УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»

**Лекция на тему:**

**Профилактика сердечно - сосудистых заболеваний..**

**Профилактика сердечно - сосудистых заболеваний.**

В последние годы наблюдается прекращение роста и даже некоторое снижение смертности населения России, однако в целом ее уровень продолжает оставаться одним из самых высоких в Европе и все еще значительно превосходит уровень смертности в России начала 90-х годов.

***Особую тревогу вызывает рост преждевременной смертности среди населения трудоспособного возраста.*** Отмечается существенное увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), доля которых в структуре преждевременной смертности увеличилась у мужчин с 53 до 61%, а у женщин с 61 до 70%. По оценке специалистов, основной причиной столь значительного роста этих показателей остаются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и нарушения мозгового кровообращения. Положительных изменений создавшейся ситуации можно ожидать только при активизации системы профилактики заболеваний и укрепления здоровья.

**Особенности медицинской профилактики заболеваний**

В комплексе государственных и медицинских мероприятий, направленных на первичную профилактику ССЗ, следует особо выделить компонент, тесно зависящий от мероприятий медицинского характера.
Следует отличать медицинское профилактическое вмешательство при проведении комплекса мер по первичной профилактике от лечебных мероприятий, ***необходимо максимально привлечь внимание "больного" к своему здоровью, не развив у него страха перед болезнью.***

Медикаментозная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний проводится обычно в дополнение к максимально возможному количеству немедикаментозных мероприятий. Как правило, под медикаментозной профилактикой понимают:

1. Гипотензивную терапию (применение препаратов, направленных на достижение целевых (оптимальных) значений артериального давления - коррекция артериальной гипертензии);
2. Гиполипидемическую терапию (снижение уровня общего холестерина крови и его фракций в случае увеличения их количества - коррекция гиперхолистеринемии);
3. Антиагрегантную и антикоагулянтную терапию (применение средств, направленных на уменьшение риска тромбоэмболических осложнений у лиц с высоким риском последних);
4. Антиишемическую терапию (направленную на улучшение кровоснабжения и процессов обмена в сердечной мышце, в зонах риска развития повреждения, в том числе повторного);
5. Гипогликемическую терапию (направленную на снижение до целевых значений и контроль за состоянием углеводного обмена).

Немедикаментозная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний является первым этапом любых профилактических мероприятий. В англоязычной литературе синонимы немедикаментозной профилактики - "изменение жизненных привычек", "изменение стиля жизни":

1. Полный отказ от курения;
2. Снижение избыточного веса;
3. Диета;
4. Расширение физической активности за счет динамических нагрузок;

Каждый из перечисленных видов медикаментозного лечения имеет свои строгие показания и противопоказания и должен назначаться в рамках разработанных алгоритмов, но вместе с тем строго индивидуально. Только такой подход обеспечит ожидаемую эффективность профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Например, гипотензивные препараты назначают только при артериальной гипертонии, антиишемическую - только при доказанной ИБС.

**Необходимый объем медицинских мероприятий по первичной профилактике заболеваний**

***Первичная профилактика заболеваний*** является весьма сложным делом, как из-за своей трудоемкости, так и в силу неощутимости результата. Доказательством этого могут быть данные, полученные в результате анализа профилактических программ, проведенных в России. Так, в программе многофакторной профилактики ИБС, осуществлявшейся в Москве на базе одной из территориальных поликлиник в течение пяти лет, было показано, что эффективность коррекции факторов риска у лиц, не имевших симптомов основных ССЗ (в частности ИБС), в отношении смертности от этих заболеваний обнаруживается только на четвертом-пятом году . Вместе с тем в том же исследовании было показано, что снижение смертности от ССЗ наблюдалось только у тех лиц, у кого удалось снизить уровни основных факторов риска: убедить бросить курить, нормализовать артериальное давление и уровень общего холестерина (ХС), снизить уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) и др. То есть коррекция факторов риска под влиянием комплекса медицинских мероприятий по первичной профилактике сопровождалась и снижением смертности в этой группе населения.

Наиболее полное выявление больных и лиц с факторами риска, конечно, возможно только при профилактических обследованиях населения. Благодаря этим мероприятиям уже на доврачебном этапе с помощью краткого опроса о привычках, а также при измерении артериального давления, роста и массы тела можно выявить лиц с тремя основными факторами риска.

Проведение, кроме того, дополнительных методов обследования, таких как исследования крови на содержание липидов (как минимум общего ХС, а наиболее целесообразно - ХС-ЛВП и триглицеридов), позволит более полно выявить группы риска по развитию ССЗ.

По данным массовых профилактических обследований трудоспособного населения установлено, что только около 1/5 взрослого населения не имеют факторов риска.

Более половины (56%) населения трудоспособного возраста имеет те или иные факторы риска, причем у половины лиц этой группы факторы риска встречаются в разнообразных сочетаниях, в результате чего суммарный риск заболевания значительно увеличивается. Эта категория людей нуждается не только в общих сведениях по здоровому образу жизни, но и в индивидуальных советах врача.

Значение первичной профилактики заболеваний возрастает у лиц с наследственной предрасположенностью к наследственным неинфекционным заболеваниям, особенно у тех, кто имеет факторы риска.

***1. Артериальная гипертензия.***

Рекомендации ВОЗ содержат детальное разделение по уровням АД:

* нормальное АД - систолическое АД (САД) ниже 140 и/или диастолическое АД (ДАД) ниже 90 мм рт. ст.;
* оптимальное АД - САД 120/80 мм рт. ст.;
* высокое нормальное АД - САД 140-160 и/или ДАД 90-95 мм рт. ст.;
* умеренная и тяжелая АГ - САД выше 180 и/или ДАД выше 105 мм рт. ст.;
* изолированная систолическая АГ - САД выше 140 и ДАД ниже 90 мм рт. ст.;
* пограничная изолированная АГ - САД 140-160 и ДАД ниже 90 мм рт. ст.

***Какими должны быть конкретные мероприятия по первичной профилактике заболеваний и укреплению?***
Как уже отмечалось, риск развития ИБС возрастает пропорционально количеству факторов риска, но среди нескольких десятков выделяют три основных фактора риска: артериальную гипертензию, курение и гиперхолестеринемию (нарушение липидного обмена). Особое место занимает артериальная гипертензия, имеющая значение не только как фактор риска при ИБС, но и как самостоятельное патологическое состояние, опасное для жизни.

Исходя из рекомендаций рабочей группы Европейского общества кардиологов, общества по борьбе с атеросклерозом и гипертонией, по отношению к значению АД следует придерживаться дифференцированной тактики:

* Если при первом измерении уровень АД ниже 140/90 мм рт. ст., то в случае высокого суммарного риска ССЗ рекомендуется повторять измерение АД один раз в год; при низком суммарном риске ССЗ - повторять измерение АД один раз в три года;
* Если при двух измерениях уровень АД достигает 140-180 и/или 90-105 мм рт. ст. - повторять измерения, по крайней мере, дважды в течение четырех недель. При сохранении такого же уровня артериального давления проводить лечение немедикаментозными методами. При безуспешности этих мер в течение первых трех месяцев - начать лечение медикаментами.
* Если при двух измерениях, проведенных в разное время, АД достигает 180 и/или 105 мм рт. ст. и выше, следует начать лечение как лекарственными, так и немедикаментозными методами.

Больным среднего возраста, у которых при профилактическом обследовании обнаружена АГ, в большинстве случаев удается доступными в поликлинике методами поставить диагноз, причем у лиц старше 40 лет в подавляющем большинстве причиной повышения АД оказывается гипертоническая болезнь (например, у мужчин 40-59 лет причиной повышения АД в 86% была гипертоническая болезнь, в 7% - симптоматическая АГ).

|  |
| --- |
| **Профилактическое вмешательство требуется начинать:*** Если даже однократно артериальное давление достигает 160/95 мм рт. ст. и выше, или обнаруживается наличие в анамнезе артериальной гипертонии у лиц, принимающих в момент обследования гипотензивные препараты вне зависимости от регистрируемого уровня АД
* Если индекс массы тела Кетле равен 29,9 и более (Индекс массы тела (ИМТ) = масса тела (кг) / рост (м) 2 , 18,5 - 24,9 - норма, 25 - 29,9 - предожирение, свыше 30,0 - ожирение)
* Если уровень общего ХС крови натощак составляет 250 мг/дл или 6,5 ммоль/л и более; уровень триглицеридов (ТГ) достигает 200 мг/дл или 2,3 ммоль/л и более; уровень ХС ЛВП падает до 39 мг/дл или 1 ммоль/л и ниже у мужчин и 43 мг/дл или 1,1 ммоль/л и ниже у женщин
* При регулярном курении даже по одной сигарете в сутки
* При низкой физической активности - то есть когда более половины рабочего времени проводится сидя, а на досуге ходьба, подъем тяжестей и т. п. занимают менее 10 часов в неделю
 |

У больных с АГ в три раза чаще, чем среди здоровых, встречается избыточная масса тела, в два раза - дислипопротеинемия (гиперлипидемия)

***2. Гиперхолестеринемия***

По уровню гиперхолестеринемия делится на:

* легкую - 5-6,5 ммоль/л;
* умеренную - 6,5-8 ммоль/л;
* выраженную - выше 8 ммоль/л.

(немедикаментозные методы коррекции изложены ниже в разделе диетотерапии)
Почти половина больных курит, многие недостаточно физически активны. АГ встречается чаще у лиц, употребляющих алкоголь ежедневно или несколько раз в неделю.

**Немедикаментозная профилактика**

***1. Курение***

Наиболее распространенным ФАКТОРЫ РИСКА среди трудоспособного населения, особенно среди мужчин, является курение. У курящих, по данным ВОЗ, чаще развиваются сердечно-сосудистые, онкологические (с поражением дыхательной системы), бронхолегочные заболевания. Выраженность патологии, частота осложнений связаны не только с фактом курения, но и с его интенсивностью. По мнению экспертов ВОЗ, нет "неопасных" видов табачных изделий, так как спектр вредных веществ в табачном дыме настолько широк, что меры по уменьшению одного-двух из них (например, с помощью специальных фильтров и др.) в целом не снижают опасность курения.

Привычка к курению - сложная психосоматическая зависимость, нередко определяемая типами курительного поведения. Врач должен терпеливо, но настойчиво ставить акцент на поиск "альтернативной" замены курения в каждом конкретном случае, вовлекая курильщика в "сотрудничество", постепенно подводя его к мысли о необходимости и реальной возможности прекращения курения. Нужно создать у курильщика положительную мотивацию к отказу от этой привычки и убедить его, что всегда предпочтительнее одномоментный отказ от курения. Рекомендуется научить пациента элементам аутотренинга с введением специальных формул ("Прекратив курение, я подарил себе пять-шесть лет полноценной жизни", "Бросив курить, я почувствовал прилив здоровья" и т. п.). Иногда приходится прибегнуть к седативной и другой симптоматической терапии, а в случаях физиологической зависимости - к специфическому медикаментозному лечению.

Лекарственная терапия курения условно может быть разделена на аверсионную и заменительную. (Цель первой - выработать отвращение к табаку, для чего используются различные вяжущие средства, полоскание рта перед закуриванием сигарет и т. п.) Заместительная терапия позволяет снять симптомы никотиновой абстиненции путем введения в организм веществ, которые по действию на организм сходны с никотином, но лишены его вредных свойств (лобелин, цитизин), или никотина (жевательные резинки "Никоретте", пластыри, пластинки). Вспомогательная терапия (седативные, снотворные и другие психотропные средства, а также рациональная витаминотерапия) назначается для снятия невротических расстройств, нарушений сна и снижения работоспособности, часто сопровождающих отказ от курения.

Методом выбора при лечении табакокурения в последние годы является рефлексотерапия, которая оказывается весьма эффективной не только в отношении непосредственного отказа от курения, но и для профилактики возврата к курению, что часто наблюдается при краткосрочных методах лечения.

Большинство курильщиков свое нежелание бросить курить объясняют тем, что опасаются прибавить в весе. Действительно, отказ от курения, постепенная ликвидация симптомов хронической табачной интоксикации сопровождается улучшением вкусовой чувствительности, аппетита, нормализацией секреции пищеварительных желез, что в целом приводит к увеличению приема пищи и, следовательно, прибавке массы тела. Этого нежелательного для многих явления можно избежать, если следовать некоторым несложным диетическим советам: избегать переедания и соблюдать основы рационального питания. Физиологическое равновесие у курильщика восстановится быстрее при употреблении продуктов, содержащих витамин С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамин В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамин В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамин РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамин А (овощи, особенно морковь), витамин Е (хлеб грубого помола, растительное масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы). Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, "закислением" внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье - минеральные воды, соки, овощные отвары.

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать формирование у пациента причинно-следственной связи своего состояния с отказом от курения и убрать повод к возврату этой вредной привычки. Это касается в первую очередь развития невротических расстройств, явлений абстиненции, нежелательной прибавки в весе.

У ряда курильщиков, особенно с большим стажем, в первое время после прекращения курения усиливается кашель с отделением мокроты. Нужно объяснить пациенту, что это - естественный процесс, и назначить отхаркивающие средства и щелочное питье.

Следует рекомендовать пациенту избегать ситуаций, провоцирующих курение. Психологическая поддержка окружающих, одобрительное отношение к некурению способствуют закреплению отказа от этой вредной привычки.

***2. Снижение избыточного веса***

***3. Диета (в том числе, направленная на снижение холестерина крови)***

Избыточная масса тела, нарушения липидного обмена, как правило, тесно связаны с неправильными привычками и характером питания, поэтому их коррекция предполагает прежде всего комплекс диетических рекомендаций, в основе которого лежит принцип рационального питания. У лиц, не контролирующих калораж своего пищевого рациона, увеличивающих потребление животных жиров, углеводов, в два-три раза чаще развивается избыточная масса тела.

Наиболее распространенным подходом к снижению массы тела является назначение низкокалорийных, сбалансированных по основным пищевым веществам диет. Степень редукции калорийности зависит от избыточности массы тела. Пациенты с избыточной массой тела, когда еще нет клинической формы ожирения, уже нуждаются в квалифицированных диетических рекомендациях с использованием психотерапевтических подходов, так как чаще всего эти лица не имеют достаточной мотивации к снижению веса. Для людей с выраженной избыточной массой тела (индекс 29,9 и более) наибольшее значение имеет улучшение самочувствия при похудении.

Принципы диетотерапии

1. Ограничение калорийности питания. Успешное уменьшение массы тела отмечается при условии соблюдения диеты - когда расход энергии за сутки больше количества калорий, полученных с пищей.
2. Уменьшение в рационе углеводов и жиров, особенно животного происхождения.
3. Прием пищи до 18.00.
4. Дробное питание (3-4 раза в день, маленькими порциями, принимать пищу следует медленно).
5. Режим питания необходимо соблюдать всем членам семьи.
Голодание - неприемлемый метод лечения ожирения!

|  |
| --- |
| **Принципы рационального питания**Сбалансированность энергопоступления и энергозатрат организма в соответствии с полом, возрастом, характером труда.Регулярное превышение суточной калорийности пищи над энергозатратами на 200 ккал в день приводит к увеличению балластного жира в организме на 10-20 г в день, за год масса тела может увеличиться на 3-7 кг.Обеспеченность физиологических потребностей организма в незаменимых пищевых веществах: белках, жирах, углеводах, витаминах, минеральных веществах.Для нормальной жизнедеятельности организма основные пищевые вещества должны содержаться в рационе в следующих пропорциях: белок - 15% от общей калорийности (90-95 г), жир - 35% от общей калорийности (80-100 г), углеводы - 50% от общей калорийности (300-350 г).**Режим питания**Желательно принимать пищу не реже четырех-пяти раз в день, распределяя ее по калорийности суточного рациона приблизительно следующим образом: завтрак до работы - 30%, второй завтрак - 20%, обед - 40%, ужин - 10%. Последний прием пищи должен быть не менее чем за два-три часа до сна. Интервал между ужином и завтраком должен быть не более 10 часов  |

Редукция калорийности пищевого рациона должна сводиться к снижению потребления углеводов и животных жиров. Суточную калорийность следует ограничить 1800-2000 ккал.

Лицам с клиническими формами ожирения (индекс массы тела 29,0 и выше) необходима более значительная редукция калорийности: до 1200-1800 ккал в сутки с назначением одного-двух разгрузочных дней (мясных, творожных, яблочных) в неделю. В эти дни следует питаться дробно пять-шесть раз.

Больным с повышенным уровнем холестерина его фракций и у лиц с риском его повышения (тучных, с нарушением обмена, наследственной предрасположенностью) рационализацию питания следует дополнить следующими рекомендациями:

* не употреблять более трех яичных желтков в неделю, включая желтки, используемые для приготовления пищи;
* ограничить потребление субпродуктов (печень, почки), икры, креветок; всех видов колбас, жирных окороков, сливочного и топленого масла, жирных сортов молока и молочных продуктов;
* глубокое прожаривание пищи на животных жирах заменить тушением, варкой, приготовлением на пару, в духовке, перед приготовлением срезать видимый жир с кусков мяса, а с птицы удалить кожу;
* отдать предпочтение рыбным блюдам, продуктам моря, овощам и фруктам;
* использовать обезжиренные сорта молочных продуктов, готовить на растительных маслах.

Если соблюдение диеты в течение трех-шести месяцев не приводит к снижению уровня общего ХС в крови, рекомендуется лекарственная терапия. В последние годы появились сообщения о том, что гиполипидемическая терапия, способствуя снижению уровня атерогенных фракций липидов крови и уровня общего ХС, приводит к стабилизации атеросклеротических бляшек.

***4. Физическая активность***

Доказано, что физически активный досуг предупреждает последствия малоподвижного образа жизни (развитие ожирения, артериальной гипертензии, заболеваний сердечно-сосудистой системы, обменных нарушений). Физическая активность должна сопровождаться положительными психо-эмоциональными установками и не иметь оттенка бремени. Перед началом самостоятельных занятий необходимо провести медицинское обследование в зависимости от возраста больного:

* до 30 лет достаточно обычного врачебного осмотра;
* от 30 до 40 лет к осмотру необходимо добавить снятие ЭКГ-покоя;
* старше 40 лет рекомендуется начинать тренировки под наблюдением инструктора врачебно-физкультурного диспансера с предварительным проведением пробы с физической нагрузкой.

Лицам старше 40 лет физическую нагрузку рекомендуется назначать с дозированной ходьбы, постепенно увеличивая темп и дистанцию.

Лицам с ожирением рекомендуются аэробные физические нагрузки - бег, плавание, лыжные прогулки, езда на велосипеде. Однако наиболее приемлемым видом физической активности следует считать ходьбу, которая должна быть регулярной, умеренной интенсивности, ежедневной. Следует начинать с 10 мин в день, постепенно увеличивая продолжительность занятий до 30-40 мин, с включением коротких (10-15 мин) эпизодов быстрой ходьбы. Рекомендуется уделять физическим нагрузкам примерно 60 мин ежедневно. Назначается также быстрая ходьба в течение 30 мин (скорость - 4,5 км/ч) не менее 3 раз в неделю. Кратковременные нагрузки (короткие тренировки) обеспечивают расход гликогена, а длительные - запасов жира. Дополнительные физические нагрузки - подниматься лестницей, а не лифтом, совершать пешие 10-15-минутные прогулки после приема пищи. Работа по дому гораздо эффективнее 30-минутных прогулок 6 раз в неделю.

Эффективность физической нагрузки в отношении уменьшения массы тела возрастает по мере увеличения продолжительности ходьбы в течение дня.

Необходим самоконтроль нагрузки: она не должна приводить к учащению пульса выше возрастного предела, который определяется как "180 - возраст в годах". Появление одышки служит сигналом для уменьшения интенсивности нагрузки. Тренирующий эффект нагрузки проявляется в снижении частоты пульса в покое, сокращении времени восстановления пульса после стандартной нагрузки (например, 20 приседаний). Ухудшение самочувствия (сна, аппетита, работоспособности, появление неприятных ощущений) требует снижения или прекращения нагрузок.

Необходимо подчеркнуть, что большинство рекомендуемых профилактических мер носят универсальный характер и показаны не только при ССЗ, но и для целого ряда хронических неинфекционных заболеваний - хронических обструктивных заболеваний легких, некоторых форм злокачественных новообразований, сахарного диабета и др.

Результаты комплексных профилактических мероприятий определяют социально-экономическую и этическую значимость всей профилактической работы. Дело только за ее реальным осуществлением, активизацией резервов служб практического здравоохранения. И наконец, необходимо создать социальные условия, при которых человеку выгодно (и материально, и морально) быть здоровым.

Современные возможности первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) - одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения развитых стран - весьма высоки. Развитие теоретической и методологической базы доказательной медицины в течение последних десятилетий обеспечило существенный прогресс в разработке и пропаганде среди врачей и пациентов научно обоснованных подходов к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, а также в оценке ее результатов. Вместе с тем до недавнего времени весьма широко рекомендуемые в качестве лекарственной сердечно-сосудистой профилактики витамины и антиоксиданты после рандомизированных исследований должны неминуемо "сойти со сцены", поскольку их эффективность оказалась равной нулю.