подсластители	Сахароза, мед, шоколад, конфеты	Мороженое, фруктоза, безалкогольные напитки
Мясо и рыба	Постная и жирная рыба, мясо птицы без кожи	Постная вырезка говядины, баранины, свинины или телятины, морепродукты, моллюски и ракообразные	Колбасы, салями, бекон, свиные ребрышки, хот-доги, мясные субпродукты
Молочная	Обезжиренное	Молоко, сыры со	Обычный сыр, сливки,

пища и яйца	молоко и йогурт	сниженным содержанием жира, другие молочные продукты, яйца	цельное молоко и йогурт
Кулинарные жиры и заправки	Уксус, горчица, обезжиренные приправы	Оливковое масло, нетропические растительные масла, мягкие маргарины, майонез, кетчуп	Трансжиры и твердые маргарины, пальмовое, кокосовое и сливочное масло, сало
Орехи	-	Любые несоленые (кроме кокоса)	Кокос
Приготовление пищи	Гриль, пароварение	Обжаривание	Жарка

15.6. Ограничить потребление алкоголя. Потребление алкоголя не должно превышать 100 г в неделю. По рекомендации ВОЗ ограничение потребления алкоголя для мужчин не более 20 г в пересчете на чистый алкоголь в день (2 СЕ по 10 г), для женщин не более 10 г в пересчете на чистый алкоголь (1 СЕ). При этом не менее 2-х дней в неделю без употребления алкоголя, стандартные дозы не суммируются при более редком потреблении. Наиболее опасно для риска БСК эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах (более 6 СЕ для мужчин и более 4 СЕ для женщин в течение одного эпизода употребления). Предпочтительным является полный отказ от употребления алкоголя, избегать хронического злоупотребления алкоголем.

15.7. Контролировать массу тела. Рекомендуются, чтобы все пациенты с избыточной массой тела и ожирением мотивировались на снижение массы тела с целью снижения АД, дислипидемии и риска СД. Оптимальная масса тела у лиц в возрасте до 60 лет соответствует ИМТ 20–25 кг/м², при котором отмечаются наиболее низкие показатели общей смертности. Для лиц старше 65 лет оптимальны более высокие значения ИМТ, чем для лиц молодого и среднего возраста. Мужчинам с окружностью талии 94–102 см и женщинам с окружностью талии 80–88 см рекомендуется избегать дальнейшего увеличения массы тела. Если окружность талии превышает 102 см у мужчин и 88 см у женщин, то рекомендуется худеть.

15.8. Медикаментозное лечение.

Медикаментозная коррекция факторов риска проводится в зависимости от ССР, результатов поведенческих вмешательств, сопутствующих заболеваний и индивидуальной клинической картины.

16. Артериальная гипертензия.

Цель лечения пациентов с АГ – максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Целевые уровни АД определены как менее 140/90 мм рт.ст., далее при хорошей переносимости 130/80 мм рт.ст. и менее, но не ниже 120/70 мм рт.ст.

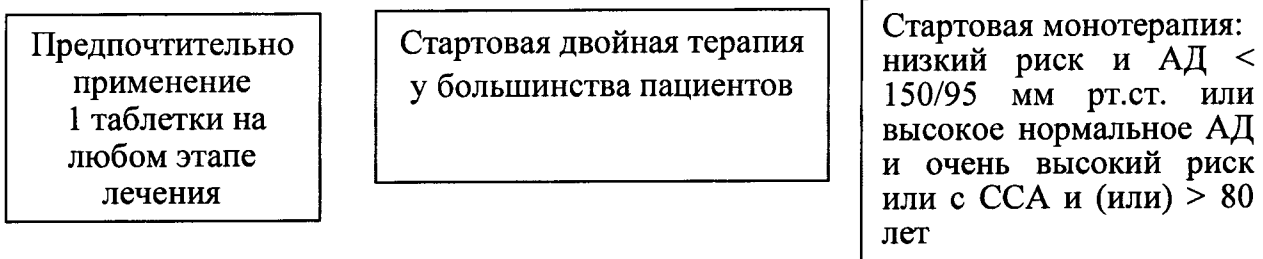
При офисном АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. большинству пациентов назначается стартовая комбинированная терапия с применением основных классов антигипертензивных препаратов (АГП), кроме пациентов низкого риска с АГ I степени (АД $< 150/95$ мм рт.ст.), в возрасте 80 лет и старше или с синдромом старческой астении, которым может назначаться монотерапия.

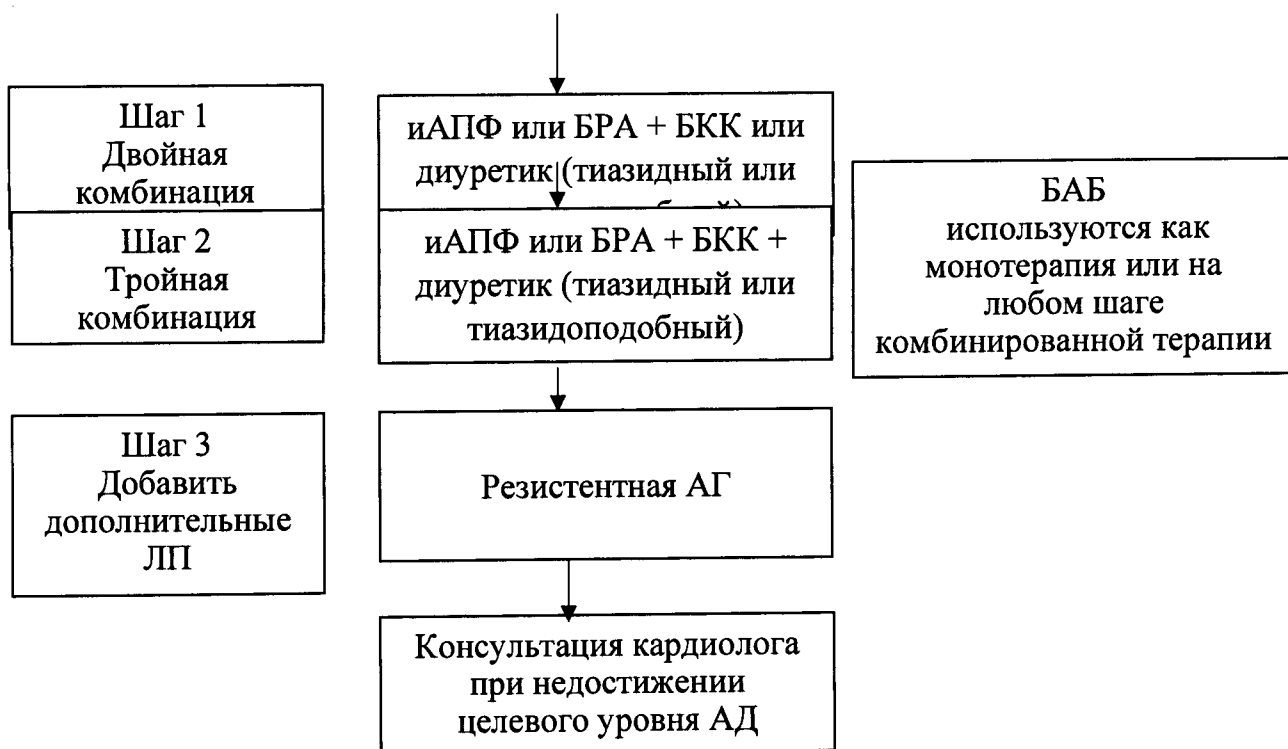
Классы АГП для лечения пациентов с АГ

Основные классы АГП	Дополнительные классы АГП
- иАПФ; - БРА; - БКК длительного действия; - диуретики (тиазидные и тиазидоподобные); - БАБ	- антагонисты минералокортикоидных рецепторов; - петлевые диуретики; - альфа-адреноблокаторы; - препараты центрального действия

Применяются комбинированные двухкомпонентные (сочетание иАПФ или БРА с БКК или тиазидными или тиазидоподобными диуретиками) и трехкомпонентные (сочетание иАПФ или БРА с БКК и тиазидными или тиазидоподобными диуретиками) схемы и преимущественно в фиксированных комбинациях. При отсутствии контроля АД (уровень АД более 140/90 мм рт.ст. при офисном измерении) на двухкомпонентной схеме следует переходить к комбинации из трех препаратов (иАПФ или БРА, БКК длительного действия, тиазидные или тиазидоподобные диуретики) преимущественно в фиксированных комбинациях. БАБ применяются в комбинации с другими основными АГП по показаниям при наличии у пациентов стенокардии, ИМ, сердечной недостаточности или с целью контроля ЧСС (АГ с повышенной ЧСС в покое более 80 ударов в минуту). Дополнительные классы АГП назначаются при недостаточном контроле АД у пациентов на фоне лечения основными классами АГП или при их непереносимости.

Алгоритм антигипертензивной терапии у пациентов с АГ





Для лечения резистентной АГ назначаются АГП по комбинированной трехкомпонентной схеме: иАПФ или БРА, тиазидный или тиазидоподобный диуретик и БКК длительного действия, предпочтительно в фиксированных комбинациях. При этом, увеличивается доза диуретика, который уже назначен пациенту с резистентной АГ, или проводится замена тиазидного диуретика (гидрохлортиазид) на тиазидоподобный диуретик (хлорталидон или индапамид) и (или) петлевой диуретик (торасемид 10 мг в сутки), особенно у пациентов с ХБП и (или) признаками задержки натрия и воды. При неэффективности лечения к проводимой комбинированной терапии добавляется спиронолактон 25–50 мг в сутки с контролем электролитов и СКФ. По решению врачебного консилиума при непереносимости спиронолактона назначается эплеренон (назначается по медицинским показаниям, не упомянутым в инструкции по применению (off-label)) и сакубитрил/валсартан. Сакубитрил/валсартан можно использовать в комбинации с другими антигипертензивными средствами, кроме иАПФ и БРА. При отсутствии контроля АД у пациентов с резистентной АГ назначается альфа-адреноблокатор и (или) БАБ, или лекарственные препараты преимущественно центрального действия (моксонидин, клонидин).

Назначение гиполипидемической, антитромбоцитарной, гипоурикемической терапии у пациентов с АГ зависит от группы ССР, наличия сопутствующих заболеваний. Применение антитромбоцитарной терапии показано всем пациентам с АГ при наличии в анамнезе

перенесенного ИМ, ишемического инсульта или ТИА, атеросклеротического заболевания периферических артерий в целях медицинской профилактики сердечно-сосудистых осложнений: ацетилсалициловая кислота в низких дозах (75-100 мг в сутки), а при ее непереносимости – ингибиторы P2Y₁₂ рецепторов. Пациентам с АГ не назначается ацетилсалициловая кислота с целью первичной профилактики при отсутствии атеросклеротических ССЗ в связи с недоказанными преимуществами в отношении снижения ССР.

17. Дислипидемия.

Гиполипидемическая терапия – это основная стратегия для снижения риска развития различных сердечно-сосудистых осложнений и смертности посредством коррекции до достижения целевого уровня ХС-ЛПНП. Польза от применения гиполипидемической терапии зависит от исходного уровня ССР – чем выше исходный риск, тем большая степень снижения абсолютного риска может быть достигнута. Различия в степени снижения риска между мужчинами и женщинами, молодыми и пожилыми, пациентами с СД и без него отсутствуют.

Маркер эффективности профилактики атеросклеротических ССЗ – снижение и поддержание ХС-ЛПНП в целевом диапазоне в течение всей жизни.

Принципы медикаментозной терапии для достижения целевого уровня ХС-ЛПНП

1. Оценить сердечно-сосудистый риск. <i>Обсудить с пациентом особенности профилактики ССЗ</i>
2. Определить целевой уровень ХС-ЛПНП в соответствии с категорией ССР
3. Подсчитать в процентах степень снижения уровня ХС-ЛПНП, необходимого для достижения целевого уровня
4. Выбрать режим гиполипидемической терапии (в том числе комбинированной) соответствующей интенсивности, который позволит обеспечить необходимую степень снижения уровня ХС-ЛПНП
5. Контроль эффективности и безопасности терапии (проводить в соответствующие сроки и объемы)
6. При необходимости – интенсификация проводимой гиполипидемической терапии

Целевые уровни липидных параметров следует определять в зависимости от категории ССР.

Рекомендации по целевым значениям липидных параметров в зависимости от категории ССР

Параметр	Низкий риск	Умеренный	Высокий	Очень
----------	-------------	-----------	---------	-------

		риск	риск	высокий риск
ХС-ЛПНП, ммоль/л	<3,0	<2,6	<1,8*	<1,4*
ХС-нелВП, ммоль/л	<3,8	<3,4	<2,6	<2,2
ХС-ЛПВП, ммоль/л	мужчины 1,0-2,0; женщины 1,2-2,2			
ТГ, ммоль/л	<1,7			
ЛП(а), мг/дл (ммоль/л)	<50 (105)		<30 (62)	
Примечания: * – и снижение ХС ЛНП на 50% и более от исходного уровня. Лп(а) – липопротеин(а).				

Всем пациентам с дислипидемией и наличием высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска рекомендована терапия статинами в дозах, необходимых для достижения целевого уровня ХС-ЛПНП. Пациентам, не достигшим целевого уровня ХС-ЛПНП на фоне максимально переносимых доз статинов, рекомендовано рассмотреть возможность комбинированной терапии, например, статинов с эзетимибом или статинов с бемпедоевой кислотой или статинов с эзетимибом и бемпедоевой кислотой. У пациентов с очень высоким риском и недостижением целевого уровня ХС-ЛПНП на фоне максимально переносимых доз статина в комбинации с эзетимибом и/или бемпедоевой кислотой рекомендовано добавить ингибиторы PCSK9 / инклисиран. У пациентов с очень высоким и экстремальным риском, получающих терапию статинами в максимально переносимой дозе с недостижением целевого уровня ХС-ЛПНП рекомендована комбинированная терапия с тем или иным нестатиновым препаратом (эзетимибом, бемпедоевой кислотой и/или ингибитором PCSK9 или инклисиран).

Стратегии вмешательства в зависимости от общего сердечно-сосудистого риска и уровня холестерина липопротеинов низкой плотности без лечения

Общий ССР	Уровень ХС ЛПНП, ммоль/л					
	<1,4	от 1,4 до <1,8	от 1,8 до <2,6	от 2,6 до <3,0	от 3,0- до <4,9	≥ 4,9
Низкий	МОЖ	МОЖ	МОЖ	МОЖ	МОЖ, возможно ЛП при неэффективности	-

Умеренный	МОЖ	МОЖ	МОЖ	МОЖ, возможно ЛП при неэффективности	-
Высокий	МОЖ	МОЖ	МОЖ, возможно ЛП при неэффекти вности		
Очень высокий, первичная профилактика	МОЖ, возможно ЛП при неэффективности				
Очень высокий, вторичная профилактика					

**Расчет степени снижения ХС-ЛПНП
при различных вариантах гиполипидемической терапии**

Терапия	Снижение ХС-ЛПНП, в %
Умеренная статинотерапия	≈30
Высокоинтенсивная статинотерапия	≈50
Эзетимиб	≈20-25
Высокоинтенсивная статинотерапия + эзетимиб	≈65
Ингибиторы PCSK9 (или инклизиран)	≈60
Высокоинтенсивная статинотерапия + ингибиторы PCSK9 (или инклизиран)	≈75
Высокоинтенсивная статинотерапия + ингибиторы PCSK9 (или инклизиран) + эзетимиб	≈85

Интенсивность терапии статинами

Суточная доза статинов высокой интенсивности для снижения ХС- ЛПН на 50% и более	Суточная доза статинов умеренной интенсивности для снижения ХС-ЛПН от 30% до <50%
Аторвастатин, 40-80 мг Розувастатин, 20-40 мг	Аторвастатин, 10-20 мг Розувастатин, 5-10 мг

	Питаваcтaтин, 2-4 мг Симвaсaтaтин, 20-40 мг
--	--

Побочные эффекты статинов

Побочный эффект	Частота встречаемости	Примечания
Статин-ассоциированные мышечные симптомы (САМС)	1-3%	Факторы риска: возраст >80 лет, женский пол, низкий ИМТ, азиатская раса; повышение КФК в анамнезе; чрезмерная / высокая физическая активность, алкогольная или наркотическая зависимость, печеночная или почечная дисфункция, диабет, СПИД или носительство ВИЧ, дефицит витамина D, трансплантация органов, тяжелые травмы, обструкция ЖВП, тяжелые операции; генетические факторы
Рабдомиолиз	1 случай на 1 миллион пациентов	
Повышение АЛТ, АСТ выше 3х ВГН	0,1-0,6%	
Развитие СД 2 типа	1 из 255	Только во вторичной профилактике при использовании интенсивной статинотерапии у больных с предиабетом. <i>При этом у 5.5 пациентов из 255 предотвращаются сердечно-сосудистые осложнения</i>

Лабораторный контроль эффективности и безопасности гиполипидемической терапии

Определение липидов сыворотки крови

Перед назначением гиполипидемической терапии	требуется, как минимум, 2-кратное определение с интервалом 1–12 недели, кроме пациентов с острыми сердечно-сосудистыми событиями и диагностированными атеросклеротическими ССЗ
После старта гиполипидемической терапии	Через 8 (±4) недель (до достижения целевого уровня)

После изменения гиполипидемической терапии	Через 8 ($\pm$ 4) недель
По достижении пациентом целевого уровня липидов	Ежегодно (если нет проблем с приверженностью или других причин для более частого контроля)

Определение креатинфосфокиназы (КФК) общей

Перед назначением гиполипидемической терапии	Требуется. При повышении исходно уровня КФК >4 верхних границ нормы гиполипидемическую терапию НЕ начинать
После старта гиполипидемической терапии	Через 4-6 недель
После изменения гиполипидемической терапии	Через 4-6 недель
По достижении пациентом целевого уровня липидов	Не требуется , выполняется при появлении миалгии/мышечной слабости Учитывать ФР миопатии/повышения КФК

Определение уровня печеночных ферментов (АЛТ)

Перед назначением гиполипидемической терапии	Требуется, При повышении исходно уровня АЛТ >4 верхних границ нормы гиполипидемическую терапию НЕ начинать
После старта гиполипидемической терапии	Через 4-6 недель
После изменения гиполипидемической терапии	Через 4-6 недель
По достижении пациентом целевого уровня липидов	Не требуется во время лечения статинами , за исключением случаев наличия симптомов поражения печени. Рекомендуется во время лечения

	фибратами
--	-----------

Определение HbA1c и/или уровня глюкозы плазмы натощак

На фоне гипOLIпидемической терапии	- регулярный мониторинг HbA1c и/или уровня глюкозы плазмы должен проводиться пациентам с высоким риском развития СД и при высокодозной терапии статином; - мониторинг уровня глюкозы плазмы показан пожилым пациентам с метаболическим синдромом, ожирением, признаками инсулинорезистентности
------------------------------------	---

Алгоритм действий при повышении уровня КФК у пациента, получающего липидснижающую терапию

Повторно оценить показания к назначению статинов.	
Если уровень КФК $\geq 4 \times$ ВГН (превышает ВГН в 4 раза и более):	
Если уровень КФК $> 10 \times$ ВГН (превышает верхнюю границу нормы более чем в 10 раз): отменить терапию, оценить функцию почек и контролировать уровень КФК каждые 2 недели.	
Если уровень КФК $< 10 \times$ ВГН (превышает верхнюю границу нормы менее чем в 10 раз): <u>при отсутствии симптомов</u> продолжить липидснижающую терапию и проконтролировать уровень КФК между 2-й и 6-й неделями.	
Если уровень КФК $< 10 \times$ ВГН (превышает верхнюю границу нормы менее чем в 10 раз): <u>при наличии симптомов</u> отменить статины и мониторировать уровень КФК до его нормализации, прежде чем принять решение о возобновлении лечения статинами в более низкой дозе.	
Оценить возможность транзиторного повышения КФК вследствие других причин.	
Исключить миопатию, если уровень КФК остается повышенным.	
Оценить возможность назначения комбинированной терапии или замены препарата.	
Если уровень КФК $< 4 \times$ ВГН (превышает ВГН менее чем в 4 раза):	
При отсутствии мышечных симптомов продолжить терапию статином (пациенту необходимо разъяснить необходимость сообщать врачу обо всех симптомах; повторить КФК).	
При наличии мышечных симптомов регулярно оценивать симптоматику и уровень КФК.	
При сохранении мышечных симптомов отменить терапию статином и оценить симптоматику через 6 нед.; повторно оценить показания к терапии статинами.	
Оценить возможность возобновления терапии тем же или другим статином.	

Оценить возможность назначения статина в низкой дозе или однократно/двукратно в неделю или назначение комбинированной терапии

Алгоритм действий при повышении уровня печеночных ферментов (АЛТ) у пациента, получающего липидснижающую терапию

Если уровень АЛТ $<3 \times$ ВГН (превышает верхнюю границу нормы менее чем в 3 раза):

Рекомендуется продолжить терапию статинами

Повторный контроль через 4-6 недель

Если уровень АЛТ $>3 \times$ ВГН (превышает верхнюю границу нормы менее чем в 3 раза):

Рекомендуется прекратить гиполипидемическую терапию или уменьшить дозу статина и повторить анализ АЛТ в течение 4–6 недель.

С осторожностью повторно начать терапию возможно после нормализации уровня АЛТ.

Если АЛТ остается повышенным, необходимо выявлять другие причины его увеличения.

17.1. Особенности лечения дислипидемии у пожилых лиц.

Возраст не является ограничением или противопоказанием к назначению гиполипидемической терапии. У пожилых пациентов с атеросклеротическим ССЗ рекомендована терапия статинами также, как и у более молодых пациентов. Для первичной профилактики у пожилых лиц при наличии высокого / очень высокого риска рекомендована терапия статинами. У пожилых пациентов при наличии потенциального риска лекарственного взаимодействия рекомендуется назначить статины в низкой дозе с титрацией до целевого уровня ХС-ЛПНП.

17.2. Особенности лечения дислипидемии у женщин репродуктивного возраста.

Применение гиполипидемических препаратов противопоказано при планировании беременности, во время беременности и в период лактации. Женщины репродуктивного возраста во время лечения должны пользоваться адекватными методами контрацепции. Женщины с СГХС должны получить консультацию по отмене гиполипидемических средств не позднее, чем за 4 недели до прекращения предохранения от беременности, и не должны принимать эти препараты до окончания грудного вскармливания, а в случае незапланированной беременности женщина с СГХС должна незамедлительно прекратить прием любых гиполипидемических средств и срочно проконсультироваться со своим лечащим врачом.

ГЛАВА 3 ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРОФИЛАКТИКА И ВЕДЕНИЕ ХОБЛ

Рассматриваемые распространенные состояния (код по МКБ-10):

1	Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей	J44.0
2	Хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением неуточненная	J44.1
3	Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь	J44.8
4	Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная	J44.9
5	Употребление табака с вредными последствиями (пагубное употребление)	F17.1
6	Синдром никотиновой (табачной) зависимости	F17.2
7	Реабилитация при курении [Лечение, включающее другие виды реабилитационных процедур]	Z50.8

18. ХОБЛ – гетерогенное заболевание легких, характеризующееся хроническими респираторными симптомами (одышка, кашель, отхождение мокроты) из-за патологии дыхательных путей (бронхит) и(или) альвеол (эмфизема), которые вызывают персистирующую, часто прогрессирующую бронхиальную обструкцию;

хронический бронхит – воспалительное заболевание бронхов, характеризующееся наличием кашля с продукцией мокроты на протяжении минимум трех месяцев в году в течение двух последовательных лет, при условии исключения других причин;

эмфизема – синдромное понятие, характеризующееся необратимым увеличением воздушного пространства дистальнее терминальных бронхиол, ассоциированное с деструкцией стенок альвеол, не связанное с фиброзом;

обострение ХОБЛ – событие, характеризующееся одышкой и (или) кашлем с отделением мокроты, которые ухудшаются в течение 14 дней и менее, сопровождаются тахипноэ и (или) тахикардией, и часто обусловленное усилением местного и системного воспаления вследствие инфекции дыхательных путей, атмосферного загрязнения или других воздействий на дыхательные пути;

дефицит альфа-1-антитрипсина (A1-AT) – одна из ключевых генетических причин ХОБЛ, особенно ее эмфизематозного фенотипа.

Определение уровня A1-АТ проводится при развитии ХОБЛ, эмфиземы у пациентов моложе 40 лет.

19. Особенности объективного обследования.

Объективное обследование пациента	Примечания
Выявление факторов риска ХОБЛ (наличие факта курения в настоящий момент и(или) в анамнезе, индекс курения, профессиональные и бытовые вредности (поллютанты и ирританты).	
Осмотр пациента на наличие одышки, частота дыхания, вовлечения дополнительных мышц при дыхании, объем грудной клетки на выдохе.	
Аускультация легких на предмет удлиненного выдоха и свистящих хрипов на выдохе, крепитаций, определение ЧСС, ЧД, АД.	
Измерение индекса массы тела для диагностики непреднамеренного снижения массы тела.	
В зависимости от результатов обследования выполняется дальнейшее объективное обследование пациента	

19.1. Назначение дополнительных лабораторных (инструментальных) методов исследования.

Основным методом диагностики и определения степени тяжести ХОБЛ, дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой является спирометрия.

Спирометрия: процедура и интерпретация

Процедура	Проинструктируйте пациента, чтобы он <u>не использовал</u> : быстродействующие бронхолитики минимум за 4 часа; длительно действующие бронхолитики – ДДБА минимум за 24 часа, ДДМА минимум за 36 часов, до предполагаемого исследования
	Оцените ОФВ ₁ , ФЖЕЛ и кривую спирометрии, в том числе в динамике.
	При соотношении ОФВ ₁ / ФЖЕЛ < 70 % сделайте пациенту ингаляцию дозированного аэрозоля в количестве 4 отдельных ингаляций (сальбутамол 100 мкг) с интервалом в 30 секунд.
	Повторите измерение через 10–15 минут после ингаляции сальбутамолом.
Интерпретация	При увеличении ОФВ ₁ после ингаляции бронхолитика на более чем 12 % и более чем на 200 мл от исходного значения указывает на астму.
	Соотношение ОФВ ₁ / ФЖЕЛ < 70 % после применения бронхолитиков указывает на ХОБЛ.

19.2. В соответствии с рекомендациями GOLD в зависимости от постбронходилатационного значения ОФВ₁ различают следующие степени бронхообструкции при ХОБЛ:

Степень по GOLD	ОФВ ₁ , % от должного
-----------------	----------------------------------

I – легкая	$ОФВ_1 \geq 80\%$
II – средней тяжести	$50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$
III – тяжелая	$30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$
IV – крайне тяжелая	$ОФВ_1 \leq 30\%$

Диагностические критерии ХОБЛ

№ п/п	Диагностические критерии	Описание
1	Наличие респираторных симптомов в анамнезе	Наличие факторов риска в анамнезе; кашель с (без) отделением мокроты, одышка, снижение толерантности к физической нагрузке
2.	Подтвержденное персистирующей (частично необратимой) бронхообструкции	Отношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$ (в норме составляет $> 0,75-0,80$) с (без) снижением $ОФВ_1$; повышение $ОФВ_1$ на $< 12\%$ и на < 200 мл от исходного значения при проведении бронходилатационного теста. Изменения измеряются через 10-15 мин после применения 400 мг салбутамола. Необходимо соблюдение интервала между последним применением бронходилататора и тестом: КДБА – на ≥ 4 часа, ДДБА – на 24 часа, ДДМА – на 36 часов
3	Исключение других патологических состояний, которые могут сопровождаться бронхообструктивным синдромом	Бронхиальная астма, новообразования или инородные тела трахеобронхиального дерева, аномалии развития, интерстициальные заболевания легких с бронхообструкцией, выраженная сердечная недостаточность и иные
4	Дополнительные методы обследования	Рентгенография ОГК, КТ ОГК

По степени тяжести течения ХОБЛ определяется по выраженности одышки по шкале mMRC, частоте обострений и степени бронхообструкции:

легкая, (mMRC<2, менее 2 обострений, легкая степень бронхообструкции);

среднетяжелая (mMRC≥ 2, 2 и более обострения или 1 – обострение, потребовавшее госпитализации, среднетяжелая или тяжелая бронхообструкция);

тяжелая (клинически выражены симптомы, клинические признаки ДН, частые обострения (2 и более в год) с госпитализациями, ХЛС, тяжелая или крайнетяжелая бронхообструкция).

***Модифицированная шкала одышки
Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC)***

Степень	Тяжесть	Описание
0	Нет	Одышка только при интенсивной физической нагрузке
1	Легкая	одышка при быстрой ходьбе, небольшом подъеме
2	Средняя	Одышка заставляет идти медленнее, чем люди того же возраста
3	Тяжелая	Одышка заставляет останавливаться при ходьбе примерно через каждые 100 метров
4	Очень тяжелая	Одышка не позволяет выйти за пределы дома или появляется при одевании

Дифференциальная диагностика ХОБЛ

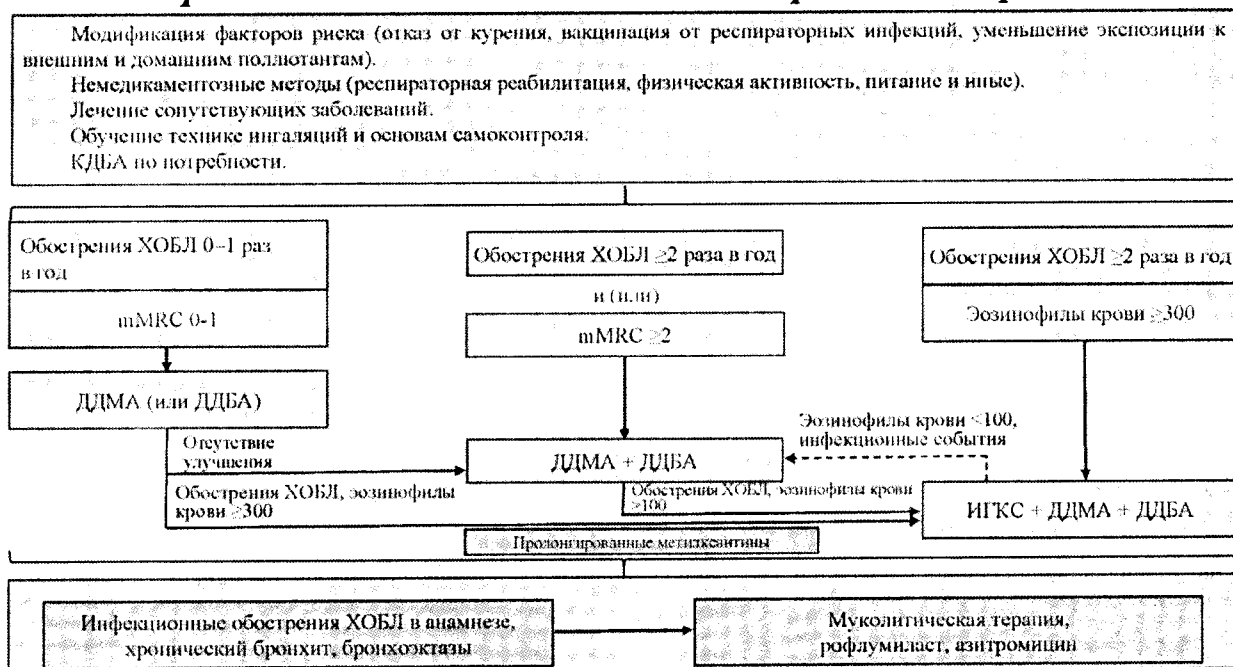
№ п/п	Патологическое состояние	Основные дифференциальные признаки
1	Бронхиальная астма	Факторы риска: бытовые аллергены, пыльца растений, некоторые производственные факторы; отягощенная наследственность; начало в молодом возрасте (часто); волнообразность и яркость клинических проявлений, их обратимость (либо спонтанно, либо под влиянием терапии)
2	Туберкулез	Начало в любом возрасте; характерные рентгенологические признаки; микробиологическое подтверждение;

		эпидемиологические признаки (высокая распространенность туберкулеза в регионе)
3	Облитерирующий бронхиолит	Начало в молодом возрасте у некурящих; указание на системное заболевание соединительной ткани или острое воздействие вредных газов; КТ ОГК обнаруживает зоны пониженной плотности на выдохе
4	Сердечная недостаточность	Анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, факторы ССР; объективные признаки кардиогенного застоя в большом или малом кругах кровообращения при использовании диагностических методов визуализации; повышение уровня натрийсберегающих пептидов – BNP и NT-roBNP; спирометрия – преобладание рестрикции

19.3. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ.

Лечение ХОБЛ включает немедикаментозные методы лечения и фармакотерапию при стабильном течении заболевания, лечение при обострении ХОБЛ, респираторную поддержку при хронической ДН.

Лечение проводится в соответствии с алгоритмом терапии ХОБЛ.



Объем лечения корректируется в зависимости от степени бронхообструкции, тяжести течения, уровня эозинофилии крови, наличия признаков инфекционного обострения ХОБЛ, наличия и степени гипоксии.

Пациентам с ХОБЛ указывается на необходимость отказа от курения. При наличии вредных производственных факторов (производственная пыль, химические раздражители) назначается консультация врача-профпатолога.

Стартовая фармакотерапия пациентов с ХОБЛ основывается на комплексной оценке течения заболевания. Коррекция лечения проводится на основании оценки эффективности стартовой терапии по выраженности одышки и наличию обострений ХОБЛ через 1–3 месяца, а также с учетом фенотипа ХОБЛ.

19.4. Медицинское наблюдение пациентов с ХОБЛ в амбулаторных условиях.

Медицинское наблюдение пациентов с ХОБЛ в амбулаторных условиях осуществляют врач-терапевт и (или) врач общей практики длительно. Медицинское наблюдение пациентов с ХОБЛ проводится с учетом формы, степени тяжести, степени ДН.

Контроль за показателями спирометрии (спирометрия с бронходилатационным тестом) осуществляется ежегодно при стабильном течении, при прогрессировании – по медицинским показаниям.

К профилактическим мероприятиям при ХОБЛ относятся:

отказ от курения (как активного, так и пассивного);

рациональное питание; снижение массы тела у пациентов с ожирением;

коррекция массы тела у пациентов с дефицитом массы тела;

регулярная физическая активность, выполнение дыхательных упражнений;

сезонная вакцинация от гриппа; вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции;

соблюдение рекомендаций по рациональному трудоустройству.

При развитии хронической ДН проводится длительная кислородотерапия (с использованием концентратора кислорода).

19.5. Медицинскими показаниями для госпитализации пациентов с обострением ХОБЛ являются:

значительное увеличение интенсивности симптомов и (или) появление новых симптомов (например, тяжелая одышка);

частота дыхания (далее – ЧД) >24 вдохов и выдохов в минуту;

частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) >100 ударов в минуту;

$SpO_2 <92\%$ и (или) снижение $SpO_2 >3\%$ от исходного уровня (если известно);

парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (далее – PaO_2) <60 мм рт.ст. и (или) парциальное напряжение углекислого газа в артериальной крови >45 мм рт.ст. (при возможности определения);

невозможность купировать обострение ХОБЛ в амбулаторных условиях.

Пациентам с обострением ХОБЛ ситуационно назначаются ингаляционные бронходилататоры: КДБА или КДМА, или фиксированная комбинация КДБА + КДМА под контролем ЧСС, по медицинским показаниям – ЭКГ.

При обострении ХОБЛ, сопровождающимся снижением ОФВ1 менее 50 % от должных величин, вместе с бронхолитической терапией и ИГКС через небулайзер, при невозможности госпитализации могут назначаться кортикостероиды перорально (16-24 мг метилпреднизолона) на протяжении 5–7 дней.

Антибактериальная терапия пациентам с обострением ХОБЛ назначается при наличии гнойной мокроты и не менее двух из следующих признаков: усиление одышки; увеличение объема мокроты; увеличение степени гнойности мокроты.

Алгоритм антибактериальной терапии обострений ХОБЛ:

Градация степени бронхо-обструкции по GOLD	Пост. ОФВ1	Вероятные возбудители	Антибактериальные препараты
GOLD I-II, без факторов риска	> 50%	<i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Амоксициллин Макролиды (азитромицин, кларитромицин) Цефалоспорины 2-3 per os
GOLD I-II, с факторам и риска	> 50%	<i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> пенициллин-резистентные <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Амоксициллин/кла-вуланат. Цефалоспорины 3 поколения (цефподоксим) «Респираторные» фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин)
GOLD III	30 – 50%	<i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> пенициллин-резистентные <i>Streptococcus pneumoniae</i> Гр(-) энтеробактерии	Антисинегнойные β – лактамы «Респираторные» фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин)

		<i>Pseudomonas aeruginosa**</i>	
GOLD IV	< 30%	<i>Haemophilus influenzae</i> пенициллин- резистентные <i>Streptococcus pneumoniae</i> Гр(-) энтеробактерии <i>Ps. Aeruginosa**</i>	Фторхинолоны (ци- профлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин) ± Антисинегнойные β- лактамы

Важная информация для пациента / просвещение

ХОБЛ – хроническое воспалительное заболевание легочных путей и тканей легких, при котором прогрессирующе ухудшается функция легких. Основная причина ХОБЛ – курение. Интенсивное курение вызывает у подверженных людей необратимые изменения в легких, и начиная с возраста старше 40 лет могут проявляться нарушения функции легких. Прекращение курения в любом возрасте замедляет скорость прогрессирования уменьшения легочной функции.

Респираторные инфекции (бактериальные и вирусные) могут временно ухудшать жалобы, особенно у пациентов с выраженными степенями ХОБЛ. При усилении жалоб пациенты должны быть проинструктированы об увеличении дозировки быстродействующих бронхолитиков до определенного максимума. При недостаточном эффекте, увеличении потребности в бронхолитиках, при одышке в сочетании с повышением температуры или плохом общем самочувствии необходимо обратиться к врачу.

Грипп может чаще вызывать осложнения у пациентов с ХОБЛ, поэтому пациентам рекомендуется проведение ежегодной вакцинации против гриппа.

Для дополнительной информации можно порекомендовать пациенту соответствующую литературу.

19.6. Немедикаментозные советы:

Прекращение курения. Курение – основная причина ХОБЛ. Предоставьте пациенту консультирование по прекращению курения.

Двигательная активность. При легкой и средней степени тяжести ХОБЛ необходимо рекомендовать достаточную двигательную активность (еже-дневно в течение 30 минут ходьба средней интенсивности, езда на велоси-пед, плавание или фитнес). При более выраженных степенях ХОБЛ реко-мендуется дыхательная гимнастика.

19.7. Контрольные посещения при ХОБЛ.

У новых пациентов с ХОБЛ контрольные посещения назначаются до стабилизации состояния и удовлетворительного контроля симптомов. В последующем контроль пациентов с ХОБЛ может осуществляться 1 раз в 6–12 месяцев.

Во время контроля производится:

оценка жалоб и ограничений, возможные перенесенные обострения, самостоятельно купированные пациентом (частота, степень выраженности);

обсуждение прекращения курения и возможной помощи и поддержки в этом. Примерная форма памятки по повышению осведомленности населения о рисках развития хронических неинфекционных заболеваний вследствие курения приведена в приложении 1;

уточнение характера двигательной активности, питания, наличия стабилизации веса;

оценка доверия к лечению, техника ингаляций;

осмотр пациента, аускультация легких, измерение индекса массы тела;

1 раз в год спирометрия с бронходилататорами (у пациента с легкой степенью ХОБЛ, бросившего курить, можно уменьшить частоту спирометрии до 1 раза в 3 года);

уточнение наличия признаков сопутствующих заболеваний (сердечной недостаточности) и возможных побочных действий медикаментов.

ГЛАВА 4

ПРОФИЛАКТИКА, РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ, ВЕДЕНИЕ И МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА (САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА, ПРЕДИАБЕТ)

20. Диагностика сахарного диабета:

20.1. Клинические критерии сахарного диабета:

Полидипсия, полиурия.

Слабость, утомляемость, рецидивирующие кожные инфекции, кандидоз, вульвит, баланит.

Симптомы дегидратации и катаболизма: прогрессирующее снижение массы тела, сухость кожных покровов и слизистых, сниженный тургор кожи, «запавшие глаза», рвота, дыхание Куссмауля, запах ацетона в выдыхаемом воздухе.

Наличие и выраженность клинических проявлений определяется степенью декомпенсации заболевания.

20.2. Лабораторные диагностические критерии сахарного диабета:

Время определения	Концентрация глюкозы, ммоль/л		HbA1c, %
	Капиллярная кровь	Венозная плазма	
Сахарный диабет			
натощак	≥ 6,1	≥7,0	≥ 6,5
через 2 часа после нагрузки в ходе ГТТ	≥11,1	≥11,1	

Клинический диагноз сахарного диабета (далее – СД) устанавливается при наличии двух лабораторных показателей, соответствующих диагностическим критериям:

глюкоза крови натощак (два анализа, выполненные в разные дни);

глюкоза крови натощак и HbA1c;

глюкоза крови натощак и через 2 ч после нагрузки 75 г глюкозы безводной в ходе глюкозотолерантного теста (ГТТ).

20.3. Критерии ремиссии СД 2 типа:

Для постановки диагноза «Сахарный диабет 2 типа, ремиссия» необходимо соблюдение следующих критериев: отмена сахароснижающей терапии + одно из двух: удержание уровня HbA1c $< 6,5\%$ не менее, чем 3 месяца после отмены сахароснижающей терапии или уровень глюкозы плазмы натощак менее 7 ммоль/л и расчетный уровень HbA1c $< 6,5\%$ (в случае наличия факторов, искажающих уровень лабораторно измененного HbA1c).

Ремиссия СД 2 типа подразумевает сохранение режима контроля гликированного гемоглобина и осложнений СД 2 типа.

20.4. Скрининг хронических осложнений СД 2-го типа (проводится на момент выявления заболевания и далее не реже чем 1 раз в год).

Осмотр стоп, уточнение жалоб, характерных для нейропатии, ангиопатии нижних конечностей;

консультация офтальмолога: офтальмоскопия глазного дна (с расширенным зрачком), выявление и уточнение стадии ретинопатии;

скрининг нефропатии: альбуминурия/ протеинурия в суточной моче или альбумин (протеин)/ креатининовое соотношение в разовой порции мочи; расчет скорости клубочковой фильтрации.

20.5 Стратификация сердечно-сосудистого риска (ССР):

К лицам очень высокого риска (включая экстремальный) относятся:

пациенты с установленным сердечно-сосудистым заболеванием,

пациенты с повреждением органов-мишеней,
имеющие 3-и и более факторов риска,
пациенты с ранним началом СД 1 типа (в возрасте до 10 лет) и
длительностью заболевания >20 лет,

К лицам **высокого риска** относятся пациенты с длительностью СД ≥ 10 лет без поражения органов-мишеней и наличии любого фактора риска.

К лицам **умеренного риска** относятся молодые пациенты с СД 1 типа в возрасте <35 лет или СД 2 типа в возрасте <50 лет с длительностью СД <10 лет без факторов риска.

Признаки повреждения органов-мишеней: протеинурия, нарушение функции почек (скорость клубочковой фильтрации ≤ 30 мл/мин), гипертрофия левого желудочка, ретинопатия.

Факторы риска: возраст старше 65 лет, АГ, дислипидемия, курение, ожирение.

Более точным методом стратификации сердечно-сосудистого риска является шкала SCORE 2-Diabetes (применима для пациентов с СД 2 типа старше 40 лет без ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний).

20.6 Формулировка клинического диагноза:

Форма/тип СД	Сахарный диабет 2 типа или Сахарный диабет 2 типа, ремиссия (указать вследствие какого медицинского вмешательства)*
Хронические осложнения СД (диабетические микроангиопатии)	Диабетическая ретинопатия (указать стадию на правом глазу, на левом глазу); перенесенная лазерная коагуляция сетчатки (фокальная и (или) панретиальная), год проведения); Диабетическая нефропатия (указать стадию хронической болезни почек (далее – ХБП) и индекс альбуминурии); Диабетическая периферическая нейропатия (указать форму); Риск развития синдрома диабетической стопы (указать); Синдром диабетической стопы (указать форму и локализацию язвенного дефекта, степень по Вагнеру, уровни ампутаций); Диабетическая остеоартропатия (указать стадию)
Ассоциированные макрососудистые заболевания	Ишемическая болезнь сердца (указать форму); Цереброваскулярные заболевания (указать какие); Заболевания артерий нижних конечностей: указать стадию, уровень поражения, вид оперативного лечения (наименование оперативного вмешательства – ампутация, реваскуляризация, если проводились – год

	проведения), указать критическую ишемию
Сопутствующие заболевания	АГ (указать степень, риск сердечно-сосудистых осложнений); ХСН (указать стадию); Ожирение (указать степень); Дислипидемия; Неалкогольная жировая болезнь печени

20.7. План лечения СД 2 типа.

20.7.1. Терапевтическое обучение («Школа диабета»), развитие навыков самообучения и самоконтроля.

Врач, осуществляющий медицинское наблюдение пациента с СД 2 типа, после установления диагноза рекомендует обучение пациенту в «Школе диабета». Примерная форма памятки по повышению осведомленности населения о рисках развития хронических неинфекционных заболеваний вследствие ожирения и (или) сахарного диабета приведена в приложении 2.

20.7.2. Модификация образа жизни.

20.7.3. Самоконтроль метаболических и гемодинамических параметров.

20.7.4. Многофакторная коррекция СД 2 типа (фармакотерапия: глюкозоснижающая, антигипертензивная, коррекция дислипидемии, антикоагулянты – по показаниям) с достижением целевых значений метаболических и гемодинамических параметров.

20.8. Терапевтические цели лечения СД 2 типа.

Поддержание показателей углеводного и липидного обмена, артериального давления и массы тела в пределах персонализированных целей.

Индивидуальные целевые уровни HbA1c

Категория пациентов	Возраст, годы			Старческая астенция и (или) деменция	Ожидаемая продолжительность жизни <5 лет
	молодой	средний	пожилой и старчески й		
Нет тяжелых осложнений СД и (или) риска тяжелой гипогликемии	<6,5%	<7,0%	<7,5%	<8,5%	Избегать гипогликемии и симптомов гипергликем

Есть тяжелые осложнения СД и (или) риск тяжелой гипогликемии	<7,0%	<7,5%	<8,0%		ии
--	-------	-------	-------	--	----

При недостижении индивидуального целевого уровня рекомендовано снижение исходного HbA1c на 0,5% и более за 3 месяца.

Целевые показатели компенсации липидного обмена

Сердечно-сосудистый риск	ЛПНП, ммоль/л
очень высокий (включая экстремальный)	<1,4 ммоль/л или снижение исходного уровня ЛПНП на 50% и более (в случае экстремального риска <1,0 ммоль/л)
высокий	<1,8 ммоль/л или снижение исходного уровня ЛПНП на 50% и более
умеренный	<2,5 ммоль/л или снижение исходного уровня ЛПНП на 50% и более
Целевой уровень показателей липопротеинов высокой плотности: у мужчин – >1,0 ммоль/л, у женщин – >1,3 ммоль/л	
Целевой уровень триглицеридов – <1,7 ммоль/л	

Целевые показатели АД

Возраст	Систолическое АД, мм рт.ст.	Диастолическое АД, мм рт.ст.
18-65 лет	≥ 120 и < 130	≥ 70 и < 80
>65 лет	≥ 130 и < 140	

20.9. Фармакотерапия СД 2 типа.

Применяется пошаговый алгоритм индивидуализированного выбора глюкозоснижающей терапии в зависимости от уровня HbA1c на момент диагностики:

исходный HbA1c 6,5 – 7,5% - монотерапия (чаще всего метформин);

исходный HbA1c 7,6% - 10,0% - комбинация двух или трех лекарственных препаратов с разным механизмом действия;

исходный HbA1c >10,0% - комбинация инъекционных (базальный инсулин или арГПП-1) и пероральных глюкозоснижающих лекарственных препаратов или базис-болюсный режим инсулинотерапии.

Выбор предпочтительного глюкозоснижающего лекарственного препарата осуществляется в зависимости от доминирующей клинической проблемы пациента.

20.10. Мониторинг эффективности глюкозоснижающей терапии проводится:

по уровню HbA1c – 1 раз в 3 месяца до достижения индивидуального целевого уровня HbA1c, далее – 1 раз в 6–12 месяцев;

по результатам самоконтроля (контроль гликемии, массы тела, АД с отметкой в дневнике самоконтроля).

Частота самоконтроля гликемии зависит от вида глюкозоснижающей терапии:

на диетотерапии и метформине – не менее 1 раза в неделю в разное время суток;

на пероральной глюкозоснижающей терапии и (или) базальном инсулине – 1 раз в сутки в разное время, гликемический профиль (4 раза в сутки: до еды, через 2 ч. После еды, перед ночным сном, периодически ночью) – 1 раз в неделю;

на базис-болюсной инсулинотерапии – 4 раза в сутки (до еды, через 2 ч. После еды, перед ночным сном, периодически ночью).

Целевые значения уровней глюкозы плазмы, соответствующих индивидуальным целевым уровням HbA1c

HbA1c, %	Глюкоза плазмы/сыворотки натощак/перед едой, ммоль/л	Глюкоза плазмы/сыворотки через 2 ч после еды, ммоль/л
<6,5	<6,5	<8,0
<7,0	<7,0	<9,0
<7,5	<7,5	<10,0
<8,0	<8,0	<11,0
<8,5	<8,5	<12,0

20.11. Медицинское наблюдение пациентов с СД 2 типа.

20.12. Физикальный осмотр.

Осуществляется лечащим врачом не реже 1 раза в 6 месяцев.

Включает:

антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии);

измерение ЧСС и АД;

осмотр мест инъекций, оценку техники введения инсулина;

осмотр стоп и стратификацию ССР (не реже 1 раз в год);

анализ дневника самоконтроля (достижение целевых значений гликемии, АД, вариабельность гликемии при самоконтроле);

оценка приверженности к проводимому лечению и его эффективности, выявление причин невыполнения ранее назначенного лечения;

корректировка немедикаментозной и медикаментозной терапии (при необходимости);

краткое профилактическое консультирование (при наличии факторов риска) включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска (курение, нерациональное питание или недостаточная физическая активность), рекомендации по профилактике модифицируемых факторов, психоэмоционального стресса;

информирование пациента о результатах проведенного осмотра;

оформление рецептов врача;

обеспечение медицинскими изделиями;

при необходимости направление для обучения в «Школе диабета»;

по показаниям направление на лабораторные и инструментальные исследования, к врачам-специалистам.

20.13. Лабораторные и инструментальные диагностические исследования.

НbA1c – 1 раз в 6 месяцев;

ОАК, ОАМ, анализ альбуминурии – не реже 1 раз в 12 месяцев;

БАК: ХС, ЛПНП, ТГ, креатинин, расчет СКФ, калий, общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, мочева кислота – не реже 1 раз в 12 месяцев.

ЭКГ – не реже 1 раз в 12 месяцев.

20.14. Консультации врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога по медицинским показаниям (неясный диагноз, прогрессирование нарушений углеводного обмена, подозрение на другое эндокринное заболевание);

прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (осмотр глазного дна в условиях мидриаза) – не реже 1 раза в 12 мес.;

прием (осмотр, консультация) врача-нефролога, невролога, хирурга, подотерапевта – по медицинским показаниям.

21. Неотложная помощь при гипогликемии.

Тактика лечения гипогликемии определяется степенью нарушения сознания пациента.

При сохраненном сознании показано быстрое введение через рот легкоусвояемых простых углеводов в количестве 10 – 20 г:

10 – 20 г глюкозы – таблетки;

2 – 4 куса сахара-рафинада или 2 – 4 чайных ложки сахара (лучше растворить);

1,0 – 1,5 столовых ложки меда или варенья;

100 – 200 мл сладкого фруктового сока (сахаросодержащего газированного напитка).

Если гипогликемия вызвана пролонгированным инсулином, особенно в ночное время, то следует дополнительно съесть 10 – 20 г медленноусвояемых углеводов (фрукт, хлеб, каша и т. Д.).

При нарушении сознания:

уложить пациента на бок, очистить полость рта;

ввести внутривенно 40% раствор глюкозы до выхода из комы, прекращения судорог (до 80 – 100 мл) или ввести подкожно или внутримышечно 1 мг глюкагона;

при отсутствии сознания – внутривенно капельно ввести 5 – 10% раствор глюкозы с последующей госпитализацией в стационар.

22. Диагностика, лечение и медицинское наблюдение пациентов с предиабетом.

Предиабет — это нарушение углеводного обмена, при котором значение глюкозы в крови превышает нормальные показатели, но не достигает диагностических критериев сахарного диабета.

К предиабету относятся НГН и НТГ.

22.1. КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ-10:

R73.0 – Отклонения результатов нормы теста на толерантность к глюкозе.

R73.9 – Гипергликемия неуточненная.

22.2. ДИАГНОСТИКА.

Учитывая отсутствие специфических жалоб ключевое значение в диагностике приобретает оценка факторов риска.

22.3. ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА:

Возраст старше 45 лет

Избыточная масса тела и ожирение

Семейный анамнез СД

Повышение гликемии в анамнезе

Привычно низкая физическая активность

Артериальная гипертензия или наличие других сердечно-сосудистых заболеваний

Гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия;

Гестационный сахарный диабет или рождение крупного плода

Синдром поликистозных яичников

22.4. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

В качестве скрининговых тестов могут быть использованы:

глюкоза плазмы натощак;

глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы;

HbA1c (целесообразно применять с последующим выполнением ГТТ, при невозможности – определением глюкозы плазмы)

Диагностические критерии

Время определения	Концентрация глюкозы, ммоль/л		HbA1c, %
	Капиллярная кровь	Венозная плазма	
Нарушение гликемии натощак			
натощак	≥5,6 и < 6,1	≥6,1 и < 7,0	≥5,7 и < 6,5
через 2 часа после ГТТ	< 7,8	< 7,8	
Нарушение толерантности к глюкозе			
натощак	< 6,1	< 7,0	≥5,7 и < 6,5
через 2 часа после ГТТ	≥7,8 и < 11,1	≥7,8 и < 11,1	

22.5. Лечение.

Лечение предиабета направлено на предотвращение развития сахарного диабета, контроль массы тела, коррекцию факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, прогрессирование неалкогольной жировой болезни печени.

Немедикаментозное лечение. Изменение образа жизни является основой ведения пациентов с предиабетом. Особое внимание уделяется поведенческим факторам риска, включая рациональное питание и физическую активность.

Основные принципы питания:

соответствие энергетической ценности рациона энергозатратам, при необходимости — снижение калорийности рациона;

увеличение содержания пищевых волокон за счет потребления некрахмалистых овощей, бобовых и цельнозерновых продуктов;

адекватное содержание пищевого белка, снижение легкоусвояемых углеводов и

насыщенных жиров;

Рекомендуется регулярная физическая активность: предпочтительна аэробная нагрузка умеренной интенсивности или интенсивная продолжительностью 30 и более минут не менее 3 раз в неделю (суммарная продолжительность не менее 150 минут в неделю).

Комплексный подход включает гигиену сна, поощрение здоровых привычек, таких как отказ от алкоголя и курения, поддержание благоприятного эмоционального фона, которые могут повлиять на мотивацию введения здорового образа жизни.

В рамках наблюдения пациента рекомендуется оценить сердечно-сосудистый риск пациента с предиабетом и провести краткое профилактическое консультирование.

Оценку эффективности немедикаментозной терапии целесообразно осуществить через 3-6 мес. после постановки диагноза.

Медикаментозная терапия. Показана (при отсутствии противопоказаний) лицам с предиабетом (особенно у лиц моложе 60 лет, у лиц с индексом массы тела ≥ 35 кг/м² и у женщин с гестационным СД в анамнезе), если мероприятия по изменению образа жизни не привели к нормализации показателей углеводного обмена.

Алгоритм медикаментозной терапии метформином

Схема назначения	Метформин немедленного высвобождения	Метформин пролонгированного высвобождения
Начало терапии	500 или 850 мг 1 таблетка во время ужина	500 или 750 мг 1 таблетка во время ужина
Через 7-10 дней	1 таблетка 2 раза в сутки	2 таблетки 1 раз в сутки

22.6. Наблюдение.

В течение первого года 1 раз в месяц 6 месяцев, далее не реже 1 раза в 12 месяцев. Следует обсудить план лечения, определить мотивацию и степень достижения целей; оценить антропометрические и лабораторные показатели. Определение уровня глюкозы плазмы натощак рекомендовано не реже 1 раза в 6 месяцев; оценка уровня HbA_{1c} или проведение ГТТ каждые 12 месяцев.

ГЛАВА 5

ПРОФИЛАКТИКА, РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ, ВЕДЕНИЕ И МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

23. Ожирение – хроническое заболевание, характеризующееся избыточным накоплением и/или аномальным распределением жировой ткани в организме, представляющим угрозу здоровью и являющееся фактором риска ряда хронических неинфекционных заболеваний.

23.1. КЛАССИФИКАЦИЯ.

23.1.1. Согласно этиологическому принципу:

Первичное (экзогенно-конституциональное, алиментарное) ожирение – обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов.

Симптоматическое (вторичное) ожирение – является симптомом другого заболевания или следствием приема лекарственных средств.

23.1.2. По клинической значимости:

Доклиническое – характеризуется избыточным отложением жировой ткани при сохраненной функции тканей и органов.

Клиническое – отличается наличием клинических проявлений (признаков и симптомов), изменением функции органов или ухудшением способности человека выполнять повседневные действия, возникновение которых напрямую ассоциировано с ожирением.

23.2. ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ.

При сборе анамнеза рекомендуется уточнить:

наличие характерных жалоб, связанных с ожирением;

длительность и течение заболевания;

особенности питания и образа жизни пациента;

предпринимал ли пациент ранее попытки снижения массы тела;

принимал ли пациент лекарственные средства для лечения ожирения;

оценить возможные причины возникновения (например, хроническое заболевание с ограничением движения, объемные процессы с поражением гипоталамо-гипофизарной области);

исключить психические расстройства, которые сочетаются с ожирением (депрессия, расстройства пищевого поведения и др.).

23.3. ФИЗИКАЛЬНЫЙ ОСМОТР.

Измерение антропометрических показателей, пульса и артериального давления.

Клинический осмотр с целью выявления факторов риска развития осложненных или вторичных форм ожирения.

23.4. ДИАГНОСТИКА.

Диагностика ожирения включает оценку антропометрических показателей и клинических данных.

23.5. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.

ИМТ – скрининг наличия избыточной массы тела или ожирения:

Классификация ожирения по ИМТ, ВОЗ, 1997 г.

ИМТ, кг/м ²	Масса тела
18,5- 24,9	Нормальная масса тела
25,0-29,9	Избыточная масса тела
30,0-34,9	Ожирение I степени
35,0-39,9	Ожирение II степени
≥40	Ожирение III степени

Подтверждение избыточного накопления жировой ткани по крайней мере одним из следующих критериев является обязательной в дополнение к ИМТ:

Диагностический критерий	Интерпретация у лиц европеоидной расы
--------------------------	---------------------------------------

Окружность талии	≥ 102 см у мужчин	≥ 88 см у женщин
Соотношении окружности талии к окружности бедер	$> 0,9$ у мужчин	$> 0,85$ у женщин
Соотношение окружности талии к росту	$> 0,5$ для всех	

Окружность талии измеряется сантиметровой лентой посередине между нижним краем ребер и верхним краем тазовой кости.

Окружность бедер – оценивается по наиболее выступающим точкам ягодиц, лента фиксируется горизонтально, охватывая максимальный объем.

23.6. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.

Основные проявления клинического ожирения со стороны различных органов/систем

Орган/система организма	Диагностический критерий
ЦНС	Идиопатическая внутричерепная гипертензия
Респираторная система	Обструктивное апноэ во сне, предрасположенность к респираторным инфекциям, одышка, синдром легочной гиповентиляции
Сердечно- сосудистая система	Артериальная гипертензия, снижение систолической и/или диастолической функции левого желудочка, рецидивирующая фибрилляция предсердий, легочная гипертензия, рецидивирующий тромбоз глубоких вен и/или тромбоэмболия легочной артерии
Метаболические нарушения	Гипергликемия, дислипидемия, гиперурикемия
Печень	Неалкогольная жировая болезнь печени с развитием фиброза
Мочевыделительная система	Хроническая болезнь почек, рецидивирующее/хроническое недержание мочи
Репродуктивная система	У женщин: раннее половое созревание, гиперандрогения, ановуляция, олигоменорея, синдром поликистоза яичников У мужчин: снижение либидо, потенции, угнетение сперматогенеза
Опорно- двигательный аппарат	Остеоартроз, хронические боли и деформации в коленных и бедренных суставах, ограничение подвижности суставов, дорсопатии

Нарушения со стороны кожных покровов	Рецидивирующие бактериальные и/или грибковые инфекции, acanthosis nigricans, гирсутизм
Лимфатическая система	Лимфедема нижних конечностей
Ограничения повседневной деятельности	Значительные ограничения подвижности и/или основных видов повседневной активности (личная гигиена, купание, одевание, посещение туалета, прием пищи) с учетом возраста пациента

23.7. ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Обязательные: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (с определением уровня глюкозы в плазме крови, липидограммы, оценкой функционального состояния почек и печени), ЭКГ, ТТГ.

Дополнительные: диагностические процедуры следует назначать по мере необходимости в случае, если данные анамнеза, физикального обследования, стандартных лабораторных исследований либо их комбинация позволяют заподозрить наличие одной или нескольких органических или тканевых дисфункций, обусловленных ожирением.

23.8. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ.

Доклиническое ожирение – мониторинг с профилактической направленностью: снижение массы тела, ориентированное на предотвращение риска развития осложнений.

Клиническое – терапевтическое вмешательство: улучшение (или при возможности достижение ремиссии) клинических проявлений заболевания и/или предотвращение прогрессирования осложнений или поражения органов-мишеней.

23.9. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.

В консультации с пациентом составьте индивидуальный план лечения пациента на основе реалистичных целей (подробное описание дано в полной версии Инструкции).

Рекомендуется снижение массы тела на 5-10% за 3–6 месяцев терапии и удержание результата в течение года, что позволяет уменьшить риски для здоровья, а также улучшить течение заболеваний, ассоциированных с ожирением.

23.10. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Модификация образа жизни (индивидуализация целей, постепенное и поэтапное снижение массы тела; контроль над факторами риска и/или сопутствующими заболеваниями).

Мотивационное консультирование (мотивация пациента на достижение результата, понимание долгосрочности терапии и важности модификации образа жизни; поддержание благоприятного эмоционального фона).

Обучение (предоставление пациенту всеобъемлющей информации).

23.11. НАБЛЮДЕНИЕ.

В среднем 1 раз в месяц первые 3 месяца, затем 1 раз в 3 месяца в течение первого года, далее не реже 1 раза в 6 месяцев. Следует обсудить план лечения, определить мотивацию и степень достижения целей; оценить антропометрические показатели и клинические проявления заболевания.

ГЛАВА 6 АЛГОРИТМ

ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ПО ВЫЯВЛЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, ИХ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ И ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЮ К ВРАЧАМ-ПСИХИАТРАМ-НАРКОЛОГАМ

24. Пациенты могут обращаться к врачу общей практики, врачу-терапевту участковому, врачу-педиатру участковому (далее – ВОП) с различными соматическими жалобами: на тошноту, диспепсию (уменьшение аппетита, утрення рвота), сердцебиение, головные боли, частые мелкие травмы, подъемы артериального давления и многое другое. При этом ВОП легко может выявить соответствующие соматические признаки: запах спиртного, инъекцию сосудов, склер, покраснение и отечность кожи лица, дрожание рук, повышенную потливость, гипертензию, тахикардию, аритмию, травмы (в т. ч. ссадины).

Эти неспецифические жалобы и признаки появляются намного раньше желудочного кровотечения, панкреатита, болезней печени, которые любой ВОП быстро свяжет с употреблением алкоголя с вредными последствиями.

На практике часто наблюдается «смещение» диагностики, направленной исключительно на выявление соматического заболевания как причины данных проблем. При этом ВОП могут использовать различные диагнозы, скрывающие употребление алкоголя с вредными последствиями. С другой стороны, большинство проблемно пьющих пациентов сами не хотят, чтобы их проблемы были выявлены. Чрезмерно пьющие люди нередко акцентируют внимание на соматических жалобах, не осознавая алкогольных проблем. Это создает ситуацию тайного сговора между врачом и пациентом: «ты не говоришь, а я не замечаю».

25. ВОП могут выявить алкогольные проблемы так же, как они это делают с соматическими болезнями: собирая личный и семейный анамнез, внимательно оценивая соматическое состояние, назначая и правильно интерпретируя лабораторные тесты. Известно много анамнестических факторов риска алкогольной зависимости, наличие которых поможет ВОП выявлять уязвимых лиц и уже на этом этапе проводить профилактические вмешательства. Основными из них являются: мужской пол, молодой возраст, жизнь вне брака (холост, разведен или вдовец), низкий доход, отсутствие работы, нахождение на пенсии. Важнейшим фактором риска является уровень потребления алкоголя: тяжело пьющие люди (50 г этанола и более в день – более 35 доз в неделю) имеют риск зависимости в 6,5 раз выше, чем непьющие. Уровень потребления алкоголя за последние 7 дней можно считать показателем среднего его потребления в целом. ВОП может получить также информацию и о социальных проблемах пациента у его семьи.

26. У ВОП всегда остается возможность подтвердить свое подозрение о наличии алкогольных проблем у пациента с помощью лабораторных исследований. Токсические эффекты алкоголя могут выявляться с помощью биохимических тестов, к которым относятся определение уровней гамма-глутамилтрансферазы (далее – ГГТ) и аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ).

ГГТ является более чувствительным маркером и остается увеличенным на протяжении 2–4 недель после регулярного приема даже 40–60 г этанола (100–150 г водки). Около 75 % проблемно пьющих людей имеют повышенный уровень ГГТ.

Менее точным является определение АСТ, для повышения которого требуется либо длительное (более недели) чрезмерное либо массивное (в течение нескольких дней) потребление спиртного.

На практике одних лабораторных исследований может оказаться недостаточно, хотя именно они могут быть особенно полезны для диагностики лиц с высоким уровнем алкогольных проблем и риском зависимости. ВОП необходимо применять простые методики по выявлению лиц с алкогольными проблемами скрининговые инструменты.

27. При обращении к ВОП пациента с острой алкогольной интоксикацией алгоритм действий следующий. Острая алкогольная интоксикация встречается, при употреблении большого количества алкоголя в течение короткого времени. При алкогольной интоксикации функции постепенно восстанавливаются сами по себе, однако уровень сниженного сознания и снижение функции дыхательного центра могут потребовать медицинского вмешательства в условиях стационара.

Алкогольная интоксикация несет в себе риск структурного повреждения головного мозга лицам подросткового и молодого возраста (12-21 лет).

28. Диагностика острой алкогольной интоксикации проводится ВОП в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика острой интоксикации, вызванной употреблением алкоголя, потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 ноября 2022 г. № 109.

С острой алкогольной интоксикацией врач общей практики чаще сталкивается вне обычных рабочих часов во время дежурства в отделении скорой помощи, когда за медицинской помощью обращаются с помощью третьих лиц (друзей, родственников, случайных прохожих, полицейских и т. д.). При наличии подозрения на черепно-мозговую травму необходима особая осторожность при ведении пациента.

Врач общей практики занимается сбором анамнеза с целью выяснения количества и типа употребленных алкогольных напитков и периода времени, за который был употреблен алкоголь. Кроме того, врач спрашивает о возможном сопутствующем употреблении наркотиков и возможности травмирования в состоянии алкогольного опьянения. Если ответы на вопросы пациентом не являются надежными, врач опрашивает сопровождающих лиц. Во время физикального обследования врач общей практики использует систему оценки коматозных состояний ABCDE:

- сознание;
- степень замутненности сознания и беспокойства;
- частота дыхания, характер дыхания, насыщение крови кислородом;
- температура;
- артериальное давление и частота пульса;
- тургор тканей, наполнение капилляров;
- уровень глюкозы крови.

Далее врач общей практики обращает внимание на наличие рвоты и профилактику возможной аспирации, а также наличие ран.

При оценке степени тяжести острой алкогольной интоксикации врач общей практики обращает внимание на следующие признаки:

- сниженный уровень сознания;
- шок (артериальное давление менее 90/60, задержка капиллярного кровообращения при сжимании пальцев пациента, снижение тургора тканей);
- угнетение дыхания (частота дыхания менее 15 в мин или > 20 в мин, использование дополнительных дыхательных мышц, периферическое насыщение кислородом менее 95 %);

гипотермия (менее 36 °C);
гипогликемия (менее 3,5 ммоль/л).

Наличие одного (или более) из этих признаков может затруднить спонтанное выздоровление после острой алкогольной интоксикации.

Неосложненная алкогольная интоксикация не требует специального лечения. Для предупреждения алкогольной гипогликемии рекомендуется ввести 10–20 мл 40 % раствора глюкозы внутривенно и 100 мг тиамина внутримышечно для профилактики корсаковского синдрома. При психомоторном возбуждении рекомендуют фиксацию и галоперидол 5–15 мг внутривенно или внутримышечно, при патологическом опьянении дополнительно вводят 5–10 мг диазепама.

При тяжелой алкогольной интоксикации с нарушением функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем лечение должно проводиться в отделении анестезиологии и реанимации либо в отделении токсикологии. Следует учитывать угнетающий эффект диазепама и алкоголя на дыхательную функцию; в случае применения диазепама должно быть обеспечено непрерывное наблюдение за больным.

Для пациентов в возрасте до 18 лет при наличии одного или более из указанных выше признаков, а также при имеющейся информации о применении наркотических средств направление в стационар является обязательным. В других легких случаях при наличии адекватной социальной поддержки в семье возможна выжидательная тактика. Рекомендуется контролировать сон и будить пациента при появлении признаков рвоты. Кроме того, рекомендуется повторное обращение к ВОП, если появляются подозрения на аспирацию и развитие аспирационной пневмонии.

После эпизода острой алкогольной интоксикации (в благоприятных случаях симптомы обычно уменьшаются в течение 8–12 часов) без стационарного лечения ВОП через 1–2 дня контактирует с пациентом и предлагает прийти на прием. Последующее ведение описано далее в рекомендациях по лечению употребления алкоголя с вредными последствиями. После случая острой алкогольной интоксикации, когда потребовалась госпитализация, врач общей практики уточняет, получил ли пациент адекватное сопровождение и консультирование в стационаре. Если пациент склонен к повторяющимся эпизодам алкогольной интоксикации, ВОП пытается мотивировать пациента для перенаправления его к врачу-психиатру-наркологу и получения специализированной наркологической помощи.

29. При обращении к ВОП пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями алгоритм действий следующий.

Проблемное употребление алкоголя может приводить к психологическим и социальным проблемам, таким как развод, насилие в семье, жестокое обращение с детьми, проблемы на работе и учебе, конфликтам с окружающими, дорожно-транспортным происшествиям и правонарушениям. Потери государства в результате потребления алкоголя, включающие в себя расходы, связанные с алкогольной зависимостью, расходы на здравоохранение и стоимость потерь производительности и правонарушений, значительно превышают доходы от его продажи.

Употребление алкоголя с вредными последствиями может привести к следующим соматическим проблемам:

наличие избыточной массы тела за счет высокой калорийности потребляемого алкоголя и пищи в качестве закуски, а также недостаточная масса тела и витаминный дефицит вследствие недостаточного питания;

травмы в результате несчастных случаев как на дороге, так и дома;
злокачественные опухоли, особенно в полости рта и гортани, повышение риска развития рака молочной железы;

желудочно-кишечные проблемы за счет раздражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, поражение печени и развитие панкреатита;

сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия, инсульт, ишемическая болезнь сердца и нарушение ритма;

неврологические проблемы вследствие дефицита витамина B1 (тиамина): полинейропатия, энцефалопатия Вернике (некрозы с воспалительной реакцией в головном мозге, а затем атрофия) и синдром Корсакова;

мочеполовые проблемы: сексуальные проблемы, снижение мужской фертильности;

кожные заболевания: капиллярные сетки на лице, ладонная эритема и покраснение лица.

ВОП должен иметь в виду, что у пожилых пациентов возможны симптомы, которые реже связывают с избыточным потреблением алкоголя, такие как падения, спутанность сознания, депрессия или эйфория.

На первом этапе диагностики во время сбора анамнеза выделяют следующие этапы:

выявление признаков употребления алкоголя с вредными последствиями;

исследование вероятности употребления алкоголя с вредными последствиями;

уточнение роли алкоголя в жизни у пациента и исследование степени выраженности проблемы;

уточнение мотивации к изменению характера употребления алкоголя (при поддержке и помощи). Памятка по повышению осведомленности населения о рисках развития хронических неинфекционных заболеваний вследствие употребления алкоголя приведена в приложении 3.

Признаки употребления алкоголя с вредными последствиями следующие. Иногда пациент обращается к врачу общей практики с просьбой о помощи в снижении потребления алкоголя. Более частая ситуация, когда пациент обращается с непосредственными признаками употребления алкоголя с вредными последствиями, такими как запах перегара, в алкогольном опьянении, либо о злоупотреблении алкоголем сообщают третьи лица (члены семьи, соседи). В большинстве случаев речь идет о наличии косвенных сигналов употребления алкоголя с вредными последствиями. Врач оценивает вероятность наличия употребления алкоголя с вредными последствиями при следующих сигналах:

частые обращения на прием и изменчивый, неясный характер жалоб или необъяснимые соматические жалобы, такие как усталость, общее недомогание, тремор, учащенное сердцебиение или повышенная потливость;

желудочно-кишечные жалобы и состояния, такие как рефлюксная болезнь, гастрит, диарея, панкреатит, гепатит, цирроз печени или асцит;

психосоциальные проблемы (на работе или дома), особенно в сочетании с бессонницей, частое использование или просьбы о назначении транквилизаторов и снотворных;

психические расстройства, такие как тревожные расстройства, депрессии или синдром дефицита внимания и гиперактивности у подростков;

коллапс, потери сознания, частые несчастные случаи или переломы; сексуальные проблемы;

доказательства насилия в семье;

расширение капиллярного рисунка на лице или эритематозное и отечное лицо;

лабораторные отклонения (повышение уровней ГГТ и АСТ).

У лиц подросткового и молодого возраста ВОП рассматривает возможность наличия употребления алкоголя с вредными последствиями при следующих сигналах:

поведенческие проблемы и изменения: потеря интереса, ухудшение успеваемости в школе, прогулы;

рискованное поведение, такое как употребление каннабиса и других наркотиков;

рискованное сексуальное поведение, инфекции, передающиеся половым путем, нежелательная беременность;
 проблемы с правоохранительными органами;
 разведенные родители, семейные проблемы, родители с употреблением алкоголя с вредными последствиями.

30. Исследование вероятности употребления алкоголя с вредными последствиями проводится следующим образом.

Если есть сигналы и признаки того, что алкоголь играет определенную роль в представленных пациентом жалобах, то в этом случае врач должен спросить, употребляет ли пациент алкоголь. Если пациент подтверждает употребление алкоголя, врач общей практики объясняет, что симптомы и жалобы могут быть связаны с этим и что ВОП хотел бы более детально поговорить с пациентом о характере употребления алкоголя.

Если пациент соглашается с этим, врач общей практики в неосуждающей манере уточняет характер употребления алкоголя и следующие аспекты:

частота потребления алкоголя ("Как часто в неделю Вы употребляете алкоголь?");

среднее количество (в день, в неделю, каждый раз; наличие признаков эпизодического употребления алкоголя в больших количествах более 6 стандартных единиц алкоголя либо оценить количество потребленного алкоголя в течение прошлой недели и характер употребления: в течение дня, на работе, во время приема пищи и вечером.

Для целей настоящего Алгоритма под 1 СЕА понимается количество алкогольного, слабоалкогольного напитка, пива содержащее количество алкоголя равное 10 г в пересчете на чистый алкоголь (100 % этанола) или 12,7 мл этанола (при плотности этанола 0,789 г/мл). Так 1 СЕА содержится в 25 мл крепких напитков (водка, коньяк, виски, бренди, ром 40%), 70 мл ликеров или крепленое вино (18 – 20 %), 150 мл вина (сухое, белое, красное 10 – 13 %), 250 мл слабоалкогольных коктейлей, крепкого пива (6 – 7% об.), 330 мл обычного светлого пива (около 4 %).

Уточнение роли алкоголя в жизни пациента и исследование степени выраженности нарушений проводится следующим образом. Для исследования роли алкоголя в жизни пациента во время беседы с пациентом ВОП использует принципы мотивационного консультирования.

Это дает врачу возможность избежать сопротивления пациента при обсуждении проблемы, когда в неосуждающей манере врач помогает оценить положительные стороны употребления алкоголя для пациента в его ситуации, а затем при вовлечении пациента сравнить эти

преимущества с негативными сторонами и рискованными ситуациями, которые влечет за собой употребление алкоголя.

ВОП беседует с пациентом о том, какую роль играет алкоголь в его жизни, какие ситуации и события вызывают или поддерживают употребление алкоголя.

ВОП может использовать для этого следующие вопросы:

Можете ли Вы описать ситуацию, когда Вы выпиваете? Выпиваете ли Вы при этом больше, чем первоначально планировалось? Употребляете ли Вы все больше алкоголя, чтобы достичь того же эффекта? Употребляете ли Вы иногда алкоголь в одиночестве?

Что происходит, когда Вы какое-то время полностью не употребляете алкоголь?

Часто ли у Вас появляется сильное желание выпить?

Какие чувства и собственные представления есть у Вас об употреблении алкоголя? Выпиваете ли Вы осознанно (например, чтобы заснуть)? Это больше привычка либо вы выпиваете, чтобы расслабиться или чувствовать себя лучше? Задумывались ли Вы когда-нибудь о Вашем употреблении алкоголя, и были ли Вы когда-нибудь этим обеспокоены?

Задумывались ли Вы когда-нибудь о том, что некоторые жалобы или проблемы могут быть связаны с употреблением алкоголя? Если да, то пробовали ли Вы изменить Ваш тип употребления? Если нет, то в чем причина?

Вы когда-нибудь задумывались о том, чтобы сократить или прекратить употреблять алкоголь? Вы когда-нибудь пробовали? Расскажите, когда Вы пробовали сократить потребление и как это протекало?

Избегаете ли Вы из-за своего употребления алкоголя определенных ситуаций или деятельности (социальной, связанной с работой)? Возникали ли у Вас вследствие употребления алкоголя проблемы или даже опасные ситуации (на учебе, дома, в транспорте, на работе, с органами правопорядка)? Если да, то решали ли Вы после этого снизить потребление алкоголя? Если нет, то в чем причина?

Как много времени Вы проводите за употреблением алкоголя, поиском алкоголя либо восстанавливаясь от последствий алкоголя? Бывали ли у Вас на следующий день симптомы абстиненции (похмелья)? Употребляете ли Вы иногда алкоголь для того, чтобы уменьшить симптомы похмелья?

Слышали ли Вы когда-нибудь комментарии от семьи и друзей о том, что следует выпивать меньше?

ВОП также спрашивает об отношении и роли супруга(и)/партнера, оценивает, есть ли признаки психосоциальных или психических проблем,

таких как проблемы в области семейных отношений (например, домашнее насилие, особенно жестокое обращение с детьми), есть ли проблемы на работе, депрессия или тревожное расстройство.

ВОП также уточняет:

продолжительность проблем с алкоголем;

возраст начала употребления алкоголя с вредными последствиями (особенно для пациентов в возрасте до 25 лет);

наличие социальной сети и поддержки пациента;

есть ли важные негативные события в жизни пациента.

Дополнительно у лиц подросткового и молодого возраста (до 20 лет) ВОП уточняет наличие факторов риска в отношении выраженного употребления алкоголя с вредными последствиями:

предыдущие госпитализации в связи с острой алкогольной интоксикацией;

эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах: как часто (каждую неделю или эпизодически) и сколько выпивается алкоголя за один случай;

важные негативные события жизни и их возможная связь с употреблением алкоголя;

молодой возраст начала употребления алкоголя (особенно в возрасте от 12 до 14 лет);

соответствующие сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет или психиатрические расстройства;

семейная история потребления алкоголя.

Уточнение мотивации к изменению характера употребления алкоголя (при условии поддержки и помощи) ВОП оценивает, в какой степени пациент мотивирован изменить свое поведение в отношении употребления алкоголя.

31. Различают стадии изменения поведения и мотивации пациента, на каждой из которых уместны следующие действия ВОП:

31.1. стадия незаинтересованности – пациент не осознает свою проблему употребления алкоголя и не мотивирован измениться. ВОП предоставляет информацию, направленную на понимание и осознание этой проблемы;

31.2. стадия осознания/обдумывания – пациент знает плюсы и минусы употребления алкоголя, но пока имеет двойственное отношение или не мотивирован на изменение поведения. Вместе с пациентом врач исследует плюсы и минусы употребления алкоголя в его/ее ситуации, чтобы изменить поведение;

31.3. стадия подготовки к изменениям – пациент принял решение изменить поведение, но все же должен морально подготовиться к этому и

запланировать шаги для осуществления своего намерения. Врач и пациент совместно обсуждают план лечения и необходимые шаги;

31.4. стадия выполнения изменений – пациент меняет свой тип потребления алкоголя. ВОП поддерживает его в осуществлении плана;

31.5. стадия поддержания изменений – после изменения поведения необходимо закрепление нового. ВОП проводит регулярные консультации, поддерживает пациента и уделяет внимание профилактике срыва.

Если пациент заинтересован изменить свое употребление алкоголя, то врач спрашивает: «Хотели ли бы Вы получить помощь в этом?»

32. При обращении к ВОП пациентов с проблемным употреблением алкоголя проводится следующее физикальное обследование. При подозрении на употребление алкоголя с вредными последствиями ВОП измеряет артериальное давление (может быть увеличено), обращает внимание на признаки недостаточного питания и проводит другие виды обследования в зависимости от предъявленных жалоб.

Дополнительные лабораторные виды обследования, такие как MCV, АСТ, ГГТ, АЛТ, могут иметь решающее значения для определения степени выраженности употребления алкоголя с вредными последствиями. Вероятность изменения данных показателей у пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями в общей врачебной практике является высокой. Изменение показателей ГГТ может быть признаком употребления алкоголя с вредными последствиями и являться поводом для обсуждения возможных причин с пациентом. Рекомендуются регулярные лабораторные исследования ГГТ для контроля поддержания изменений поведения. Объяснение природы измененного теста может быть использовано для того, чтобы мотивировать пациента уменьшить потребление алкоголя.

Значения лабораторных показателей, специфичных при употреблении алкоголя с вредными последствиями:

в БАК: увеличение гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) (норма женщины – до 8–38 Ед/л; норма мужчины – 8–55 Ед/л); – увеличение в биохимическом анализе печеночных ферментов (АЛТ и АСТ);

в ОАК: увеличение среднего объема эритроцитов (MCV) (норма MCV 75–96 мкм³).

33. Алгоритм оценки наличия или отсутствия употребления алкоголя с вредными последствиями.

Для оценки ВОП использует вопросник RUS-AUDIT-S (адаптированная короткая версия АУДИТ).

Тест RUS-AUDIT-S (The Russian Alcohol Use Disorders Identification Test – short version) является краткой версией адаптированного и

валидированного для Российской Федерации теста, который предназначен для выявления рисков для здоровья, связанных с употреблением алкоголя, на уровне первичной медико-санитарной помощи. Заполнение теста RUS-AUDIT-S проводится медицинским работником в форме интервью.

ВОП зачитывает вопрос и варианты ответа. Пациент выбирает подходящий ему вариант ответа. ВОП отмечает в отдельном окне бланка анкеты балл, соответствующий выбранному варианту ответа. После прохождения теста ВОП подсчитывает сумму баллы и записывает их в бланк анкеты. Максимальное количество баллов 12. В зависимости от итоговой суммы баллов ВОП оказывает необходимый объем помощи.

ВОП задает следующие вопросы, отмечает вариант ответов и баллы.

№	Вопрос	Вариант ответа	Баллы
1.	Как часто Вы употребляете как минимум 1,5 л пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24 часов?	Никогда	0
		Реже одного раза в месяц	1
		Ежемесячно	2
		Еженедельно	3
		Ежедневно или почти ежедневно	4
2.	Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?	Никогда	0
		Да, более 12 месяцев назад	2
		Да, в течение последних 12 месяцев	4
3.	Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?	Никогда	0
		Да, более 12 месяцев назад	2
		Да, в течение последних 12 месяцев	4

Интерпретация результатов теста RUS-AUDIT-S для женщин и мужчин:

Зона	Баллы		Уровень риска	Тактика медицинского работника
	женщины	мужчины		
Зона I	0–1	0–3	Относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя.	Информационные материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье.

Зона	Баллы		Уровень риска	Тактика медицинского работника
	женщины	мужчины		
Зона II	2–4	4–6	Опасное употребление алкоголя – употребление, которое увеличивает риск возникновения вредных последствий для человека или для окружающих его людей.	Материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье. Совет по ограничению потребления алкоголя.
Зона III	5	7	Пагубное употребление алкоголя – употребление, которое приводит к последствиям для физического и психического здоровья.	Краткое вмешательство/консультирование и наблюдение в ПМСП.
Зона IV	6 и более	8 и более	Риск возможной алкогольной зависимости.	Дальнейшее обследование, возможное направление к специалисту наркологу.

Поскольку употребление алкоголя среди молодых людей до 20 лет часто не соответствует критериям синдрома алкогольной зависимости, ВОП оценивает степень проблемы потребления алкоголя среди молодых людей на основе описанных ранее факторов риска. При наличии состояния отмены алкоголя (абстинентного синдрома), кроме уточнения приема других психоактивных веществ помимо алкоголя, ВОП уточняет степень выраженности симптомов отмены: легкой, средней и тяжелой степени и назначает медикаментозное лечение в соответствии с протоколом № 13.

Принципы ведения пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями следующие. Такое употребление алкоголя часто является частью большого комплекса психосоциальных проблем. Дополнительные или лежащие в основе психосоциальные проблемы, мотивация пациента, опыт и результаты предыдущих попыток уменьшения потребления алкоголя, а также наличие и выраженность неблагоприятных последствий употребления алкоголя определяют тактику ведения пациентов ВОП.

Исходные позиции лечения определяются личной ответственностью пациента, его пожеланиями и мотивацией. При этом ВОП понимает, что общая мотивация к изменению поведения не является неизменной величиной, что процессы изменения поведения невозможны, если оказывать давление на пациента, а также что мотивирующая позиция самого ВОП может увеличить мотивацию пациента. Если пациент на данном этапе консультации не видит необходимости в сокращении потребления алкоголя, ВОП говорит, что он всегда готов обсудить этот вопрос в будущем при возникновении такой необходимости у пациента.

В целом ВОП может самостоятельно лечить молодых людей и взрослых с употреблением алкоголя с вредными последствиями, кроме случаев, когда проблема является слишком выраженной или сложной. Методы ведения и лечения для ВОП включают просвещение и информирование, поддерживающие беседы и консультации, лечение авитаминоза и абстинентного синдрома. Помимо этого, при возможно медикаментозное ведение пациентов для профилактики рецидивов в соответствии с протоколом № 13, а также направление для лечения в специализированные наркологические учреждения (диспансеры и другие).

Медикаментозное лечение может проходить либо в амбулаторно-поликлиническом (амбулатории ВОП, поликлинике), либо в специализированном наркологическом учреждении, при необходимости с госпитализацией для проведения детоксикации и (или) лечения.

ВОП также обсуждает с пациентом, в какой степени и когда супруг(а)/партнер или любые другие члены семьи могут быть вовлечены в лечение. Люди близкого окружения, сами того не зная, могут также невольно поддерживать неблагоприятное поведение пациента. У пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями и сопутствующим тревогой или депрессией в первую очередь необходимо решать вопросы, связанные с употреблением алкоголя. Если окажется, что после снижения употребления алкоголя сохраняется тревожное расстройство или депрессия, то затем ВОП назначает лечение этих заболеваний в соответствии с протоколом № 13.

34. Рекомендации по информированию пациента при первой консультации следующие. ВОП обсуждает с пациентом:

возможную взаимосвязь между жалобами и симптомами пациента и употреблением алкоголя;

возможную предрасположенность к употреблению алкоголя с вредными последствиями (семейная история, тип потребления алкоголя в семье, наличие алкогольной интоксикации в раннем возрасте);

приемлемый уровень потребления алкоголя (употребление алкоголя с минимальной опасностью): вообще не пить алкоголь или, по крайней мере, не каждый день; не употреблять спиртное в количестве более 2 СЕА (20 г этанола) в день для мужчин и 1 СЕА (10 г этанола) в день для женщин;

во время беременности рекомендуется полное воздержание от употребления алкоголя, т. к. употребление даже небольших количеств алкоголя влечет за собой риск повреждения плода;

после длительного употребления больших количеств алкоголя пациент не должен решать прекратить пить без медицинского

сопровождения из-за повышенного риска развития серьезных симптомов отмены, таких как инсульты, судороги, делирий или появление энцефалопатии Вернике;

существуют организации самопомощи для пациентов и группы поддержки семейных партнеров;

возможны вредные воздействия алкоголя и его влияние на вождение автомобиля. Если ВОП обнаруживает признаки опьянения у пациента при консультации, он указывает на возможный риск при вождении.

35. Поддерживающие мотивирующие консультации ВОП высоко эффективны в отношении снижения потребления алкоголя, в том числе для молодых пациентов возраста, и проводятся следующим образом.

При поддерживающих беседах ВОП стремится к тому, чтобы пациент осознал негативные стороны потребления алкоголя для своей ситуации и увидел преимущества в изменении типа потребления алкоголя. ВОП фокусируется на повышении мотивации пациента к изменениям, а также на возможных социальных проблемах, лежащих в основе этого поведения.

ВОП и пациент совместно устанавливают план лечения с учетом мотивации и уже имеющихся жалоб и симптомов пациента, который включает в себя цели лечения (например, осознание пациентом употребления алкоголя с вредными последствиями, сокращение или прекращение потребления алкоголя, уменьшение проблем, вызванных употреблением алкоголя с вредными последствиями), а также дополнительные варианты лечения у врача-психиатра-нарколога.

С учетом большой чувствительности темы необходимо, чтобы ВОП и пациент могли конфиденциально разговаривать по вопросам употребления алкоголя (без присутствия медицинской сестры/помощника врача).

Врач обсуждает с пациентом следующие моменты:

возможную взаимосвязь между жалобами и симптомами пациента и употреблением алкоголя;

приемлемый уровень потребления алкоголя (употребление алкоголя с минимальной опасностью): не употреблять алкоголь в дозе более 2 СЕА в день для мужчин и 1 СЕА для женщин; высокий риск эпизодического потребления в дозе более 6 СЕ для мужчин и более 4 СЕ для женщин;

во время беременности и кормления грудью – отказ от алкоголя;

для пациентов с синдромом алкогольной зависимости – помощь нарколога, группы самопомощи (Анонимные Алкоголики) и группы поддержки партнеров зависимых от алкоголя пациентов (АлАнон).

Для достижения желаемого изменения поведения существуют следующие основные подходы:

немедленное снижение уровня потребления алкоголя. Вырабатываются конкретные договоренности о поводах для потребления алкоголя, количестве потребляемого алкоголя, времени потребления алкоголя (не более 2 СЕА при наличии повода, не ранее 18 часов и т. д.).

прекратить потребление алкоголя на определенный промежуток времени и перейти затем к тактике, описанной выше.

немедленное прекращение приема алкоголя сразу и навсегда. Обсудить возможность обращения к ВОП при рецидиве. ВОП может самостоятельно проводить лечение состояния отмены алкоголя в соответствии с протоколом № 13, кроме осложненных случаев.

36. Повторные консультации проводятся для оценки степени выполнения поставленных совместных целей по уменьшению характера потребления. Для объективизации изменения потребления алкоголя можно использовать лабораторные показатели при их исходном повышении. При полном воздержании от потребления алкоголя в течение 2 недель возможно двухкратное снижение уровня ГГТ и нормализация показателя при условии воздержания от приема алкоголя в течение 5 недель. Показатель MCV уменьшается более медленно (нормализуется в течение 5-6 месяцев после полного прекращения употребления алкоголя).

Рекомендуется ведение пациентом дневника потребления алкоголя, в котором пациент отмечает, когда, сколько и при каких обстоятельствах употреблялся алкоголь между повторными консультациями.

В тяжелых случаях, в том числе при сопутствующих психических расстройствах, ВОП направляет пациента в психиатрический стационар.

ГЛАВА 7 ПРЕКРАЩЕНИЕ КУРЕНИЯ

37. АНАМНЕЗ.

Запишите статус курения в карте всех потребителей табачных изделий, особенно если они обратились за поддержкой для прекращения курения или прекращение курения для них крайне важно:

пациенты, обратившиеся с жалобами, непосредственно связанными с курением, такими как кашель или одышка, с такими заболеваниями, как сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), ХОБЛ, бронхиальная астма, сахарный диабет;

родители детей, страдающих астмой, рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей и средними отитами;

женщины, использующие гормональную контрацепцию (либо планирующие ее использовать);

беременные женщины и их партнеры.

Спросите у курильщика, сколько лет он курит и сколько сигарет в день выкуривает (пачко-лет: 1 пачко-год = выкуривание 20 сигарет в день в течение года), а также о мотивации бросить курить.

38. ОЦЕНКА СТАТУСА КУРЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ.

Отразите профиль курения и мотивацию в карте пациента:
 курильщик (мотивирован – сомневающийся – не заинтересован);
 бросил курить;
 никогда не курил.

39. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ/ЛЕЧЕНИЮ.

39.1. Немедикаментозное ведение пациентов во время первой консультации.

Предоставьте убедительный индивидуальный совет курильщику прекратить курить; подчеркните важность прекращения курения для здоровья и объясните возможную прямую или косвенную связь курения пациента с его заболеваниями, факторами риска и жалобами.

Обсудите возможности поддержки в прекращении курения и предложите при необходимости запланировать отдельную консультацию.

Запланируйте с мотивированными курильщиками отдельную консультацию для интенсивной поддерживающей консультации.

Сомневающимся курильщикам предложите краткое вмешательство (консультации) для повышения мотивации бросить курить.

У незаинтересованных попросите разрешения вернуться во время последующих обращений к статусу курения и мотивации бросить.

39.2. Немедикаментозное ведение пациентов во время последующих консультаций.

Интенсивное поддерживающее консультирование (вмешательство) для мотивированных пациентов.

Определите степень никотиновой зависимости:

выкуривание 10-ти или более сигарет в день является предпосылкой для использования никотинзаместительной терапии (НЗТ);

выкуривание более 20-ти сигарет в день и закуривание первой сигареты в течение 30-ти минут после пробуждения утром указывает на сильную никотиновую зависимость и необходимость использования высоких доз НЗТ.

Обсудите предыдущие попытки бросить курить:

трудные моменты в процессе прекращения курения;
 симптомы отмены никотина;

страх неудачи или снижения мотивации: подчеркните, что это распространенная реакция, и посоветуйте пациенту придумать себе вознаграждение при достижении цели;

увеличение веса: подчеркните важность принципов здорового питания, не советуйте применение строгих диет и в то же время стимулируйте пациента к дополнительной физической активности;

отсутствие социальной поддержки: предложите последующую консультацию, поддержку со стороны медработников и окружения;

удовольствие от курения: приведите другие приятные вещи в противовес.

Разработайте с пациентом план прекращения курения:

назначьте с пациентом день полного прекращения курения;

пусть пациент к дню прекращения курения обеспечит себе поддержку окружения: предупредит близких и на работе о своем решении, мотивирует другого члена семьи бросить курить;

необходимо убрать все табачные изделия, пепельницы, зажигалки из вида пациента;

оговорите то, как курильщик может предвидеть трудные моменты, что он скажет, если ему предложат закурить;

посоветуйте пациенту применение индивидуализированной медикаментозной поддержки при выкуривании более 10-ти сигарет в день, и объясните, почему это увеличит шансы бросить курить.

Запланируйте (возможно, по телефону) последующие контакты.

Оцените результат.

39.3. Краткое вмешательство для повышения мотивации у сомневающихся.

Выясните, что положительного дает пациенту курение. В каких ситуациях он обычно курит?

Объясните, почему именно для этого конкретного пациента важно и актуально бросить курить.

Поговорите с курильщиком о рисках, например, импотенции, астмы, неблагоприятных состояний во время беременности, ССЗ, ХОБЛ и рака. Также обсудите риски для окружения пациента, в частности, риск для детей и близких, последствия пассивного курения.

Расскажите о преимуществах отказа от курения применяя индивидуальный подход.

Спросите курильщика о возможных препятствиях для прекращения курения. Также предложите курильщику возможности лечения и поддержки.

39.4. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Используйте медикаментозную поддержку, если пациент выкуривает более 10 сигарет в день или выражает такое желание.

Применяются: НЗТ, варениклин, бупропион и цитизин.

Противопоказаниями к НЗТ являются: повышенная чувствительность к никотину или другим компонентам препарата, недавний инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, недавнее ОНМК, тяжелые аритмии.

Противопоказаниями к приему цитизина являются: повышенная чувствительность к цитизину или другим компонентам препарата, острый инфаркт миокарда или недавно перенесенный инсульт (в течение 1 месяца перед началом применения), нестабильная стенокардия, сердечные аритмии, выраженное повышение артериального давления, атеросклероз, беременность, лактация, возраст до 18 лет или старше 65 лет.

Противопоказаниями к приему варениклина являются: гиперчувствительность к любому компоненту препарата, терминальная стадия почечной недостаточности, возраст до 18 лет, беременность, лактация.

Лекарственные средства для использования при прекращении курения:

Медикаменты	Использование
Никотинзаместительная терапия	
Жевательная резинка	Имеется с различными вкусами. Пациентам, выкуривающим более 20 сигарет или стиков для систем нагревания табака в день, следует принимать дозировку 4 мг, менее 20 сигарет или стиков для систем нагревания табака в день – 2 мг. Не использовать более 15 штук в день. Применять до 3-х месяцев, после чего постепенно снижать до полной отмены. Максимальная продолжительность – 1 год.
Чрескожный пластырь	Пациентам с высокой степенью зависимости (более 20 сигарет или стиков для систем нагревания табака в день) рекомендуется начинать с 1 этапа терапии, применяя 1 пластырь 25 мг/16 часов, ежедневно, в течение 8 недель. Затем начинают постепенное снижение дозы препарата – 2-й этап: 1 пластырь 15 мг/16 часов, ежедневно, в течение 2 недель, а затем 3-й этап: – 1 пластырь 10 мг/16 часов, ежедневно, в течение последующих 2 недель. Пациентам с низкой степенью зависимости (10–20 сигарет или стиков для систем нагревания табака в день) рекомендуется начать терапию со 2 этапа, применяя 1 пластырь 15 мг/16 часов, ежедневно, в течение 8 недель. Затем начинают постепенное снижение дозы препарата до 3 этапа: 1 пластырь

	10 мг/16 часов, ежедневно, в течение последующих 4 недель. Пластырь наклеивается на неповрежденную кожу каждый день на новом месте сразу после пробуждения утром и удаляется перед сном.
Ротовой спрей	При необходимости в полость рта по 1 или 2 впрыскиваниям, содержащим 1 мг никотина (не более 4 впрыскиваний каждый час). Не впрыскивать более 2 доз спрея одномоментно и не применять более 64 доз в течение суток (или 4 дозы в час в течение 16 часов). Курс 6 недель, затем снижать и в течение 12-й недели – не более 4 доз в сутки. Прекратить прием, когда суточная доза снизится до 2-4 впрыскиваний.
Подъязычная таблетка	При необходимости каждые 1-2 часа по 1 таблетке, содержащей 2 мг никотина. До 30 таблеток в день 2-3 месяца, затем сокращать в соответствии с инструкцией.
Сосательная таблетка	При необходимости каждые 1-2 часа по 1 таблетке, содержащей 1 мг никотина. До 25 таблеток в день, не более 3 месяца, затем сокращать в соответствии с инструкцией.
Агонисты никотиновых рецепторов $\alpha 4\beta 2$	
Цитизин	Лечение проводится по схеме. Таблетки принимают внутрь целиком, запивая достаточным количеством жидкости. Не позже 5-го дня от начала лечения курение следует прекратить.
Варениклин	Лечение проводится по схеме. Таблетки принимают внутрь целиком, запивая достаточным количеством жидкости. Лечение варениклином начинают за 1-2 недели до выбранной даты прекращения курения. Общая продолжительность лечения составляет 12 недель. Пациентам, успешно отказавшимся от курения к концу 12-й недели лечения, может быть рекомендован дополнительный 12-недельный курс терапии варениклином в дозе 1 мг 2 раза в сутки для поддержания отказа от курения.

Схема применения цитизина

День приема	Доза	Кратность приема	Количество таблеток в сутки
1-3-й день	1 таблетка (1,5 мг)	каждые 2 часа	6 таблеток
4-12-й день	1 таблетка	каждые 2,5 часа	5 таблеток

	(1,5 мг)		
13-16-й день	1 таблетка (1,5 мг)	каждые 3 часа	4 таблетки
17-20-й день	1 таблетка (1,5 мг)	каждые 5 часов	3 таблетки
21-25-й день	1 таблетка (1,5 мг)	1-2 раза в сутки	1-2 таблетки

Схема применения варениклина

День приема препарата	Доза
1-3 день	0,5 мг 1 раз в сутки
4-7 день	0,5 мг 2 раза в сутки
с 8-го дня – до конца лечения	1 мг 2 раза в сутки

Алгоритм консультации во время первого визита:



Безопасных форм курения не существует. Как классические сигареты, так и электронные, наносят вред здоровью человека и вызывают зависимость. Курить безникотиновые электронные сигареты так же опасно для здоровья, как и содержащие никотин. Многие курильщики переходят на использование вейпов ради отказа от обычных сигарет, но, как показывает практика, спустя год они продолжают курить и те, и

другие, то есть никотиновая зависимость только увеличивается. Постоянное парение дает большую дозу никотина, чем сигареты. Пар, содержащий в себе канцерогены, является опасным для организма. Воздействие токсичных веществ может вызывать головные боли, головокружение, ухудшение памяти, раздражительность, тошноту, сухость во рту, ослабление иммунитета, повреждение тканей легких и сердца, приводить к развитию хронических заболеваний сердечнососудистой и дыхательной систем. Вейпы не являются безопасной альтернативой табаку, нанося вред здоровью и приводя к быстрому развитию зависимости, особенно у детей. Люди, которые находятся рядом с вейперами, тоже подвергаются негативному воздействию частиц курительной смеси. Долгосрочные последствия использования электронных сигарет продолжают изучаться.

39.5. Заболевания, вызываемые курением и воздействием табачного дыма из окружающей среды (пассивное курение).

Курение:

онкологические заболевания: рак ротоглотки, рак гортани, рак пищевода, рак трахеи, бронхов и лёгкого, рак пищевода, острый миелоидный лейкоз, рак желудка, рак поджелудочной железы, рак почки и мочеочника, рак шейки матки, рак мочевого пузыря;

хронические заболевания: инсульт, слепота, катаракта, аневризма аорты, ишемическая болезнь сердца, пневмония, атеросклеротическое заболевание периферических артерий, хроническая обструктивная болезнь легких, астма и другие заболевания органов дыхания, переломы проксимального отдела бедренной кости.

Воздействие табачного дыма окружающей среды (пассивное курение):

дети: заболевания среднего уха, респираторные симптомы и снижение функции лёгких, инфекции нижних дыхательных путей, синдром внезапной детской смерти.

взрослые: раздражение слизистой оболочки носа, рак лёгкого, ишемическая болезнь сердца, неблагоприятные репродуктивные исходы у женщин: низкая масса тела.

Отказ от курения снижает вероятность и улучшает течение многих заболеваний, связанных с пассивным курением у детей, особенно таких как респираторные заболевания (бронхиты, воспаление легких, бронхиальная астма) и острый средний отит.

39.6. Рекомендации по отказу от курения.

Выберите в течение ближайшего месяца дату, когда вы бросите курить. Дайте себе 2 недели на подготовку.

Усиьте мотивацию, записав причины, по которым Вы хотите бросить курить.

Сообщите о решении бросить с этого числа близким, коллегам. Поспорьте, что прекратите курить. Если курит партнёр или друзья, предложите бросить вместе.

Уберите все предметы, связанные с курением (зажигалки, пепельницы, портсигары).

Первое время избегайте ситуаций и окружения, где курят (на работе, дома, в свободное время). Имейте наготове ответ-отказ, если Вам предложат сигарету.

Будьте внимательны, употребляя алкоголь. Под воздействием алкоголя сложнее отказаться от сигареты.

Желание курить импульсивно. Если Вам захотелось закурить, отвлекитесь: выпейте стакан воды, сделайте несколько глубоких вдохов или упражнение, позвоните знакомому, прогуляйтесь.

Мотивируйте себя подарками. Купите себе или близким небольшой подарок при отказе от курения (первая неделя, месяц и так далее) на сэкономленные на сигаретах деньги.

Если Вы выкуриваете более 10 сигарет в день, можно использовать никотин-содержащие жевательные резинки и/или пластырь, начиная с первого дня прекращения курения. Постепенно уменьшайте дозу никотина в жевательных таблетках или пластыре в течение трёх месяцев. Мотивация при этом более важна.

Если с первой попытки Вам ещё не удалось бросить курить, не расстраивайтесь. Курение – сильная зависимость. Большинству людей необходимо несколько попыток, прежде чем окончательно бросить курить. Прекращение курения – лучшее, что Вы можете сделать для сохранения своего здоровья и здоровья близких. Обратитесь к врачу для дополнительной помощи.

Приложение 1
к Методическим рекомендациям
по профилактическому
консультированию о факторах
риска хронических
неинфекционных заболеваний
для врачей-специалистов

Примерная форма

Памятка по повышению
осведомленности населения о рисках
развития хронических
неинфекционных заболеваний
вследствие курения

РИСКИ КУРЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ

Безопасных форм курения не существует. Как классические сигареты, так и электронные, наносят вред здоровью человека и вызывают зависимость. Курить безникотиновые электронные сигареты так же опасно для здоровья, как и содержащие никотин. Многие курильщики переходят на использование вейпов ради отказа от обычных сигарет, но, как показывает практика, спустя год они продолжают курить и те, и другие, то есть никотиновая зависимость только увеличивается. Постоянное парение дает большую дозу никотина, чем сигареты. Пар, содержащий в себе канцерогены, является опасным для организма. Воздействие токсичных веществ может вызывать головные боли, головокружение, ухудшение памяти, раздражительность, тошноту, сухость во рту, ослабление иммунитета, повреждение тканей легких и сердца, приводить к развитию хронических заболеваний сердечнососудистой и дыхательной систем. Вейпы не являются безопасной альтернативой табаку, нанося вред здоровью и приводя к быстрому развитию зависимости, особенно у детей. Люди, которые находятся рядом с вейперами, тоже подвергаются негативному воздействию частиц курительной смеси. Долгосрочные последствия использования электронных сигарет продолжают изучаться.

Заболевания, вызываемые курением и воздействием табачного дыма из окружающей среды (пассивное курение)

Курение

Онкологические заболевания: рак ротоглотки, рак гортани, рак пищевода, рак трахеи, бронхов и лёгкого, рак пищевода, острый миелоидный лейкоз, рак желудка, рак поджелудочной железы, рак почки и мочеточника, рак шейки матки, рак мочевого пузыря;

хронические заболевания: инсульт, слепота, катаракта, аневризма аорты, ишемическая болезнь сердца, пневмония, атеросклеротическое заболевание периферических артерий, хроническая обструктивная болезнь легких, астма и другие заболевания органов дыхания, переломы проксимального отдела бедренной кости.

Воздействие табачного дыма окружающей среды (пассивное курение)

Дети: заболевания среднего уха, респираторные симптомы и снижение функции лёгких, инфекции нижних дыхательных путей, синдром внезапной детской смерти.

Взрослые: раздражение слизистой оболочки носа, рак лёгкого, ишемическая болезнь сердца, неблагоприятные репродуктивные исходы у женщин: низкая масса тела.

Отказ от курения снижает вероятность и улучшает течение многих заболеваний, связанных с пассивным курением у детей, особенно таких как респираторные заболевания (бронхиты, воспаление легких, бронхиальная астма) и острый средний отит.

Рекомендации по отказу от курения

1. Выберите в течение ближайшего месяца дату, когда вы бросите курить. Дайте себе 2 недели на подготовку.
2. Усиьте мотивацию, записав причины, по которым Вы хотите бросить курить.
3. Сообщите о решении бросить с этого числа близким, коллегам. Пospорьте, что прекратите курить. Если курит партнёр или друзья, предложите бросить вместе.
4. Уберите все предметы, связанные с курением (зажигалки, пепельницы, портсигары).
5. Первое время избегайте ситуаций и окружения, где курят (на работе, дома, в свободное время). Имейте наготове ответ-отказ, если Вам предложат сигарету.
6. Будьте внимательны, употребляя алкоголь. Под воздействием алкоголя сложнее отказаться от сигареты.

7. Желание курить импульсивно. Если Вам захотелось закурить, отвлекитесь: выпейте стакан воды, сделайте несколько глубоких вдохов или упражнение, позвоните знакомому, прогуляйтесь.
8. Мотивируйте себя подарками. Купите себе или близким небольшой подарок при отказе от курения (первая неделя, месяц и так далее) на сэкономленные на сигаретах деньги.
9. Если Вы выкуриваете более 10 сигарет в день, можно использовать никотин-содержащие жевательные резинки и/или пластырь, начиная с первого дня прекращения курения. Постепенно уменьшайте дозу никотина в жевательных таблетках или пластыре в течение трёх месяцев. Мотивация при этом более важна.
10. Если с первой попытки Вам ещё не удалось бросить курить, не расстраивайтесь. Курение – сильная зависимость. Большинству людей необходимо несколько попыток, прежде чем окончательно бросить курить. Прекращение курения – лучшее, что Вы можете сделать для сохранения своего здоровья и здоровья близких. Обратитесь к врачу для дополнительной помощи.

Приложение 2
к Методическим рекомендациям
по профилактическому
консультированию о факторах
риска хронических
неинфекционных заболеваний
для врачей-специалистов

Примерная Форма

Памятка по повышению
осведомленности населения о рисках
развития хронических
неинфекционных заболеваний
вследствие ожирения и (или)
сахарного диабета

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ
И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Проверьте индекс массы тела (ИМТ) с помощью калькулятора, чтобы определить, есть ли у вас избыточная масса тела или ожирение

$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} : \text{рост (м)}^2$	Масса тела
18,5- 24,9	Нормальная масса тела
25,0-29,9	Избыточная масса тела
30,0 и более	Ожирение

Измерьте окружность талии:

1. Для точности измерения оставьте на себе минимум одежды.
2. Встаньте прямо, поставив ступни вместе, руки разведите в стороны, равномерно распределите вес тела.
3. Расслабьтесь. Измеряйте окружность талии на выдохе.
4. Найдите самую узкую часть талии (обычно чуть выше пупка) и измерьте её окружность.
5. Сделайте два измерения. Если разница менее 1 см, возьмите среднее значение. Если больше, повторите измерения.

Если у вас избыточная масса тела/ожирение или окружность талии больше 80 см (для женщин) или 94 см (для мужчин), на это нужно обратить внимание. При избыточной массе тела и ожирении человек с большей вероятностью подвержен таким заболеваниям как сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистые заболевания, риск онкологии.

ШАГИ ДЛЯ ПРАВИЛЬНОГО СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

1. Осознайте проблему и найдите мотивацию для снижения массы тела.

Здоровое похудение начинается с осознания проблемы и подготовки к ее решению.

Осознав, что избыточная масса тела является фактором, наносящим вред вашему здоровью, сформулируйте для себя причины, почему Вы хотите снизить вес. Такими мотивами могут быть следующие: улучшение здоровья, укрепление отношений, карьерный рост, повышение самооценки, достижение личных целей, т.п. Составьте список этих причин и держите его на виду – это поможет в сложные моменты.

2. Установите конкретные цели.

Определите массу тела, которой Вы хотите достичь. Ставьте достижимые цели. Снижение веса на 5–10% за 3-6 месяцев – это хороший результат. Оптимальный темп снижения веса от 500 грамм до 1000 грамм в неделю. Снижение более 10 % массы тела за короткий период времени, как правило, нереалистично и более того, может быть опасным для Вашего здоровья.

Если похудение происходит постепенно, то Вам легче будет поддерживать результат. Для контроля массы тела достаточно иметь весы и взвешиваться 1 раз в неделю и утром. Более точным показателем Вашего успеха является измерение окружности талии.

3. Составьте четкий план.

К примеру: «На работе в 10 утра я съем фрукт», «После работы я буду проходить 1 остановку пешком». Продумайте маленькие шаги, которые Вы действительно сможете внедрить в свою жизнь. Это даст Вам уверенность сделать и следующий шаг.

4. Проконсультируйтесь с врачом о планах по снижению веса.

Врач может дать Вам полезные советы, предоставить информационную поддержку или направить вас к специалисту для более подробного обсуждения плана питания и физической активности.

5. Поддержка.

Попросите друзей и членов семьи поддержать Вас. Их помощь может значительно облегчить процесс снижения веса. Если что-то пошло не так, попробуйте снова на следующий день. И обязательно поощряйте себя, когда достигнете успеха на пути к своей цели.

6. Управление эмоциями.

Найдите альтернативы «заеданию» стресса. В моменты напряжения займитесь чем-то другим, например, позвоните другу, выйдите на прогулку или выполните упражнения на расслабление.

ПРОСТЫЕ СОВЕТЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

1. Следуйте принципам здорового питания.

Здоровая еда содержит все необходимые питательные вещества, которые ежедневно нужны вашему организму. Это белки, жиры, углеводы, витамины, минералы, пищевые волокна и достаточное количество жидкости.

Ешьте больше овощей, фруктов, цельнозерновых продуктов. Цельнозерновой хлеб, бобовые, фасоль, чечевица, коричневый рис, гречневая каша – богаты витаминами и пищевыми волокнами, дающими чувство сытости. Добавьте эти продукты в свое ежедневное меню, чередуйте их для разнообразия. Съедайте 400 грамм фруктов и овощей (5 порций), это помогает обеспечить ежедневное поступление клетчатки.

Ограничьте потребление продуктов и напитков с высоким содержанием сахара. Свободные сахара должны составлять менее 10% потребляемой энергии, а потребление менее 5% обеспечит дополнительные преимущества для Вашего здоровья.

Обращайте внимание на порции и способ приготовления пищи. Чтобы уменьшить потребление жиров, готовьте еду на пару или варите. Постарайтесь заменить животный жир на растительные масла (оливковое, рапсовое, подсолнечное). Особенно следует сократить потребление трансжиров промышленного производства, содержащихся в заранее упакованных закусочных продуктах. Потребление жирного красного обработанного мяса, такого как ветчина и колбаса, следует сократить; выбирайте курицу, индейку или рыбу.

Используйте как можно меньше соли (<5 грамм в сутки). Для этого старайтесь не досаливать пищу, ограничьте соленые закуски, соусы и добавки с высоким содержанием натрия, замените их пряностями и травами.

Вместо радикальных ограничений начните с постепенных изменений, которых вы сможете придерживаться постоянно. Ешьте то, что Вам нравится, и при этом полезно для здоровья. Вместо печенья или шоколада выбирайте для перекуса нежирный молочный продукт или фрукт. Здоровое питание – это не обязательно дорого или невкусно, оно не займет у Вас много времени.

2. Найдите свою оптимальную физическую нагрузку.

Потребление калорий должно быть сбалансировано с расходом энергии. Регулярные физические нагрузки в течение дня помогут укрепить мышцы, улучшить самочувствие и настроение. Выберите вид активности, который Вам нравится. Это может быть ходьба, езда на велосипеде или

Сформулируйте для себя причины, почему Вы хотите сократить или бросить пить. Такими мотивами могут быть следующие: улучшение здоровья, укрепление отношений, карьерный рост, экономия денег, повышение энергии, возвращение контроля над своей жизнью, повышение самооценки, достижение личных целей, т.п. Составьте список этих причин и держите его на виду – это поможет в сложные моменты, когда кажется, что нет смысла уменьшать или прекращать употребление алкоголя.

3. Установите конкретные цели.

Если цель – сокращение употребления алкоголя: «Я буду пить не более порций в неделю», «Я не буду пить ... дней в неделю».

Если цель – полный отказ от алкоголя: Определите дату полного отказа.

4. Выявите триггеры употребления алкоголя.

Триггеры – это ситуации, эмоции, люди, время суток, вызывающие желание выпить. Триггеры часто не осознаются, поэтому важно их понять и взять под контроль. У каждого триггеры употребления алкоголя свои. Наиболее часто встречающимися являются: голод, стресс, усталость, скука, социальное давление, праздники, просмотр новостей. Осознание триггеров – первый шаг к борьбе с ними и предотвращению употребления алкоголя.

5. Найдите свои способы, как предотвращать или скорректировать триггеры употребления алкоголя.

Избегайте чувства голода: регулярно питайтесь; носите с собой продукты, которые быстро повышают уровень глюкозы крови и снимают тягу к алкоголю (банан, шоколад, сладкую газировку, т.п.).

Не переутомляйтесь, делайте перерывы в работе.

Заранее планируйте интересные дела на вечер, чтобы заполнить пустоту/обыденность после работы.

Придумайте фразы для отказа в компании. Например, "Я решил не пить сегодня/в ближайшее время/в принципе", "Мне просто не хочется сегодня".

Научитесь справляться со стрессом: спорт, медитация, хобби, разговор с другом, т.п.

6. Найдите поддержку.

Важно иметь единомышленников, которые поддержат Ваше решение сократить или отказаться от алкоголя: родственники, друзья, группы поддержки (Анонимные Алкоголики, аналогичные группы), религиозные сообщества (братства, сестричества при храмах, монастырях), профессионалы (врач общей практики, врач-психотерапевт, психиатр-нарколог, психолог), в экстренных ситуациях – обращайтесь за поддержкой по телефонам кризисной помощи.

II. Стратегии для уменьшения употребления алкоголя.

плавание; оптимальная длительность нагрузки не менее 30-45 минут в день.

3. Соблюдайте питьевой режим.

Выпивайте около 1,5-2 литров жидкости в день, при этом выбирайте чистую воду. Вода помогает утолить чувство голода и улучшает обмен веществ. Избегайте сладких напитков, фруктовых соков и алкоголя. Пейте воду, чай или кофе без сахара.

4. Обратите внимание на свой сон.

Старайтесь спать 7 – 9 часов в сутки. Недостаток сна может негативно сказаться на аппетите и обмене веществ. Ложитесь и вставайте в одно и то же время ежедневно, даже в выходные дни. Отход ко сну должен быть не позднее 22.00-23.00 часов. За час до сна отключите гаджеты (телефоны, телевизор), приглушите свет. Займитесь чтением, примите теплую ванну. Избыточная масса тела и ожирение являются ключевыми факторами риска сахарного диабета 2 типа. В группе риска развития заболевания также находятся люди:

- старше 45 лет;
- с нарушениями холестеринового обмена;
- страдающие артериальной гипертензией или другими сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- ведущие привычно малоподвижный образ жизни;
- имеющие родственников с сахарным диабетом;
- женщины, родившие ребенка с массой тела более 4 кг или с синдромом поликистозных яичников.

Если Вы обнаружили у себя один или несколько из вышеперечисленных факторов риска, обратитесь к специалисту. Прохождение ежегодных профилактических медицинских осмотров и диспансеризация поможет определить повышен ли уровень глюкозы в крови, вовремя выявить предиабет и предупредить развитие сахарного диабета 2 типа. Будьте в контакте со своим врачом!

Приложение 3
к Методическим рекомендациям
по профилактическому
консультированию о факторах
риска хронических
неинфекционных заболеваний
для врачей-специалистов

Примерная форма

Памятка по повышению
осведомленности населения о рисках
развития хронических
неинфекционных заболеваний
вследствие употребления алкоголя

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОКРАЩЕНИЮ ИЛИ ОТКАЗУ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Безопасных доз алкоголя не существует. Употребление алкоголя сопровождается риском развития соматических и психических заболеваний. Доказано зависимое от дозы алкоголя увеличение вероятности возникновения цирроза печени, сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе инсульта, некоторых видов рака (ротовой полости, гортани, пищевода, печени, толстого кишечника, прямой кишки, молочной железы), других заболеваний, травматизма. Поэтому сокращение или отказ от алкоголя – хороший вклад в сохранение и укрепление здоровья, нормализацию отношений, повышение качества жизни.

Процесс сокращения или отказа от употребления состоит из нескольких этапов.

I. Подготовительный этап и самоанализ

1. Осознайте, как алкоголь влияет на Вашу жизнь.

Честно проанализируйте, как часто, в каких количествах и при каких обстоятельствах Вы употребляете алкоголь.

Оцените характер употребления алкоголя по Тесту АУДИТ (согласно приложению к настоящей примерной форме).

Проанализируйте, как алкоголь влияет на Вашу жизнь: здоровье, работу, отношения, финансы, эмоциональное состояние.

Честно признайте проблему с алкоголем, если она есть.

2. Найдите мотивацию для уменьшения или прекращения употребления алкоголя.

1. Постепенно снижайте дозы или частоту употребления алкоголя.

Если Вы употребляете алкоголь регулярно и в больших количествах, резкий отказ может быть физически и психологически тяжелым. Постепенное снижение употребления алкоголя иногда бывает более физиологичным. В случае зависимости от алкоголя этот метод не может использоваться, необходим полный отказ от употребления, который осуществляется одномоментно.

Перейдите с крепких напитков на более слабые, уменьшите объем порции, увеличьте количество дней без алкоголя.

2. Никогда не употребляйте алкоголь в больших количествах.

Не употребляйте более 1–2 стандартных порций алкоголя за раз.

Одна стандартная порция содержит 10 г чистого спирта и приблизительно равна 30 мл крепкого алкогольного напитка, 250 мл пива 4–5%, 100 мл сухого вина или шампанского 13%, 60 мл крепленого вина 16–22%. Не менее 2 дней в неделю не употребляйте алкоголь вообще.

Не употребляйте 6 и более стандартных порций в течение 24 часов, что соответствует: пиво – 1,5 л, крепкий алкоголь – 180 мл, вино или шампанское – 750 мл.

3. Установите четкие правила употребления алкоголя.

Решите заранее, какое максимальное количество алкоголя Вы выпьете сегодня/на этой неделе, и придерживайтесь этого.

Установите ситуации, в которых ранее Вы употребляли, а сейчас не будете употреблять алкоголь.

Установите «сухие» дни, когда Вы полностью исключаете алкоголь.

4. Найдите то, что может заменить алкоголь.

Проанализируйте, какие полезные или приятные занятия могут занять время и отвлечь от мысли об алкоголе: спорт, хобби (рисование, музыка, рукоделие), чтение, прогулки, общение с близкими, общение с животными, работа на даче, т.п.

Замените алкоголь безалкогольными напитками: вода с лимоном, фруктовые соки, травяные чаи, безалкогольное пиво (нельзя – для людей с алкогольной зависимостью, с осторожностью – у независимых от алкоголя, так как может явиться триггером).

5. Избегайте триггеров употребления алкоголя и корректируйте их.

6. Измените привычные сценарии.

Если Вы привыкли выпивать вечером после работы, попробуйте заменить эту привычку на вечернюю тренировку, приготовление вкусного ужина, просмотр фильма или чтение.

Если ритуал питья связан с определенными компаниями, выбирайте другие компании или иные виды досуга.

7. Осознанное употребление алкоголя.

Если Вы все же решили выпить, делайте это осознанно: смакуйте каждый глоток, понимайте, зачем Вы это делаете. Это может помочь снизить общее количество.

Пейте медленно, чередуйте алкоголь с водой или безалкогольными напитками.

Сделайте акцент на еде, общении, развлечениях, постарайтесь найти интересную и полезную для Вас тему для разговора и вовлечь в нее других.

Рекомендуем полностью отказаться от употребления алкоголя при хронических заболеваниях, планировании беременности, беременности, кормлении грудью, зависимости от алкоголя, применении ряда лекарственных препаратов.

III. Стратегии для полного отказа от алкоголя.

1. Полное устранение алкоголя.

Уберите все спиртные напитки из дома.

Избегайте мест и ситуаций, где употребление алкоголя является основным занятием (бары, вечеринки с акцентом на выпивку).

2. Будьте готовы к вопросам о том, почему Вы не пьете.

Подготовьте простой, но утвердительный ответ на вопрос «Почему ты не пьешь?». Это может быть: «Я решил вести здоровый образ жизни», «Я сейчас не пью».

3. Будьте готовы к негативу, насмешкам со стороны людей, с которыми Вы раньше употребляли алкоголь.

Помните, что Вы сами принимаете решение «пить или не пить» и «сколько пить». Вы не должны подчиняться давлению, манипуляциям со стороны других людей.

В подобных ситуациях проверяется качество Ваших отношений: если человек – друг, он поддержит Ваше решение сократить или отказаться от алкоголя и постарается помочь Вам в этом.

Оказаться не таким, как все среди употребляющих алкоголь людей и идти своей дорогой – признак силы и мужества. А стараться соответствовать тому, что Вам не подходит – признак слабости.

4. Общайтесь с малопьющими, трезвыми людьми.

Проводите больше времени с друзьями и родственниками, которые употребляют мало/не употребляют алкоголь, которые поддерживают Ваше решение.

Учитесь у них, как без алкоголя снимать стресс, заполнять пустоту, общаться.

5. Активно заполняйте свое время.

Найдите то, что может Вас заинтересовать и наполните этим свою жизнь. Это могут быть новые занятия, хобби, путешествия, профессиональный рост.

6. Уделяйте время семье.

Необходимо постараться наладить отношения в семье, чтобы рядом были друзья и единомышленники.

Проявляйте заботу о членах семьи. Это заполнит время, улучшит взаимоотношения, даст ощущение нужности и востребованности и, возможно, компенсирует проблемы, которые возникли в жизни семьи из-за Вашего алкогольного поведения.

7. Научитесь справляться с «тягой» (крейвингом).

Необходимо помнить, что «тяга» – это временное явление. Она обычно длится недолго (от 20 минут до часа) и проходит.

Техники борьбы с «тягой» к употреблению алкоголя:

Дыхательные упражнения: Глубокое, медленное дыхание.

Отвлечение: Сделайте что-то другое – позвоните другу, послушайте музыку, займитесь легкой физической активностью, решите головоломку, выпейте сладкого чая.

Скажи себе твердое «нет!» употреблению алкоголя.

Напомните себе о мотивах, выбранных Вами для уменьшения или прекращения употребления алкоголя. Перечитайте список своих мотиваций.

Поддержите себя позитивными утверждениями, типа «Я сильный, я справлюсь!», «Это временно, сейчас пройдет. Потерпеть нужно совсем немного», «Люди терпели такие муки и страдания, по сравнению с которыми моя тяга – это пустяк».

8. Вознаграждайте себя за успехи.

Отмечайте каждый пройденный этап (день, неделя, месяц трезвости) – это могут быть небольшие подарки себе, поход куда-либо, приятное времяпрепровождение (не связанное с алкоголем!).

Замечайте, что в тех или иных ситуациях Вы справляетесь без алкоголя. Фиксируйте свой опыт трезвости.

IV. Вам следует обратиться к врачу (обязательно!), если у Вас есть:

Сильная зависимость: Вы испытываете сильную «тягу», не можете контролировать количество выпитого.

Симптомы отмены: тремор, потливость, тревога, бессонница, тошнота, рвота, галлюцинации, судороги при попытке бросить.

Длительное и регулярное употребление больших доз алкоголя.

Сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистые заболевания, заболевания печени, психические расстройства.

Врач может предложить следующие виды лечения:

медикаментозное снятие абстинентного синдрома;
курс дезинтоксикации в стационаре;
индивидуальную или групповую психотерапию;
поддерживающую медикаментозную терапию, которая включает специальные препараты, применяемые в наркологии;
медикаментозную терапию для нормализации эмоционального состояния, устранения тревоги, депрессии, бессонницы и других расстройств, которые способствуют поддержанию проблемного алкогольного поведения.

Помните, что уменьшение или отказ от употребления алкоголя – это процесс, который требует времени, усилий и, часто, профессиональной помощи.

Будьте терпеливы к себе. Каждый маленький шаг вперед – это уже победа!

Приложение
к памятке по повышению
осведомленности населения о
рисках развития хронических
неинфекционных заболеваний
вследствие употребления алкоголя

Тест АУДИТ (AUDIT)

1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?
(0) – никогда; (1) - 1 раз в месяц или реже; (2) - 2-4 раза в месяц; (3) - 2-3 раза в неделю; (4) - 4 или более раз в неделю
2. Сколько стандартных порций алкоголя Вы выпиваете за один раз?
(0) - 1 или 2; (1) - 3 или 4; (2) - 5 или 6; (3) - От 7 до 9; (4) - 10 или более
3. Как часто Вы выпиваете 6 и более стандартных порций алкоголя за один раз?
(0) – никогда; (1) - реже, чем 1 раз в месяц; (2) - 1 раз в месяц; (3) - 1 раз в неделю;
(4) - почти ежедневно
4. Как часто за последний год Вы не могли прекратить пить, если уже начали?
(0) – никогда; (1) – реже, чем 1 раз в месяц; (2) - 1 раз в месяц; (3) - 1 раз в неделю; (4) - каждый день или почти каждый день
5. Как часто за последний год из-за выпивки Вы не смогли выполнить необходимые дела?
(0) – никогда; (1) - реже, чем 1 раз в месяц; (2) - 1 раз в месяц; (3) - 1 раз в неделю;
(4) - каждый день или почти каждый день
6. Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?
(0) – никогда; (1) - реже, чем 1 раз в месяц; (2) - 1 раз в месяц; (3) - 1 раз в неделю;
(4) - каждый день или почти каждый день
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство раскаяния или вины после выпивки?
(0) – никогда; (1) - реже, чем 1 раз в месяц; (2) - 1 раз в месяц; (3) - 1 раз в неделю;
(4) - каждый день или почти каждый день
8. Как часто за последний год наутро после употребления алкоголя Вы не могли вспомнить происходившего накануне?
(0) – никогда; (1) - реже, чем 1 раз в месяц; (2) - 1 раз в месяц; (3) - 1 раз в неделю;

(4) - каждый день или почти каждый день

9. Были ли Вы сами или кто-то другой травмирован в результате Вашей выпивки?

(0) – нет; (2) - да, но не в прошлом году; (4) - да, в прошлом году

10. Вызывала ли тревогу Ваша выпивка у родственников, друзей, врача или другого медработника или не советовали ли Вам не пить так много?

(0) – нет; (2) - да, но не в прошлом году; (4) - да, в прошлом году

Оценка анкетирования:

Сумма баллов	Риск для здоровья	Рекомендации
0 - 7	Низкий риск	Вероятность нанесения вреда здоровью при таком уровне потребления алкоголя невелика. Рекомендуется не увеличивать количества потребляемого алкоголя
8 - 15	Угрожающее здоровью употребление	При таком уровне употребления алкоголя повышен риск возникновения нарушений здоровья (сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, онкологии, заболеваний ЖКТ). Рекомендуется сократить употребление алкоголя
16 - 19	Злоупотребление алкоголем	Предупредить, что такой способ употребления алкоголя с большой вероятностью ведет к формированию зависимости, а также мотивировать на сокращение употребления алкоголя
Более 20	Вероятное развитие синдрома зависимости	Такой уровень потребления наносит вред психическому и физическому здоровью. Необходимо сократить употребление алкоголя или отказаться от него. Обязательно обратиться за наркологической помощью