

**Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
Областной центр медицинской профилактики**

**Диспансеризация взрослого населения
Стратегии вмешательства в зависимости от
категории риска**

**Диспансерное динамическое наблюдение II группы
здоровья с высоким и очень высоким риском
кардиоваскулярной патологии**

**Краткие информационные материалы для врачей и фельдшеров
первичной медико-санитарной помощи**

Кемерово 2019

I. Общая информация

Таблица 1. Стратегия вмешательства в зависимости от категории риска

<p>ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК</p>	<p>Помимо людей с ССР $\geq 10\%$ по Шкале SCORE, к данной категории относятся также:</p> <p>(1) пациенты с ССЗ атеросклеротического генеза, подтвержденными клинически или по данным визуализации артерий Клинически подтвержденные ССЗ: перенесенный инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, операции реваскуляризации коронарных и других артерий, мозговой инсульт, транзиторная ишемическая атака, аневризма аорты, заболевания периферических артерий ССЗ, однозначно подтвержденные визуализацией артерий: наличие значимых атеросклеротических бляшек по данным коронароангиографии или дуплексного сканирования сонных артерий (некоторое увеличение толщины комплекса интима-медиа сонной артерии не считается однозначным подтверждением)</p> <p>(2) пациенты с СД с поражением органов-мишеней (например, протеинурией) или значимым повышением уровней ФР (например, выраженной гиперхолестеринемией или выраженной гипертонией)</p> <p>(3) пациенты с ХБП тяжелой степени (СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²)</p>	<p>Требуется медикаментозная коррекция ФР. Решение о начале медикаментозной терапии и других вмешательств с целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пожилых пациентов с ССР $\geq 10\%$ должен принимать врач с учетом конкретной клинической ситуации.</p>
<p>ВЫСОКИЙ РИСК</p>	<p>Помимо людей с ССР 5-9% по Шкале SCORE, к данной категории относятся также:</p> <p>(1) люди с значительно повышенными уровнями отдельных ФР, в частности, уровнем ОХС > 8 ммоль/л (> 310 мг/дл) например, при семейной гиперхолестеринемии или АД $\geq 180/110$ мм рт.ст.</p> <p>(2) СД без ФР ССЗ и поражения органов-мишеней (кроме молодых людей с СД 1 типа без других ФР, которые могут иметь низкий или умеренный риск)</p> <p>(3) пациенты с ХБП умеренной тяжести (СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м²)</p>	<p>Должно проводиться интенсивное профилактическое консультирование по изменению образа жизни. При недостаточной эффективности поведенческих вмешательств у таких пациентов рекомендуется рассмотреть переход к медикаментозной коррекции ФР</p>
<p>УМЕРЕННЫЙ РИСК</p>	<p>1-4% по Шкале SCORE К этой категории принадлежит значительная часть населения среднего возраста</p>	<p>Следует предоставить рекомендации по изменению образа жизни, которые позволят им перейти в категорию низкого риска</p>
<p>НИЗКИЙ РИСК</p>	<p>$< 1\%$ по Шкале SCORE К данной категории относятся в основном молодые люди</p>	<p>Следует предоставить рекомендации по изменению образа жизни, которые позволят им оставаться в той же категории риска</p>

Таблица 2. Целевые уровни для основных ФР ССЗ

Курение	Отказ от курения. Отсутствие воздействия табака в любой форме
Характеристики рациона	Низкое потребление насыщенных жиров и акцент на цельнозерновые продукты, овощи, фрукты и рыбу
Физическая активность	Умеренная аэробная ФА не менее 150 минут в неделю (по 30 минут 5 дней в неделю) или интенсивная аэробная ФА не менее 75 минут в неделю (по 15 минут 5 дней в неделю) или их эквивалентная комбинация
Масса тела	ИМТ 20-25 кг/м ² . Окружность талии < 94 см у мужчин или < 80 см у женщин
АД	<140/90 мм рт.ст. у большинства
Сахарный диабет	HbA1c < 7%
Липиды	Пациентам: с очень высоким риском рекомендуется целевой уровень ХС ЛНП < 1,8 ммоль/л (<70 мг/дл) или его снижение не менее, чем на 50% от исходного уровня, если он находился в диапазоне 1,8-3,5 ммоль/л (70-135 мг/дл) с высоким риском рекомендуется целевой уровень ХС ЛНП < 2,6 ммоль/л (<100 мг/дл) или его снижение не менее, чем на 50% от исходного уровня, если он находился в диапазоне 2,6-5,2 ммоль/л (100-200 мг/дл) с низким и умеренным риском по Шкале SCORE рекомендуется целевой уровень ХС ЛНП <3 ммоль/л (<115 мг/дл)
Триглицериды	Целевой уровень не установлен. Уровень ТГ < 1,7 ммоль/л (<150 мг/дл) служит маркером низкого риска.
ХС ЛВП	Целевой уровень не установлен. Уровень ХС ЛВП > 1,0 ммоль/л (> 40 мг/дл) у мужчин и >1,2 ммоль/л (> 45 мг/дл) у женщин служат маркером низкого риска

II. Коррекция поведенческих факторов риска на индивидуальном уровне

Таблица 3. Рекомендации по коррекции поведенческих факторов риска

Рекомендации
Профилактическое консультирование, основанное на когнитивно-поведенческих методах, рекомендуется для оздоровления образа жизни
Рекомендуется мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов (психолог, диетолог и др.)
У пациентов с очень высоким ССР и с ССЗ рекомендуются комплексные профилактические программы, включающие обучение, физические нагрузки, консультирование по стрессу и другим психосоциальным ФР

Важнейшая роль в выявлении и контроле поведенческих ФР принадлежит врачам, работающим в системе первичной медико-санитарной помощи – участковым врачам, врачам общей практики, врачам центров здоровья, врачам отделений/кабинетов медицинской профи-

лактики. Исследования свидетельствуют, что пациенты считают врачей надежным источником информации о своем здоровье и хотят получить от них квалифицированную помощь в отказе от вредных привычек и стереотипов поведения.

Десять принципов профилактического консультирования:

1. Установить хороший контакт с пациентом и добиться согласия на сотрудничество. Позитивное взаимодействие врач-пациент помогает пациенту справиться с заболеванием и облегчает переход к здоровому образу жизни. Пациент должен осознать, что усилий только медицинских работников недостаточно для достижения контроля над его заболеванием, необходима его активная позиция. Принятие решений врачом и пациентом в отношении методов лечения, коррекции ФР, изменений образа жизни должно быть совместным, желательно при вовлечении семьи и ближайшего окружения пациента.
2. Выяснить мнение пациента о причинах его заболевания. Оно может кардинально отличаться от мнения врача. Необходимо расспросить пациента о его отношении к болезни (внутренняя картина болезни), связанных с ней переживаниях, обстоятельствах и страхах, обстоятельствах повседневной жизни.
3. Выявить имеющиеся у пациента ФР, оценить ССР, а также возможности его снижения при достижении контроля каждого ФР.
4. Убедительно разъяснить пациенту связь того или иного ФР (и особенно их сочетания) с развитием ССЗ и их осложнений. Аргументами должны служить не расхожие формулы, вызывающие у пациента раздражение (такие как никотин - это яд), а современные научные данные, которые должны быть представлены на понятном пациенту языке. Если пациент не понимает связь между поведенческими ФР и своим заболеванием, добиться изменения образа жизни крайне трудно.
5. Выяснить мотивацию пациента к оздоровлению образа жизни. Если мотивация недостаточная, целесообразна дополнительная индивидуальная беседа. Может быть полезным и групповое профилактическое консультирование.
6. Необходимо составить поэтапный план модификации образа жизни. Например, 1 шаг – отказ от курения (2 месяца), 2 шаг- снижение веса до надлежащего (6 месяцев) и т.д. Поэтапная реализация плана облегчает достижение цели – оздоровления образа жизни в целом. При составлении плана модификации образа жизни ставить реалистичные задачи. Например, физически неактивным пациентам, борьбу с гиподинамией можно начать с расширения двигательного режима в быту (отказ от пользования лифтом и пр.).
7. Если коррекция одного из факторов риска невозможна по каким-либо причинам, в том числе субъективным, например, пациенту не удаётся отказаться от курения, необходимо уделить большее внимание контролю других ФР.
8. Необходимо регулярно контролировать процесс модификации образа жизни пациента в ходе последующих визитов к врачу. Небольшие последовательные шаги - ключ к долгосрочному изменению поведения.
9. У пациентов с низкой степенью готовности к изменению образа жизни или неоднократным неудавшимся попыткам и контролю отдельных ФР (например, отказ от курения, контроля веса) целесообразно использовать мультидисциплинарный подход - привлекать к консультированию психологов, психотерапевтов, диетологов, наркологов и др.
10. Лицам с высоким ССР и пациентам с ССЗ рекомендуется проведение группового профилактического консультирования (например, в Школе здорового питания, Школе по отказу от курения, Школе для больных АГ, Школе для больных СД, Школе для больных ИБС и др.) Обучение в Школах обеспечивает эффективную модификацию ФР, улучшение психологического состояния и качества жизни пациентов, а также повышает приверженность к медикаментозному лечению и реабилитации.

II. Краткая основная информация по диспансерному наблюдению пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском (2 группа здоровья)

Заболевание, состояние	Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений
Высокий и очень высокий риск	<p>Не менее 1 раза в 2 года при достижении целевых значений уровня ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП и триглицеридов</p> <p>Не менее 1 раза в год при недостижении целевых значений ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП и триглицеридов</p>	<ul style="list-style-type: none"> - опрос на наличие боли в грудной клетке при физическом напряжении (стенокардии), эпизодов кратковременной слабости в конечностях, одностороннего онемения лица или конечностей (возможные симптомы транзиторной ишемической атаки), о поведенческих факторах риска (курение, питание, физическая активность) - уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний для их назначения - измерение АД при каждом посещении - общий осмотр, включая расчет индекса массы тела и измерение окружности талии при каждом посещении - уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды при взятии под ДН и начале гиполипидемической терапии, далее при назначении терапии по показаниям; при отсутствии терапии 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям - расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по SCORE при посещении с определением ОХС - глюкоза крови при взятии под ДН и далее по показаниям - дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет при ИМТ>30 кг/м² и ОХС >5 ммоль/л 1 раз в 3 года с целью определения толщины интимы-медии и наличия атеросклеротических бляшек, при постановке на ДН при наличии возможностей, далее по показаниям - измерение скорости пульсовой волны на каротидно-фemorальном участке артериального русла при постановке на ДН при наличии возможностей, далее по показаниям - углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое), включая составление при первом посещении индивидуального плана действий (мероприятий) по снижению вреда для здоровья поведенческих факторов риска (курения, нерационального питания, низкой физической активности), объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая - оказание помощи в отказе от курения при наличии показаний - поддерживающее (повторное) углубленное профилактическое консультирование, контроль выполнения индивидуального плана снижения вреда для здоровья поведенческих факторов риска (при последующих посещениях)

Список литературы:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019г. №173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»
2. Кардиоваскулярная профилактика/ Национальные рекомендации, Москва, 2017
3. Диспансерное наблюдение больных с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития/ Методические рекомендации, Москва, 2014