

Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины Минздрава России

Всероссийское научное общество кардиологов

Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздрава России

Координационный центр профилактики неинфекционных
заболеваний и факторов риска Минздрава России

Московский областной кардиологический центр

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ для пациентов с артериальной гипертонией

*Информационно-методическое пособие для врачей
Под редакцией академика РАМН Р. Г. Оганова*

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к организационно-методическому письму Минздрава России «Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения» (утверждено Минздравом России 2 августа 2002 г.)

Авторы:

Оганов Рафаэль Гегамович, Калинина Анна Михайловна, Еганян Рузанна Азатовна, Измайлова Ольга Викторовна, Гамбарян Маринэ Генриевна, Фунтова Татьяна Евгеньевна, Ощепкова Елена Владимировна, Исаева Людмила Григорьевна, Поздняков Юрий Михайлович

Школа Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией: Информационно-методическое пособие для врачей. Под ред. Р.Г.Оганова. 2002.

Данное пособие является приложением 1 к организационно-методическому письму Минздрава России «Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения» (утверждено Минздравом России 2 августа 2002 года) и содержит детальное описание содержания занятий с пациентами и инструкции по их проведению.

Пособие предназначено для медицинских работников, проводящих обучение пациентов с артериальной гипертонией в Школах Здоровья.

ISBN 5-901859-02-2

ВВЕДЕНИЕ	4
Занятие 1. ЧТО НАДО ЗНАТЬ ОБ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ?	7
Занятие 2. ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ.....	23
Занятие 3. ОЖИРЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ	39
Занятие 4. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ.....	59
Занятие 5. КУРЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ	71
Занятие 6. СТРЕСС И ЗДОРОВЬЕ	87
Занятие 7. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	101
ПРИЛОЖЕНИЕ к занятию 7	110
Занятие 8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ЗАНЯТИЕ	121

ВВЕДЕНИЕ

Данное пособие является приложением 1 к организационно-методическому письму Минздрава России «Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения» (утверждено Минздравом России 2 августа 2002 года) и содержит детальное описание содержания занятий с пациентами и инструкции по их проведению.

Пособие предназначено для медицинских работников, проводящих обучение пациентов с артериальной гипертонией (АГ) в Школах Здоровья.

Обучение пациентов с АГ в Школах Здоровья является комплексной медицинской профилактической услугой (Отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» – 91500.09.0002-2001, приказ МЗ РФ № 268 от 16.07.2001 г. «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации» и классифицируется 04.015.01:04 – медицинские услуги по профилактике; 015 – кардиология; 01 – Школа для пациентов с АГ).

Обучение в Школах Здоровья проводится специально обученными медицинскими работниками, получившими разрешение на проведение образовательной работы с пациентами (см. организационно-методическое письмо Минздрава России «Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения», утверждено Минздравом России 2 августа 2002 года).

Основная цель обучения пациентов в Школе:

- повышение информированности пациентов с АГ о заболевании и факторах риска (ФР) его развития, обострений и осложнений
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья
- формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача
- формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, анализу причин и факторов, влияющих на индивидуальное здоровье
- обучение пациентов выбору цели, составлению плана индивидуальных действий по оздоровлению и контролю за их исполнением
- формирование у пациентов практических навыков по оказанию первой доврачебной помощи в случаях обострений и кризов
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих ФР (рациональное питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек).

Структура занятий

Занятия в Школе имеют единую структуру:

- вводная часть
- информационная часть
- активные формы обучения
- заключительная часть занятия.

Форма представления материала

Каждый раздел содержит инструкцию для врачей по проведению занятия в целом или отдельных его частей. Рекомендуется перед проведением занятия ознакомиться с инструкциями и провести необходимую подготовку к занятию.

Информационный материал является справочным материалом для медицинского работника, проводящего занятие. Он направлен на информирование пациентов о заболевании и повышение их осознанного участия в процессе лечения и оздоровления. Информационный материал не обязательно должен быть весь представлен пациентам во время занятий. Реко-

мендуется иметь его постоянно на столе во время занятия, и при изложении материала следует стремиться максимально выполнить поставленную в занятии цель.

Активная часть занятий направлена на развитие у пациентов умений и навыков, которые необходимы в повседневной жизни для наиболее эффективного контроля артериального давления (АД) и сохранения здоровья.

Содержание занятий

Полный цикл состоит из 8 занятий по 90 минут, посвященных основным наиболее важным проблемам контроля АД, которые требуют активного участия самого пациента.

Занятие 1. Что надо знать об артериальной гипертонии?

Занятие 2. Здоровое питание. Что надо знать пациенту о питании при артериальной гипертонии?

Занятие 3. Ожирение и артериальная гипертония

Занятие 4. Физическая активность и здоровье

Занятие 5. Курение и здоровье

Занятие 6. Стресс и здоровье

Занятие 7. Медикаментозное лечение артериальной гипертонии. Как повысить приверженность пациентов к лечению?

Занятие 8. Заключительное занятие.

Занятие 1. ЧТО НАДО ЗНАТЬ ОБ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ?

Продолжительность занятия 90 минут

Структура занятия:

1. Вводная часть – 15 минут
 - 1.1. Знакомство, представление участников
 - 1.2. Описание целей обучения
 2. Информационная часть – 20 минут
 - 2.1. Что такое артериальное давление и какой уровень артериального давления принято считать нормальным?
 - 2.2. Что такое артериальная гипертония?
 - 2.3. Течение артериальной гипертонии и ее проявления
 3. Активная часть (вопросы-ответы) – 5 минут
- ПЕРЕРЫВ – 5 минут**
4. Информационная часть – 10 минут
 - 4.1. «Органы-мишени» – основные понятия
 - 4.2. Степень артериальной гипертонии – основные понятия
 - 4.3. Факторы, способствующие повышению артериального давления
 5. Активная часть – 10 минут
 - 5.1. Выявление индивидуальных управляемых факторов риска
 - 5.2. Составление ИНДИВИДУАЛЬНОГО плана действий для каждого пациента – начальный вариант
 6. Информационная часть – 10 минут
 - 6.1. Как правильно измерять артериальное давление?
 7. Активная часть – 10 минут
 8. Подведение итогов – 5 минут

1. Вводная часть – 15 минут

1.1 Знакомство, представление участников

ИНСТРУКЦИЯ. Представьте слушателям себя (назовите свое имя, должность, профессию, опыт работы). Чтобы начать устанавливать контакт со слушателями, если пожелаете, кратко опишите свои хобби и свой интерес к обучению в Школе Здоровья. Затем дайте возможность каждому слушателю представиться, назвать имя, отчество. Желательно, чтобы во время занятия слушатели сидели вокруг большого стола. Это более предпочтительно, чем «выступление перед аудиторией», потому что дает возможность более легко общаться, быстрее достичь целей обучения. Для более легкого общения желательно, чтобы слушатели могли обращаться друг к другу по имени и отчеству. Раздайте каждому слушателю заранее приготовленные листы бумаги и фломастеры. Листы бумаги желательно заранее сложить втрое. Предложите каждому слушателю написать свое имя и отчество на средней трети листа крупно и четко и сложить листы по сгибу в треугольную пирамиду, которую можно удобно разместить на столе перед каждым слушателем.

1.2 Описание целей обучения

ЦЕЛИ всего курса обучения в Школе Здоровья:

- формирование активного, рационального и ответственного отношения пациентов с артериальной гипертонией к своему здоровью и мотивации к оздоровлению
- повышение информированности пациента о заболевании, его причинах и факторах,

влияющих на его развитие и осложнения

- повышение приверженности пациентов к лечению
- формирование у пациентов умений и навыков самоконтроля, самопомощи при неотложных состояниях, умений коррекции основных поведенческих факторов риска

ИНСТРУКЦИЯ. Дайте краткий обзор тематики Школы (перечень занятий), график ее работы, продолжительность курса. Желательно уже на этом этапе занятия раздать слушателям «Дневник» и предложить занести в него график работы Школы в специально отведенное для этого место (укажите страницу). Попросите слушателей высказать свое мнение и пожелания, чего они ожидают от обучения в Школе. Запомните или запишите наиболее общие замечания, чтобы в последующем обязательно учесть их при обучении. Очень важно, чтобы Вы могли перестроиться в ходе занятия, если этого потребует интерес слушателей. Не старайтесь изложить всю заранее заготовленную информацию. Лучше остановиться на вопросах, наиболее интересующих слушателей. Однако, если вопросы текущего занятия окажутся для слушателей менее интересными, чем последующих, не изменяйте логики построения курса обучения. Уточните, на каких из последующих занятий будут разбираться интересующие слушателей вопросы.

ЦЕЛЬ занятия 1 «Что надо знать об артериальной гипертонии?»:

- информирование пациентов о заболевании и факторах, влияющих на развитие заболевания, осложнений и прогнозе
- обучение пациентов самоанализу собственных факторов риска и рациональному составлению индивидуального плана оздоровления
- обучение пациентов методике измерения артериального давления и самоконтролю.

По окончании занятия пациент **будет знать**:

- основные причины повышения артериального давления
- симптомы повышенного артериального давления
- симптомы проявлений обострений заболеваний (кризов, преходящих нарушений мозгового кровообращения)
- факторы, определяющие индивидуальный риск развития осложнений заболеваний и влияющие на прогноз
- средства доврачебной помощи при внезапном повышении артериального давления
- основы самоконтроля артериального давления.

По окончании занятия пациент **будет уметь**:

- самостоятельно контролировать артериальное давление в соответствии с современными требованиями
- вести дневник контроля артериального давления
- оказать первую помощь при внезапном подъеме артериального давления
- проводить самооценку индивидуальных факторов, влияющих на течение заболевания, и выделять приоритеты по их устранению
- выбирать наиболее рациональный путь и строить индивидуальный план оздоровления.

ИНСТРУКЦИЯ. Первое занятие помимо изложенной выше цели имеет цель заинтересовать пациента посещать и участвовать в работе всего курса занятий Школы Здоровья. Это требует особого внимания и тщательности подготовки к первому занятию («эффект первого впечатления») для повышения заинтересованности пациента и в получении информации, и в участии в обучении. Весь курс направлен на предоставление информации и мотивирование пациента, которые должны стать основой для повышения ак-

тивности и осознанного участия пациента в процессе лечения и оздоровления.

Кратко опишите структуру данного занятия. При изложении материала следите за временем. Старайтесь излагать кратко, ясно, избегайте пространных обсуждений. Говорите уверенно, но не назидательно. Следите за аудиторией, если заметите снижение интереса, смените тон, позу, восстановите внимание каким-либо другим способом (демонстрацией материала, перерывом и пр.).

2. Информационная часть – 20 минут

2. 1. Что такое артериальное давление и какой уровень артериального давления принято считать нормальным?

ИНСТРУКЦИЯ. При изложении данного раздела желательно демонстрировать материал по плакату, слайду или рисунку.

При сокращении сердца кровь выталкивается в сосуды, по которым продвигается к тканям организма, чтобы снабдить их питательными веществами и кислородом.

Артериальное (кровенное) давление – это сила, с которой поток крови давит на сосуды. Величина артериального давления зависит от многочисленных факторов: силы, с которой сердце выбрасывает кровь в сосуды, количества крови, выталкиваемой в сосуды, от эластичности сосудов, определяющей сопротивление потоку крови, регуляции тонуса сосудов со стороны центральной и периферической нервной системы, содержания и концентрации различных компонентов, гормонов и пр., а также от других факторов.

Знание точных механизмов регуляции артериального давления не является обязательным для пациента, поэтому более подробно на занятии на этом не останавливаемся.

Во время сокращения сердца (систола) развивается максимальное давление в артериях – систолическое, во время расслабления сердца (диастола) давление уменьшается, что соответствует диастолическому давлению.

**Повышенным для взрослых людей
считается уровень артериального давления
140/90 мм рт. ст. и выше**

Артериальное давление подвержено колебаниям даже в норме у здорового человека. Оно снижается в покое, во время сна, резко повышается в утренние часы, а также повышается при волнении, физической и других нагрузках, при курении.

У здорового человека эти факторы приводят только к кратковременным и незначительным колебаниям артериального давления, которое быстро возвращается к исходному уровню. У больных артериальной гипертензией наблюдаются резкие колебания АД.

2. 2. Что такое артериальная гипертензия?

Артериальная гипертензия – это периодическое или стойкое повышение артериального давления.

Артериальная гипертензия является самым распространенным хроническим заболеванием сердечно-сосудистой системы среди взрослого населения.

Согласно данным научных исследований повышение артериального давления обнаруживается у 40% населения. Частота артериальной гипертензии повышается с возрастом.

Артериальная гипертензия – заболевание, опасное для жизни больного осложнениями как вследствие самого повышения артериального давления, так и развития атеросклероза сосудов, снабжающих кровью жизненно важные органы (сердце, мозг, почки и др.). В частности,

при поражении коронарных сосудов, снабжающих кровью сердце, развивается ишемическая (коронарная) болезнь сердца, мозговых сосудов – инсульт.

Ученые пока стоят на точке зрения, что в большинстве случаев артериальная гипертензия (гипертензионная болезнь) – это заболевание, имеющее наследственную предрасположенность, очень часто в семье прослеживается несколько родственников с артериальной гипертензией.

Иногда артериальная гипертензия может быть не самостоятельным заболеванием, а симптомом заболевания других органов (почки, эндокринная система и др.). В таких случаях говорят о вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии. Лечение в таких случаях должно быть направлено на лечение основного заболевания, вызвавшего повышение артериального давления. Причину повышения артериального давления устанавливает только врач.

При артериальной гипертензии происходят неблагоприятные изменения в организме:

- сужение и потеря эластичности микрососудов, ухудшается зрение
- нарушение частоты сердечных сокращений, чаще в сторону повышения (так называемая тахикардия), что является неблагоприятным фактором
- вследствие повышения нагрузки на сердце увеличивается мышечная масса левого желудочка сердца, при этом ухудшается его кровоснабжение
- быстро развивается атеросклероз аорты, сосудов мозга, сердца (так называемых коронарных) и др.
- повышается нагрузка на почки, что приводит к ухудшению их функции

Классификация ВОЗ (рекомендации ВОЗ/МОГ, 1999 г.), мм рт. ст.

Артериальное давление *	Систолическое АД	Диастолическое
Оптимальное**	<120	<80
Нормальное	<130	<85
Высокое нормальное	130-139	85-89
I степень гипертензии (мягкая)	140-159	90-99
Подгруппа: погранич-	140-149	90-94
II степень гипертензии (умеренная)	160-179	100-109
III степень гипертензии (тяжелая)	>=180	>=110
Изолированная систолическая гипер-	>140	<90
Подгруппа: погранич-	140-149	<90

* Если систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление пациента оказывается в различных категориях, выбирается более высокая категория
 ** «Оптимальное» АД по отношению к риску развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности

2. 3. Течение артериальной гипертензии и ее проявления

У многих пациентов артериальная гипертензия длительное время может протекать практически бессимптомно, не изменяя самочувствия.

При многолетнем течении артериальной гипертензии организм постепенно адаптируется к высоким цифрам АД, и самочувствие больного человека может оставаться сравнительно неплохим.

В этом коварство заболевания! Повышенное артериальное давление оказывает патологическое воздействие на сосуды и питаемые ими органы: мозг, сердце, почки. Вследствие длительно текущей артериальной гипертензии все вышеперечисленные патологические процессы (даже при отсутствии субъективных жалоб больного) могут привести к сосудистым катастрофам: инсульту, ишемической болезни сердца (стенокардии), инфаркту миокарда, сердечной и почечной недостаточности.

Не измеряя АД, невозможно определить заболевание! При обращении пациента к врачу на электрокардиограмме часто регистрируются изменения, свидетельствующие о длитель-

ном существовании артериальной гипертензии, о которой ранее пациент не знал: увеличение левого желудочка, так называемая гипертрофия левого желудочка.

Незнание пациента о том, что у него повышено артериальное давление, приводит к недооценке заболевания, несвоевременному началу лечения и профилактики, при этом повышается риск осложнений, таких как инфаркт миокарда и мозговой инсульт.

Наиболее частые жалобы больных при повышении артериального давления – головные боли, часто пульсирующего характера в затылочной области, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, плохой сон, раздражительность, нарушения зрения, боли в области сердца. Головные боли – наиболее частая жалоба пациентов. Однако причина их возникновения может быть различной и не обязательно связана с повышением артериального давления.

Головные боли при повышении артериального давления могут быть самыми разнообразными по характеру: у одних людей они возникают утром, при пробуждении, у других головные боли связаны с эмоциональным напряжением и усиливаются к концу рабочего дня. Нередко отмечается связь между выраженностью головных болей и изменениями метеорологических условий. Как правило, боли не достигают значительной интенсивности. Многие пациенты воспринимают их как ощущение тяжести в голове, особенно часто в затылочной области.

Иногда отмечаются кратковременные головокружения, появляется раздражительность, утомляемость, подавленность настроения, наблюдаются нарушения сна (бессонница, частые просыпания).

Однако не всегда имеется четкая связь между наличием жалоб и степенью повышения артериального давления.

Не надо полагаться только на собственные ощущения! Регулярное измерение артериального давления необходимо не только при плохом самочувствии, но и при отсутствии жалоб, даже при хорошем самочувствии, что является наиболее достоверным способом своевременного выявления артериальной гипертензии.

Общезвестно, что, например, повышение температуры тела выше 37°C – это признак неблагополучия в организме. Точно также любой человек должен знать, что уровень артериального давления выше 140/90 мм рт. ст. – это тоже признак нарушения в функционировании сердечно-сосудистой системы, поэтому каждый человек, особенно в возрасте **после 30 лет**, должен знать, что надо ежегодно измерять артериальное давление и использовать для этого все возможности.

Течение заболевания может быть различным. Сначала наблюдаются небольшие эпизодические подъемы артериального давления. Если не проводить лечение, то артериальное давление повышается все выше и становится стойко повышенным. Выделяется особая неблагоприятная форма течения заболеваний с наличием гипертонических кризов.

Гипертонический криз – резкий, внезапный подъем артериального давления от нормальных или повышенных значений, сопровождающийся резким ухудшением самочувствия и часто приводящий к осложнениям.

Гипертонический криз – это всегда опасное для здоровья, а иногда и жизни, состояние, с высокой вероятностью развития осложнений.

Кризозное течение артериальной гипертензии – наиболее неблагоприятный вариант заболевания. При его появлении пациент должен обязательно обратиться к врачу для оказания неотложной помощи, выяснения причины кризов и подбора лечения.

Гипертонические кризы могут быть проявлением как гипертонической болезни, так и симптоматической артериальной гипертензии (например, при заболеваниях почек, надпочечников, сужении сосудов почек и др.).

Отсутствие регулярного лечения артериальной гипертензии или плохо подобранное лечение может способствовать развитию гипертонических кризов.

Например, при эпизодическом приеме короткодействующих препаратов, таких как нифедипин (коринфар) или клонидин (клофелин), могут развиваться значительные колебания артериального давления. После окончания действия этих лекарств (через 4-6 часов) АД вновь повышается.

Прием длительно действующих гипотензивных препаратов позволяет избежать этих резких колебаний артериального давления.

Провоцирующими факторами резкого повышения артериального давления, а иногда и криза, могут быть:

- нервно-психические или физические перегрузки
- смена погоды, магнитные бури (что характерно для метеочувствительных пациентов)
- интенсивное курение
- резкая отмена некоторых лекарств, понижающих артериальное давление
- употребление алкогольных напитков
- обильный прием пищи, особенно соленой, и на ночь
- употребление пищи или напитков, содержащих вещества, способствующие повышению артериального давления (кофеин – большое количество кофе, тирамин – шоколад, сыр, икра и др.).

Гипертонические кризы условно делят на два типа.

Кризисы I типа протекают с относительно невысоким повышением АД и обычно носят яркую вегетативно-сосудистую окраску. Они проявляются резкой головной болью, покраснением кожных покровов, в первую очередь лица, сердцебиением, дрожью, ознобом, обильным мочеиспусканием.

Кризисы II типа протекают на фоне очень высоких цифр АД с различными проявлениями со стороны мозга, сердца. Отмечаются сильные головные боли, тошнота, рвота, зрительные расстройства, судороги, сонливость. При развитии симптомов поражения сердца появляется резкая одышка, приступы стенокардии. При кризах этого типа возможно развитие мозгового инсульта, инфаркта миокарда. На высоте гипертонического криза могут произойти разрывы мелких и крупных кровеносных сосудов.

Гипертонический криз всегда требует безотлагательного вмешательства!

ИНСТРУКЦИЯ. По программе курса обучения в Школе здоровья вопросы медикаментозного лечения являются темой последнего занятия. Однако, если в аудитории присутствуют пациенты с кризовым течением гипертензии, целесообразно дать кратко рекомендации, что они должны делать при развитии криза. Это не исключает, что на последнем занятии эти вопросы будут разбираться более подробно. Такого подхода требует медицинская этика – если мы упоминаем и даем характеристику кризового течения артериальной гипертензии, что особенно опасно для больных и требует с их стороны активных, адекватных и своевременных действий.

При развитии симптомов гипертонического криза необходимо:

- измерить артериальное давление
- по возможности до приезда врача быстро попытаться самостоятельно снизить повышенное артериальное давление:
- могут быть использованы препараты быстрого действия (таблетка под язык): клонидин 0,075- 0,15 г или каптоприл 25-50 мг или нифедипин 10 мг
- в случае появления загрудинных болей (проявление стенокардии) следует принять нитроглицерин под язык
- не применять неэффективные средства – таблетки папазола, дибазола, которые часто используют больные из «подручных средств», чем затягивают и усугубляют свое состояние
- нельзя резко снижать АД в течение короткого промежутка времени, особенно в пожилом

возрасте. У пожилых пациентов при снижении артериального давления (на фоне относительно низких цифр АД) такие симптомы, как слабость, сонливость могут указывать на нарушение питания (ишемию) головного мозга

- вызвать врача «скорой помощи» при значительном повышении АД или при малейших подозрениях на развитие гипертонического криза.

Дальнейшие действия определит врач «скорой помощи».

При лечении гипертонического криза желательно:

- снижать уровень АД первые 2 часа на 20-25% от исходных величин
- после купирования гипертонического криза на дому врач решает вопрос о госпитализации. Опыт показывает, что даже неосложнённый гипертонический криз не проходит бесследно. В течение нескольких дней требуется поддерживающая гипотензивная терапия, щадящий режим, наблюдение врача, контроль АД и ЭКГ.

Преходящее нарушение мозгового кровообращения.

Преходящее нарушение мозгового кровообращения, синонимом которого является в современной литературе транзиторная ишемическая атака (ТИА), представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), продолжающееся не более 24-х часов.

Симптомы ТИА выражаются во внезапном развитии;

- онемения или слабости мышц лица, рук, ног и их сочетания, особенно на одной стороне тела
- спутанности сознания, нарушений речи
- нарушения зрения на один или оба глаза
- нарушений походки, координации, равновесия, головокружения
- сильной головной боли неизвестной причины.

Длительность клинических проявлений ТИА в большинстве случаев не превышает 10-20 минут, но могут продолжаться до суток, затем неврологическая симптоматика полностью исчезает.

Пациенты, перенесшие ТИА, далеко не всегда оценивают их адекватно, не обращаются за медицинской помощью. Опасность ТИА в том, что она может являться предвестником инсульта.

При появлении симптомов ТИА, даже если они исчезли, безотлагательно обратитесь к врачу!

Чем раньше будут выяснены причины ТИА и начато адекватное лечение, тем больше вероятность избежать тяжелых последствий, а именно инсульта.

Основные факторы риска развития ТИА:

- артериальная гипертония, особенно гипертонический криз
- сахарный диабет
- повышенная свертываемость крови
- заболевания сердца
- поражение атеросклерозом сонных артерий
- курение
- чрезмерное употребление алкоголя
- стрессовые ситуации.

3. Активная часть (вопросы-ответы) – 5 минут

ИНСТРУКЦИЯ. Если приведенная выше информационная часть вызвала вопросы и остается время до перерыва, можно их обсудить. Постарайтесь управлять процессом, чтобы обсуждение не затянулось, в то же время желательно дать возможность наиболее активным слушателям высказать свое мнение. При затянувшейся дискуссии или высказываниях слушателей тактично остановите или предложите обсудить вопросы позднее,

в перерыве, или при индивидуальном консультировании.

ОБЯЗАТЕЛЬНО СДЕЛАЙТЕ ПЕРЕРЫВ В ЗАНЯТИИ НА 5 МИНУТ

4. Информационная часть – 10 минут

ИНСТРУКЦИЯ. Эту часть занятия необходимо обеспечить демонстрационным материалом – плакатами, рисунками, схемами строения тела. Эти схемы не должны быть подробными топографическими картами строения человеческого тела. Основная цель демонстрации – обеспечить наглядность и запоминаемость основных положений материала, а не раскрытие подробностей механизмов развития болезни. Избегайте строгих, научных, непонятных терминов, излагайте материал своими словами. Старайтесь излагать материал в соответствии с основными целями обучения – информирование пациентов для повышения их участия в процессе контроля и коррекции артериальной гипертонии. Избегайте запугивания пациентов и осторожно, не утрушая, информируйте о возможных осложнениях, стараясь мотивировать пациентов к самоконтролю и выполнению врачебных рекомендаций.

4. 1. «Органы-мишени» – основные понятия

Для артериальной гипертонии характерно избирательное поражение некоторых органов и систем организма, которые так и называются «органы-мишени», т. е. органы, наиболее уязвимые при этом заболевании.

Таковыми «органами-мишенями» при артериальной гипертонии являются: сердце, почки, мозг, сосуды, в частности сосуды глазного дна.

Субъективные симптомы при поражении «органов-мишеней»:

- **головной мозг** – головная боль, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, тошнота, рвота
- **сердце** – сердцебиение, одышка, боли в области сердца
- **почки** – частое мочеиспускание в ночное время
- **периферические сосуды** – похолодание конечностей, боли в икроножных мышцах ног при ходьбе (перемежающаяся хромота) О
- **сосуды глазного дна** – нарушения зрения, мелькание «мушек» перед глазами.

Субъективные симптомы не всегда отражают наличие и степень выраженности изменений со стороны «органов-мишеней». Поэтому важно то обследование, которое назначает врач при обнаружении повышенного артериального давления. Существуют специальные диагностические методы исследования (ЭКГ, ультразвуковые исследования сердца и др.), позволяющие выявить поражение «органов-мишеней». Уязвимость «органов-мишеней» у различных людей неодинакова: у одних в большей мере страдают сосуды мозга, у других – сосуды сердца и др.

Наличие и выраженность (тяжесть) поражения «органов-мишеней» при артериальной гипертонии характеризует степень риска для пациента, т.е. чем выраженнее поражение органов-мишеней, тем выше риск развития осложнений: инсульта или инфаркта миокарда.

4. 2. Степень артериальной гипертонии – основные понятия

ИНСТРУКЦИЯ. При описании этой части занятия обратиться к таблице ВОЗ по стратификации риска. Кратко описать степени АГ, факторы, определяющие риск осложнений, сконцентрировав влияние на «управляемых факторах», факторах поведенческого характера.

Чем выше уровень артериального давления, тем выше вероятность развития сердечно-сосудистых катастроф, но на прогноз пациента с артериальной гипертонией влияют и другие, так называемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

У больных с артериальной гипертонией чаще, чем у здоровых, встречаются факторы риска (избыточный вес, повышение уровня холестерина, другие нарушения липидного обмена, курение, низкая физическая активность, психоэмоциональные стрессы), которые значительно повышают суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Согласно рекомендациям ВОЗ (1999 г.) и национальным Российским рекомендация (2001 г.) выбор тактики лечения при выявлении повышенного АД базируется не только на уровне артериального давления, но и на наличии вышеперечисленных факторов риска, особенно их сочетаний, наличии сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет, поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистых и почечных заболеваний, а также других индивидуальных особенностей (медицинских, социальных условий и др.). Например, у 40-летнего мужчины обнаружено повышение артериального давления в пределах 140/90 – 150/95 мм рт. ст., но при этом он курильщик, у него повышен уровень холестерина до 6,5 ммоль/л и есть симптомы стенокардии. Это означает, что пациент относится к группе высокого риска и его как больного нужно безотлагательно лечить и снижать артериальное давление до нормальных значений.

У каждого пациента с артериальной гипертонией необходимо определять факторы, влияющие на прогноз заболевания, и к какой группе риска он относится, что поможет наметить тактику лечения.

Эти факторы, согласно рекомендациям ВОЗ 1999 года, представлены следующими группами (подробнее см. приложение к занятию 7).

А. Факторы, влияющие на прогноз заболевания и используемые для определения суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний:

- уровни систолического и диастолического АД (степень 1-3)
- курение
- уровень общего холестерина >6,5 ммоль/л (250 мг/дл)
- сахарный диабет

- отягощенный семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний
- возраст – для мужчин старше 55 лет, для женщин – старше 65 лет.

Б. Другие факторы, влияющие на прогноз заболевания:

- пониженный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП)
- повышенный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП)
- микроальбуминурия при сахарном диабете
- нарушенная толерантность к углеводам
- ожирение
- сидячий образ жизни
- повышенный уровень фибриногена.

В. Поражения органов-мишеней (сердца, мозга, почек, сосудов сетчатки глаза).

Г. Сопутствующие заболевания (сосудистые заболевания мозга, а также заболевания сердца, почек, сосудов).

Для определения суммарного риска сердечно-сосудистых осложнений используются специально разработанные таблицы.

Следует подчеркнуть, что оценка суммарного риска носит относительный характер, т. е. определяет степень риска с определенной долей вероятности.

У лиц с повышением АД риск сердечно-сосудистых осложнений при прочих равных показателях выше, чем у лиц без АГ.

Учитывая, что для практического использования удобны простые схемы, Комитет экспертов ВОЗ (1999 г.) рекомендует определять суммарный риск по четырем уровням: низкий, средний, высокий и очень высокий (см. таблицу).

Таблица, приведенная ниже, составлена на основе данных длительного 10-летнего наблюдения за прогнозом жизни лиц в возрасте старше 40 лет (г. Фремингем, США), поэтому эти данные могут быть применены с наибольшей точностью для этой возрастной группы населения. Суммарный риск оценен в отношении прогноза развития несмертельных инфаркта миокарда, мозгового инсульта и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (суммарно).

ИНСТРУКЦИЯ. Желательно таблицу, приведенную ниже, иметь на стене кабинета, где проходит обучение.

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Факторы риска и анамнез	Степень 1 (мягкая АГ) АДс 140-159 или АДд 90-99	Степень 2 (умеренная АГ) АДс 160-179 или АДд 100-109	Степень 3 (тяжелая АГ) АДс ≥180 или АДд ≥110
I. Нет ФР, ПОМ, АКС	НИЗКИЙ РИСК	СРЕДНИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК
II. Есть 1-2 фактора	СРЕДНИЙ РИСК	СРЕДНИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
III. Есть 3 и более ФР и/или ПОМ, и/или СД, нет АКС	ВЫСОКИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
IV. Есть АКС, ПОМ +/-, ФР +/-	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК

ФР - факторы риска

ПОМ- поражение органов-мишеней

АКС - ассоциированные клинические состояния

Уровни риска (риск инсульта или инфаркта миокарда в ближайшие 10 лет):

Низкий риск (1) = менее 15%;

средний риск (2) = 15-20%;

высокий риск (3) = 20-30%;

очень высокий риск (4) = 30% или выше

В группу низкого риска включаются мужчины моложе 55 и женщины моложе 65 лет с I степенью гипертонии и без ФР. В этой группе лиц риск развития инфаркта, мозгового инсульта и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в последующие 10 лет не более 15%. У лиц с пограничной гипертонией – риск несколько ниже.

В группу среднего риска включаются лица с широким диапазоном уровней артериального давления и ФР. Они имеют невысокие цифры АД, но множественные ФР, другие имеют высокое АД, но не имеют ФР. У этих больных врач в первую очередь должен определить необходимость назначения медикаментов. В этой группе лиц риск развития инфаркта, мозгового инсульта и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в последующие 10 лет не более 15-20%. Риск приближается к 15% у лиц с мягкой АГ и одним дополнительным ФР.

В группу высокого риска включаются пациенты с I или II степенью АГ с тремя и более ФР, перечисленными выше или с сахарным диабетом, или с поражением органов-мишеней и

пациенты с III степенью гипертензии (тяжелой) без ФР. В этой группе лиц риск развития инфаркта, мозгового инсульта и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в последующие 10 лет не более 20-30%.

В группу очень высокого риска включаются пациенты с III степенью артериальной гипертензии и одним или более ФР и все пациенты с клиническими признаками заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек. У этих пациентов риск равен 30% и более. Такие больные требуют интенсивной индивидуальной терапии.

Если при первом измерении у пациента регистрируется мягкая или умеренная гипертензия без признаков гипертонического криза, то рекомендуется повторить измерение АД для определения его стабильности в течение 4 недель и начать лечение немедикаментозными методами. Об этих мерах мы будем подробно говорить на занятиях в Школе.

При безуспешности этих мер в течение первых трех месяцев рекомендуется переходить к приему медикаментов.

4. 3. Факторы, способствующие повышению артериального давления

ИНСТРУКЦИЯ. При описании этой части важно особо выделить факторы поведенческого характера, обратить внимание на их взаимосвязь и влияние на степень артериальной гипертензии. Эта часть занятия должна стать плавным переходом на следующую, достаточно важную, активную часть занятия.

Подробно влияние поведенческих факторов риска на заболевание будет рассмотрено на последующих занятиях в Школе.

Артериальное давление чаще повышается у лиц, злоупотребляющих соленой, жирной пищей и алкоголем.

Показано, что лица с повышенным давлением в три раза больше потребляют с пищей поваренной соли, чем лица с нормальным давлением.

Выкуриваемая сигарета способна вызвать подъем артериального давления (иногда до 30 мм рт. ст.).

Давление повышается при прибавке веса – лишний килограмм веса повышает давление в среднем на 1-3 мм рт. ст.

Многие люди подвержены стрессовым влияниям в повседневной жизни, на работе, в семье, что также способствует повышению АД, переходу болезни в тяжелую форму, требующую нередко стационарного лечения.

5. Активная часть – 10 минут

Основные «управляемые» факторы риска для большинства пациентов, конечно, будут сходны. Они связаны с образом жизни человека, с его питанием, привычками, двигательной активностью, межличностными отношениями, реакциями на стрессовые ситуации и пр.

Основная цель этого анализа и последующего составления индивидуального плана действий для каждого конкретного пациента – выявить факторы риска для каждого пациента, по его собственному мнению, а также выделить из них наиболее важные и наиболее легко изменяемые, по их собственному мнению и отношению. Важно именно собственное мнение пациентов и их отношение к этим факторам.

Принципы анализа основаны на формировании мотивации и психологических особенностях изменения поведения. Начать предпринимать усилия над своими привычками – не простое дело, поэтому важно, чтобы первые шаги были реалистичными, заметными, важными для пациента.

5. 1. Выявление индивидуальных управляемых факторов риска

ИНСТРУКЦИЯ. Раздайте каждому слушателю Школы листы бумаги. Обеспечьте слу-

шателей карандашами.

Выявление индивидуальных факторов риска проводится при заполнении таблицы (или составлении списка) в следующем порядке в три столбика):

1) 1-й столбик (слева) – факторы риска, которые **сам** пациент считает **для себя** факторами риска повышения уровня его артериального давления. Уточните, чтобы пациенты сконцентрировались на анализе факторов, которые в той или иной степени могут быть изменены их волей, поведением или усилиями **самого** пациента.

2) 2-й столбик. Предложите слушателям отметить в этом столбике знаком «+» те факторы, которые, по их **собственному мнению наиболее важны** для них и знаком «-» – **менее значимые для них** факторы из перечисленных.

3) 3-й столбик. В правом (третьем) столбике предложите слушателям отметить знаком «+» те факторы, которые, по их **собственному мнению они могут легко**, без особых усилий **изменить** и знаком «-» – **трудные для них факторы**, требующие **особых усилий, воли, времени, средств** и пр.

5. 2. Составление ИНДИВИДУАЛЬНОГО плана действий для каждого пациента – начальный вариант

ИНСТРУКЦИЯ. Объясните слушателям, как составить реалистичный и индивидуальный план действия. Объясните принципы такого построения плана, обеспечьте листами бумаги и карандашами.

План индивидуальных действий («маршрут оздоровления», «четыре шага к оздоровлению») составляется в следующей последовательности по приоритету важности и сложности:

1 шаг – 1 приоритет – факторы, отмеченные двумя плюсами «+ +». Наиболее важные и легко изменяемые, по мнению и отношению **самого** пациента, факторы, неблагоприятно влияющие на его артериальное давление.

2 шаг – 2 приоритет – факторы, отмеченные минус-плюс «- +». Менее важные, но легко изменяемые, по мнению и отношению **самого** пациента, неблагоприятные факторы.

3 шаг – 3 приоритет – факторы, отмеченные плюс-минус «+ -». Наиболее важные, но трудно изменяемые, по мнению и отношению **самого** пациента, неблагоприятные факторы.

4 шаг – 4 приоритет – факторы, отмеченные двумя минусами «- -». Менее важные и трудно изменяемые, по мнению и отношению **самого** пациента, неблагоприятные факторы.

«Секрет успеха» – необходимо строить реалистичные планы, определять конкретные сроки, выбирать не глобальные цели, а наиболее конкретные, поэтапные. Желательно выбрать для себя (порекомендовать пациентам) поощрения при достижении конкретного результата. Например, при снижении веса на определенное количество килограммов можно пациенту поощрить себя чем-то, что будет для пациента приятно. Иногда даже одобрение со стороны окружающих является важным фактором успеха.

Индивидуальный план пациенты должны иметь при себе в процессе всех занятий в Школе, чтобы время от времени к нему обращаться и в процессе обучения вносить дополнения, необходимые коррективы.

Главной целью является то, что пациенты по окончании всего курса обучения составили и имели собственный, индивидуальный, реалистичный, конкретный план, к реализации которого они уверенно приступят или уже начнут действовать в процессе обучения.

При этом необходимо обратить внимание, что перечень факторов может быть дополнен в процессе обучения, и в таком случае приоритет может быть смещен или, что предпочтительнее, более конкретизирован. Например, выбрать не общую формулировку – «изменить пита-

ние», а уточнить и дополнить «снизить потребление сливочного масла» или «не солить пищу, не пробую», или «не солить пищу при приготовлении» и т. д.

Окончательный план индивидуальных действий после прохождения полного курса обучения в Школе желателно занести в ДНЕВНИК.

6. Информационная часть – 10 минут

6. 1. Как правильно измерять артериальное давление?

Для контроля за уровнем артериального давления при его измерении необходимо строго соблюдать определенные правила. Если эти правила не выполняются, можно получить неверный результат (завышение или занижение), что может повлиять на тактику лечения.

ИНСТРУКЦИЯ. Желательно описание процедуры правильного (стандартного) измерения АД проводить по ходу практической демонстрации. Для этого пригласите одного пациента и продемонстрируйте на его примере все этапы, описанные ниже.

Приборы.

Наиболее часто для измерения АД используют прибор, состоящий из сжимающей руку пневмоманжеты, груши для нагнетания воздуха с регулируемым клапаном и манометра. Более точной является общепринятая методика измерения АД с наложением манжеты на плечо.

Важно, чтобы манжета соответствовала объему руки – не была слишком узкой, особенно если ее придется надевать на полную руку. Для детей и полных людей существуют специальные манжеты.

Условия

Измерение АД должно проводиться в удобной обстановке при комнатной температуре не менее чем после 5-минутного отдыха. На холоде может произойти спазм и повышение АД.

Обратите внимание на то, что после еды, выпитой чашки кофе или выкуренной сигареты измерять АД можно только через 30 минут.

Методика

Измерение АД должно проводиться сидя, обязательно с опорой на спинку стула и расслабленными, не скрещенными ногами. Опора спины на спинку стула и руки на поддерживающую поверхность исключает повышение АД за счет сокращения мышц.

Руку, на которой будет измеряться АД, необходимо полностью расслабить и держать неподвижно до конца измерения, удобно расположив на столе, находящемся рядом со стулом. Не допускается положение руки на «весе».

Высота стола должна быть такой, чтобы при измерении АД середина манжеты, наложенной на плечо, находилась на уровне сердца (приблизительно на уровне 4-го межреберья). Такие условия измерения позволят избежать влияния гидростатического столба на значение АД, показываемое прибором. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца могут приводить к завышению (если рука опущена) или занижению (если рука поднята) АД на 4 мм рт. ст.

Манжета накладывается на плечо таким образом, чтобы между ней и поверхностью плеча оставалось расстояние размером в палец, а нижний край манжеты был на 2,5 см выше локтевой ямки.

Не рекомендуется накладывать манжету на ткань одежды. Закатывать рукава с образованием сдавливающих валиков из ткани – значит получить заведомо неправильный результат.

В ходе измерения необходимо располагать шкалу манометра на уровне глаз, чтобы снизить вероятность ошибки при считывании показаний.

Воздух в манжете быстро нагнетается с помощью груши до тех пор, пока давление в манжете не превысит ориентировочное (определенное предварительно по пульсу) систолическое АД примерно на 30 мм рт. ст. Избыточно высокое давление в манжете может вызвать дополнительные болевые ощущения и повышение АД, что зависит результат.

Скорость сброса воздуха из манжеты должна быть примерно 2-3 мм рт. ст. за секунду. При высоком давлении (более 200 мм рт. ст.) допустимо увеличение скорости сброса воздуха до 4-5 мм рт. ст.

Прослушивание тонов лучше проводить стетоскопом, но можно и мембранным фонендоскопом, входящим в комплект с тонометром. Головку фонендоскопа надо фиксировать, не создавая значительного давления на кожу. Фиксация головки фонендоскопа с существенным надавливанием, как и расположение её над манжетой, искажает АД.

При сбросе воздуха появление тона (1 фаза тонов Короткова) соответствует систолическому АД, полное исчезновение тонов при дальнейшем выслушивании (5-я фаза тонов Короткова) – диастолическому АД.

Повторные измерения АД производятся через 1-2 минуты.

Среднее значение двух и более последовательных измерений гораздо точнее отражает уровень АД, чем однократное измерение.

АД рекомендуется измерять последовательно на обеих руках. Это особенно важно при первом обнаружении повышенного уровня артериального давления. При выявлении устойчивой асимметрии, составляющей более 10 мм рт. ст. для систолического АД и 5 мм рт. ст. для диастолического АД, измерение следует повторить. Если значительная асимметрия выявляется снова, все последующие измерения АД проводят на руке с более высокими цифрами АД.

Если асимметрия АД отсутствует, измерения рекомендуют проводить на нерабочей руке.

Измерение АД при нарушениях ритма сердца – более сложная задача. В этих случаях желательно, чтобы измерение проводил медицинский работник.

Измерять АД рекомендуется при артериальной гипертонии 2 раза в день: утром после пробуждения и утреннего туалета и вечером в 21.00-22.00, а кроме того, в случаях плохого самочувствия при подозрении на подъем АД.

Результаты измерений целесообразно записывать в дневник для того, чтобы потом посоветоваться с врачом относительно лечения.

7. Активная часть – 10 минут

ИНСТРУКЦИЯ. Желательно распределить слушателей парно и обеспечить пары тонометрами и фонендоскопами. Предложите слушателям провести измерение артериального давления друг у друга. При этом тщательно следите за процедурой, поправляя и обращая внимание на ошибки и неточности.

8. Подведение итогов – 5 минут

ИНСТРУКЦИЯ. Все вопросы и пожелания, высказанные слушателями, необходимо ОБЯЗАТЕЛЬНО учесть и исполнить. Это закрепит дружескую атмосферу в группе, облегчит общение и достижение цели курса обучения в Школе. Предложите пациентам задать вопросы, на которые они не получили ответа во время данного занятия. Если ответы не потребуют много времени, ответьте. Объясните, что при следующих встречах ответите на оставшиеся вопросы.

Раздайте всем слушателям **дневники**, если Вы не сделали это в начале занятия. Объясните их назначение – краткий путеводитель, дневник ведения регистрации АД и другой информации, о которой будет подробно объяснено во время обучения.

Напомните, что **дневник** всегда должен быть с пациентом.

Дайте «задание на дом» – регистрировать уровни АД 2 раза в день. Если дома нет тонометра, то порекомендуйте его приобрести.

Занятие 1. Что надо знать об артериальной гипертонии?

Кратко дать информацию о теме следующего занятия, подчеркнув необходимость посетить **все занятия** курса, так как они взаимосвязаны, не повторяются и построены по определенной схеме.

Уточните время и дату следующей встречи. Спросите пожелания слушателей.

Занятие 2. ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ.**ЧТО НАДО ЗНАТЬ ПАЦИЕНТУ О ПИТАНИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**

Продолжительность занятия 90 минут

Структура занятия

1. Вводная часть – 5 минут
- 1.1. Описание цели и сценария занятия
2. Информационная часть – 5 минут
- 2.1. Каким должно быть питание здорового человека?
3. Активная часть – 20 минут
- 3.1. Подсчет суточных энергозатрат и энергетической ценности пищевого рациона
4. Информационная часть – 15 минут
- 4.1. Принципы Здорового питания

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

5. Информационная часть – 10 минут
- 5.1. Связь питания и артериального давления.
- 5.2. Как влияет питание на артериальную гипертензию?
6. Активная часть – 15 минут
- 6.1. Составление списка легко- и трудновыполнимых изменений в привычках питания и дополнение индивидуального плана оздоровления
7. Активная часть – 10 минут
- 7.1. Составление суточного меню для пациента с артериальной гипертензией
8. Подведение итогов – 5 минут

1. Вводная часть – 5 минут**1.1. Описание цели и сценария занятия**

ИНСТРУКЦИЯ. Описать цели данного занятия. Перечислить вопросы, которые будут обсуждаться во время занятия. Спросить мнение участников, уточнить наиболее интересные слушателей вопросы. Обязательно отметьте для себя эти вопросы и постарайтесь на них ответить в течение двух занятий по питанию (занятия 2-е и 3-е).

ЦЕЛЬ занятия 2 «Каким должно быть питание здорового человека? Как рекомендуется питаться при артериальной гипертензии?»:

- информирование пациентов об основных принципах здорового питания
- информирование пациентов об особенностях питания при артериальной гипертензии
- обучение пациентов методике расчета энергетической сбалансированности пищевого рациона
- обучение пациентов самоанализу собственных факторов риска, связанных с привычками и характером повседневного питания, и рациональному составлению индивидуального плана оздоровления.

По окончании занятия пациент **будет знать**:

- основные законы Здорового питания
- как обеспечить полноценность рациона
- какова связь между питанием и развитием АГ
- какие изменения необходимы в диете при повышенном уровне холестерина
- как ограничить поваренную соль
- как модифицировать жировой состав рациона

- как обогатить рацион солями калия и магния.

По окончании занятия пациент **будет уметь**:

- самостоятельно составлять меню при АГ в соответствии с современными принципами
- вести дневник питания
- проводить самооценку индивидуальных факторов риска, связанных с нерациональным питанием
- выбирать наиболее рациональный путь и строить индивидуальный план оздоровления.

ИНСТРУКЦИЯ. Кратко опишите структуру данного занятия. При изложении материала следите за временем. Старайтесь излагать кратко, ясно, избегайте пространных обсуждений. Говорите уверенно, но не назидательно. Следите за аудиторией, если замечаете снижение интереса, смените тон, позу, восстановите внимание каким-либо другим способом (демонстрацией материала, перерывом и пр.).

2. Информационная часть – 5 минут**2.1. Каким должно быть питание здорового человека?**

1. Энергетически сбалансированным
2. Полноценным по содержанию пищевых веществ
3. Питание должно быть дробным, регулярным, последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2-3 часа до сна.
4. Кулинарная обработка должна быть оптимальной
5. Потребление алкоголя должно быть разумным.

Важным фактором контроля массы тела является соответствие калорийности рациона энергетическим затратам организма.

Энергетическая суточная потребность человека зависит от возраста (с каждым десятилетием после 30 лет уменьшается на 7-10%), от пола (у женщин меньше на 7-10%) и, конечно, от профессии, от интенсивности труда. Для мужчин от 40 до 60 лет, работа которых не связана с затратой физического труда, жителей города, она равняется в среднем 2000 - 2400 ккал, для женщин – 1600 - 2000 ккал.

Если калорийность дневного рациона превышает энергозатраты организма, то это способствует образованию избыточного количества промежуточных продуктов обмена. Под влиянием ферментов эти продукты легко превращаются в жиры и откладываются в виде энергетического резерва в местах расположения жировой клетчатки.

ИНСТРУКЦИЯ. Более подробно об остальных принципах будет сказано после практической части занятия.

3. Активная часть – 20 минут**3.1. Подсчет суточных энергозатрат и энергетической ценности пищевого рациона**

ИНСТРУКЦИЯ. Предложите слушателям рассчитать энергозатраты и энергетическую ценность рациона.

1. Энергозатраты можно рассчитать на основании таблицы энергозатрат (см. таблицу 1 «Энергозатраты при различных типах деятельности»). Необходимо расписать энергозатраты на все 24 часа в сутки и умножить показатель по каждому виду деятельности на соответствующий по-

казатель энерготрат. В конце необходимо суммировать полученные цифры. **Женщинам отнять 10%, лицам после 30 лет также по 10% с каждым десятилетием.**

<p>ПРИМЕР РАСЧЕТА: женщина 56 лет, врач Сон – 8 часов x 50 ккал = 400 ккал Работа в кабинете – 8 часов x 110 ккал = 880 ккал Домашние дела – 4 часа x 100 ккал = 400 ккал Отдых (телевизор, чтение книг) – 2 часа x 65 ккал = 130 ккал Медленная ходьба (дорога на работу, магазины) – 2 часа x 190 ккал = 380 ккал В сумме это будет 2190 ккал. Для женщины отнимаем 10% = 2000 ккал и еще минус 20% за возраст 2000 – 400 = 1600 ккал Таким образом, энерготраты равны 1600 ккал.</p>
--

2. Энергетическую ценность рациона съеденной накануне пищи можно записать и рассчитать, используя таблицу калорийности основных продуктов питания (таблица 2).

Следует иметь в виду, что калорийная ценность обычной порции (500 граммов) большинства супов колеблется от 200 до 300 килокалорий. Калорийная ценность молочных крупяных супов и сборных мясных солянок может быть выше 400 килокалорий. Энергетическая ценность большинства вторых мясных блюд с гарниром составляет от 500 до 600 ккал, рыбных блюд близка к 500 и ниже, овощных блюд от 20 до 400. Энергетическая ценность порции каши с жиром или молоком приближается к 350 килокалориям, бутербродов – 200 ккал, а третьих блюд (компоты, кисели, какао, кофе с молоком) – к 150 ккал.

Таблица 1. Энерготраты при различных типах деятельности
(для человека среднего возраста весом около 60 кг)

Тип деятельности	Расход энергии, ккал/час
Сон	50
Отдых лежа без сна	65
Чтение вслух	90
Делопроизводство	100
Работа в лаборатории сидя	110
Домашняя работа (мытьё посуды, глажение белья, уборка)	120-240
Работа в лаборатории стоя	160-170
Спокойная ходьба	190
Быстрая ходьба	300
Бег «трусцой»	360
Ходьба на лыжах	420
Гребля	150-360
Плавание	180-400
Езда на велосипеде	210-540
Катание на коньках	180-600

Таблица 2. Калорийность основных продуктов питания (ккал на 100 г)

Продукт	Калорийность (ккал/100г)	Продукт	Калорийность (ккал/100г)
Молоко 3%, кефир	59	Говядина готовая	267
Сметана 30%	294	Свинина готовая	560
Сливки 20%	206	Куры готовые	160
Творог жирный	226	Хлеб ржаной	190
Творог 9%	156	Хлеб пшеничный	203
Сырники творожные	315-340	Булки, сдоба	250-300

Творог нежирный	86	Сахар	374
Брынза	260	Карамель	350-400
Плавленные сыры	270-340	Шоколад	540
Сыр твердый	350-400	Мармелад, пастила, зефир	290-310
Мороженое	226	Халва	510
Масло сливочное	748	Пирожное	350-750
Маргарин	744	Варенье, джемы	240-280
Масло растительное	898	Колбаса вареная, сосиски	260
Майонез	627	Колбаса полукопченая	370-450
Овощи	10-40	Колбаса сырокопченая	500
Картофель	83	Яйца куриные (2 шт.);	157
Фрукты	40-50	Сельдь	234
Компоты, фруктовые соки	50-100	Консервы рыбные в масле	220-280
Готовая рыба (сиг, навага, треска, щука, ледяная)	70-106	Консервы рыбные в томате	130-180

4. Информационная часть – 15 минут

4.1. Принципы Здорового питания

1-й принцип. Энергетическая сбалансированность (описано выше)

2-й принцип. Полноценность по содержанию пищевых веществ
Для этого питание должно быть:

⇒ Разнообразным

Продукты содержат разнообразные комбинации пищевых веществ, однако нет ни одного продукта, который бы мог обеспечить потребности организма во всех питательных веществах. Исключение составляет женское молоко для младенцев в возрасте до 6 мес. Большинство необходимых для организма пищевых веществ содержится в достаточных количествах в продуктах как животного, так и растительного происхождения. В то же время, например, в картофеле содержится витамин С, но нет железа, а в мясе, бобовых есть железо, витамины группы В, но нет витамина С. Поэтому питание желательно сделать максимально разнообразным по содержанию компонентов. Оптимальное использование около 20 видов продуктов наиболее полно снабжает организм необходимыми веществами.

Каждый организм нуждается в строго определенном количестве пищевых веществ, которые должны поступать в строго определенных пропорциях.

⇒ Содержать достаточное количество белка

Белки являются основным строительным материалом организма, источником синтеза гормонов, ферментов, витаминов, антител. Оптимально количество белка должно равняться 1 грамму на 1 кг нормального веса. Половина белка (30-40 г) должна быть животного происхождения, половина (30-40 г) – растительного. Поэтому высокобелковых животных продуктов: мяса, рыбы, творога, яиц, сыра, содержащих около 20% белка в рационе, должно быть в сумме 200 г в день. Красное мясо (говядина, баранина, свинина) лучше употреблять не чаще, чем 2 раза в неделю, заменить можно курицей, индейкой, а еще лучше – рыбой. Содержащиеся в рыбе жирные кислоты благотворно действуют на уровень холестерина в крови и на ее свертываемость. А частое употребление «красного мяса», особенно жирного, является фактором риска рака кишечника.

Источниками растительного белка являются крупяные и макаронные изделия, рис и картофель. Эти продукты являются важным источником не только белка, но и углеводов, клет-

чатки и минеральных веществ (калий, кальций, магний) и витаминов (С, В₆, каротиноидов, фолиевой кислоты).

Принято считать, что потребление хлеба и картофеля способствует отложению жира, хотя известно, что содержание энергии в крахмале намного меньше, чем в таком же количестве жира или алкоголя. 1 г крахмала дает организму при расщеплении около 4 ккал, в то время как расщепление такого же количества жира и алкоголя обеспечивает организм 9 ккал и 7 ккал соответственно.

Продукты растительного происхождения являются низкокалорийными также вследствие высокого содержания в них воды. В сравнении с мясом и мясными продуктами, а также некоторыми молочными продуктами, хлеб и картофель принадлежат к группе продуктов с наименьшим энергетическим содержанием (в случае, если к ним не добавляется сливочное, растительное масло или другие типы жиров, соусы, улучшающие вкусовые качества, но богатые энергией).

Лицам после 40 лет не запрещается вегетарианство, особенно лакто-ово-вегетарианство, когда можно потреблять и молочные продукты, и яйца. Но советоваться надо со своим лечащим врачом. Можно соблюдать посты, но только после консультации с врачом.

⇒ Содержать мало жира, при оптимальном соотношении животных и растительных жиров

Жиры обладают не только энергетической, но и пластической ценностью благодаря содержанию в них жирорастворимых витаминов (А, Д, Е, К), стероидов, полиненасыщенных жирных кислот, фосфолипидов, поэтому они нужны организму. Для здорового человека они нужны в таком же количестве, что белки (1 г на 1 кг нормального веса, пополам животные и растительные). Исследования эпидемиологов и диетологов показывают, что в нашей стране потребление жира, несмотря на его сокращение за последние годы, остается пока высоким. И происходит оно в основном за счет животного жира, содержащегося в продуктах. Для справки, даже докторская колбаса в 100 г содержит 30 г животного жира. А это уже суточная норма животных жиров, остальное количество должно быть растительным – 30 г. Это может быть столовая ложка оливкового или соевого масла (15 г) и столовая ложка подсолнечного или кукурузного (15 г). Такое сочетание растительных масел более благоприятно с точки зрения различных жирных кислот. Ограничить животные жиры можно по-разному. Следует потреблять молоко и молочные продукты с низким содержанием жира (кефир, кислое молоко, сыр, йогурт). Молоко и молочные продукты обеспечивают организм многими питательными веществами, они богаты белком и кальцием, их нужно потреблять ежедневно. Отдавая предпочтение продуктам с низким содержанием жира, можно обеспечить организм в полной мере кальцием и поддерживать низкое потребление жира. Рекомендуются снятое (или обезжиренное) молоко, йогурт, сыр и творог с низким содержанием жира.

Рекомендуется заменять мясо и мясные продукты с высоким содержанием жира на бобовые, рыбу, птицу, яйца или тощие сорта мяса.

Предпочтению следует отдавать тощим сортам мяса и удалять видимый жир до приготовления пищи. Количество таких мясных продуктов, как колбасы, сосиски должно быть ограничено. Порции мяса, рыбы или птицы должны быть небольшими. Мясо и мясные продукты содержат насыщенный жир. Этот тип жира увеличивает уровень холестерина крови и риск ишемической болезни сердца.

Следует ограничить потребление «видимого жира» в кашах и на бутербродах.

Риск развития основных неинфекционных заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, инсульт, рак и сахарный диабет инсулиннезависимого типа связан с потреблением большого количества животного жира и жирных кислот, входящих преимущественно в состав твердых жиров и «видимого» жира.

Во время процесса гидрогенизации жидкие виды растительных масел и жира рыб приобретают более твердую консистенцию. Этот процесс лежит в основе образования маргарина. Эти типы жирных кислот, несмотря на то, что являются ненасыщенными, как показывают

данные проведенных исследований, оказывают сходное с насыщенными жирами биологическое действие. По-видимому, гидрогенизированные жиры, содержащиеся в твердых маргаринах и бисквитах (кексах), могут повышать уровень ХС.

Пищевой холестерин, содержащийся, например, в яйцах, может повысить уровень ХС крови у восприимчивых пациентов и при избыточном уровне его потребления. Повышение ХС крови, вызванное избыточным потреблением диетического ХС, намного меньше, чем вызванное избыточным потреблением с пищей насыщенного жира. Его рекомендуемая норма – менее 300 мг/сутки. После 40 лет субпродукты (печень, почки, мозги) можно употреблять не чаще 1-2 раза в месяц. И лучше не делать себе омлеты и яичницу из 3 и более яиц.

⇒ Содержать мало простых и достаточно сложных углеводов

Углеводы условно подразделяются на две группы: сахара (моно- и дисахариды) и крахмалсодержащие углеводы и клетчатка. Основным моносахаридом является глюкоза, и большинство углеводов пищи в процессе пищеварения превращаются в глюкозу. Другим представителем моносахаридов, содержащемся в основном во фруктах, является фруктоза.

Каждый тип перечисленных Сахаров обеспечивает организм равным количеством энергии. Исключение составляют сахара, которые не полностью всасываются, например сорбитол и ксилит. Искусственные заменители сахара, такие как сорбитол, ксилит, сахарин и аспартам являются ингредиентами многих диетических продуктов. Некоторые из них практически не содержат энергии и могут быть полезными для больных сахарным диабетом и ожирением. Продукты, содержащие много рафинированных Сахаров, являются источником энергии, но практически не содержат питательных веществ. Эти продукты не являются необходимыми компонентами здоровой диеты и могут быть исключены из рациона взрослых.

В качестве практической меры регулирования количества потребления сахаров может быть дан совет контроля за питьевым режимом. Следует рекомендовать пить воду, а не сладкие безалкогольные напитки. Например, бутылка лимонада (около 300 мл) содержит 6 чайных ложек или 30 г сахара.

За последние годы большое внимание, особенно с профилактической точки зрения стали уделять так называемым пищевым волокнам, которые играют большую роль в процессе переваривания и усвоения пищи и выведении из организма холестерина и токсинов.

Большинство разновидностей хлеба, особенно хлеб грубого помола, крупы и картофель содержат различные типы пищевых волокон – клетчатки. Потребление достаточного количества таких продуктов, богатых клетчаткой, играет важную роль в нормализации функции кишечника и может уменьшить симптомы хронических запоров, дивертикулита и геморроя, а также снизить риск ишемической болезни сердца и, возможно, некоторых видов рака. Пищевые волокна содержатся также в таких продуктах, как бобовые, орехи, овощи и фрукты. Тем более, что в овощах и фруктах есть витамины, микроэлементы и другие полезные для организма вещества.

⇒ Содержать достаточное количество овощей и фруктов

Несколько раз в день следует есть разнообразные овощи и фрукты (более 500 г/день дополнительно к картофелю). Предпочтение следует отдавать продуктам местного производства.

Овощи и фрукты являются источниками витаминов, минеральных веществ, крахмалсодержащих углеводов, органических кислот и пищевых волокон. Потребление овощей должно превышать потребление фруктов приблизительно в соотношении 2:1. Одним из пищевых факторов риска, который, как предполагается, вносит вклад в увеличение частоты заболеваний сердечно-сосудистой системы и раком, является дефицит антиоксидантов (каротиноидов, витаминов С и Е), который может быть восполнен овощами и фруктами. Недостаток антиоксидантов способствует избыточному окислению холестерина, что в сочетании с дефицитом антиоксидантов, вызывающих повреждение клеток в сосудистых стенках, и способствует развитию атероматозных бляшек сосудов различной локализации. Дефицит антиоксидан-

тов особенно выражен у курильщиков, поскольку сам процесс курения вызывает образование гигантского количества свободных радикалов. Высокое потребление антиоксидантов из овощей и фруктов помогает защитить организм от повреждающего действия свободных радикалов.

Бобовые, арахис, хлеб, зеленые овощи, такие, как шпинат, брюссельская капуста и брокколи, являются источниками фолиевой кислоты. Фолиевая кислота может играть важную роль в снижении факторов риска, связанных с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, рака шейки матки, анемии.

Потребление овощей и фруктов, содержащих витамин С, наряду с продуктами, богатыми железом, (например, бобовые, злаковые) будет улучшать абсорбцию железа. Источниками железа являются: листовая зелень семейства капустных – брокколи, шпинат. В овощах и фруктах содержатся также витамины группы В, и минералы: магний, калий и кальций, которые могут снизить риск повышенного артериального давления.

Наличие свежих овощей и фруктов изменяется в зависимости от времени года и региона, но замороженные, сухие и специально обработанные овощи и фрукты доступны в течение всего года. **Предпочтение рекомендуется отдавать сезонным продуктам, выращенным на местах.**

⇒ Содержать мало поваренной соли

Общее потребление поваренной соли с учетом соли, содержащейся в хлебе, консервированных и других продуктах, не должно превышать 1 чайной ложки (6 граммов) в день. Рекомендуется использовать йодированную соль.

Поваренная соль содержится в натуральном виде в продуктах обычно в малых количествах. Соль часто используется для специальной обработки и консервирования продуктов. Кроме того, большинство людей досаливают пищу за столом. Соль преимущественно потребляется с продуктами, прошедшими специальную обработку (около 80% от общего потребления соли). Поэтому консервированные, соленые, копченые продукты (мясо, рыба) рекомендуется потреблять только в малых количествах и не каждый день. Пищу следует готовить с минимальным количеством соли, а для улучшения вкусовых качеств добавлять травы и пряности. Солонку со стола лучше убрать.

Дефицит йода является распространенной патологией, особенно среди детей раннего возраста и женщин. Одним из современных способов профилактики йодного дефицита является универсальное йодирование соли.

Потребность в жидкости (воде) удовлетворяется из напитков и продуктов, кроме того, клетки организма сами образуют воду через метаболизм жиров, белков и углеводов. Продукты обеспечивают организм водой более, чем наполовину. Следует рекомендовать потребление воды, соков, минеральных вод, а не газированных напитков. Жидкости необходимо потреблять в адекватных количествах, особенно в жарком климате и при повышенной физической активности. Среднее потребление всей жидкости должно равняться 1,5-2,0 литрам в день.

3-й принцип. Питание должно быть дробным (3-4 раза в сутки), регулярным (в одно и то же время) и равномерным, последний прием пищи должен быть **не позднее, чем за 2-3 часа до сна.**

4-й принцип. Кулинарная обработка должна быть оптимальной.

Выбирайте разнообразные продукты (свежие, замороженные, сушеные), выращенные, в первую очередь, в вашей местности. Отдавайте предпочтение приготовлению продуктов на пару, путем отваривания, запекания или в микроволновой печи. Уменьшите добавление жиров, масел, соли, сахара в процессе приготовления пищи. Разнообразная свежая и правильно приготовленная пища без излишних добавок позволяет достичь требуемой полноценности и сбалансированности здорового питания.

5-й принцип. Потребление алкоголя должно быть разумным.

Не следует потреблять более 30,0 г алкоголя (в пересчете на чистый спирт) в день для мужчин и 15,0 г – для женщин. Более высокие дозы, даже при однократном приеме, вредны для организма.

Алкоголь является напитком, который образуется при ферментации углеводов. 1 г алкоголя содержит 7 ккал и не обеспечивает организм питательными веществами.

Алкогольная болезнь (алкоголизм) поражает три основные системы: сердечно-сосудистую (кардиомиопатии, артериальная гипертония, аритмии, геморрагические инсульты); желудочно-кишечную (язвенная болезнь, цирроз печени, рак прямой кишки, панкреатонекроз и др.); нервную систему (нейропатии, вегето-сосудистые дистонии, энцефалопатии).

Алкогольная зависимость может привести к развитию дефицита витаминов группы В (никотиновой и фолиевой кислот) и витамина С, а также минеральных веществ, таких, как цинк и магний. Развитие дефицита связано с недостаточным потреблением продуктов, содержащих эти питательные вещества, а также со сниженной их абсорбцией в кишечнике или взаимодействием питательных веществ и алкоголя в организме.

ИНСТРУКЦИЯ. Не забудьте сделать перерыв на 5 минут. Спросите слушателей, все ли им понятно и поинтересуйтесь дополнительными вопросами. Ответы на эти вопросы постарайтесь перенести на следующую часть занятия или сослаться на следующее занятие.

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

5. Информационная часть – 10 минут

5.1. Связь питания и артериального давления. Как влияет питание на артериальную гипертонию?

Имеется ли связь между характером питания и артериальным давлением?

Многочисленные эпидемиологические исследования показывают, что артериальная гипертония гораздо чаще (в 2-3 раза) встречается у лиц с избыточной массой тела. Об этом говорят и результаты снижения веса у больных с гипертонией, когда потеря нескольких кг приводит к снижению дозы принимаемых препаратов, а в некоторых случаях даже к нормализации давления.

Повышенное артериальное давление ассоциируется не только с избыточным весом, но и избыточным потреблением соли. В некоторых зарубежных многолетних исследованиях было показано, что можно предотвратить один из четырех смертельных случаев от инсульта в возрасте после 55 лет путем ограничения ежедневного потребления соли. В соответствии с рекомендациями ВОЗ верхняя граница потребления соли для здоровых составляет 6 г/день, а при артериальной гипертонии – 5 г, хотя многие врачи рекомендуют и меньше.

Исследования связывают распространенность артериальной гипертонии также и с потреблением животных жиров. Так, например, японки, которые переезжают в США, чаще начинают болеть раком молочной железы и сердечно-сосудистыми заболеваниями, а при изучении структуры их питания оказывается, что они начинают потреблять больше животных жиров, мясных, молочных продуктов и меньше – рыбы, продуктов моря и овощей.

На что направлена диета при артериальной гипертонии?

Диетические рекомендации при артериальной гипертонии должны быть направлены в первую очередь **на нормализацию избыточной массы тела**, на профилактику повышения массы тела при нормальном весе, на коррекцию нарушений липидного обмена.

Наиболее важным для больных артериальной гипертонией является коррекция электролитных нарушений и контроль водно-электролитного обмена, так как именно накопление солей натрия в стенках сосудов имеет повреждающий эффект и оказывает отрицательное влияние на тонус сосудов. Положение ухудшает недостаточное содержание в диете солей калия, магния и кальция. Кроме того, у больных с АГ в организме накапливается больше жидкости как в сосудистом русле, так и в тканях. И диета должна вывести избыток жидкости из организма. Этому способствует ограничение поваренной соли и увеличение содержания солей калия в рационе.

Диета должна создать наиболее благоприятные условия для функционального состояния почек, что также достигается ограничением поваренной соли и ограничением свободной жидкости.

Особенное значение имеет диета для укрепления стенок сосудов. Нужно стараться снизить уровень холестерина и других липидов, которые откладываются в стенках сосудов и формируют атеросклеротические «бляшки». Для укрепления стенок сосудов важное значение имеют также витамины С и рутин, и минеральные вещества – кальций и магний.

Диета должна оказывать благоприятное влияние на сердечную мышцу. Уменьшение содержания калия в клетках сердечной мышцы также нарушает его функцию. Поэтому помимо витаминов-антиоксидантов (бета-каротин, витамин Е, С, селен), которые улучшают функцию миокарда, нужно еще раз подумать о содержании калия в диете.

Снижение в рационе поваренной соли и обогащение его витаминами С и В₁ должно положительно действовать также на надпочечники, выделяющие адреналин.

В целях профилактики нарушений углеводного обмена необходимо строго контролировать содержание простых Сахаров (сладких напитков, джема, меда, варенья и просто сахара).

Как ограничить поваренную соль?

Привычка питаться пересоленной пищей не является физиологически оправданной, с ней необходимо бороться как со всякой вредной привычкой. Однако нередко и врачи, и пациенты бывают недостаточно осведомлены о содержании хлористого натрия в продуктах. В результате их рекомендации носят общий характер и не достигают своей цели. Рекомендуется чаще пользоваться специальными таблицами, содержащими нужную информацию. Низкое содержание хлористого натрия имеется в продуктах растительного происхождения, твороге, свежей или замороженной рыбе, мясных продуктах (**до 0,1 г на 100 г продукта**). В готовых гастрономических продуктах соли содержится значительно больше. Например, в колбасе ее в 10-15 раз больше, чем в натуральном мясе. Склонность к чрезмерному употреблению хлебобулочных изделий стандартной выпечки приводит к неблагоприятному для больных с АГ сочетанию – с хлебом наряду с избытком калорий организм получает и избыток хлористого натрия. Исключение составляют специальные диетические изделия с низким содержанием поваренной соли и повышенным содержанием волокон.

Физиологическая норма суточного потребления **натрия – 3,5 г**. Это количество содержится примерно в **5-5,5 г поваренной соли** (1 чайная ложка). Чрезмерное потребление с пищей натрия (главным образом, поваренной соли) является одним из ведущих факторов риска развития АГ. Среди лиц с повышением АД выявляются лица с повышенной чувствительностью к солевым нагрузкам, у них даже небольшая нагрузка натрием вызывает повышение уровня среднего АД на 10 мм рт. ст. и более.

Рекомендации по снижению потребления соли:

- исключить пищевые продукты, содержащие много соли (консервированные, соленые, копченые)
- обратить внимание на маркировку продуктов, прошедших специальную обработку, на содержание в них соли
- увеличить потребление продуктов с низким содержанием соли (овощи, фрукты)
- снизить количество соли, добавляемое в процессе приготовления пищи

- прежде, чем автоматически досаливать пищу, следует сначала попробовать ее на вкус и лучше вовсе не досаливать.

Как обогатить рацион калием и магнием?

Больным с АГ следует рекомендовать больше употреблять продукты, содержащие соли калия, при этом важно учитывать не только их содержание, но и отношение к содержанию хлористого натрия (поваренной соли), которое должно равняться 1.

Значительное количество калия (более 0,5 г в 100 г съедобной части продукта) содержится в урюке, фасоли, морской капусте, черносливе, изюме, горохе, картофеле (печеном в «мундире»).

Больше количество калия (до 0,4 г на 100 г продукта) содержат говядина, свинина мясная, треска, хек, скумбрия, кальмары, крупа овсяная, зеленый горошек, томаты, свекла, редис, лук зеленый, смородина, виноград, абрикосы, персики.

Умеренное количество калия (до 0,25 г на 100 г продукта) содержат куриное мясо, судак, пшено, гречка, морковь, кабачки, хлеб 2-го сорта, тыква, клубника, груша, сливы, апельсины.

Мало калия (менее 0,15 г на 100 г продукта) – в молоке, твороге, сметане, сыре, крупе манной, рисе, макаронах, белом хлебе, огурцах, арбузе, бруснике, клюкве.

Установлено, что содержащийся в пище калий уменьшает неблагоприятное действие хлористого натрия на сосудистую стенку, снижает сосудистую гиперреактивность. По рекомендациям Института Питания при физиологической потребности калия около 3-5 г в сутки, больным с АГ рекомендуется его увеличение до 5-6 г. Полезным может быть использование специальных солей, в состав которых наряду с уменьшенным количеством ионов натрия (профилактической – на 30% или лечебной – на 60%) входят ионы калия, а также ионы йода, необходимые для профилактики атеросклероза.

Очень важно потреблять продукты, содержащие магний, что сказывается благотворно на состоянии нервной системы и тонусе сосудов. Продукты, богатые магнием, – это отруби, фасоль, овсянка, чернослив, морская капуста, пшено.

Как обогатить рацион разными полиненасыщенными жирными кислотами?

Отмечено благоприятное действие в отношении уровня артериального давления пищи, богатой полиненасыщенными жирными кислотами. Помимо прямого антиатерогенного действия эти компоненты пищи обладают гипотензивным эффектом, уменьшают вязкость крови, что в целом положительно влияет на течение заболевания и способствует предупреждению его осложнений. В целях профилактики атеросклеротических изменений больным с АГ рекомендуется употребление за сутки примерно 5 г рыбьего жира, обогащенного омега-жирными кислотами, которые содержатся в жире скумбрии, трески и некоторых других морских рыб, или в 100 г указанной рыбы.

Как увеличить потребление витаминов?

Много витамина С содержится в шиповнике, цитрусовых, черной смородине, яблоках, квашеной капусте, а рутина – в черноплодной рябине. Очень нужны антиоксиданты, снижающие воздействие агрессивных соединений кислорода, которые повреждают клетки, выстилающие изнутри стенки сосудов (эндотелий). Они содержатся в окружающей экологически неблагоприятной окружающей среде, и их особенно много в организме у активных и пассивных курильщиков. Антиоксидантами являются витамин С, бета-каротин, которого много в желто-зеленых фруктах и овощах, витамин Е, который содержится в растительных маслах, и микроэлемент селен, которого много в злаках.

6. Активная часть – 15 минут

6. 1. Составление списка легко- и трудновыполнимых изменений в привычках питания и дополнение индивидуального плана оздоровления

ИНСТРУКЦИЯ. Используйте методику, примененную на предыдущем занятии, – ме-

тодику «принятия решений» и построения плана индивидуальных действий. Результат данного анализа дополнит индивидуальный план слушателей и поможет им начать оздоровительные шаги после прохождения курса обучения в Школе или уже в процессе обучения. Таким образом, индивидуальный план уже будет содержать две части: 1) основные факторы риска пациента и план их изменений (по результатам 1-го занятия) и 2) основные привычки и содержание питания, которые необходимо изменить пациенту (по результатам данного анализа на 2-ом занятии).

Раздайте каждому слушателю Школы листы бумаги с заранее заготовленными трехграфными таблицами («пустографками») или предложите записать в три столбика в следующем порядке:

1-я колонка – привычки питания и пищевые продукты, которые, по мнению пациента, у него имеются и относятся к «нездоровым» привычкам,

2-я колонка – отметить важные и менее важные для самого пациента факторы из им перечисленных,

3-я колонка – отметить, какие из перечисленных факторов легко и трудно изменить по мнению пациента. Обеспечьте слушателей карандашами.

Объясните слушателям, как составить реалистичный индивидуальный план действия. Объясните принципы такого построения плана, обеспечьте листами бумаги и карандашами.

План индивидуальных действий («маршрут оздоровления питания», «четыре шага к оздоровлению питания») составляется в следующей последовательности по приоритету важности и сложности:

1-й шаг – 1-й приоритет – факторы питания, отмеченные двумя плюсами «+ +». Наиболее важные и легко изменяемые, по мнению **самого** пациента факторы, неблагоприятно влияющие на его артериальное давление.

2-й шаг – 2-й приоритет – факторы питания, отмеченные минус-плюс «- +». Менее важные, но легко изменяемые, по мнению **самого** пациента, неблагоприятные факторы.

3-й шаг – 3-й приоритет – факторы питания, отмеченные плюс-минус «+ -». Наиболее важные, но трудно изменяемые, по мнению **самого** пациента, неблагоприятные факторы.

4-й шаг – 4-й приоритет – факторы питания, отмеченные двумя минусами «- -». Менее важные и трудно изменяемые, по мнению **самого** пациента, неблагоприятные факторы.

«Секрет успеха» – необходимо строить реалистичные планы, определять конкретные сроки, выбирать не глобальные цели, а наиболее конкретные, решать их поэтапно. Желательно выбрать для себя (порекомендовать пациентам) поощрения при достижении конкретного результата. Например, при снижении веса на определенное количество килограммов пациенту можно поощрить себя чем-то, что будет для пациента приятно. Иногда даже одобрение со стороны окружающих является важным фактором успеха.

Индивидуальный план пациенты должны иметь при себе в процессе всех занятий в Школе, чтобы время от времени к нему обращаться и в процессе обучения вносить дополнения, необходимые коррективы.

Можно предложить заполнить эту схему дома самостоятельно.

Таблица оценки возможностей и наиболее рациональных путей изменения рациона (пример).

	Важно для меня	Менее важно для меня
--	----------------	----------------------

Мне легко изменить	<ul style="list-style-type: none"> Убрать солонку со стола Не есть маринады Пить некрепкий чай <p style="text-align: right;">1</p>	<ul style="list-style-type: none"> Добавлять меньше кусков сахара в чай Пить клюквенный морс Есть сухофрукты <p style="text-align: right;">2</p>
Мне трудно изменить	<ul style="list-style-type: none"> Ограничить жирное мясо Покупать бессолевой хлеб Отказаться от кофе <p style="text-align: right;">3</p>	<ul style="list-style-type: none"> Смотреть на этикетку покупаемых продуктов Есть больше рыбы Покупать отрубный хлеб <p style="text-align: right;">4</p>

* Цифрами показаны части таблицы, в который перечислены факторы 1, 2, 3, 4 приоритетов, что соответствует шагам по «маршруту оздоровления питания»

Окончательная цель этого практического занятия – научить пациентов анализировать важные, реально выполнимые шаги по оздоровлению, составить и иметь собственный, индивидуальный, реалистичный, конкретный план, к реализации которого они уверенно приступят или уже начнут действовать в процессе обучения.

При этом необходимо обратить внимание, что перечень факторов может быть дополнен в процессе обучения, и в таком случае приоритет может быть смещен в сторону более предпочтительных действий.

7. Активная часть – 10 минут

7. 1. Составление суточного меню для пациентов с артериальной гипертонией

ИНСТРУКЦИЯ. Объясните пациентам правильность построения суточного меню с использованием знаний, полученных на занятии. Используйте справочные таблицы. Информация, изложенная ниже, поможет Вам дать дополнительные советы и составить вместе с пациентами пример меню на неделю. При составлении меню укрепляются навыки пациентов.

ПРИМЕР: Меню на один день

Первый завтрак		Полдник	
Каша манная молочная	250 г	Отвар шиповника	200 г
Чай, 1 кусочек сахара	200 г	Ужин	
Второй завтрак		Рыба тушеная	200 г
Яблоко свежее	100 г	Свекла тушёная с черносливом	200 г
Обед		На ночь	
Суп-лапша на курином бульоне	250 г	Кефир	200 г
Грудка курицы запечённая	115 г	Хлеб белый	100 г
Рис отварной	135 г	Хлеб черный, отрубный	100 г
Морс клюквенный без сахара	200 г	Сахар	25 г
		Всего ккал	1800

Какие изменения нужны в диете при повышенном АД?

- Исключить острые блюда и приправы, соленую и богатую животными жирами пищу, мучные и кондитерские изделия
- Предпочтительные способы приготовления – отваривание, запекание, изредка легкое обжаривание
- Ограничить потребление поваренной соли, добавляя в пищу, приготовленную без соли, не более 3-5 г (0,5-1 чайную ложку без верха) в сутки
- Ограничить общее количество свободной жидкости (включая первые блюда) до 1,5 литров. **Исключить газированные минеральные воды**
- Увеличить потребление продуктов с высоким содержанием калия, магния (изюм, курага, морковь, петрушка, укроп, цитрусовые, отруби, морская капуста и др.)
- Включать в питание продукты, содержащие полноценные белки со сбалансированными аминокислотами (творог, мясо, рыба)
- Употреблять овощи и фрукты, богатые клетчаткой (ягоды, особенно лесные, фрукты, фасоль, баклажаны) и витаминами
- Употреблять много свеклы, клюквы. Бетаин и бетаин-красящие вещества свеклы и клюквы обладают липотропным и непрямым гипотензивным действием, их включение в питание больных является обязательным
- Использовать жиры, содержащие ненасыщенные и полиненасыщенные жирные кислоты (подсолнечное, кукурузное, хлопковое масло)
- У лиц с избыточной массой тела (индекс массы тела $[\text{отношение веса в кг к росту в м}^2]$ больше или равен 25,0) необходимо значительное снижение суточной калорийности до 1800-1200 ккал в сутки

Что рекомендовать дополнительно при гиперхолестеринемии?

- Не употреблять более 2 яичных желтков в неделю, включая желтки, используемые для приготовления пищи
- Меньше есть субпродуктов (печень, почки, мозги), икры, креветок
- Исключить потребление всех видов колбас, жирных окороков, сливочного и топленого масла, жирных сортов молока и молочных продуктов
- При приготовлении пищи поджаривание на животных жирах заменить тушением, варкой, приготовлением на пару, в духовке; перед приготовлением срезать видимый жир с мяса, а с птицы удалить кожу
- Отдать предпочтение рыбным блюдам, продуктам моря
- Использовать обезжиренные сорта молочных продуктов
- Есть больше овощей, фруктов

Как быть с алкоголем?

Особое внимание должно быть уделено привычке к злоупотреблению алкоголем. Злоупотребление алкогольными напитками приводит нередко к резким подъемам артериального давления и опасно для жизни больных. Наиболее рациональным для прогноза жизни больных с АГ, конечно, следует считать отказ от злоупотребления алкогольными напитками. При невозможности полностью отказаться от алкоголя рекомендуется снизить ежедневное потребление до 30 г и менее (в пересчете на чистый спирт) для мужчин, до 15 г и менее – для женщин.

ИНСТРУКЦИЯ. В этом плане Вам поможет ранжирование необходимых советов по их важности и трудности исполнения. Попробуйте на доске начертить для примера таблицу. Можно дать задание остальным пациентам. Такая таблица поможет каждому выбрать наиболее рациональные и оптимальные пути коррекции диеты. Так, сразу стано-

вится очевидным, что начинать надо с того, что «важно и легко» и заканчивать тем, что «менее важно и трудно».

Какие продукты не рекомендуются?

- Запрещаются: жирные сорта мяса, рыбы, крепкие мясные бульоны, говяжий, бараний, свиной жир, внутренние органы животных, мозги, икра, сало, крем, сдоба, пирожные с кремом, острые, соленые, жирные закуски, какао, шоколад, сливочное мороженое, крепкий чай и кофе

Что рекомендуется?

- Хлеб и хлебобулочные изделия: отрубные, бессолевые, витаминизированные
- Супы: вегетарианские, фруктовые, молочные
- Блюда из мяса и рыбы (нежирные сорта)
- Блюда и гарниры из овощей (**исключить редис, щавель, шпинат**)
- Фрукты, ягоды, десерт (любые, много)
- Блюда и гарниры из круп и макаронных изделий: каши, пудинги, запеканки
- Яйца: белковые паровые омлеты
- Молочные продукты: низкожировые сорта
- Жиры: растительное масло в салаты
- Напитки: некрепкий чай, кофе без кофеина, соки, квас, отвар шиповника, трав
- Закуски: несоленые сыры, нежирная колбаса, винегреты и салаты
- Соусы: молочные, на овощном отваре, фруктовые, ягодные

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПОСТРОЕНИЮ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

1. Снижение калорийности рациона
2. Ограничение поваренной соли
3. Ограничение животных жиров и холестерина
4. Повышение содержания фосфолипидов
5. Увеличение омега-3-жирных кислот из рыб
6. Больше витаминов РР, С, Р, В₆, Е
7. Обогащение рациона солями калия, магния и кальция
8. Увеличение в диете пищевых волокон
9. Включение продуктов моря

8. Подведение итогов – 5 минут

Перед окончанием занятия предложите задать вопросы, на которые слушатели не получили ответа во время данного занятия. Если ответы не потребуют много времени, ответьте. Объясните, что при следующих встречах ответите на оставшиеся вопросы.

Напомните, что **дневник** всегда должен быть с пациентом.

Дайте «задание на дом» – вести страничку пищевого дневника и оценивать калорийность и энерготраты.

Регистрировать уровни АД 2 раза в день.

Кратко дать информацию о теме следующего занятия, подчеркнув необходимость посетить **все занятия** курса, так как они взаимосвязаны, не повторяются и построены по определенной схеме.

Уточните время и день следующей встречи. Спросите пожелания слушателей.

ИНСТРУКЦИЯ. Все вопросы и пожелания, высказанные слушателями, необходимо **ОБЯЗАТЕЛЬНО** учесть и исполнить. Это закрепит дружескую атмосферу в группе, об-

легчит общение и в конечном итоге – достижение цели курса обучения в Школе.

Занятие 3. ОЖИРЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Продолжительность занятия 90 минут

Структура занятия

1. Вводная часть – 10 минут
 - 1.1. Описание цели занятия
2. Информационная часть – 10 минут
 - 2.1. Что такое ожирение. Методы оценки. Причины. Поражения органов и систем
3. Активная часть – 20 минут
 - 3.1. Расчет нормальной массы тела, индекса массы тела, степени избыточной массы тела
- ПЕРЕРЫВ – 5 минут**
4. Информационная часть – 10 минут
 - 4.1. Основные принципы диетотерапии при ожирении. Различные типы диет при ожирении
5. Активная часть – 10 минут
 - 5.1. Обсуждение и обмен мнениями. Вопросы-ответы
6. Информационная часть – 10 минут
 - 6.1. Повышение физической активности при ожирении и избыточной массе тела
7. Активная часть – 10 минут
 - 7.1. Аутогенная тренировка. «Ролевые игры»
8. Подведение итогов – 5 минут

1. Вводная часть – 10 минут**1. 1. Описание цели и сценария занятия**

ИНСТРУКЦИЯ. Описать цели данного занятия. Перечислить вопросы, которые будут обсуждаться во время занятия. Спросить мнение участников, уточнить наиболее интересные слушателей вопросы. Обязательно отметьте для себя эти вопросы и постарайтесь на них ответить в течение занятия. Не забудьте вопросы, которые остались не раскрытыми с предыдущего занятия.

ЦЕЛЬ занятия 3 «Ожирение и артериальная гипертензия?»:

- информирование пациентов об основных принципах питания для профилактики избыточной массы тела и ожирения
- информирование пациентов о критериях оценки избыточной массы тела и ожирения
- информирование пациентов об особенностях питания при артериальной гипертензии и ожирении
- обучение пациентов принципам сохранения энергетической сбалансированности пищевого рациона, включая повышение повседневной физической активности
- обучение пациентов методике аутогенной тренировки.

По окончании занятия пациент **будет знать**:

- основные причины ожирения
- основные принципы лечения ожирения
- какие органы и ткани поражаются при избыточной массе тела
- как рассчитать нормальную массу тела
- как оценить риск развития сердечно-сосудистой системы при различных степенях ожирения

По окончании занятия пациент **будет уметь**:

- самостоятельно контролировать питание (с помощью дневника питания)
- составлять диеты при ожирении.

ИНСТРУКЦИЯ. Кратко опишите структуру данного занятия. При изложении материала следите за временем. Старайтесь излагать кратко, ясно, избегайте пространных обсуждений. Говорите уверенно, но не назидательно. Следите за аудиторией, если заметите снижение интереса, смените тон, позу, восстановите внимание каким-либо другим способом (демонстрацией материала, перерывом и пр.).

2. Информационная часть – 10 минут**2. 1. Что такое ожирение. Методы оценки. Причины. Поражения органов и систем****Почему важно при артериальной гипертензии знать об избыточной массе тела?**

Около половины взрослого населения Европы, в том числе и нашей страны, имеет избыточную массу тела (ИМТ). А по данным эпидемиологического исследования в России 10-20% мужчин и 30-40% женщин трудоспособного возраста в городах имеют уже клиническую форму ИМТ – ожирение. Ожирение возникает при определенно высокой степени ИМТ, когда начинает выявляться определенная клиническая картина, т.е. заболевание с характерными жалобами и симптоматикой.

Проблема избыточной массы тела важна еще и потому, что с ней связан повышенный риск высокого артериального давления, мозгового инсульта, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, различных типов рака, артритов и др. неинфекционных заболеваний. Имеются четкие медицинские доказательства, что нормализация массы тела ведет к снижению артериального давления, это в свою очередь уменьшает риск сердечно-сосудистых осложнений.

Ожирение – это болезнь обмена веществ. Это – расстройство энергетического обмена, когда энергетическая ценность рациона питания превышает энерготраты человека. Оно связано главным образом с особенностями питания и малоподвижным образом жизни современного человека, но могут иметь значение и обмен веществ человека, состояние его нервной и эндокринной систем.

В развитии ожирения принимают участие ряд факторов внешнего и внутреннего характера, которые вызывают существенные изменения в регулировании инстинкта пищевого поведения.

Почему нарушается характер питания при ожирении?

Дело в том, что чувство голода (аппетит) досталось человечеству от его предков в виде одного из основных биологических инстинктов. В процессе борьбы за существование определенное преимущество получали те люди, которые имели повышенный аппетит. Таким образом, в процессе эволюционного развития это качество передавалось по наследству и закреплялось в потомстве. Теперь же «повышенный аппетит» потерял свой биологический смысл, а в связи с ростом производства рафинированных продуктов потребления он стал врагом человека, «виновником» его систематического или несистематического переедания. Регулируя свой режим питания и лимитируя свой рацион только лишь аппетитом, современный человек нарушает принципы разумного питания и подвержен не только ожирению, но и многим другим болезням «обмена веществ»: атеросклерозу, подагре, диабету, желчекаменной, мочекаменной болезни и др.

К сожалению, чаще всего встречаются смешанные случаи, когда у больного имеется сочетание двух, трех и более патологий: например, ожирение и диабет; ожирение, ИБС и желчекаменная болезнь. И чаще всего при этом присутствует ожирение, ибо избыточное потребление того или иного продукта (углеводы, жиры, белки), в первую очередь, нарушает первый

принцип рационального питания, согласно которому калорийность рациона должна соответствовать энерготратам организма – закон сохранения энергии.

Многие недооценивают вредные последствия ожирения и поэтому своевременно не принимают действенных мер для сохранения нормальной массы тела. Нередко считают, что полнота является признаком здоровья. Говорят: 1 степень ожирения вызывает зависть, 2 степень – улыбку, 3 – насмешку и лишь 4 – горечь и сожаление. В действительности же все степени ожирения должны вызывать сострадание и горечь.

Какие органы и системы поражаются при ожирении?

Ожирение нарушает жизнедеятельность всех органов и систем.

Сердечно-сосудистая система при ожирении страдает раньше и чаще всего (80%). Поражение сердца и сосудов связано с жировой инфильтрацией сосудистой стенки, отложением жира в области «оболочек» сердца, а также смещением сердца («поперечное положение») в результате высокого стояния диафрагмы.

Дистрофические изменения в миокарде и атеросклеротический процесс приводят к выраженному снижению сократительной способности миокарда. С другой стороны – разрастание жировой ткани приводит к удлинению сосудистой сети и повышению периферического сопротивления в сосудистом русле, нарушается и водно-солевой обмен, накапливается больше жидкости в сосудах, что в данном случае, является причиной повышения АД. В многочисленных эпидемиологических исследованиях выявлена высокая зависимость между диастолическим АД и массой тела.

У больных, страдающих ожирением, наблюдается нарушение функции дыхания. В силу высокого стояния диафрагмы нарушается экскурсия легочных краев, это в свою очередь приводит к уменьшению жизненной, дыхательной и запасной емкости легких. Следствием низкой вентиляции легких являются вторичные воспалительные процессы в различных отделах дыхательной системы: ларингиты, трахеиты, бронхиты, эмфиземы легких, пневмонии, пневмосклероз. Наиболее тяжело они протекают у курильщиков.

В органах пищеварения изменения наблюдаются на всех уровнях. В ротовой полости: гингивиты, пародонтоз, кариес, что возможно нарушает вкусовую чувствительность к пищевым раздражителям. Происходит растягивание стенок желудка, а иногда, вследствие слабости мышц брюшной стенки – его опущение. Страдает моторика кишечника: появляются вздутие, запоры, газообразование. В результате венозных застоев может возникнуть расширение геморроидальных вен. Нарушается инкреторная функция поджелудочной железы в виде ее повышения (гиперинсулинизм) или, наоборот, подавления с развитием диабета.

Жировая инфильтрация печени усугубляет имеющиеся у больного ожирением нарушения липидного обмена и таким образом в свою очередь способствует развитию атеросклероза. Более 40% тучных женщин страдают хроническими «каменными» и «бескаменными» холестазитами.

Болезни почек и мочевыводящей системы при ожирении обусловлены нарушениями водно-солевого обмена. Чаще всего наблюдаются явления мочекаменного диатеза с выделением солей уратов и оксалатов с мочой. У больных ожирением довольно часто появляются признаки задержки воды в организме и скрытые отеки. С повышением артериального давления состояние почек ухудшается.

В результате повышенной нагрузки на суставной и связочный аппарат из-за большой массы тела и ряда других причин метаболического или трофического характера часто наблюдаются изменения опорно-двигательного аппарата (обменные артриты, остеохондроз, спондилез). Сосудистая сеть кожи и подкожной клетчатки изменяется в связи с застойным кровообращением, это проявляется растяжением капилляров венозной и лимфатической системы: лимфостазами, варикозным расширением вен, тромбозами (более выраженная активность свертывающей системы).

При ожирении наблюдаются определенные сдвиги и в состоянии желез внутренней секреции: гипофункция щитовидной железы, половых желез, повышение функциональной актив-

ности коры надпочечников, околощитовидных желез. Преобразование углеводов в жиры и их депонирование зависит главным образом от секреции инсулина. У тучных людей в результате избыточной секреции инсулина треть потребляемых углеводов может перейти в жир.

3. Активная часть – 20 минут

3.1. Расчет нормальной массы тела, индекса массы тела, степени избыточной массы тела

ИНСТРУКЦИЯ. Желательно, чтобы приведенные ниже формулы были для наглядности расположены на демонстрационной доске или на плакате. Прежде чем предложить слушателям Школы подсчитать собственную массу тела, кратко опишите процедуру и сформулируйте критерии нормальной, избыточной массы тела и ожирения, которые также желательно иметь для наглядности на плакате. Для этой части занятия понадобятся весы, ростомер, сантиметровые ленты и калькулятор, бумага и карандаши.

Что нужно знать для контроля массы тела?

1. Прежде всего нормальную массу тела и степени ожирения

Существуют два различных понятия массы тела: нормальная и идеальная. Нормальная – это та средняя масса тела, которая наиболее часто встречается в определенной группе населения. Для каждой такой группы существует своя средняя нормальная масса тела. Например, для мужчин, москвичей, от 30 до 50 лет средняя масса тела равна 76 кг, для женщин того же возраста – 72 кг. Идеальная же масса тела – это та расчетная масса тела, которая ассоциируется с наибольшей продолжительностью жизни и с наибольшим здоровьем. Для определения идеальной массы тела существуют различные специальные формулы и таблицы.

для мужчин «идеальная масса тела» = $\text{рост} - [100 + (\text{рост} - 100) : 20]$
для женщин «идеальная масса тела» = $\text{рост} - [100 + (\text{рост} - 100) : 10]$

Согласно этой формуле у мужчин ростом 175 см идеальная масса тела, которую можно было бы считать оптимальной с точки зрения сохранения здоровья и предполагаемой средней продолжительности жизни, должна составлять 71,25 кг (а по ИМТ – $1,75^2 \cdot 25 = 76,6$ кг), а для женщин с ростом 160 см – 54 кг (по ИМТ – $1,6^2 \cdot 25 = 64$ кг). Ориентировочно можно пользоваться и более простой формулой определения массы тела:

масса тела = $\text{рост в см} - 100$ (для мужчин);
масса тела = $\text{рост в см} - 105$ (для женщин).

Считается, что идеальную массу тела человек имеет в 25 лет, а с возрастом масса тела увеличиваться не должна.

В эпидемиологических исследованиях для учета роста используют индекс Кетле, который равен – масса тела/рост² (кг/м²).

Об ожирении или избыточности массы тела можно говорить, когда индекс Кетле превышает 25 ед., а масса тела на 15% и более превышает нормальные величины, определяемые по формуле или таблице.

Степени ожирения в зависимости от превышения массы тела:

I степень – на 15-29%

II степень – на 30-49%

III степень – на 50-99%

IV степень – на 100% и более (то есть масса тела в 2 и более раз превышает норму).

При индексе массы тела 25-29 развивается начальная форма ожирения или просто избыточная масса тела, 30-39 – клиническая (I-II степени), 40 и более – осложненные формы (III степень) ожирения.

Классификация Всемирной организации здравоохранения учитывает и вероятность риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Классификация массы тела (ВОЗ, 1997)

Типы массы тела	Индекс массы тела (кг/м ²)	Риск сопутствующих заболеваний
Дефицит массы тела	<18,5	Низкий для сердечно-сосудистых заболеваний
Нормальная масса тела	18,5 – 24,9	Обычный
Избыточная масса тела	25 – 29,9	Повышенный
Ожирение I степени	30,0 – 34,9	Высокий
Ожирение II степени	35,0 – 39,9	Очень высокий
Ожирение III степени	>40	Чрезвычайно высокий

ИНСТРУКЦИЯ. Предложите всем участникам рассчитать свой идеальный вес и степень ожирения, если она имеется, по следующей процедуре, используя таблицы, приведенные в занятии 2 (или на плакатах – энерготраты при различных типах деятельности и калорийность основных продуктов питания).

2. Нужно приблизительно знать свои энерготраты и соотнести их с калорийностью съедаемых продуктов

Установить строгое соотношение между превышением энергетической ценности пищи над энерготратами и накоплением жира трудно. Не нужно особо изнурять себя точными подсчетами калорий, нужно лишь иметь общее представление об энерготратах и о калорийности продуктов. Тем более что тут имеет значение целый ряд биологических факторов, прежде всего – уровень обмена веществ. И, тем не менее, примерные подсчеты показывают, что регулярные превышения суточной калорийности пищи над энерготратами на 200 калорий в день увеличивают количество резервного жира приблизительно на 10-20 г в день, а это означает, что за год количество резервного жира в зависимости от индивидуума может увеличиться на 3,6-7,2 кг. Таким образом, употребляя термин «переедание», мы подразумеваем не «обжорство», а лишь относительное переедание, т.е. превышение калорийной ценности пищи над энерготратами организма.

3. Возможен также подсчет потери массы тела.

Так, если при энерготратах в 2200 ккал человек получает ежесуточно 1800 ккал, то дефицит энергии составляет 400 ккал. Зная, что 1 г жировой ткани дает 8 ккал, можно подсчитать, что для покрытия такого дефицита в суточном энергетическом балансе организма необходимо расщепление 50 г жировой ткани (400:8). Следовательно, можно установить, что за 1 неделю потеря массы тела будет 350 г (50x7), за 1 месяц – 1500 г, а за год – почти 18 кг.

Какие бывают типы ожирения?

Различают 2 типа ожирения – по мужскому (яблоко) и женскому (груша) типу. Ожирение по мужскому типу характеризуется особым отложением жировой ткани в пределах верхней части туловища. Оно связано с сильным развитием мускулатуры и может касаться как мужчин, так и женщин. Данный тип ожирения чаще приводит к уже известным метаболическим нарушениям (например, повышению уровня липидов и/или сахара крови) и к артериальной гипертензии. Ожирение по женскому типу связано с отложением жира в пределах нижних ча-

стей туловища (бедро, голень). Развитие мышц слабое. К типичным осложнениям для этого типа ожирения относятся дегенеративные изменения в области опорно-двигательного аппарата.

Проведите занятие по определению типов ожирения – мужское ожирение (формы яблока) относится к брюшному к наиболее неблагоприятному типу ожирения, и устанавливается соотношением окружности талии к окружности бедер. У **женщин** риск сердечно-сосудистых заболеваний возрастает при соотношении **более 0,8**, у **мужчин** – **более 1,0**. Можно ориентироваться только по окружности талии. При окружности талии более 80 см у женщин и 94 – у мужчин риск повышен, при окружности талии у женщин более 88 см, а у мужчин – 102 см риск очень высокий.

ИНСТРУКЦИЯ. Предложите участникам измерить окружность талии и бедер и оценить риск возникновения сердечно-сосудистой патологии (критерии индекса Т/Б приведите на плакате или доске).

Увеличение окружности талии более 88 см у женщин и более 102 см у мужчин ассоциируется с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Диагностические значения индекса Т/Б (талия/бедро)

Индекс	та-	Тип распределения жировой ткани
0,8-0,9		Промежуточный
менее 0,8		Гиноидный (бедренно-ягодичный, «груша»)
более 0,9		Андронидный (абдоминальный, центральный, «яблоко»)

ИНСТРУКЦИЯ. Не забудьте сделать перерыв и спросить, все ли понятно слушателям.

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

4. Информационная часть – 10 минут

4.1. Основные принципы диетотерапии при ожирении.

Различные типы диет при ожирении

Какие принципы диетотерапии ожирения известны?

При построении диеты важно соблюдать по возможности принцип сбалансированного питания путем введения в рацион продуктов, содержащих достаточное количество незаменимых и необходимых для нормальной жизнедеятельности организма факторов: аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, микроэлементов и витаминов.

Необходимо вводить достаточное (оптимальное) количество белка (до 1 г на 1 кг нормального веса в день). Длительное пребывание на малобелковых диетах вызывает нарушения со стороны печени, сердечно-сосудистой системы и других органов. Доля белка в обеспечении калорийности может становиться выше. Такие увеличения калорийности за счет потребления белка (до 25%) при обеспечении жирами до 30% калорийности обусловлено резким ограничением, а подчас и исключением из диеты, легко растворимых, быстро всасывающихся Сахаров (инсулиногенных веществ). Они заменяются полисахаридами (крахмалом) или специальными заменителями.

Таким образом, принципы построения рациона питания при ожирении сводятся к следующему:

- **Резкому ограничению потребления легкоусвояемых углеводов**, сахаров до 30 г (6 кусочков или чайных ложечек) и менее в сутки. Здесь имеется в виду не только сахар в чистом виде, который используется для подслащивания чая, кофе, но и сахар в виде варенья, джема, меда; сахар, содержащийся в компотах, сладких газированных напитках, конфетах. Еще лучше сахар исключить, заменив его на сахарин, сладелин, сорбит, ксилит, аспартам (сладекс, цюкли). Кондитерские изделия, содержащие к тому же высококалорийный жир, необходимо полностью исключить.
- **Ограничению крахмалсодержащих продуктов:** хлеба, изделий и блюд из круп, картофеля. Нужно иметь в виду, что белый хлеб более калорийный, чем черный, тем более отрубный. В день можно употреблять до 3-х кусочков черного или 2-х кусочков белого хлеба. Хлеб можно заменить порцией каши или порцией картофеля. Макароны изделия лучше исключить.
- **Достаточному потреблению белковых продуктов** (до 250-300 г в сумме): мяса, рыбы, птицы, яиц, молочных продуктов. Необходимо помнить, что нельзя назначать малобелковые диеты больному длительно, так как это может привести к нарушениям со стороны работы печени, сердечно-сосудистой системы. Но при выборе белковых продуктов отдается предпочтение продуктам наименьшей жирности. Если нет выбора, можете срезать видимый жир, снять кожицу с курицы, убрать пенку с молока и т. д.
- **Потреблению большого количества овощей (кроме картофеля) и фруктов** (до 1 кг в сумме). Это очень важно, потому что эти продукты и блюда, приготовленные из них, низкокалорийны и в то же время за счет большого объема пищи создают чувство сытости. Нужно иметь в виду, что предпочтение нужно отдавать кислым сортам фруктов и листовым овощам (цитрусовые, ягоды, яблоки, капуста, салат, шпинат (*осторожно при гиперхолестеринемии*) и т. д.).
- **Ограничению потребления жира**, главным образом животного происхождения. Булочки лучше готовить без сливочного масла. В каши также не рекомендуется добавлять сливочное масло, лучше просто готовить на снятом молоке.
- **Ограничению потребления поваренной соли** с целью нормализации водно-солевого обмена. Необходимо ограничить соль как в чистом виде (меньше класть в кастрюлю, убрать солонку со стола), так и в виде соленых продуктов (соленья, маринады, соленая рыба и т. д.).
- **Ограничению потребления острых закусок, соусов, приностей**, возбуждающих аппетит.
- **Частым приемам пищи** – до 5-6 раз в день, но в небольших количествах.
- **Использованию разгрузочных дней** (так называемых «зигзагов» в питании – контрастные разгрузочные дни), которые оказывают положительное влияние на обмен веществ.

5. Активная часть – 10 минут

5. 1. Обсуждение и обмен мнениями. Вопросы-ответы

ИНСТРУКЦИЯ. Нижеприведенная информация может быть использована для дискуссии. Однако не забывайте о времени. Дайте высказаться слушателям, если они проявят в этом желание. Можно предложить больным самим поделиться личным опытом и описать диеты, которые они соблюдали. Предложите поделиться собственным опытом похудения, обязательно прокомментируйте: одобрительно, если опыт был удачным, но не укоризненно и порицательно при неудаче. Во время этой дискуссии важно выявить примеры, заслуживающие передачи опыта, и подчеркнуть возможные пути решения возникших препятствий при неудачах. Предложите слушателям самим оценить причины этих неудач. Обратите внимание на примеры неправильного использования диет, если такие примеры приведут слушатели. Если этот вопрос не будет затронут при обсуждении, то приведите примеры не рекомендуемых приемов похудения.

С чего начать?

Первый путь – наиболее трудный и наиболее эффективный. Заведите дневник питания, фиксируйте в течение дня, что Вы потребляете и постепенно, согласно принципам, изложенным выше, ограничивайте жирную пищу и сладости, с расчетом калорий (см. дневник питания) и доведите до 1200 ккал и менее. Дневник питания заполняется как минимум неделю, заносится вся потребляемая пища в течение суток в г или других измеряемых для удобства единицах (чайная ложка – 5 г, десертная – 10 г, столовая – 15 г, стакан, десертная тарелка – 250 г, бутерброд – по 25 г продукта, антрекот – 100 г, яйцо 50 г и т. д.). Затем считается приблизительная калорийность.

Второй путь – составьте себе, используя таблицу калорийности, набор продуктов на 1200 ккал, из которого в разные дни Вы можете готовить разнообразную пищу и комбинировать в течение недели.

Есть еще и **третий путь**, менее желательный и спорный с точки зрения принципов рационального питания, но более легкий и более удобный на практике. Видоизмените, по возможности, рацион так, чтобы достичь снижения калорийности до желаемых 1200 ккал и менее. К примеру, оставив тот же набор продуктов, измените кулинарную обработку пищи – жарку на масле замените просто тушением или приготовлением в духовке без масла; и/или бутерброды рекомендуется готовить на черном хлебе, без масла. Советуем резать тоньше сыр, колбасу и/или отказаться от завтрака или ужина, чаепития на работе и т. д. и т. п. Выберете, что проще и не требует больших усилий. Предупреждаем, что подобные изменения не должны быть длительными, так как они не учитывают основные принципы рационального питания. Принятая за день пища должна содержать весь набор необходимых для организма веществ – белков, жиров, углеводов, витаминов, клетчатки, микроэлементов. Этого можно достичь только при разумном подборе и достаточном потреблении определенных продуктов, что и учитывалось при составлении наших рекомендаций. Не настраивайтесь на быструю потерю массы тела, более 2-4 кг в месяц для мужчин и 1-2 кг в месяц для женщин.

ИНСТРУКЦИЯ. В качестве практического задания можно предложить больным составить набор продуктов на 1800 ккал.

К примеру, перечень рекомендуемых продуктов и блюд на 1800 ккал может быть следующим:

- I. Мясо, рыба, птица – до 200 г
- II. Яйца – 0,5 шт.
- III. Молочные продукты – творог до 100 г
- IV. Хлеб, хлебобулочные изделия: – до 150 г черного хлеба в день (гарниры из круп и макаронных изделий, картофеля можно вместо хлеба 1 раз в день)
- V. Блюда и гарниры из овощей и лиственной зелени – без ограничения
- VI. Фрукты, ягоды в сыром виде или компотов без сахара – до 400 г в день
- VII. Закуски: нежирная ветчина, докторская колбаса, неострый сыр – до 25 г
- VIII. Масло сливочное, лучше маргарин, масло растительное – до 20 г
- IX. Напитки: чай, кофе некрепкий, томатный сок, фруктово-ягодные соки из кислых сортов ягод и фруктов, мин. вода. Общее количество жидкости, включая супы, молоко, компоты, напитки – до 5 стаканов
- X. Поваренная соль – 5 г

Всего 1700-1800 ккал

Наборы для рационов с более низкой калорийностью образуются при постепенном исключении продуктов IV, а потом и VII групп, наборы для рационов с более высокой калорийностью предусматривают постепенное расширение ассортимента продуктов (V и VI группы). Не надо начинать лечение с очень строгих диет и разгрузок. Лучше начать с 1500-1800 ккал, затем снизить до 1200, до 1000 ккал. Если курс лечения проходит в амбулаторных условиях, то разгрузочный день удобнее переносить на выходные дни. Можно добавить разгрузочные дни до 2-х в неделю. Прием пищи должен быть дробным (4-5 раз), регулярным (есть в одно и то же время) и не поздним (за 2-3 часа до сна).

Какие модные диеты Вы знаете?

Широко распространенные на Западе «французская» и «китайская» диеты также строятся с учетом принципов рационального питания. Они также содержат 1200-1500 ккал.

Например:

«Французская» диета (1200-1500 ккал):

Завтрак: 100 г отварного мяса, капуста, салат
Обед: 100 г отварной рыбы, морковь, яблоко
Ужин: 50 г нежирного сыра + 1 яйцо
На ночь фрукты

«Китайская» диета (1000-1200 ккал):

Завтрак: 100 г сыра, 1 чашка кофе, 5 г сахара
Обед: 2 яйца всмятку, 1 чашка кофе, кусочек черного хлеба
Ужин: 200 г творога, 1 чашка чая, 5 г сахара

Если «французскую» диету можно применять достаточно долго, то «китайскую», как более ограниченную (1000-1200 ккал), только 1-2 недели.

Попеременная односторонняя диета

В некоторых случаях для кратковременного (несколько дней) применения с психотерапевтической целью можно рекомендовать односторонние диеты. Они очень интересны и легко организуемы в быту. Речь идет о диетах со значительным количественным преобладанием тех или иных компонентов пищи. Лучше, если эти односторонние диеты из-за их низкой калорийности (600-900 ккал) применять попеременно в течение только одной недели.

Понедельник: овощной день

Завтрак: 50 мл молока, кофе, 30 г (кусочек) хлеба, 5 г (1 кусочек) сахара
Обед: 1 десертная тарелка супа, овощи: свекла, морковь, капуста
Ужин: порция (2-3 шт.) печеного картофеля, 20 г хлеба, 20 г (1 ст. ложка) творога
Перед сном: чашка чая с лимоном (ягодами)

Вторник: мясной день

Завтрак: кофе, 5 г сахара, 50 мл молока, 30 г хлеба
Обед: бульон из 50 г рубленого мяса (суп с фрикадельками), салат, 1 яблоко
Ужин: 100 г нежирной ветчины с несколькими маслинами, 100 г домашней птицы, салат, яблоко
Перед сном: отвар шиповника

Среда: яичный день

Завтрак: кофе, 5 г сахара, 50 мл молока, 30 г хлеба, 1 яйцо
Обед: глазунья из 3 яиц, 1 яблоко (апельсин)
Ужин: 2 яйца вкрутую, 30 г хлеба, салат, 1 яблоко
Перед сном: чай без сахара

Четверг: молочный день

Завтрак: 1 чашка чая, 5 г сахара, 50 мл молока, 30 г хлеба
Обед: 500 мл молока, 1 картофелина, 5 г масла, 1 яблоко
Ужин: 500 мл молока, 1 картофелина, 20 г хлеба, 20 г творога
Перед сном: стакан кефира

Пятница: рыбный день

Завтрак: 1 чашка чая, 5 г сахара, 50 мл молока, 30 г хлеба
Обед: 1 чашка бульона, 100 г вареной рыбы, 20 г хлеба, салат, 1 яблоко
Ужин: рыбы нежирной 100 г, томатный сок, 1 яблоко
Перед сном: 1 стакан кефира

Суббота: фруктовый день

Завтрак: 1 чашка кофе, 5 г сахара, 50 мл молока, 30 г хлеба
Обед: 300 г фруктов (но не сухофруктов)
Ужин: 300 г фруктов, 20 г хлеба, 20 г творога
Перед сном: сок без сахара

Воскресенье: день, свободный от диеты

Крайним вариантом односторонней диеты является разгрузочный день, его можно назначать 1-2 раза в неделю и только на фоне сбалансированных рационов в 1200-1800 ккал.

Как относиться к модным диетам?

Если попытаться более тщательно разобраться в этих двух диетах («китайской» и «французской») с точки зрения диетолога, то можно выяснить, что обе они составлены с учетом основных рекомендаций диетологии; они достаточно снабжают организм необходимыми пищевыми веществами, такими как белок и жир, а сокращение калорийности идет в основном за счет углеводов.

В этих диетах предусмотрено потребление животных продуктов до 250-300 г (мясо, рыба, творог, яйца), они содержат в среднем до 20% животного белка и таким образом снабжают организм 50 г животного полноценного белка, содержащего весь набор необходимых аминокислот. Эти аминокислоты организм использует как строительный материал для структуры своих клеток, а также для синтеза гормонов и ферментов. Здоровому человеку необходимо в сутки 0,5 г животного белка на 1 кг массы тела, а всего 1 г на кг (с учетом растительных белков).

В том случае, если Вы – вегетарианец, эти диеты не для Вас, но учтите, что вегетарианство, особенно в чистом виде (без потребления мяса, рыбы, творога, яиц) можно себе позволить только после 40 лет. А еще лучше соблюдать посты, тогда Ваш организм получит недостающие ему несинтезируемые организмом аминокислоты и витамин В₁₂ в промежутках между постами или по крайней мере, 2 раза в год при проведении курса В₁₂ витаминотерапии. «Французская» и «китайская» диеты категорически запрещены больным с почечной патологией. А если почки функционируют нормально, но в моче выявляются соли, нужно избегать телятины, так как в ней наибольшее количество экстрактивных веществ.

Животные продукты содержат в достаточном количестве жир. Он необходим для обеспечения энергией, а витамины, которые содержатся в жирах, также очень важны: А – для зрения, роста и функции слизистых, D – для костей, E – для мышц, K – для процессов свертывания крови. Но нужно учесть, что в этих диетах жиры в основном животного происхождения, тем самым нарушается в рационе соотношение животных и растительных жиров, а их должно быть поровну. Вот почему лица пожилого возраста, лица с атеросклерозом при соблюдении подобных диет должны тщательно следить за жировым компонентом рациона.

Они должны при покупке отдавать предпочтение низкожировым, обезжиренным сортам мясомолочных продуктов. Если покупаете мясо, то лучше нежирное или срезайте жир, снимайте кожу с кур; если творог – то предпочтение отдавайте нежирному сорту и т. д. Сыр, который содержит много животного жира, в этих диетах не используйте. Вы достигаете сразу двойного эффекта: снижаете калорийность Вашего рациона питания и уменьшаете содержание холестерина, который содержится только в животных жирах. Для снижения атерогенности диет избегайте также субпродуктов – печени, почек и мозгов, а также яичных желтков. О колбасных изделиях нужно забыть, так как даже в самой нежирной колбасе (докторская, молочная) до 30% животного жира. Лучше добавьте в салат чайную ложку растительного (кукурузного, подсолнечного, оливкового) масла. Что же касается рыбы, то учтите, что рыбий жир содержит великолепный набор жирных кислот, благотворно влияющих на обмен холестерина. И если в диетах не предусмотрена жирная рыба и икра, то только с точки зрения их высокой калорийности.

Таким образом, эти диеты можно модифицировать относительно своего веса (выбор «китайской» или «французской»), вкуса и состояния здоровья.

Отсутствие простых углеводов (сахар, мед, варенье и др.) и ограничение сложных (хлеб и каши) очень важно. Так как именно углеводы менее ценны для здоровья, и в тоже время они являются основным компонентом калорийности пищи. 25-30%, а то и половина суточного количества углеводов, переходит в жиры. Так, дополнительные 3 чайные ложки сахара в чае или кофе – это 5 г жира на талии. Нетрудно посчитать, что за месяц – это 150 г, за год – 1, 8 кг, а за 10 лет – 18 кг. Становится понятным, что ожирение – это не результат обжорства, а чаще всего следствие неконтролируемого потребления простых углеводов. Стоит ли удивляться такому распространению ожирения в нашей стране, где опросы населения показывают, что в основном на один стакан чая или кофе кладется 2-3 ч. л. сахара. И это не говоря уже о кондитерских изделиях, хлебобулочной продукции и сладких напитках (например, одна банка пепси-колы в 0, 33 л содержит около 6 ч. л. сахара).

Таким образом, эти диеты достаточно сбалансированы, принципиальной разницы между ними нет: одна чуть более калорийнее другой, и как более адекватная, может применяться дольше, а у практически здоровых пожилых женщин – постоянно. Их можно использовать практически для всей семьи, исключая лиц до 18 лет и имеющих ту или иную патологию. Перевод этих лиц на диету должен начинаться с консультации врача. И это очень важно.

К сожалению, **существует «миф» о том, что диета – это ограничение рациона**, а не передел последнего, и, следовательно, она менее обременительна с точки зрения финансовых затрат. Это не совсем так. Вот почему чем меньше затраты на питание, тем больше лиц с избыточной массой тела в семье, городе, стране!

Приблизительные расчеты показывают, что на одного члена семьи необходимо в среднем 50-100 рублей в день. Как Вы видите, есть значительные колебания в затратах за счет подбора продуктов, их сортности и места закупки. Ведь можно в качестве поставщика животного белка использовать мясо, а можно рыбу, яйца или творог. Они взаимозаменяемы при ценовом соотношении 3:2:1:1, соответственно. Можно в качестве фруктов использовать ананас, а можно и кислое яблоко со своего участка. Смело модифицируйте с учетом указанной взаимозаменяемости продуктов, но в пределах отдельных групп: фруктов и овощей, поставщиков животного белка (мясо, рыба, творог, яйца). Замена продуктов таковыми из других групп и количественные изменения исключены.

Более простой с точки зрения технического выполнения является попеременная диета, которая содержит в себе признаки раздельного питания. Она легка для соблюдения, но пригодна для абсолютно здоровых людей. Кроме того, она в отличие от первых двух диет не столь сбалансирована и содержит яйца в большом количестве, что противопоказано пожилым людям.

Еще более **несбалансированны разгрузочные дни**, поэтому они могут быть использованы только 1-2 раза в неделю. Большим при этом необходима консультация врача. Так, если в одном случае разгрузка может помочь больному: например, молочная и калиевая – при сер-

дечной недостаточности, мясная – при хроническом панкреатите, фруктовая – при заболеваниях почек, овощная – при запорах, то в других случаях она может навредить: например, молочная разгрузка – при колитах, мясная – при почечных заболеваниях.

Так как разгрузки содержат практически один продукт, то рассчитать их стоимость не представляет никакого труда.

Метод лечения ожирения голоданием, несмотря на свои преимущества с материальной точки зрения, для ожирения **непригоден**, так как голодание более 3 дней может нарушить обменные процессы в организме, а, с другой стороны, оно оказывает неблагоприятное психологическое воздействие на человека, еще более повышая для него значимость пищи и возбуждая центры аппетита и голода. Создаются огромные проблемы при выходе из голода, когда вес набирается еще больше, чем был до соблюдения диеты.

В любом случае Вы должны учесть, что потеря массы тела – это не одновременная акция, это процесс длительный, а контроль веса – пожизненный. Поэтому не относитесь к соблюдению диеты как процессу временному, иначе Вы наберете вес снова. Нельзя впадать и в другую крайность, думая о том, что можно соблюдать именно предлагаемые диеты и постоянно. Истина посередине. Такие строгие и малокалорийные диеты в 1200-1500 ккал можно себе позволить на протяжении 1-2 месяцев 2-4 раза в году. Все остальное время Вы должны учесть **основные принципы построения рациона при избыточной массе тела**:

- ешьте чуть-чуть меньше, чем тратите энергии
- контролируйте (рассчитывайте) свои энерготраты
- взвешивайте продукты
- смотрите на этикетки продуктов
- знайте калорийность продуктов
- не ограничивайте себя в жизненно важных белковых продуктах
- ешьте больше овощей и фруктов
- ограничивайте углеводы и особенно сахар
- соблюдайте режим питания (есть не менее 3-х раз в день).

Как относиться к «раздельному питанию»?

Любая гипотеза содержит в себе рациональное зерно. Возможно назначение раздельного питания большим с определенными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Благодаря функциональной разгрузке последнего и оправдано – меньше «напрягается» секреторный аппарат желудка и кишечника.

Более того, опровержение любой теории должно основываться на строго научных, клинико-экспериментальных и широкомасштабных эпидемиологических исследованиях, а таких работ, доказывающих как эффективность раздельного питания, так и отрицающих его, нет. И, наконец, привлечение внимания больного к проблемам его питания – факт сам по себе положительный, какой бы диетой в начале он ни увлекался.

«Раздельное питание» может дать какой-то результат при ожирении, так как при употреблении однородного продукта в течение дня, а многие именно так и понимают эту диету, легче контролировать калорийность рациона. Все диеты: и раздельное питание, и очковая диета, и белковая, и попеременная и другие, которые сводятся, в конечном счете, к ограничению рациона, при избыточной массе тела результативны. Нельзя забывать, что потребление редуцированной диеты длительно может нарушить основной закон рационального питания – принцип его сбалансированности, нарушить пропорцию необходимых организму потребляемых веществ и нанести непоправимый вред здоровью.

Нужно обратить внимание на следующие 4 момента:

1. Человеческий организм в процессе своего развития давно уже приспособлен к смешанному питанию, и при нормальной функции желудочно-кишечного тракта он очень легко

справляется с расщеплением и всасыванием различных питательных веществ одновременно, синхронно и координировано.

- II. В природе не существует «раздельных продуктов». В любом продукте (см. этикетку) есть и белки, и жиры, и углеводы, и это ни в коей мере не снижает биологической ценности мяса, молока и других продуктов. Так, например, мясо содержит и белки, и жиры, и углеводы (гликоген). В молоке содержится молочный белок, молочный жир и углевод в виде лактозы. То же можно сказать практически обо всех продуктах. И это ни в коей мере не снижает их усвояемость.
- III. Специалистам по питанию очевидна сбалансированность блюд на основе взаимодополняемости отдельных продуктов при смешанном питании. Так, гречневая каша, дефицитная по аминокислоте лизину, благодаря добавлению богатого этой аминокислотой молока становится сбалансированным с точки зрения современной диетологии продуктом. Надо сказать, что в то же время достигается наиболее оптимальная для организма пропорция минеральных веществ, например, Ca и P или Ca и Mg, так как в молоке больше кальция, а в злаках – фосфора и магния.
- IV. Большое значение имеет возраст. После 40 лет раздельное питание может привести в силу своей «однобокости» к витаминному дефициту, что может отрицательно отразиться на состоянии Вашего здоровья. Известно, что недостаток витаминов – антиоксидантов А, С, Е снижает сопротивляемость организма, и это особенно сильно сказывается при неблагоприятной экологической ситуации. Только разнообразное питание способно обеспечить поступление в организм различных витаминов, минеральных веществ в нужных соотношениях и обеспечить профилактику онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Американцы даже считают, что человек должен потреблять в течение дня 20 различных продуктов, и только тогда его питание можно считать сбалансированным. В этом возрасте предпочтительней вегетарианство.

Как же вегетарианство?

Что же касается вегетарианства, то здесь сведений гораздо больше. Эпидемиологические исследования, проведенные в 70-80 гг. в различных странах мира, при сравнении характера питания населения и их заболеваемости показали, что в тех странах, где потребляют больше растительной пищи, чем животной, ниже заболеваемость инфарктами и инсультами. Эту диету назвали «средиземноморской», потому что так питались в основном жители стран этого региона. Ученые пошли дальше и стали изучать и сравнивать в одной и той же стране заболеваемость у различных групп людей: лиц, находящихся на смешанном питании, вегетарианцев, потребляющих только растительную пищу, и лакто-ово-вегетарианцев, которые наряду с растительной пищей потребляют молочные продукты (лакто – молоко и ово – яйца (лат.)). Результаты длительных наблюдений показали, что вегетарианцы, особенно «чистые», реже болеют сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Надо сказать, что соблюдение постов тоже оказывает подобное воздействие на организм.

При вегетарианстве снижается уровень холестерина, сахара в крови, что предотвращает развитие диабета, атеросклероза. Кислотность мочи сдвигается в щелочную сторону, что предотвращает отложение камней в почках. Растительная пища обладает желчегонным действием, что важно (особенно у женщины) при застоях желчи в пузыре, которые приводят к образованию камней. Таким образом, оно более показано для лиц пожилого возраста, имеющих соответствующие обменные нарушения.

Но нужно учесть, что, во-первых, лицам с повышенным сахаром крови не надо забывать о наличии в сладких фруктах большого количества углеводов. Во-вторых, лакто-ово-вегетарианство предполагает потребление яиц, где много холестерина, поэтому лицам с повышенным уровнем холестерина крови и атеросклерозом ово-вегетарианство противопоказано или нужно потреблять не более 2 яиц в неделю. И, наконец, очень важный момент: в растительных продуктах не содержится некоторые необходимые организму вещества (некоторые аминокислоты, витамин В₁₂), и это отрицательно может отразиться на здоровье чело-

века (на процессах кроветворения, костеобразования, половой функции и др.). Отсюда – 3 вывода:

- вегетарианство противопоказано растущему и молодому организму
- лучше соблюдать вегетарианство курсами 2-4 раза в год (1-2 месяца)
- при соблюдении этой диеты используйте витаминные добавки (особенно В₁₂).

Как менять диету в зависимости от сопутствующей патологии и факторов риска?

Ожирение – это болезнь, и как любую болезнь ее следует лечить, тем более что чаще встречаются лица со смешанной патологией, когда у больного на фоне избыточной массы тела имеется сочетание двух, трех и более заболеваний. Такой комплекс обменных нарушений (избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, нарушение толерантности к углеводам, желчекаменная болезнь, мочекаменный диатез, подагра и др. в различных вариациях) требует на фоне основного принципа вмешательства – снижения калорийности рациона тучного человека – соответствующей диетической поправки. При этом следует учесть также наличие и степень развития сосудистой патологии, особенно артериальной гипертензии, сердечной недостаточности.

При сопутствующей артериальной гипертензии и сердечной недостаточности в рационе должно быть увеличено количество продуктов, содержащих соли калия (печеный картофель, кабачки, тыква, курага, чернослив) и магния (каши, орехи). Необходимо еще большее ограничение поваренной соли. При сердечной недостаточности желателен шире использовать разгрузочные (особенно молочные, калиевые) дни.

При сопутствующей гиперхолестеринемии необходимо большее внимание уделять оптимальному соотношению (1:1) животных и растительных жиров и ограничению субпродуктов и яиц как основных поставщиков экзогенного холестерина. Это достигается:

- a) потреблением тощих сортов мяса;
- b) предпочтением низкожиросодержащих сортов молочных продуктов (молока, йогурта, творога, кефира);
- в) исключением из рациона сливочного масла в бутербродах и кашах;
- г) повышением содержания в рационе тучного человека овощей и фруктов, что благодаря содержанию в них клетчатки и пектина способствует также снижению уровня холестерина в крови, угнетая усвоение холестерина в кишечнике, а витамины и микроэлементы овощей и фруктов благоприятно влияют на обмен липидов (группа В) и проницаемость сосудистой стенки (витамины С и Р);
- д) запеканием, тушением вместо жарки;
- e) заправкой салатов растительным маслом, а не сметаной и майонезом.

Рацион с ограничением простых углеводов, рекомендуемый лицам с избыточной массой тела, способствует нормализации углеводного обмена и снижению уровня триглицеридов. Этот факт особенно нужно учитывать у тучных лиц с сопутствующей низкой толерантностью к углеводам (НТУ) сахарным диабетом и гипертриглицеридемией. Можно в ряде случаев шире использовать заменители сахара – ксилит, сорбит, сахарин, аспартам.

При сопутствующих дискинезиях желчного пузыря и толстого кишечника рекомендуется увеличение доли клетчатки (фруктов, овощей, хлеба грубого помола) с целью нормализации желчеотделения и устранения запоров.

При сочетании избыточной массы тела с мочекаменным диатезом, подагрой, остеохондрозом целесообразно исключение потребления мясных и рыбных бульонов и некоторое ограничение потребления мяса, особенно телятины (до 1-2 раз в неделю). Желательно выпить на ночь по стакану сока или минеральной воды с целью снижения концентрации утренней порции мочи. Показано потребление цитрусовых фруктов, которые благодаря содержанию цитратов ощелачивают мочу и препятствуют выпадению в ней солей уратов и оксалатов в осадок. При оксалурии лучше исключить щавель, шпинат, ревень, а также шоколад и кофе.

Наличие воспалительных изменений в желудочно-кишечном тракте тучного человека (гастриты, энтериты, колиты) требует изменения в приготовлении пищи. Продукты потребляются те же, в том же количестве, но только в отварном, запеченном, протертом виде.

Таким образом, рацион тучного человека должен видоизменяться в зависимости от характера сопутствующей патологии. Но остается главным основным принцип диетотерапии – снижение калорийности суточного рациона.

6. Информационная часть – 10 минут

6.1. Повышение физической активности при ожирении и избыточной массе тела

Эффективным средством борьбы с ИМТ является также **увеличение повседневной физической активности**, тем более что тучные люди более склонны к малоподвижному образу жизни. Сразу изменить образ жизни трудно, а подчас вредно, так как в этих случаях повышение ФА больного сводится к нерегулярным и бесконтрольным занятиям гимнастикой, иногда с модными тренажерами с неоправданно большими нагрузками. Все это может навредить не только суставам и связкам, но и сердцу и сосудам.

Необходимо составить поэтапную, индивидуальную схему расширения двигательной активности. Начинать надо с отказа от наземного транспорта и частично – лифта. Число «пеших» остановок и «безлифтных» этажей необходимо увеличивать еженедельно. Через 2-3 недели можно назначить 1-2 часовые вечерние прогулки перед сном, которые уведут пациента от двух главных его «врагов» – телевизора и холодильника.

Через 1-2 месяца и только после потери нескольких кг, а также спокойного подъема на 5-6 этаж дома без пользования лифтом и ходьбы до метро (3-4 остановки) больной может заняться спортивной ходьбой. Ходьба в быстром темпе (пульс 120-130 уд. в 1 мин) поможет быстрее похудеть и восстановить здоровье.

В этом случае необходимо контролировать пульс, АД, делать ЭКГ. Частота ЭКГ-обследований индивидуальна; АД и пульс контролируются на каждом занятии. При хороших показателях здоровья практически здоровые люди с ожирением 1 и 2 степени могут начинать занятия комплексом гигиенических упражнений, плаванием, велосипедом, ходить на лыжах и в тренажерные залы. Лица с нормальной массой тела и ожирением 1 степени могут заниматься ходьбой, оздоровительным бегом, ритмической гимнастикой и плаванием.

7. Активная часть – 10 минут

7.1. Аутогенная тренировка. «Ролевые игры»

Одной из основных психологических причин, вызывающих повышенный аппетит, нередко бывает нервное перенапряжение. С целью снижения нервного напряжения (чувства тревоги и депрессии) и подавления чувства голода и жажды проводится обучение пациентов навыкам психической саморегуляции – аутогенная тренировка (АТ).

Достижимая с помощью АТ мышечная релаксация способствует более полноценному отдыху нервной системы.

На фоне мышечной релаксации и полудремотного состояния словесные приказы приобретают большую силу. В результате овладения АТ пациенты обретают возможность внушать себе все, что разумно, полезно и необходимо для здоровья. С помощью АТ и специально подобранных формул самовнушения можно оказать влияние на вредные привычки. Можно сдерживать свои желания и регулировать многие состояния: тягу к сигаретам, снижать аппетит и жажду. Благодаря непосредственному воздействию на уровень эмоционального напряжения происходит снижение уровня АД и ХС. Систематические занятия АТ во многих случаях позволяют снизить или отменить принимаемые лекарственные препараты (например, гипотензивные и психотропные средства).

ИНСТРУКЦИЯ. Эту часть занятия рекомендуется провести с демонстрацией процедуры правильного проведения аутогенной тренировки. Это требует определенных навыков и условий. Если врач недостаточно подготовлен в проведении этой процедуры и

если есть возможность пригласить специалиста, то это может быть предпочтительным. Если такая возможность отсутствует, врач или другой медицинский работник при определенном освоении методики и обучении может проводить эту часть занятий сам. Возможен и «имитирующий процедуру вариант». Слушателям подробно перечисляются основные принципы аутогенной тренировки и формулы самовнушения. Не рекомендуется проводить процедуру без получения практических навыков. В этом случае надо ограничиться только объяснением процедуры с высказыванием предосторожности для пациентов при самостоятельном использовании в домашних условиях. Конечно, очень легко внушаемых людей не так уж много, но у больных с сердечно-сосудистыми нарушениями нежелательны глубокие процедуры самовнушения. Эту технику можно рекомендовать больным для регуляции эмоционального реагирования на стрессовые ситуации, для формирования мотивации к оздоровлению поведенческих привычек и пр., без внушения рекомендуемых формул на глубокое расслабление, напряжение или ряд физиологических ощущений и пр.

Аутотренинг

При проведении АТ лиц с избыточной массой тела (ИМТ) на фоне мышечной релаксации используют следующие дополнительные формулы:

- «Мне нужно мало пищи...»
- «Мой аппетит постепенно уменьшается...»
- «Мой организм расходует накопленный жир...»
- «Я легко переношу ограничения в пище...»
- «Я чувствую себя сытым...»
- «Масса тела снижается...»
- «Я становлюсь здоровым и бодрым...»
- «Мне нужно ограниченное количество жидкости...»
- «Я легко переношу ограничение в воде...».

ИНСТРУКЦИЯ для методиста по аутотренингу: Помещение для занятий должно быть по возможности звукоизолированным, с температурой 18-20°C.

Для занятий, в том числе самостоятельных, можно использовать следующие позы:

- поза кучера: сидеть на стуле, не опираясь о спинку, ноги слегка выдвинуты вперед и согнуты под углом 120-140°. Кисти рук положены на бедра и слегка свешены вниз, голова немного наклонена вперед. Спина согнута таким образом, чтобы плечевые суставы оказались на одной вертикали с тазобедренными
- полулежа в мягком кресле с подлокотниками и подголовником. (При отсутствии специального кресла можно использовать обычное, прислонив его к стенке и подложив подушку под голову)
- лежа на спине, руки и ноги слегка согнуты и расслаблены.

Во всех положениях глаза должны быть закрыты, положение тела – максимально удобным, все мышцы следует по возможности расслабить. Для дневных занятий можно рекомендовать позу «полулежа», для занятий непосредственно перед засыпанием – «лежа».

Сеансы аутогенных тренировок с лицами, имеющими факторы риска, необходимо проводить в конце групповых занятий. Помимо этого пациенты должны быть предупреждены о необходимости самостоятельных занятий – АТ. В промежутках между занятиями с врачом пациенты должны регулярно (1-2 раза в день) проводить самостоятельные тренировки.

Какие еще есть психологические приемы и методы коррекции избыточной массы тела?

Существуют и простые психологические приемы, облегчающие соблюдение диеты, направленной на снижение чувства голода и жажды и позволяющей контролировать количество съедаемой пищи:

- еженедельно контролируйте свой вес
- никогда не ешьте, если не хочется и не заставляйте других
- никогда не ешьте до чувства полного насыщения
- перед подачей на стол разложите еду на порции
- ешьте из посуды маленьких размеров
- пережевывайте пищу как можно тщательнее, а утолив голод, сразу же прекращайте есть.

ИНСТРУКЦИЯ. Можно провести групповые игровые занятия.

Для вовлечения участников групповых занятий в обсуждение предлагаемых тем должны использоваться вопросы для активизации слушателей: ролевые игры, методика «ЗА и ПРОТИВ» и др. приемы. При обсуждении многих вопросов группа разбивается на две подгруппы («команды»), и дается задание для коллективного поиска решения. Например, «Что дают занятия физкультурой?», «Какие Вы знаете способы снятия нервного перенапряжения?» Каждая подгруппа сообщает ведущему свои решения. На основе предлагаемых решений продолжается обсуждение проблемы. Ведущий подсказывает дополнительные решения. Возможно применение другого варианта этого приема: первая «команда» подыскивает как можно больше аргументов для убеждения членов второй «команды» в необходимости изменения тех или иных привычек, например не есть сладкого, жирного, не курить. Вторая же «команда», наоборот, выдвигает аргументы против снижения массы тела. Разновидностью этого приема является «доведение до абсурда тезиса», например, что соблюдать диету невозможно. При этом один человек «защищает» диету и пытается найти аргументы в пользу продолжения соблюдения диеты. Другие переубеждают его. Эта методика одновременно служит цели формирования или поддержания мотивации снижения массы тела, повышения уровня физической активности, отказа от курения. Рассмотрим применение этой методики на примере работы с лицами с избыточной массой тела.

В работе с пациентами с избыточной массой тела важным моментом является формирование и поддержание мотивации снижения массы тела. Обычно те, кому удается похудеть, связывают похудение с какой-то жизненно важной целью – обрести или вернуть семейное счастье, понравиться любимому человеку, улучшить свое самочувствие, чувствовать себя увереннее, стать привлекательнее, достичь возможности носить модную одежду и др.

Снижению массы тела обычно мешают причины, на которые указывают пациенты: постоянное чувство голода, «любят вкусно поесть», «привыкли плотно есть», тяга к сладкому, лень, отсутствие или недостаток силы воли для того, чтобы повысить уровень физической активности. Применение метода «За и против» помогает пациентам осознать цели, которые они преследуют, желая похудеть, укрепить решимость снизить вес и быть готовым к возможным неудачам.

За

Против

В графе «ЗА» попросите каждого пациента перечислить то, ради чего стоит похудеть, чего он сможет добиться, снизив вес. В графе «ПРОТИВ» каждый пациент записывает все, что мешает ему похудеть, затрудняет этот процесс.

При обсуждении полученных ответов необходимо подсказать дополнительные положительные стороны снижения веса, подтвердить значимость целей, которые назвали пациенты, высказать одобрение намерений пациента.

Обсуждая графу «ПРОТИВ», необходимо указать, что перечисленные в ней препятствия преодолимы; необходимы лишь сила воли, сильное желание и твердая решимость добиться намеченного результата. Те цели, которых можно добиться с помощью снижения ИМТ, стоят того, чтобы преодолеть те обстоятельства, которые перечислены в графе «ПРОТИВ». Затем пациентам дается задание: «Представьте себе, что Вы кладете на чаши весов «ЗА» и «ПРОТИВ». Что из них перетянет? Что для Вас более важно?» Если кто-либо из участников будет проявлять колебания, необходимо наводящими вопросами и репликами подвести его к правильному выводу. Методика «ЗА и ПРОТИВ» помогает участникам лучше осознать поставленную цель и быть готовым к возможным трудностям в ее осуществлении. Методика «ЗА и ПРОТИВ» универсальна, ее можно применять и при обсуждении необходимости повышения уровня физической активности. При проведении групповых занятий могут быть использованы ролевые игры. Например, в группе лиц с ИМТ можно разыграть ситуацию «Посещение гостей»: угощение, настойчивые уговоры хозяйки, тактичный отказ от сладких, жирных блюд, от алкогольных напитков и выбор наименее калорийной пищи. Прием способствует отработке установки «Не нарушать соблюдение диеты». Другие темы – «Посещение магазина», «Покупка одежды» и т. п. Пациентов могут интересовать и другие вопросы. Вот некоторые из них.

Помогают ли травы?

Основу принципа адекватности лечения травами составляет индивидуализация лечения с учетом особенностей конкретного организма, характера заболевания, особенностей его протекания, наличия осложнений и сопутствующих патологических процессов. Подобранные лекарственные растения необходимы для индивидуального длительного лечения (и профилактики) конкретного больного. Лечение травами может продолжаться 1-2 года с перерывами в 1-2 месяца, но обязательным условием является смена одних растений другими.

Фитопрепараты (отвары, настои, настойки, порошки и др.) необходимы при ИМТ для:

- снижения аппетита (камедь гуарового дерева, трава песчанки, спируллина)
- усиления обмена веществ, мобилизации жира из депо (спируллина, морская капуста, келп, белая ива, лист папайи, ананас, скользкий вяз)
- устранения гормонального дисбаланса (морская капуста – для щитовидной железы, клопогон – для половых органов, солодка – для надпочечника, пион – для поджелудочной железы)
- детоксикации (семена подорожника, люцерна, пажитник, корень лопуха, тыквенное семя, чеснок, скорлупа грецкого ореха)
- антиоксидантного действия (красный перец, чеснок, корень петрушки, морковь)
- иммуномодуляции (клевер, заманиха, родиола розовая, желтокорень, жень-шень, элеутерококк)
- стимуляции ЦНС (фукус, эфедра)
- седативного эффекта (пустырник, мята, хмель, валериана, пассифлора)
- «очищающего» влияния (слабительные, мочегонные)
- симптоматического вмешательства (гипотензивные, желчегонные, липидснижающие и др.).

Например, за основу при **ожирении** можно взять: мочегонные (толокнянка, спорыш); регуляторы обмена веществ – «очистители» (семена подорожника, трава зверобоя, люцерна); слабительные (александрийский лист); витаминные (шиповник, черника, рябина); адаптогены (элеутерококк); улучшающие гормональный баланс (клопогон ветвистый, дикий ямс).

При сочетании **ожирения с артериальной гипертензией** рекомендуется добавить: омегу белую, сушеную болотную, багульник, барвинок малый (препарат кавинтон).

При сочетании с **сахарным диабетом**: цветы клевера лугового, лопух (корни), одуванчик (корни, трава).

При сочетании **ожирения с атеросклеротическим кардиосклерозом**: плоды боярышника, корень валерианы, шиповник, черноплодную рябину, морскую капусту.

При **подагре, остеохондрозе на фоне ожирения**: марену красильную, цикорий, крапиву, клюкву.

При сочетании с **поражением гепатобилиарной системы**: тысячелистник, мяту перечную, пижму (препарат танофлон), кукурузные рыльца, расторопшу (препарат легалон).

При **невротических расстройствах**: шишки хмеля, пассифлору (ново-пассит), корень валерианы, пустырник, Melissa, мяту.

При **депрессиях**: плоды боярышника, цветы зверобоя.

При упорных **запорах**: александрийский лист, алоэ, плоды аписа, ревень, ромашку, мяту, кору крушины.

При **болях в желудке** на фоне соблюдения редуцированной диеты: ромашку, тысячелистник, зверобой, календулу.

При **аллергических реакциях**: череду, фиалку, чистотел.

Сборы из 3-5 трав постоянно по 1-2 компонентам надо менять. Через 2-3 месяца можно делать перерывы в 1-2 месяца.

Принимать от 1 ст. ложки до 1/2 стакана до еды. Отвары и настои готовить на 1-2- дня. Нежелательно их сочетание с биологически активными добавками (БАД), так как последние часто содержат в своем составе лекарственные растения и могут возникнуть трудности в дозировке. БАД в некоторой степени являются альтернативой фитотерапии.

Нужны ли биологически активные добавки?

Биологически активные добавки (БАД) применяются при ожирении по разным показаниям. Но в основном – это дополнительные средства, которые лишь помогают. Это происходит из-за возникновения чувства насыщения, если добавки содержат много клетчатки. В этом случае надо соотносить цену и качество, ведь за эти деньги можно купить много фруктов и овощей, которые содержат ту же клетчатку.

Необходимо подробно смотреть состав добавки. Слабительные и мочегонные компоненты, содержащиеся в них, вызывают лишь временный эффект, и через несколько дней масса тела возвращается к исходному. Более того, в некоторых добавках содержатся препараты, усиливающие обмен веществ и не безвредные.

Как же быть с лекарствами и хирургическим вмешательством?

Вопрос о назначении препаратов и хирургического лечения решает лечащий врач с учетом всех показаний и противопоказаний, а также факторов риска. Об этом можно говорить лишь при индексе массы тела 29 и выше у практически здоровых и при индексе 27 и выше, если есть другие факторы риска или заболевания.

На сегодняшний день эффективных и безвредных препаратов для лечения ожирения нет.

Вопрос о назначении препаратов решают психотерапевты и эндокринологи. Что же касается хирургического вмешательства, то существует и косметологическое вмешательство. И оно бурно развивается за последние годы. Совет по выбору метода дает лечащий врач.

8. Подведение итогов – 5 минут

Перед окончанием занятия предложите задать вопросы, на которые слушатели не получили ответа во время данного занятия. Если ответы не потребуют много времени, ответьте. Объясните, что при следующих встречах ответите на оставшиеся вопросы.

Напомните, что **дневник** всегда должен быть с пациентом.

Дайте «задание на дом» – вести страничку пищевого дневника и оценивать калорийность и энерготраты. Регистрировать уровни АД 2 раза в день.

ИНСТРУКЦИЯ. Кратко дать информацию о теме следующего занятия, подчеркнув необходимость посетить **все занятия** курса, так как они взаимосвязаны, не повторяются и построены по определенной схеме. Уточните время и день следующей встречи. Спросите пожелания слушателей. Подведите итоги, уточните неясные вопросы и время следующей встречи. Все вопросы и пожелания, высказанные слушателями, необходимо **обязательно** учесть и исполнить. Это закрепит дружескую атмосферу в группе, облегчит общение и достижение цели курса обучения в Школе.

Занятие 4. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

Продолжительность занятия 90 минут

Структура занятия

1. Вводная часть – 5 минут

1.1. Описание целей и задач занятия

2. Информационная часть – 10 минут

2.1. Что такое физическая активность?

2.2. Каков уровень физической активности нашего населения?

2.3. Что такое физическая работоспособность?

3. Активная часть – 10 минут

3.1. Оценка физической активности

3.2. Как оценить физическую тренированность?

4. Информационная часть – 15 минут

4.1. Какова цель повышения физической активности?

4.2. Как аэробная физическая активность влияет на здоровье?

4.3. Как избежать осложнений при физических тренировках?

4.4. Как повысить повседневную физическую активность?

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

5. Активная часть – 15 минут

5.1. Как одеваться для занятия физкультурой?

5.2. Как контролировать интенсивность физической нагрузки?

6. Информационная часть – 15 минут

6.1. Как построить занятие по повышению ФА?

6.2. Как построить всю программу тренирующих занятий?

6.3. Как оценить эффективность тренирующего воздействия ФА? -

7. Информационная часть – 10 минут

7.1. Каковы основные мотивы повышения ФА в пожилом возрасте?

7.2. Есть ли особенности для лиц с ожирением?

8. Заключение – 5 минут

1. Вводная часть – 5 минут**1. 1. Описание целей и задач занятия**

ЦЕЛЬ занятия 4 «Физическая активность и здоровье»: Формирование у пациентов с артериальной гипертонией и членов их семей мотивации к повышению физической активности посредством:

- повышения информированности пациентов о роли и значении физической активности (ФА) для здоровья человека, для функционирования сердечно-сосудистой системы
- обучения методам повышения повседневной физической активности и контроля интенсивности физических нагрузок.

После занятия слушатели **должны знать**:

- о влиянии ФА на здоровье
- о воздействии низкой физической активности (НФА) на организм
- как избежать возможных осложнений при физической тренировке
- как правильно построить программу занятий в тренировочном цикле
- особенности повышения физической активности у лиц с избыточной массой тела
- особенности повышения ФА у пожилых.

Слушатели по окончании занятия **должны уметь**:

- определять уровень своей физической активности
- определять и контролировать интенсивность своих физических нагрузок
- правильно одеваться при физических тренировках
- методически правильно выполнять оздоровительные физические нагрузки (осанка при ходьбе и беге, положение рук, ног, правильная постановка дыхания).

2. Информационная часть – 10 минут**2.1. Что такое физическая активность?**

Физическая активность – это совокупность различных моделей поведения человека, «движение тела при помощи мышечной силы, сопровождающееся расходом энергии», измеряется степенью превышения расхода энергии над основным обменом веществ (ВОЗ, 1994).

Бурное развитие современных технологий в последнее столетие резко снизило уровень физических нагрузок современных людей. В связи с развитием интенсивной механизации, компьютеризацией большинства отраслей, малоподвижный образ жизни стал обычным явлением современной жизни. В то же время результаты научных исследований убедительно доказали, что низкая физическая активность наряду с курением, избыточной массой тела, повышенным содержанием холестерина в крови способствует повышению артериального давления и развитию других заболеваний, таких, как ишемическая болезнь сердца и инсульт, сахарный диабет и остеопороз. Таким образом, физическая активность, реализуемая в режиме оздоровления может снизить как общую смертность, так и, главным образом, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, а также повысить качество жизни занимающихся.

2.2. Каков уровень физической активности нашего населения?

Результаты эпидемиологических исследований в РФ, показали, что более 1/3 мужского взрослого населения и более 40% женщин в нашей стране имеют низкую физическую активность (НФА) как на работе, так и в свободное от работы время. Обычно для оценки степени (уровня) ФА используются две характеристики: двигательную активность на работе и в часы досуга (в спортивном режиме) (см. опросник). Последняя более важна с позиции профилактики заболеваний и укрепления здоровья, так как она может быть изменена волей и желанием практически каждого человека. Научные исследования свидетельствуют, что люди с одинаковой физически неактивной (сидячей) работой имеют разный риск развития заболеваний в зависимости от активного или неактивного время проведения в свободное от работы время.

2.3. Что такое физическая работоспособность?

Физическая работоспособность, по определению экспертов ВОЗ, – это способность человека затрачивать умственную и физическую энергию для осуществления различных видов физической деятельности. Чем выше физическая работоспособность, тем больше резерв здоровья. Снижение уровня физической работоспособности свидетельствует о нарушениях в состоянии здоровья. По способности организма мобилизовать свои энергетические ресурсы можно судить об уровне здоровья индивидуума, об устойчивости организма к широкому спектру неблагоприятных воздействий окружающей среды. При рациональном образе жизни создаются условия для повышения уровня физической работоспособности, а значит, и состояния здоровья.

3. Активная часть – 10 минут**3. 1. Оценка физической активности**

ИНСТРУКЦИЯ. Проведите опрос среди участников. Дайте им возможность оценить свою физическую активность. Обсудите, к каким заболеваниям у каждого может привести или привела низкая физическая активность (НФА). Помните, что приведенные ниже критерии весьма условны и направлены на основную цель – привлечение внима-

ния пациентов с АГ к проблеме повышения собственной физической активности для оздоровления.

ОПРОСНИК ПО ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Постарайтесь вспомнить Вашу двигательную активность. Сделайте отметку крестиком в одном из соответствующих по времени квадратов для каждого вида деятельности. Например:

Вид деятельности	Нет	Менее 0,5 часа	0,5 до 1 часа	1-2 ча- са	Более 2 часов	Сумма баллов
	баллы					
	0	1	2	3	4	
1. Хожу пешком до работы и за покупками ежедневно				+		
2. Занимаюсь физкультурой ежедневно		+			+	
3. Нахожусь в движении на работе						
Количество баллов		1		3	4	8

* Подсчитайте количество баллов на нижней строчке и суммируйте справа. Оцените. (В примере 7 баллов – это средняя физическая активность); 0-5 баллов – физическая активность низкая, 6-9 баллов – физическая активность средняя, 10-12 баллов – физическая активность достаточная, более 12 баллов – физическая активность высокая.

3. 2. Как оценить физическую тренированность?

Физическая тренированность человека чаще всего рассматривается как тренированность сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Существуют различные способы оценки тренированности людей. Наиболее распространенными и надежными являются тесты для оценки уровня физического состояния на велоэргометре и тредмиле (регистрация показателей пульса, АД, ЭКГ в покое и при высокоинтенсивной работе). Однако эти методы довольно ограничены в применении из-за их трудоемкости и дороговизны. Более доступен ступенчатый тест (подъем – спуск на ступеньку в определенном ритме за заданное время, с регистрацией АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и частоты дыхания). В повседневной жизни при мягкой АГ для контроля можно ограничиться простой ЭКГ, а в случае умеренной АГ – использовать степ-тест. Лица с тяжелой степенью АГ должны заниматься только лечебной физкультурой под контролем инструктора. Вопрос о повышении ФА нужно решить только после консультации и обследования у своего лечащего врача.

ИНСТРУКЦИЯ. В данной части занятия желательно с помощью инструктора по ЛФК продемонстрировать технику проведения простых тестов. Практическое выполнение проб требует соответствующих условий, одежды, контроля инструктора и индивидуальной консультации врача, что не входит в программу данного занятия. Есть и другие более простые методы оценки, например проба Мартине. Предварительно замеряется частота пульса в покое. Затем выполняется нагрузка: 20 приседаний за 30 секунд. При нагрузке в 20 приседаний повторный замер пульса выполняется спустя 3 минуты. Если разность между величиной пульса до и после нагрузки через 3 минуты составит менее 5 ударов в минуту, то реакция сердечно-сосудистой системы хорошая, от 5 до 10 – удовлетворительная, более 10 – неудовлетворительная. Специальный 12-минутный тест «ходьба-бег», по пройденному расстоянию позволяет определить уровень физической тренированности (К. Купер).

12-минутный тест (по К. Куперу)

ИНСТРУКЦИЯ. Выполнение теста требует специальных условий:

- наличия терренкурной дорожки – трассы с известной протяженностью и с размеченными расстояниями. Для проведения теста Купера может быть использована дорожка стадиона
- спортивной одежды.

Пройдите (ходьба, бег) как можно дальше в течение 12 минут. Оцените физическую тренированность

Для **мужчин** (в км)

Степень подготовленности	До 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	Старше 50 лет
Очень плохо	<1,6	<1,5	<1,3	<1,2
Плохо	1,6-1,9	1,5-1,84	1,3-1,6	1,2-1,5
Удовлетворительно	2,0-2,4	1,85-2,24	1,7-2,1	1,6-1,9
Хорошо	2,5-2,7	2,25-2,64	2,2-2,4	2,0-2,4
Отлично	>=2,8	>=2,65	>=2,5	>=2,5

Для **женщин** (в км)

Степень подготовленности	До 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	Старше 50 лет
Очень плохо	<1,5	<1,3	<1,2	<1,0
Плохо	1,5-1,84	1,3-1,6	1,2-1,4	1,0-1,3
Удовлетворительно	1,85-2,15	1,7-1,9	1,5-1,84	1,4-1,6
Хорошо	2,16-2,64	2,0-2,4	1,85-2,3	1,7-2,15
Отлично	>=2,65	>=2,5	>=2,4	>=2,2

Большим с артериальной гипертонией необходимо все нагрузочные тесты проводить под контролем инструктора и после консультации врача.

На данном занятии проводится объяснение сущности тестов и даются инструкции. Желательно дополнить эту информацию практическим занятием под контролем инструктора.

4. Информационная часть – 15 минут

4.1. Какова цель повышения физической активности?

Целью повышения ФА является расширение адаптационных возможностей организма для улучшения здоровья через достижение достаточного уровня физической тренированности, увеличение выносливости организма, а также гибкости, координации движений и мышечной силы.

Выносливость развивается при занятиях динамическими циклическими упражнениями, выполненными в аэробном режиме, так как именно они тренируют способность тканей поглощать и усваивать кислород. Составлять аэробные программы следует совместно с врачом, с учетом тяжести болезни, традиций и физической подготовленности, вида трудовой деятельности пациента, личных привязанностей, места проживания, сложившихся семейных привычек и т.п.

Мышечная сила развивается при динамических, изометрических силовых нагрузках, выполняемых в медленном и среднем темпе.

Гибкость развивается в результате включения в программу занятий упражнений на растягивание мышц в медленном и среднем темпе. При этом не должно быть ощущений дискомфорта и боли в мышцах. Гибкости способствуют и занятия йогой. Однако это требует специальной подготовки под руководством специалиста.

Наиболее распространенными аэробными упражнениями являются: аэробные танцы, ритмическая гимнастика, бег, ходьба, плавание, гребля, езда на велосипеде, ходьба на лыжах.

При любой аэробной тренировке в тренировочный процесс должно быть вовлечено максимальное количество крупных мышечных групп. Не обязательно ограничиваться только одним видом аэробной активности. Можно менять вид упражнений и по сезону, и по настроению. Главное, чтобы интенсивность и длительность упражнения обеспечивали адекватный аэробный режим.

4.2. Как аэробная физическая активность влияет на здоровье?

Аэробная физическая активность, которая затрагивает большие мышечные группы, вызывает усиление обмена веществ, что сопровождается значительным учащением пульса. Именно аэробные упражнения повышают поглощение кислорода и снабжение им тканей и органов человека. Чем больше тренируется система доставки кислорода: дыхательные мышцы, глубина дыхания, состояние «бронхиального дерева», проницаемость и васкуляризация альвеол легких, концентрация гемоглобина в крови, скорость кровотока, ударный объем сердца, кровоснабжение тканей, развитие капиллярной сети, активность окислительно-восстановительных ферментов клетки, тем лучше органы и ткани снабжаются в дальнейшем (уже в состоянии покоя) кислородом.

Тренирующим же режимом является работа в зоне тренирующего действия нагрузки (55-85% от максимальной возрастной ЧСС); более низкая нагрузка не влияет на сердечно-сосудистую систему, большая – опасна.

Регулярная аэробная физическая активность со стойким эффектом сопровождается, в первую очередь, тренирующим воздействием на сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Это приводит к снижению сердечного выброса крови в покое, уменьшению симпатического тонуса сосудов. Эти механизмы благоприятно отражаются на течении гипертонии, если она имеется, и препятствуют ее развитию. У лиц, ведущих активный образ жизни, риск развития гипертонии на 35-52% ниже по сравнению с физически неактивными. Под влиянием физической активности наблюдается улучшение липидного спектра крови: снижается уровень триглицеридов, холестерина, что уменьшает риск ишемической болезни сердца, инфарктов, инсультов.

Физические нагрузки также снижают уровень фибриногена, «разжижают» кровь, уменьшая риск тромбообразования. В то же время они благотворно отражаются на выработке инсулина, на поглощении из крови мышечной тканью «сахара», что препятствует развитию диабета.

Физическая активность в аэробном режиме улучшает сбалансированность потребления и расхода энергии, способствует снижению массы тела, тем самым уменьшая риск развития ожирения.

Активный образ жизни сопровождается снижением риска злокачественных новообразований различной локализации. Точный механизм такого защитного влияния физической активности не вполне выяснен, предполагают, что имеет значение повышение иммунитета у этих лиц.

Регулярно выполняемые аэробные нагрузки вырабатывают в организме «гормоны радости» – эндорфины, что положительно влияет на настроение и снижает сосудистый тонус.

Двигательная активность уменьшает риск заболеваний опорно-двигательного аппарата. Занятия физкультурой снижают скорость возрастной потери костной ткани. Уменьшается риск развития остеопороза. Активный образ жизни в молодом возрасте ведет к увеличению содержания минеральных веществ в организме; это также способствует предотвращению остеопороза в более пожилом возрасте. Чем больше минерализация костей и костная масса в молодом возрасте, тем больше вероятность, что возрастной остеопороз, особенно у женщин, не проявится клинически и не отразится на здоровье.

Физически активные люди имеют хорошее самочувствие, настроение, они более устойчивы к стрессам и депрессии, имеют более здоровый сон.

4.3. Как избежать осложнений при физических тренировках?

Опасности при занятиях физической культурой делятся на две основные группы: сердечно-сосудистые осложнения и травмы опорно-двигательного аппарата. При этом опасность сердечно-сосудистых осложнений связана, прежде всего, с объемом и интенсивностью нагрузок, а поражения опорно-двигательного аппарата в значительной степени зависят от характера и структуры движений, подготовленности опорно-двигательного аппарата к этим движениям, а также от условий, в которых эти движения выполняются, например, от покрытия беговой дорожки.

Осложнения, обычно, связаны с явными ошибками при допуске к занятиям, с ошибками врачей при определении противопоказаний. А при методически правильно выполняемых тренировках на выносливость, при соблюдении принципов постепенности (!) увеличения нагрузки и ее интенсивности (!) риск осложнений снижается до минимума.

При внезапном повышении давления и плохом самочувствии следует прекратить тренировки до улучшения состояния и по возможности обратиться к врачу.

Всех отрицательных моментов можно избежать, если перед повышением ФА посетить лечащего врача. В процессе консультирования **нужно выяснить:**

Есть ли противопоказания?

Исключить противопоказания для занятий физической активностью врач может, внимательно ознакомившись с анамнезом, жалобами пациента, проведя необходимый минимум обследования (физикальное обследование, общий анализ крови, мочи, ЭКГ, флюорография, УЗИ сердца, консультация окулиста). Больные, находящиеся под диспансерным наблюдением, проходят эти обследования регулярно.

Для самостоятельных тренировок в аэробном режиме абсолютными являются следующие **противопоказания:**

- нестабильная стенокардия
- ИБС с частыми приступами малых усилий, покоя
- недостаточность кровообращения II и более степени
- нарушения ритма сердца, проявляющиеся или усиливающиеся при нагрузке, желудочковые экстрасистолы, пароксизмальная желудочковая тахикардия, постоянная форма мерцательной аритмии
- аневризма сердца и сосудов
- артериальная гипертензия 180/110 мм рт. ст. и более (АГ III ст.)
- нарушения мозгового кровообращения
- аортальный стеноз или субаортальный мышечный стеноз
- легочная гипертензия
- пороки сердца
- болезни легких с выраженной дыхательной недостаточностью
- тромбоз и тромбоэмболические осложнения
- состояние после кровоизлияния в глазное дно
- миопия высокой степени (более 8 диоптрий)
- сахарный диабет средней и тяжелой формы
- злокачественные новообразования
- психические заболевания
- лихорадочные состояния.

Какой уровень нагрузки допустим?

Врач должен дать рекомендации для занятий физической активностью соответствующего уровня интенсивности. Тренированность сердечно-сосудистой и дыхательной систем достигается регулярными (3-5 раз в неделю) нагрузками, с участием в работе больших мышечных групп, продолжительностью не менее 20, лучше 30-40 минут. Основной путь для достижения этих показателей – регулярная физическая активность на уровне нагрузки с тренирующим

эффектом, а не интенсивные тяжелые нагрузки на уровне спортивных, которые, как правило, не могут быть компонентом образа жизни для большинства людей.

Интенсивность нагрузки контролируется рекомендуемой ЧСС в % от максимальной частоты сердечных сокращений – МЧСС («220 – возраст»).

Рекомендуемый режим для лиц с мягкой и умеренной АГ – нагрузка умеренной интенсивности – начинать с 50% от этой величины, постепенно увеличивая до 70%. Лица с мягкой и умеренной АГ через полгода при коррекции АД препаратами могут рассчитывать на увеличение интенсивности до 70-85% от максимально допустимой нагрузки. Лица с тяжелой АГ занимаются лечебной физкультурой или же ограничиваются повышением повседневной физической активности в быту.

4. 4. Как повысить повседневную физическую активность?

Многие недомогания и заболевания, в том числе и артериальная гипертония, связаны с недостаточным уровнем тренирующей двигательной активности. С другой стороны, многим людям, в силу разных причин, трудно сразу приступить к тренирующим занятиям оздоровительной физкультурой. Чтобы выработать положительную мотивацию и хотя бы встать на путь дальнейшего оздоровления, следует увеличить повседневный уровень двигательной активности.

Это понятие с точки зрения профилактики заболеваний и укрепления здоровья включает в себя привычку заниматься систематическими тренировками и увеличивать повседневную физическую активность за счет выполнения физических нагрузок бытового характера. С целью достижения оптимальной повседневной физической активности рекомендуется:

- отказаться по возможности от общественного наземного транспорта и частично – лифта, ходить пешком
- заниматься утренней гигиенической гимнастикой и гимнастикой в тренирующем режиме
- начать регулярные занятия каким-либо видом оздоровительной физкультуры (ходьба, плавание, велосипед, лыжи, медленный бег и т.д.)
- заниматься физическим трудом (работа на приусадебном участке и пр.)
- играть в подвижные игры (волейбол, бадминтон, теннис и т.д.).

Начинать нужно осторожно, поэтапно и постепенно. Например, ежедневно выполнять комплекс, который хоть и не обладает тренирующим эффектом, но отвечает гигиеническим целям. 15 минут упражнений утром повысят настроение, более плавно переведут организм из состояния сна в состояние дневного бодрствования, снимут сонливость. С утренней гигиенической гимнастикой день начнется совершенно с другим самочувствием.

Далее, идя по пути увеличения повседневной физической активности, можно заменить подъем на лифте ходьбой по лестнице, сначала до появления одышки; далее – постепенно увеличивая нагрузку. Поездку в душном автобусе заменить ходьбой. И Вы увидите, что ваше давление нормализуется, а настроение и сон улучшаются.

Дома во время приготовления ужина или во время другой домашней работы полезно включить музыку и подвигаться, имитируя танцевальные движения, и не прекращая основного занятия. И тогда, может быть, через какое-то время вам захочется серьезно и эффективно заниматься физкультурой.

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

5. Активная часть – 15 минут

5. 1. Как одеваться для занятий физкультурой?

ИНСТРУКЦИЯ. Обсудите в группе, как лучше одеваться для занятий.

Если занятия проходят на улице в холодное время года, то необходимо надеть плотную куртку, которая пропускает воздух. Тренировочные брюки, шерстяной свитер на молнии, шерстяная шапка так же необходимы в холодную погоду. По возможности одежда должна быть многослойной, хорошо впитывать пот, легко сниматься, если вы разогрелись. Кроме того, одежда должна быть из натуральных тканей и не должна стеснять движений. В холодное время года нужны варежки.

Важнейшим фактором, особенно при занятиях ходьбой и бегом, являются тонкие шерстяные или полушерстяные носки. После каждой тренировки их надо стирать и высушивать. Нужны спортивные туфли или кроссовки с толстой, хорошо амортизирующей подошвой. Подошва должна быть толщиной 2-3 см или иметь утолщенный плоский каблук. Кожа или материал, из которого сделана обувь, не должны быть очень жесткими. Внутри должен быть вставлен супинатор, поддерживающий продольный свод стопы. Шнуровка или другая застежка спортивной обуви должна давать возможность плотно обхватывать стопы, не нарушая кровообращения. В более теплое время года физкультурная экипировка может состоять из майки, нешироких тренировочных брюк или шорт, удобной беговой обуви с х/б носками. Мягкие тапочки с плоской подошвой для занятий ходьбой и бегом не стоит надевать никогда.

5. 2. Как контролировать интенсивность физической нагрузки?

Как правило, основным и достаточно надежным способом контроля (и наиболее доступным) служит оценка интенсивности нагрузки по пульсу и соотнесение его показателей с рекомендуемым режимом, определяемым по максимальной частоте сердечных сокращений (см. выше). Измерение ЧСС во время нагрузки производится за 10 секунд и умножается на 6, т. к. в покое пульс быстро восстанавливается и показание его (при измерении в течение минуты) является недостоверным.

Для лиц с контролируемым АД это будет расчет 55-85% от значения максимальной частоты пульса, определяемой как 220 – возраст. Начинать надо с низкой интенсивности (50%) и постепенно переходить к умеренной (70%-75%). Контролировать уровень нагрузки по пульсу весьма просто и ориентироваться о пределе нагрузки рекомендуется в соответствии с возрастной шкалой (см. таблицу).

Интенсивность физических упражнений в зависимости от возраста

Возраст годы	ИНТЕНСИВНОСТЬ (ПУЛЬС В 1 МИН)	
	Низкая ⇔ умеренная	Умеренная ⇔ Значительная
30	105-133	133-162
40	99-126	126-153
50	94-119	119-145
60	88-112	112-136
70	83-105	105-128
80	77-98	98-119

ИНСТРУКЦИЯ. Определите по своему возрасту и уровню давления тренирующую частоту Вашего пульса.

НАПРИМЕР:

Вам 56 лет, у Вас АД на уровне 170/100 мм рт. ст. Таким образом, у Вас умеренная гипертония.

МЧСС = 220-56 = 164 уд. в 1 мин 55% от 164=90, а 70% от 164= 114 уд в 1 мин. Значит, Вы должны начать с пульса 88 в 1 мин, постепенно повышая его в течение полугода до 112 уд. в 1 мин (19 уд. за 10 сек.). В дальнейшем при коррекции и стабилизации АД можно перей-

ти к 80% (131 уд. в 1 мин) и даже 85% (140 уд. в 1 мин) нагрузки, под постоянным контролем врача (регулярное измерение АД, ЭКГ и т.д.).

6. Информационная часть – 15 минут

6.1. Как построить занятие по повышению физической активности?

Каждая оздоровительная тренировка должна состоять из трех фаз.

1. Разминочная часть занятия

Основные цели разминки:

- разогреть организм, начиная с мелких мышечных групп и постепенно переходя на более крупные;
- вызвать определенное ускорение темпа сердечных сокращений так, чтобы организм мог более плавно повышать свой пульс до значений, соответствующих аэробной фазе (начать с медленной ходьбы).

В разминочной части не выполняют упражнения с силовым компоненте, так как они приводят организм в состояние утомления еще до вхождения в аэробную зону и не позволяют достичь последней в зоне основных усилий. При разминке необходимо чередовать общеразвивающие упражнения с дыхательными. Для лиц с АГ разминочная часть может быть увеличена с 5 до 15-20 минут для более постепенного достижения тренировочных режимов.

2. Основная часть тренировочного занятия (аэробная фаза)

Эта вторая фаза является главной во всех аэробных усилиях. Занимаясь три раза в неделю, нужно стремиться обеспечить рост своих аэробных возможностей. Выбрав тот вид аэробной нагрузки, который вам больше нравится (бег, ходьба, плавание, аэробная ритмическая гимнастика, аэробные танцы и т. д.), следует довести интенсивность нагрузки до уровня 50-70% от максимальной возрастной ЧСС и удерживать эту интенсивность не менее 20-30 минут за занятие. И это будет тренировка в зоне тренирующего действия нагрузки, т.е. оптимальная для наращивания аэробных возможностей организма, с которыми непосредственно связан оздоровительный эффект тренировки.

3. Заключительная часть занятия.

Эта третья фаза – фаза выхода из аэробной нагрузки – очень важна для постепенной адаптации организма к обычному режиму жизнедеятельности. Продолжительность ее (20-30 мин) зависит от наличия или отсутствия комплекса дополнительных упражнений, включаемых в эту фазу. Переходя из основной части в заключительную, следует продолжать движение, постепенно снижая интенсивность (фаза остывания). Нельзя резко прекращать движение. Двигаясь в более медленном темпе, постепенно уменьшаем частоту сердечных сокращений.

Составной частью заключительной части занятия, после выхода из непосредственно аэробной части, может явиться (по желанию) выполнение упражнений для формирования качеств гибкости, силы и прочих необходимых физических качеств. Заключительная часть занятия включает движения, укрепляющие мышцы и развивающие гибкость. Упражнения на растягивание, не слишком нагрузочные силовые упражнения вполне отвечают назначению этого этапа занятий.

Необходимо обратить особое внимание на развитие гибкости шейного отдела позвоночника, т.к. этот вид упражнений улучшает венозный отток в бассейне позвоночных артерий, вследствие чего у больных АГ уменьшаются явления вертебро-базилярной недостаточности. При выполнении упражнений для шейного отдела позвоночника следует избегать сильного отклонения головы назад, круговых движений головой. Допустимы повороты головы вправо-влево, наклоны головы вперед, к правому и левому плечу, вытягивание подбородка и шеи вперед. В заключительной (III) части занятия используются дыхательные упражнения. Для снижения сосудистого тонуса и быстрее наступления состояния расслабления эф-

фективны дыхательные упражнения с удлиненным выдохом (выдох длиннее вдоха), упражнения на растягивание и упражнения на расслабление.

6. 2. Как построить всю программу тренирующих занятий?

Программа должна иметь 3 периода:

I – вводно-адаптационный, или подготовительный (6-8 недель)

II – основной тренировочный период (до 40 недель)

III – спортивно-оздоровительный, или поддерживающий (без ограничения продолжительности) Длительность тренировки в I периоде 45-60 минут, во II и III периодах длительность одной тренировки составляет от 45 до 90 минут

Задачи I периода:

- адаптация организма к начальному режиму физических нагрузок
- укрепление опорно-двигательного аппарата
- овладение начальными навыками дыхания при нагрузке, расслабления, самоконтроля. Особое внимание необходимо уделять с самого начала правильной постановке стопы. Стопа ставится на пятку и «перекачивается» с пятки на носок по наружному краю стопы. Махательные движения рук идут в такт с шаговыми движениями. Вдох и выдох тоже совершаются в такт с шагом (4 коротких вдоха сменяют 4 коротких выдоха).

Задачи II периода:

- адаптация организма к тренирующим аэробным нагрузкам дальнейшее повышение функциональных возможностей организма
- закрепление усвоенных навыков в выполнении упражнений с различной направленностью.

Задачей III периода является поддержание достигнутого уровня физических качеств и функциональных возможностей организма.

6. 3. Как оценить эффективность тренирующего воздействия физической активности?

При регулярных физических тренировках оптимальными являются тренировки 3-4 раза в неделю. Дальнейшее увеличение частоты занятий до 5 раз в неделю не дает дополнительного прироста аэробных возможностей организма, но может увеличить возможность травматизации. Таким образом, 3–4-х разовые занятия вполне обеспечивают необходимый оздоровительный эффект.

Надежными показателями эффективности тренирующих воздействий и улучшения здоровья лиц с мягкой и умеренной АГ являются со временем:

- урежение пульса в покое
- более быстрая восстанавливаемость частоты сердечных сокращений до исходных значений после тренирующих занятий (примерно в течение 10 минут)
- тенденция к снижению и стабилизации АД
- возможность постепенного увеличения физической нагрузки без увеличения утомляемости;
- улучшение сна, настроения, самочувствия.

7. Информационная часть – 10 минут

7.1. Каковы основные мотивы повышения физической активности в пожилом возрасте?

Основными мотивами для занятий физической активностью в пожилом возрасте могут быть:

- физическая активность способствует увеличению независимости в ежедневных делах и развивает гибкость, координацию движений, снижает вероятность падений и травм
- физическая активность замедляет процесс старения, задерживает прогрессирование возрастных и атеросклеротических изменений, улучшает функциональное состояние основ-

ных систем организма (с помощью физической активности люди старшего возраста могут достигнуть такого же уровня тренированности, как и у людей моложе на 15-20 лет)

- физическая активность снижает АД, уровень холестерина крови.

При занятиях физической активностью в пожилом возрасте очень важно придерживаться следующих принципов:

- начинать занятия физической активностью с разминки (медленная ходьба и потягивания, упражнения для дистальных отделов конечностей и постепенное включение в нагрузку всего аппарата кровообращения)
- пациенты должны постепенно увеличивать занятия до 30 минут в день. Если до этого они вели малоподвижный образ жизни, этот период должен продолжаться минимум три недели
- наиболее эффективны – ходьба по пересеченной местности, лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде, тренировки на велоэргометре, тренажере и др., а также ежедневная утренняя гимнастика (или длительная прогулка в лесу, парке, сквере)
- рекомендации по повышению уровня физической активности у пожилых требуют большого внимания, должны проводиться специалистом, желательно после тестирования на толерантность к физическим нагрузкам. С большой осторожностью должны включаться в тренировки пожилых людей такие виды нагрузок как бег, прыжки, упражнения с тяжестями, которые могут явиться причиной травматизма и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Также для этой категории лиц исключаются все виды соревновательной деятельности
- следует также исключать упражнения с длительной задержкой дыхания, натуживанием, с резкими движениями, вращениями головой, с длительными наклонами головы вниз, подскоками и т.п.

7.2. Есть ли особенности физической активности для лиц с ожирением?

Физическая активность – важный компонент любой программы по снижению веса. Шансы снизить вес и поддерживать его будут намного больше, если заниматься умеренной физической активностью. Этот режим должен комбинироваться с соответствующей программой по питанию. Основные рекомендации для лиц с ожирением:

- пациентам с ожирением рекомендуется физическая активность от низкого до умеренного уровней: ходьба, езда на велосипеде, гребля или плавание
- большинство людей с ожирением и ведущих неподвижный образ жизни получают удовольствие от ходьбы
- если снижение веса является основной целью программы физической активности, поощряйте ежедневную аэробную активность. Помните, что утилизация 3500 калорий сжигает примерно 450 г жира
- длительные занятия физической активностью (более 30 минут) приводят к использованию жира как источника энергии. Таким образом, целесообразнее рекомендовать увеличение занятия за счет продолжительности и объема, чем за счет увеличения интенсивности
- напоминайте о том, что двигательная активность должна приносить удовольствие, проводиться в комфортных условиях, для занятий рекомендуется носить соответствующую обувь и удобную одежду. Следует принимать во внимание климатические условия.

8. Заключение – 5 минут

ИНСТРУКЦИЯ. Помогите разработать личные планы для программы по физической активности для желающих.

Обсудите в режиме диалога выбор соответствующего типа и уровня физической

нагрузки, которая подошла бы к их повседневной жизни, возрасту, тренированности, состоянию здоровья, была бы малотравматичной и не имела бы побочного эффекта.

Занятие 5. КУРЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ

Продолжительность занятия 90 минут

Структура занятия

1. Вводная часть – 5 минут
- 1.1. Знакомство, представление участников. Описание цели и сценария занятия. Уточнение пожеланий от занятия
2. Активная часть – 10 минут
- 2.1. Выявление информированности о курении и отношения к курению
3. Информационная часть – 15 минут
- 3.1. Компоненты табачного дыма. Влияние курения на индивидуальное здоровье. Миф о легких сигаретах
4. Активная часть – 15 минут
- 4.1. Метод опроса: оценка типа курительного поведения и статуса курения
- ПЕРЕРЫВ – 5 минут**
5. Информационная часть – 10 минут
- 5.1. Причины закуривания и курения. Никотиновая зависимость. Почему люди курят? Почему курят дети? Почему курят взрослые?
6. Активная часть – 5 минут
- 6.1. Заполнение вопросника по оценке степени никотиновой зависимости
7. Информационная часть – 10 минут
- 7.1. Современные методы лечения табакокурения
8. Активная часть – 15 минут
- 8.1. Оценка степени мотивации и готовности к отказу от курения
9. Подведение итогов – 5 минут

Целевая группа для занятия «Курение и здоровье»: курящие пациенты с артериальной гипертензией и (по желанию) члены семей некурящих пациентов с артериальной гипертензией, которые курят и хотят больше узнать о влиянии курения на здоровье.

1. Вводная часть – 5 минут**1.1. Знакомство, представление участников. Описание цели и сценария занятия. Уточнение пожеланий слушателей**

ЦЕЛЬ занятия 5 «Курение и здоровье»:

- формирование у пациентов с артериальной гипертензией и членов их семей мотивации к оздоровлению и отказу от курения через:
- информирование (о влиянии курения табака на здоровье человека, влияние отдельных компонентов табачного дыма на различные органы и системы, в частности, – на сердечно-сосудистую систему; об особенностях «активного» и «пассивного» курения)
- обучение (самоанализ причин и факторов курения, «почему человек курит?»; самооценка типа курительного поведения, степень табачной зависимости, стадии курения, готовность к отказу от курения; выбор способа и метода отказа от курения).

После занятия слушатели **будут знать**:

- о вредном воздействии табачного дыма на организм
- о влиянии курения на здоровье
- о типах курительного поведения
- что такое никотиновая зависимость
- как можно избавиться от курения.

Слушатели по окончании занятия **должны уметь**:

- определять степень никотиновой зависимости
- оценить степень мотивации отказа от курения
- сделать осознанный и информированный выбор способа отказа от курения из существующего арсенала современных методов лечения.

2. Активная часть – 10 минут**2.1. Выявление информированности о курении и отношения к курению**

ИНСТРУКЦИЯ. Обсудите со слушателями проблему курения. Для этого рекомендуется применить метод «анализа проблемы», который кратко состоит в следующем. Цель метода: определить систему взглядов на проблему курения, собрать информацию о мнении слушателей по проблеме для использования ее в дальнейшем, чтобы взглянуть на проблему курения «свежим» взглядом. Метод прост, но требует управления временем, так как может неоправданно долго затянуться. Поэтому следите за временем. Задавая вопрос, записывайте ответ на доске и доске-блокноте (флип-чарт), чтобы визуализировать и в последующем обсудить их.

Многоступенчатый процесс «вопросы-ответы», фиксируемый письменно, помогает:

- вызвать заинтересованность к проблеме курения
- выявить осведомленность аудитории и отношение к проблеме курения
- выявить наиболее актуальные с точки зрения слушателей вопросы
- раскрыть проблему курения с различных сторон и подготовить слушателей для информационной части занятия. Информационная часть должна базироваться на вопросах, выдвинутых во время этого обсуждения.

Есть шесть простых, но очень действенных вопросов, помогающих решить основную цель данной части занятия, – определить систему взглядов слушателей на проблему курения, оценить отношение к курению, взглянуть на проблему курения «свежим» взглядом, чтобы принять дальнейшие решения.

Вопросы:

- **Кто?** – Кто из слушателей или их родственников курит?
- **Что?** – Что для Вас означает – «курение» (какие возникают ассоциации)?
- **Где?** – Где Вы (или родственники) обычно курите (или курят)? (выяснить условия, способствующие курению).
- **Когда?** – Когда чаще всего Вы (или родственники) курите (или курят)? (или бросали ли Вы курение ранее?)
- **Почему?** – Почему, по Вашему мнению, Вы курите? (выяснить индивидуальные причины курения).
- **Как?** – Как Вы относитесь к своему курению (или курению родственников)? (хотите ли бросить эту вредную привычку?)

ПРИМЕРЫ. На вопрос «Что для Вас означает «курение»?» могут последовать следующие цепочки ответов:

- никотин/смола/вред/вредное воздействие/болезни/
- артериальная гипертензия/рак легких/
- удовольствие/расслабление/привычка/комфорт и т. д. и т. д.

ИНСТРУКЦИЯ. Запишите на доске (листе бумаги) наиболее часто встречающиеся ответы, уточните что из перечисленного слушатели хотели бы узнать подробнее. Используйте ответы при последующем ведении занятия и постарайтесь ответить на запросы

слушателей. Если встретятся вопросы, которые Вы не планировали обсудить на данном занятии или для ответа на которые потребуется подготовка, перенесите обсуждение на следующее занятие. Помните, что все обещанные ответы необходимо записать и обязательно осветить на следующем занятии. Это важно для поддержания Вашего авторитета перед слушателями.

3. Информационная часть – 15 минут

3.1. Компоненты табачного дыма. Влияние курения на индивидуальное здоровье. Миф о легких сигаретах

Компоненты табачного дыма

Компоненты табачного дыма обладают различными механизмами токсического и канцерогенного действия на организм. При курении образуются два потока дыма: основной и побочный. Основной поток образуется в горящем конусе сигареты (сигары, папиросы и др.) и в горячих зонах во время глубокого вдоха (затяжки), он проходит через весь стержень и попадает в дыхательные пути курильщика.

Побочный поток образуется между затяжками и выделяется из обугленного конца в окружающий воздух.

Между основным и побочным потоками имеется и количественная, и качественная разница. Побочный поток, характеризующий «пассивное» курение, содержит большинство компонентов в значительно меньшем количестве, чем основной поток, однако вследствие различий химических процессов при горении и тлении и различий в степени контакта продуктов горения с кислородом воздуха в побочном потоке в больших количествах образуются аммиак, амины (включая ароматические) и летучие канцерогенные нитрозамины. Содержание никотина в твердой фазе побочного потока иногда превышает его содержание в основном. В целом загрязненный дымом воздух в помещении по составу нельзя рассматривать как «разбавленный» основной поток.

В виде взвешенных частиц в парообразной фазе табачного дыма содержатся токсические вещества (окись углерода, ацетальдегид, окись азота, цианистый водород, аммиак, акролен и др.), канцерогенные вещества (формальдегид, 2-нитропропан, гидразин, уретан, бензол, хлористый винил и др.), в том числе с доказанным канцерогенным влиянием на здоровье человека (бензол и хлористый винил).

Основным опухолеобразующим действием на организм обладают вещества, содержащиеся в твердой фазе табачного дыма, («смолы»), вызывая развитие как доброкачественных, так и злокачественных новообразований.

В табачном дыме содержатся кроме контактных канцерогенов различные органоспецифические канцерогенные вещества, вызывающие рак пищевода, поджелудочной железы, почечных лоханок, мочевого пузыря. Это, в первую очередь, – многочисленные N-нитроамины, никель, кадмий, полоний-210.

Нитрозамины образуются из никотина при реакции с компонентами воздуха. Сигареты, приготовленные из высушенного на открытом воздухе табака, содержат значительно больше нитроаминов. Уровень нитроаминов выше в табачных изделиях, приготовленных из табачной смеси, содержащей стебли и жилки листьев.

Никотин относится к тромбообразующим факторам, вызывая повреждение эндотелиальных клеток крупных и мелких сосудов. Он способствует развитию атеросклероза, усугубляя повышение уровня холестерина в крови. Все это приводит к поражению сосудов сердца, головного мозга, периферических артерий, аорты, и, в конечном итоге, – развитию ишемической болезни сердца, гипертонии, нарушениям мозгового кровообращения.

Смоли содержат большинство известных опухолеобразующих веществ твердой фазы табачного дыма.

Кадмий – тяжелый металл, обладает выраженным токсическим действием на все клетки органов дыхания. Радиоактивный **полоний-210** адсорбируется в табачный дым из атмосферы,

период его полураспада превышает 138 суток, поэтому он очень долго остается в организме, что обуславливает его длительную экспозицию как выраженного канцерогена.

Окись углерода (СО) в организме курящего человека связывается с гемоглобином, образуя комплекс СО-гемоглобин – карбоксигемоглобин. Он гораздо устойчивее оксигемоглобина, циркулирует в крови намного дольше, нарушая тем самым насыщение гемоглобина кислородом и его отдачи в тканях. Характерный для курящего человека серый оттенок кожных покровов – проявление нарушения транспорта кислорода в тканях.

Влияние курения на индивидуальное здоровье

Сердце и сосуды. Известно, что всасываемость большинства веществ со слизистой полости рта может быть по своей скорости попадания в кровь сопоставима с внутривенным введением. Табачный дым содержит компоненты, которые, всасываясь уже со слизистой полости рта, значительно уменьшают насыщение крови кислородом. Так, окись углерода, соединяясь с гемоглобином крови, превращает его значительную часть в карбоксигемоглобин, который блокирует перенос кислорода к тканям и органам. Это приводит к хроническому кислородному голоданию, увеличивает нагрузку на сердце, которому требуется больше прокачивать такую малонасыщенную кислородом кровь по сосудам. Это очень опасно тяжелыми осложнениями, особенно при уже имеющихся в организме заболеваниях сердца и сосудов. Никотин оказывает множественное повреждающее влияние и принимает патогенетическое участие практически во всех звеньях, ответственных за развитие атеросклероза: нарушениях сосудистого тонуса, повреждении сосудистой стенки, нарушениях свертывающей системы крови и транспорта липидов крови. В сочетании с хронической кислородной недостаточностью тканей и на фоне увеличивающейся в этих условиях нагрузки на сердце, риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний значительно возрастает.

Установлено, что у курящих чаще развивается артериальная гипертония, появляется стенокардия напряжения, возникает инфаркт миокарда. Эти заболевания у курящих труднее поддаются лечению и чаще протекают с осложнениями, которые могут стать причиной смерти.

При преобладании поражений периферических сосудов (чаще бедренных артерий и их ветвей) развивается сосудистая недостаточность кровоснабжения сосудов ног, что на фоне постоянной потребности в выполнении нагрузок (ходьба, бег) приводит к возникновению перемежающейся хромоты – заболевания, значительно ограничивающего трудоспособность человека и очень часто на своей финальной стадии развития приводящего к гангрене конечностей. Нередко в таких случаях требуется ампутация для спасения жизни больного.

Мозг, нервная система. В первую очередь мозговая ткань и вся нервная система страдают от хронического кислородного голодания – это головные боли, головокружение, снижение работоспособности, утомляемость, ухудшение усвоения нового, что особенно свойственно подрастающему организму. Конечно, не все курильщики испытывают эти ощущения или осознают их связь с курением. Со временем сосуды мозга, наравне со всей сосудистой системой, подвергаются кумулирующему токсическому влиянию табакокурения и как следствие – осложнения в виде преходящих или стойких нарушений мозгового кровообращения (мозговой инсульт) и др. Страдает и вся нервная система; неустойчивость настроения, раздражительность, повышенная утомляемость свойственны почти всем курильщикам. Страдают и периферическая нервная система, развиваются местные или распространенные невриты, что очень неблагоприятно для прогноза при сочетании с поражениями сосудов.

Дыхательная система. Поражение верхних дыхательных путей, трахеи, гортани, бронхов и легких связано со всем многообразием негативного влияния табакокурения: прямое и не прямое токсическое и канцерогенное, контактное канцерогенное и органоспецифическое канцерогенное действие, высокая температура табачного дыма и др. Немаловажное значение имеет иммунодепрессивное влияние табака и компонентов его метаболизма на сопротивляемость другим патогенным факторам (инфекциям, неблагоприятным экологическим воздействиям, производственным вредностям и др.). Воспалительные изменения со стороны всего

тракта дыхательной системы, выраженные, конечно, в различной степени, приобретают практически все курильщики. Раковые заболевания губ, ротовой полости, языка, глотки, гортани, трахеи, бронхов, легких считаются причинно связанными с курением.

Пищевод, желудок, поджелудочная железа, желчный пузырь. Попадание дериватов табачного дыма (никотин, смолы) со слюной в пищевод, а затем в желудок приводит к развитию хронического, нередко, эрозивного воспаления, которое может перейти в язвенную болезнь и злокачественное новообразование. Вовлечение метаболитов табака во многие звенья обмена нарушает экскрецию желез внутренней секреции, отягощает и провоцирует скрытые или начальные изменения, может способствовать провокации манифестации сахарного диабета, дискинезии желчного пузыря. Следствием длительного и интенсивного курения нередко является также рак поджелудочной железы, желчного пузыря.

Мочеполовая система. Курение женщин часто приводит к нарушениям детородной функции, которые проявляются в бесплодии, привычных выкидышах, патологии течения беременности и родов. Особенно это грозит женщинам, которые продолжают курить во время беременности. К сожалению, обследование беременных показывает, что только немногие из них, решив стать матерью, бросают курить. Продолжение курения во время беременности очень негативно отражается на здоровье новорожденного, увеличивается риск мертворождения. Дети курящих матерей часто рождаются недоношенными, отстают в развитии, имеют низкую сопротивляемость инфекциям и другим заболеваниям. Курение мужчин, особенно интенсивное и длительное, нередко приводит у них к проблемам в сексуальной жизни, увеличивает риск импотенции, встречаются и случаи мужского бесплодия, которые можно связать с курением. С возрастом у курящих и мужчин, и женщин повышается риск злокачественных новообразований мочеполовой системы (мочевого пузыря и др.).

Кожа, зубы, внешний вид. Курящего человека можно сразу узнать из толпы. Цвет, тургор кожи, преждевременные морщины, склонность к сухости кожных покровов, желтые зубы, подверженные в большей степени, чем у некурящего, заболеванию кариесом, желтые пальцы рук свидетельствуют о хроническом отравлении организма продуктами табачного дыма. Голос становится нередко хриплым. Особенно это быстро становится заметным у молодых девушек. В последнее время даже появился термин «лицо курильщика».

Костная система. У курящих часто развивается остеопороз (потеря костной ткани, ломкость костей), особенно он опасен женщинам в постменопаузальный период. Распространенность этого заболевания увеличилась по ряду причин: вследствие старения населения и увеличения в населении болезней пожилых, вследствие значительной распространенности сидячих профессий и снижения общего уровня физической активности населения, а также в связи с неблагоприятными факторами, исходящими из неправильного питания и поведенческих привычек. Курение является одной из причин остеопороза, который значительно увеличивает риск переломов, особенно переломов шейки бедра. Причина развития остеопороза у курящих также связана с многогранным неблагоприятным влиянием компонентов табачного дыма: токсическое действие на остеокласты (клетки регенерации костной ткани), хроническая витаминная недостаточность, в первую очередь, – недостаточность витамина D, необходимого для всасывания солей кальция в кишечнике, нормального его обмена и проникновения в костную ткань и др. Нарушения питания, его несбалансированность по основным питательным веществам, нередко имеющаяся у курящих, способствуют прогрессированию патологии со стороны костной системы.

Пассивное курение так же вредно для здоровья, как и курение, разница может быть лишь только в экспозиции (интенсивности). Имеются данные об увеличении заболеваемости раком легких среди жен заядлых курильщиков. Дети, в присутствии которых курят родители, не только подвергаются в той же степени вреду курения, что и сами курящие, но и, имея перед собой пример курящих взрослых, чаще закуривают, став взрослее.

Мифы о «легких» сигаретах

Так называемые «легкие» сигареты стали одним из главных ответов табачной индустрии на обеспокоенность общественности проблемой влияния курения на здоровье и главной отговоркой курильщиков, не желающих бросить курить.

«Легкие сигареты» подразумевают тенденцию понижения количества никотина и смол в сигаретах, и поэтому считаются более «безопасными».

Исследования показывают, что

- во-первых, смысл термина «**легкие сигареты**» существенно варьирует применительно к различным маркам, и многие легкие сигареты вообще **не являются легкими**. Многие так называемые «мягкие» сорта сигарет характеризуются **крайне высоким содержанием смол**;
- во-вторых, если даже курение сигарет с очень низким содержанием смолы и может способствовать снижению рака легкого, то этот эффект будет крайне незначительным по сравнению с полным отказом от курения. В отношении сердечно-сосудистых заболеваний **этот риск не снижается вообще**;
- в-третьих, употребляя легкие сигареты, курильщик **выкуривает их гораздо большее количество**, чтобы «утолить жажду» и обеспечить «необходимую» концентрацию никотина в крови.

Безвредных сигарет просто не существует. Говорить о «легких» сигаретах – все равно, что говорить о «легком» цианиде или «легком» мышьяке.

Табачные компании стремятся нейтрализовать беспокойство курильщиков, предлагая легкие сигареты, обладающие необходимым для курильщиков вкусом (никотиновой дозой). На самом деле обеспечить такое взаимоисключающее сочетание невозможно. Большинство людей просто не представляют, насколько официальные данные о содержании никотина, смол и окиси углерода могут быть обманчивыми. Эти данные основаны на результатах тестов с использованием машин, имитирующих процесс курения среднего человека. Однако при курении количество токсичных компонентов, попадающих в организм при каждой затяжке, прямо зависит от того, как именно сигарета выкуривается: если сигарету с объявленным содержанием смолы в 6 мг выкурить быстро и интенсивно, то в организм может попасть вчетверо большее количество смолы.

Способами, уменьшающими содержания смолы, являются:

- ускорение процесса сгорания сигареты (уменьшается количество затяжек): курильщик может приспособиться к ускоренному сгоранию, делать больше затяжек, и получить привычные дозы смол и никотина
- вентиляции **фильтров**: продельваемые в фильтрах микроскопические отверстия дают возможность затягивать больше воздуха и меньше дыма; курильщики легко блокируют вентиляционные отверстия пальцами и губами в процессе курения, тем самым резко увеличивая уровень вдыхаемого никотина и смолы.

Таким образом, курильщики легких сигарет часто модифицируют процесс курения, чтобы компенсировать потерю смолы и никотина: они затягиваются чаще, глубже, оставляют более короткие окурки, выкуривают больше сигарет и закрывают вентиляционные отверстия в фильтре.

Наиболее негативным аспектом сигарет с низким содержанием токсичных веществ является то, что они мешают курильщикам бросить курить: это отчетливо следует из маркетинговых документов разных табачных компаний:

«Имеющиеся у нас данные показывают, что курильщики этих сортов сигарет (с содержанием смолы менее 6 мг) практически не бросают курить; имеются основания предполагать, что появление сигарет с ультранизким содержанием смолы удержало на рынке определенное количество готовых бросить курить людей, поскольку они получили приемлемую альтернативу»...

«Желание бросить курить, и используемый многими аргумент, что переход на сигареты с пониженным содержанием смолы и никотина является лишь промежуточным шагом на пути к неизбежному полному отказу от курения, фактически могут способствовать значительному расширению рынка».

4. Активная часть – 15 минут

4.1. Метод опроса: оценка типа курительного поведения и статуса курения

ИНСТРУКЦИЯ. Прежде чем предложить слушателям самооценку типа курительного поведения, дайте краткую информацию о типах курительного поведения, стадиях курения табака.

Типы курительного поведения

Курение табака относится к поведенческим характеристикам человека, имеющим самую тесную связь с психосоматическими особенностями, что обуславливает сложность механизмов контроля и коррекции такого поведения. С одной стороны, в обществе, где курение принимается как норма (а иногда мода) поведения, механизмы его искоренения должны лежать в гигиеническом и этическом воспитании, прививающем социальную неприемлемость курения коллективом, семьей и воспитании отношения к самой привычке выпускать дым ртом или носом как к противоестественной для живого существа. Вместе с тем, с другой стороны, при курении развиваются сложные психосоматические связи и нарушения, требующие уже медицинского вмешательства, и в этих случаях уже следует говорить о лечении табакокурения.

«Курительное поведение» – комплексная характеристика индивидуальных особенностей поведения курящего, причины курения, характера курения и т. д., позволяющая наряду с другими характеристиками (возраст, пол, стаж и интенсивность курения, стадия курения, микросоциальная среда, психологическая готовность к отказу от курения) выбрать наиболее приемлемый подход к лечению табакокурения в каждом конкретном случае.

С клинической точки зрения предлагается дифференцировать курение табака на привычку к курению и табачную зависимость. Вместе с тем следует признать условность такого деления и сложность проведения четкой границы между ними. В одних случаях привычка и зависимость выступают как последовательные этапы становления заболевания, и можно проследить эффект «доза – стаж – зависимость». В других случаях курение табака долгие годы остается простой привычкой, не влекущей за собой сложных органических нарушений и может быть достаточно легко искоренена волевым усилием курящего без посторонней помощи.

Для определения типа курительного поведения рекомендована анкета, разработанная Д. Хорном (см. ниже анкету и инструкцию).

На основании этой анкеты выделяют курительное поведение шести типов: «стимуляция», «игра с сигаретой», «расслабление», «поддержка», «жажда», «рефлекс». Тип курительного поведения в большинстве случаев носит смешанный характер, но опрос по анкете Д. Хорна позволяет выделить:

- доминирующий тип курения
- ситуации привычного поведения
- причины курения.

«**Стимуляция**». Курящий верит, что сигарета обладает стимулирующим действием: взбадривает, снимает усталость. Курят, когда работа не ладится. У курящих с данным типом отмечается высокая степень психологической зависимости от никотина. У них часто отмечаются симптомы астении и вегето-сосудистой дистонии.

«**Игра с сигаретой**». Человек как бы «играет» в курение. Ему важны «курительные» аксессуары: зажигалки, пепельницы, сорт сигарет. Нередко он стремится выпускать дым на

свой манер. В основном курят в ситуациях общения, «за компанию». Курят мало, обычно 2-3 сигареты в день.

«**Расслабление**». Курят только в комфортных условиях. С помощью курения человек получает «дополнительное удовольствие» к отдыху. Бросают курить долго, много раз возвращаясь к курению.

«**Поддержка**». Этот тип курения связан с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Курят, чтобы сдержать гнев, преодолеть застенчивость, собраться с духом, разобраться в неприятной ситуации. Относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение.

«**Жажда**». Данный тип курения обусловлен физической привязанностью к табаку. Человек закуривает, когда снижается концентрация никотина в крови. Курит в любой ситуации, вопреки запретам.

«**Рефлекс**». Курящие данного типа не только не осознают причин своего курения, но часто не замечают сам факт курения. Курят автоматически, человек может не знать, сколько выкуривает в день, курит много: 35 и более сигарет в сутки. Курят чаще за работой, чем в часы отдыха; чем интенсивнее работа, тем чаще в руке сигарета.

ИНСТРУКЦИЯ. Анкета предназначена для самозаполнения и может быть оценена как самим пациентом, так и врачом или медицинской сестрой.

Анкета Д. Хорна

Категории вопросов	Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никогда
А. Я курю для того, чтобы не дать себе расслабиться	5	4	3	2	1
Б. Частичное удовольствие от курения я получаю еще до закуривания, разминая сигарету	5	4	3	2	1
В. Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться	5	4	3	2	1
Г. Я закуриваю сигарету, когда выхожу из себя, сержусь на что-либо	5	4	3	2	1
Д. Когда у меня кончаются сигареты, мне кажется невыносимым время, пока я их не достану	5	4	3	2	1
Е. Я закуриваю автоматически, даже не замечая этого	5	4	3	2	1
Ж. Я курю, чтобы стимулировать себя, поднять тонус	5	4	3	2	1
З. Частичное удовольствие мне доставляет сам процесс закуривания	5	4	3	2	1
И. Курение доставляет мне удовольствие	5	4	3	2	1
К. Я закуриваю сигарету, когда мне не по себе и я расстроен чем-то	5	4	3	2	1
Л. Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю	5	4	3	2	1
М. Я закуриваю новую сигарету, не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице	5	4	3	2	1

Н. Я закуриваю, чтобы «подстегнуть» себя	5	4	3	2	1
О. Когда я курю, удовольствие я получаю, выпуская дым и наблюдая за ним	5	4	3	2	1
П. Я хочу закурить, когда удобно устроился и расслабился	5	4	3	2	1
Р. Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным и хочу забыть обо всех неприятностях	5	4	3	2	1
С. Если я некоторое время не курил, меня начинает мучить чувство голода по сигарете	5	4	3	2	1
Т. Обнаружив у себя во рту сигарету, я не могу вспомнить, когда я закурил ее	5	4	3	2	1

Анкета состоит из 18 вопросов (6 блоков по 3 вопроса). Ответ на каждый вопрос оценивается по пятибалльной шкале (1-никогда; 2-редко; 3-не очень часто; 4-часто; 5-всегда).

Блоки вопросов характеризуют 6 типов курительного поведения:

- А+Ж+Н = Стимуляция; Г+К+Р = Поддержка;
 Б+З+О = «Игра» с сигаретой; Д+Л+С = Жажда;
 В+И+П = Расслабление; Е+М+Т = Рефлекс.

Интерпретация ответов проводится по сумме трех вопросов соответствующего блока.

Сумма баллов 11 и более указывает, что пациент курит именно по этой причине. Сумма баллов от 7 до 11 является пограничной и говорит о том, что это в некоторой степени может быть причиной курения пациента. Сумма меньше 7 говорит о том, что данный тип курения для пациента не характерен.

ИНСТРУКЦИЯ. В таблице представлены утверждения, описывающие ощущения и мнение самого курильщика. Насколько эти ощущения характерны для Вас? Как часто Вы это ощущаете? Дайте ответ на каждый вопрос, обводя цифру в наиболее соответствующей для Вас колонке.

Диагностика типа курительного поведения помогает в выборе тактики при лечении табакокурения.

Оценка статуса курения, помимо определения типа курительного поведения, также включает оценку:

- риска развития заболеваний в результате табакокурения
- степени никотиновой зависимости
- степени мотивации бросить курить.

Оценка курения как фактора риска развития заболеваний проводится по индексу курения (ИК), который рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ИК} = (\text{число сигарет, выкуриваемых в день}) \times 12$$

ИК > 140 свидетельствует о том, что риск развития хронических обструктивных болезней легких крайне высокий.

Оценка степени никотиновой зависимости и мотивации к отказу от курения изложены ниже (в частях 6 и 8 данного занятия).

Оценка статуса курения

Как показывают многие исследования, более 70% курящих людей, посещающих врачей разных специальностей, хотели бы отказаться от курения. Многие хотя бы один раз попробовали самостоятельно бросить курить, но возникающие симптомы отмены, с которыми пациенту тяжело справиться самостоятельно, приводили к неудаче. По данным ряда исследователей, большинство курящих определяют совет врача бросить курить важным для формиро-

вания мотивации к полному отказу от курения. Таким образом, врачи имеют уникальную возможность выявлять и лечить пациентов, употребляющих табак.

Первым шагом в лечении табачной зависимости является выявление курящих лиц, оценка этого фактора риска и степени табачной зависимости, а также степени мотивации по отказу от курения, т. е. оценка статуса курения. Результатом этого шага является отнесение пациента к одной из 4 групп:

- 1) постоянно курящие пациенты, твердо желающие бросить курить
- 2) постоянно курящие пациенты, не желающие бросить курить, но не отвергающие такую возможность в будущем
- 3) постоянно курящие пациенты, отвергающие возможность бросить курить
- 4) пациенты, которые курят нерегулярно.

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

5. Информационная часть – 10 минут

5.1. Причины закуривания и курения. Никотиновая зависимость.

Почему люди курят? Почему курят дети? Почему курят взрослые?

Почему я курю, почему курят другие?

ИНСТРУКЦИЯ. При изложении данной части материала используйте ответы, полученные от слушателей в начале занятия при «анализе проблемы».

Причины закуривания и курения

Для профилактики курения среди некурящих, предупреждения закуривания, что, как известно, наиболее часто происходит в детском и подростковом возрасте, очень важно знать причины становления этой привычки.

Конечно, дети не могут вполне объективно ответить на вопрос, почему они начинают курить и курят. Их ответы отражают их представление о привычке к курению, которое складывается в обществе. Тот факт, что в нашем обществе курение продолжает быть приемлемой, даже модной, привычкой поведения, курение не осуждается ни в коллективах, ни в обществе в целом. Это приводит к тому, что 30% детей и подростков воспринимают курение как развлечение, 20% благодаря курению хотят «выглядеть взрослыми, независимыми». У девочек с курением связано желание «покрасоваться» – 40% девочек закуривают по этой причине. 40% девочек считают, что курение помогает им похудеть. Для мальчиков это менее характерно, только 10% мальчиков «красуются» благодаря курению и только 20% хотят похудеть благодаря курению.

Неблагоприятное положение среди детей и подростков отражается в том, что многие из них испытывают чувство тревоги, раздражительности, что многие выражают в курении: по этой причине курят 70% девочек и 70% мальчиков.

Эти цифры демонстрируют ярко выраженный социальный характер привычки к курению

Первоочередные меры по профилактике закуривания и прекращению курения среди подрастающего поколения должны заключаться в мерах общественного характера – **не запрещение, а создание условий адекватной замены, атмосферы неприятия привычки к курению, представления о курении как асоциальной, немодной, «некрасивой» привычки.**

В противоположность детям и подросткам в среде курящих взрослых при объяснении причины курения преобладают мнения, что курение помогает им сосредоточиться на умственной деятельности, сконцентрировать внимание, помогает отдохнуть и расслабиться.

Специальные опросы показывают, что многие взрослые курильщики считают, что курение помогает им:

- стимулировать умственную деятельность
- концентрировать внимание (сосредоточиться)
- расслабиться, отдохнуть
- получить удовольствие
- общаться
- снизить вес
- жить.

Курение табака – сложная психосоциальная привычка, нередко перерастающая в зависимость физиологического характера, близкой к наркотической зависимости.

Никотин, содержащийся в табаке, вызывает развитие наркомании, физиологические и поведенческие процессы, определяющие табачную наркоманию очень похожей на аналогичные процессы, определяющие наркоманию, вызванную другими веществами, такими, как героин и кокаин.

6. Активная часть – 5 минут

6.1. Заполнение вопросника по оценке степени никотиновой зависимости

Оценка степени никотиновой зависимости

Для оценки степени никотиновой зависимости рекомендуется проводить опрос по тесту Фагерстрема.

ТЕСТ ФАГЕРСТРЕМА (ОЦЕНКА СТЕПЕНИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ)

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 мин	3
	В течение 6-30 мин	2
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-12	1
	21-30	2
	31 и более	3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов:

0-2 – очень слабая зависимость,

3-4 – слабая зависимость,

5 – средняя зависимость,

6-7 – высокая зависимость,

8-10 – очень высокая зависимость.

Степень никотиновой зависимости необходимо знать, чтобы правильно выбрать тактику и метод отказа от курения.

7. Информационная часть – 10 минут

7.1. Современные методы лечения табакокурения

ИНСТРУКЦИЯ. Ниже изложен справочный материал, необходимый при подготовке к занятию. Слушателям необходимо изложить его в краткой форме, акцентируя внимание на выборе индивидуальной тактики, показаниях и противопоказаниях разных методов.

Основное направление лечения табакокурения – поддержание установки на отказ от курения, замещение или «компенсация» привычки к курению, выработка отвращения к табаку (психологического или физиологического), снятие никотиновой абстиненции и симптомов табачной интоксикации.

Рациональная психотерапия выделяет роль самого пациента в деле сохранения и укрепления его здоровья, предоставляя ему активное начало. Критика взглядов, неверных установок должна проводиться деликатно, не провоцируя страх перед болезнью, по принципу – «помогаю, не унижайте».

Основные установки рациональной психотерапии – объяснить конкретному курильщику причины отказа от курения именно для него, для отказа от курения требуется усилие со стороны самого курящего, но есть эффективные приемы и способы избавления от этой вредной привычки.

Даже такая простейшая мера, как разумный совет врача, способствует стойкому отказу от курения в 10% случаев.

В настоящее время существует широкий арсенал методов лечения табакокурения (медикаментозных и немедикаментозных). Один из наиболее распространенных – **метод заместительной терапии** с использованием никотина («Никотинелл», «Никоретте» и др.) или никотиноподобные по физиологическому эффекту вещества (анабазина гидрохлорид, цититон, лобелии, «Гамибазин», «Табекс») в виде пластыря, дозированного аэрозоля или жевательной резинки. Назначение заместительной терапии преследует цель облегчить течение синдрома отмены. При их назначении необходимо строго следовать прилагаемой инструкции к применению, предусматривающей медленное выделение препарата из лекарственной формы по убывающей схеме.

Предостережение при применении метода заместительной терапии. Продолжительное и бесконтрольное поступление никотина в кровь несколько осложняет применение этого метода у больных с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и другими хроническими заболеваниями. Применение метода также ограничивают возможное развитие побочных действий препаратов: контактные дерматиты (при использовании пластырей), хронический насморк и раздражение слизистых (при использовании назального спрея), а также необходимость длительного (от 8-12 недель до года) употребления. Кроме того, при использовании жевательных резинок определенные неудобства возникают в связи с необходимостью длительного и постоянного (9-12 в день) жевания.

Применяемые ранее аверсионные методы лечения курения табака, в том числе и использование вяжущих средств (растворов азотнокислого серебра, медного купороса, протаргола, танина, эвкалиптового масла), сегодня потеряли свою актуальность. Действие этих веществ значительно ослабевает в течение 10-20 минут, а после приема пищи или жидкости и вовсе исчезает.

За последние годы появились зарубежные работы о применении нового способа лекарственной, не никотинзаместительной терапии табакокурения посредством антидепрессантов: бупропиона хлорида, в том числе и у больных ХОБЛ. Как утверждают авторы, в группе «здоровых» курильщиков, лечившихся препаратом соотношение успешного отказа от курения

ния по завершению одного года составляло 11-15% по сравнению с контрольной «плацебо» группой. При сочетании этого препарата с никотиновым пластырем, процент успеха возрастал до 20%, что выше, чем результат моно-никотин заместительной терапии (3-13%). В группе больных ХОБЛ эти показатели составляли 16% за период от 4-26 недель по сравнению с контролем (9%).

Предостережения. Однако бупропион хлорид находится в стадии изучения, и пока трудно делать определенные выводы о показаниях и противопоказаниях препарата, тем более что побочные действия (бессонница, тревожность, головная боль, сухость во рту, а в отдельных случаях, и конвульсии) описывались во всех исследованиях. Кроме того, в нашей стране эта группа препаратов в целях лечения табакокурения не разрешена к применению.

К разряду немедикаментозных методов относятся **психотерапевтические методы** лечения табачной зависимости. Опыт работы специалистов с этим методом показывает, что эффект (65%) достигается только при сочетании индивидуальной или групповой психотерапии с необходимой медикаментозной терапией или методами рефлексотерапии.

В последнее десятилетие широкое распространение при лечении табакокурения приобретают методы **рефлексотерапии**, которые лишены вышеуказанных недостатков, а главное – они эффективнее, чем традиционные методы медикаментозной терапии. При этом очень важны наблюдения и психологическая поддержка в течение года для предотвращения возврата к курению. По мнению ряда авторов, помимо лечения табачной зависимости, нетрадиционные методы терапии, и в частности рефлексотерапия, способствуют коррекции биологических дефектов у больных с бронхолегочной патологией и улучшению ряда клинических, иммунологических и функциональных показателей у этих больных.

Принципиально новые возможности метод рефлексотерапии получил с развитием квантовой медицины, в частности с применением метода **миллиметровой терапии (МТ)**. Проведенные исследования среди 3000 пациентов, получивших лечение МТ, показывают, что 69% из них отказываются от курения и остаются некурящими в течение года.

При табакокурении метод МТ позволяет нормализовать эмоционально-мотивационную сферу, купировать влечение, снизить или полностью устранить абстиненцию. Воздействие методом МТ с позиций квантовой теории нормализует сложную систему гомеостаза. Это воздействие реализуется путем нормализации процессов метаболизма нейрорефлекторных процессов. Одновременно наблюдается активация центральных механизмов адаптации и нормализация взаимоотношений нейромедиаторных систем, что в свою очередь способствует нормализации процессов торможения и возбуждения в центральной нервной системе.

МТ – это принципиально новый, эффективный метод консервативной немедикаментозной терапии, успешно применяющийся при лечении различных заболеваний, в том числе и табакокурения и заболеваний органов дыхания.

8. Активная часть – 15 минут

8.1. Оценка степени мотивации и готовности к отказу от курения

Оценка степени мотивации к отказу от курения может быть проведена с помощью двух простых вопросов (ответы в баллах)

1) Бросили бы Вы курить, если бы это было легко?		2) Как сильно вы хотите бросить курить?	
ОТВЕТ	Балл	ОТВЕТ	Балл
Определенно нет	0	Не хочу вообще	0
Вероятнее всего, нет	1	Слабое желание	1
Возможно, да	2	В средней степени	2
Вероятнее всего, да	3	Сильное желание	3
Определенно, да	4	Однозначно хочу бросить курить	4

Степень мотивации можно определить следующим образом:

Степень мотивации пациента к отказу от курения – сумма баллов по отдельным вопросам. Максимальное значение суммы баллов – 8, минимальное – 0.

- Сумма баллов больше 6 – пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения, и ему можно предложить лечебную программу с целью полного отказа от курения.
- Сумма баллов от 4-6 – слабая мотивация. Пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.
- Сумма баллов 3 и ниже означает отсутствие мотивации, и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.

ИНСТРУКЦИЯ. Обсудите со слушателями результаты опроса. При обсуждении можно включить частично и информационный материал, направленный на формирование мотивации к отказу от курения. Ниже приведен материал, который может быть полезен при обсуждении со слушателями проблемы мотивации и отказа от курения.

Отказ от курения: чего могут опасаться пациенты?

В основном, правильно построенная тактика и подобранная терапия позволяет пациенту безболезненно отказаться от курения. Пациентам с высокой степенью никотиновой зависимостью назначается терапия, способная исключить или максимально снизить симптомы отмены. Симптомы отмены должны фиксироваться пациентом ежедневно в течение от 2 недель до месяца отказа от курения, в зависимости от метода лечения. Возможные реакции симптома отмены следующие:

- сильное желание закурить
- возбудимость, беспокойство
- нарушение концентрации внимания
- раздражительность
- ухудшение настроения
- чувство гнева
- депрессия
- сонливость
- головная боль
- бессонница
- тремор
- потливость
- улучшение аппетита
- увеличение веса
- усиления кашля
- затруднение отхождения мокроты
- чувство заложенности в груди
- боли в мышцах
- головокружение.

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать возможность формирования у пациента причинно-следственной связи и убрать повод к возврату этой вредной привычки.

Увеличение веса проявляется у разных пациентов по-разному: у одних отмечается незначительная прибавка в весе, у других – более существенная. В среднем, за 2-3 месяца отказа от курения прибавление в весе – 3-4 кг. Многие пациенты этот вес в течение года теряют. Врач должен заранее предупредить пациента о такой возможности и в случае, если это может играть важную роль в принятии решения бросить курить, заранее разработать рекомен-

дации для потери лишнего веса и начать их выполнение за некоторое время отказа от курения.

Питание. Отказ от курения, постепенная ликвидация симптомов хронической табачной интоксикации сопровождаются улучшением вкусовой чувствительности, аппетита, нормализацией секреции пищеварительных желез, что в целом приводит к увеличению приема пищи и, следовательно, прибавке массы тела.

Этого можно избежать, если следовать некоторым несложным диетическим советам: избегать переедания, соблюдать основы рационального питания, пища должна содержать большое количество витаминов, минеральных солей, микроэлементов.

Рекомендуется: увеличение потребления источников витамина С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В₁ (хлеб грубого помола, крупы), витамина В₁₂ (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамина РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (хлеб грубого помола, растительное масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы).

В качестве источника углеводов предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, «закислением» внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье (минеральные воды, соки, овощные отвары).

Какой вред наносит курение табака обществу?

Позиция Всемирной Организации Здравоохранения и Минздрава России.

Всемирная Организация Здравоохранения приводит такие факты, которые важно помнить и специалистам, и всем курящим:

- Курение станет причиной смерти примерно половины тех, кто начинает курить в подростковом возрасте и продолжает курить в течение жизни.
- В результате потребления табака в мире каждые 10 секунд умирает один человек.
- Не существует безопасных сигарет и безопасного уровня курения.
- Пассивное курение вредит здоровью (табачный дым, выпускаемый в атмосферу, содержит чуть меньше токсических веществ, чем дым, вдыхаемый курильщиком).
- Материнское курение связано с повышенным риском выкидыша, низкого веса новорожденных и отставания в развитии ребенка.
- Прекращение курения имеет существенные преимущества для здоровья и существенно снижает риск большинства связанных с курением болезней.
- Нежелательное увеличение веса при отказе от курения можно контролировать питанием и режимом.

Табак представляет собой значительное экономическое бремя для общества (заболеваемость, смертность, снижение производительности труда, потери от пожаров и порчи имущества и пр.).

Поэтому разъяснения потенциальных положительных мотивов («за» некурение) направлены на повышение мотивации и степени готовности к отказу:

- улучшение здоровья
- лучшее ощущение вкуса пищи и запахов
- экономия денег
- улучшение самочувствия и физического состояния
- избавление от вездесущего запаха табачного дыма
- хороший пример для детей, супруга/супруги
- улучшение здоровья детей, супруга/супруги
- избавление от ситуаций, когда курить нельзя, а сильно хочется
- улучшение цвета лица и уменьшение морщин.

ИНСТРУКЦИЯ. К занятию прилагается Закон РФ об ограничении курения табака в Российской Федерации. Этот материал может быть использован в случае интереса со стороны слушателей: «Что делается на государственном уровне, чтобы уменьшить вред курения табака и снизить распространение курения среди населения нашей страны?»

9. Подведение итогов – 5 минут

При проведении данного занятия важно, чтобы имелась возможность оказать реальную поддержку пациентам, выразившим желание бросить курить. Поэтому важно, чтобы в учреждении, где проводится обучение по программе Школы Здоровья, был организован консультативный прием специалиста (или кабинет) для желающих бросить курить.

Предложите слушателям конкретную информацию о том, где, когда и на каких условиях они могут получить такую помощь. Если такой прием ведется на коммерческой основе, то желательно предусмотреть определенные льготы для слушателей Школы Здоровья, которые заранее оговариваются с консультантами таких кабинетов (или приемов).

ИНСТРУКЦИЯ. Опросите слушателей о том, удовлетворены ли они полученной информацией и методикой проведенного занятия. Что осталось не ясно, что еще хотели бы слушатели уточнить или узнать больше. Все вопросы, вышедшие за рамки занятия, оставьте либо на индивидуальное консультирование, либо перенесите на следующее занятие. Запишите вопросы, которые необходимо дополнительно затронуть при обсуждении на следующих занятиях. **Не забудьте** включить их в обсуждение в дальнейшем.

Удачи желающим бросить курить!

Занятие 6. СТРЕСС И ЗДОРОВЬЕ

Продолжительность занятия 90 минут

Структура занятия

1. Вводная часть – 5 минут
- 1.1. Знакомство, представление участников. Описание цели и сценария занятия. Уточнение пожеланий слушателей. Ответы на вопросы
2. Информационная часть – 15 минут
- 2.1. Что такое «стресс». Природа стресса
- 2.2. Стрессоры. Управляемые и неуправляемые факторы стресса
3. Активная часть – 15 минут
- 3.1. Метод самооценки уровня стресса. Тест Ридера. Оценка. Обсуждение
- 3.2. Определение стрессового поведения, которое необходимо изменить
- 3.3. Метод опроса – выявление приоритетных вопросов темы
4. Информационная часть – 15 минут
- 4.1. Методы преодоления стресса

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

5. Активная часть – 15 минут
- 5.1. Знакомство с методом глубокого дыхания
- 5.2. Знакомство с методом аутогенной тренировки
6. Информационная часть – 15 минут
- 6.1. Стресс и вредные привычки (курение и др.). Преодоление стресса, связанного с вредными привычками
- 6.2. Стресс и алкоголь. Контролируемое потребление алкоголя
- 6.3. Десять заповедей преодоления стресса и стрессовых реакций
7. Активная часть – 10 минут
- 7.1. Вопросы-ответы. Обмен мнениями. Обсуждение
8. Подведение итогов – 5 минут

1. Вводная часть – 5 минут

1.1. Знакомство, представление участников. Описание цели и сценария занятия. Уточнение пожеланий слушателей. Ответы на вопросы

ЦЕЛЬ занятия 6 «Стресс и здоровье»:

- повышение знаний пациентов с артериальной гипертензией о природе стресса, стрессорах, управляемых и неуправляемых факторах стресса
- информирование пациентов об эмоционально- и проблемно-ориентированных методах преодоления стресса
- обучение пациентов методам самооценки уровня стресса и управления стрессом
- обучение методам преодоления стресса, связанного с поведенческими привычками, влияющими на здоровье.

После занятия слушатели **будут знать**:

- понятие «стресс»
- личностные факторы стресса
- контролируемые и неконтролируемые стрессоры
- как можно управлять стрессом и преодолевать стресс.

Слушатели по окончании занятия **должны уметь**:

- определять индивидуальный уровень стресса
- определять стрессовое поведение, которое можно изменить

- определять и преодолевать препятствия по управлению стрессом
- контролировать стрессовое поведение, связанное с вредными для здоровья поведенческими привычками
- применять методы преодоления стресса в повседневной жизни.

2. Информационная часть – 15 минут**2.1. Что такое «стресс». Природа стресса**

СТРЕСС – это обычное и часто встречающееся явление. Незначительные стрессы неизбежны и безвредны. Проблему для здоровья создает чрезмерный стресс. Стресс является естественной частью человеческого существования, однако необходимо научиться различать допустимую и безвредную для здоровья степень стресса. Нулевого стресса не бывает.

Стресс характеризуется **психологическим и физиологическим напряжением**.

К психологическим (психическим) реакциям и признакам стресса относится широкий спектр реакций как ярко эмоционально окрашенных, так и «немых», замкнутых, депрессивных реакций (от бурной радости, гнева, раздражения и пр. до нарушений аппетита (потеря или чрезмерный аппетит), снижения интереса к межличностному общению, сексу, «уход в себя» и пр.).

К физиологическим признакам стресса могут быть отнесены также множественные соматические и физиологические проявления – мигрень, язвы, дерматиты, гипертония, боли в спине, суставах, одышка («астма»), боли в сердце, боли различной локализации.

Стресс может быть вызван самыми разнообразными факторами окружения, быта, работы, а также личными факторами, с которыми мы встречаемся постоянно в различных жизненных ситуациях.

Специальные исследования показывают, что положительные жизненные ситуации могут вызвать такой же или даже больший стресс, как и отрицательные. Очень важно, **как** человек их для себя **оценивает** и **как** он на них **реагирует**.

Важна правильность постановки проблемы – не избавление от стресса, а обучение адекватному преодолению стресса, управлению стрессовой реакцией.

2.2. Стрессоры. Управляемые и неуправляемые факторы стресса

Стрессоры – факторы, которые вызывают стрессовую реакцию. Условно стрессоры можно разделить на:

- стрессоры управляемые (зависят от нас)
- стрессоры неуправляемые (неподвластные нам)
- стрессоры, которые не являются стрессорами по своей сути, а вызывают стрессовую реакцию как результат нашей интерпретации фактора как стрессора.

Ключом к адекватному преодолению стресса является способность отличать стрессоры, которые мы можем контролировать, от стрессоров, контроль над которыми не в нашей власти. Для разных стрессовых факторов существуют специальные техники (методики) преодоления. Прежде чем выбрать методику и обучиться ее применению, необходимо оценить стрессоры.

Стрессоры управляемые (зависят от нас). К наиболее часто встречающимся стрессорам, которые можно контролировать, относятся стрессоры межличностного характера. Поведение людей часто определяют и факторы здоровья, и факторы нездоровья. Стереотипы поведения, неосознанные поступки, неумение управлять своими эмоциями, иногда простой недостаток знаний норм межличностных отношений, неумение управлять конфликтом могут стать источником стресса.

Обучение таким основам, как развитие уверенности в себе, социальные навыки, овладение способами межличностного общения (коммуникации), позволяет преодолевать многие стрессовые ситуации и избегать стрессовых реакций.

К **управляемым стрессорам** можно отнести ситуации и условия, которые легко можно избежать, если воспитать в себе некоторые необходимые качества характера и поведения:

Например:

Стрессоры	Черты характера, поведения, помогающие преодолевать стрессоры
Перегрузки на работе	умение управлять собственным временем умение равномерно распределять нагрузки, «планировать дела» умение работать в коллективе, не брать всю работу на себя, считая, что другие сделают ее хуже умение определить приоритеты при выполнении дел умение рационально распределять ресурсы (финансовые, людские) не делать или стараться не делать несколько дел одновременно умение использовать перерывы в работе для отдыха или переключения на другие проблемы уверенность в себе наличие социальных навыков общения, управления конфликтами
Загруженность домашними делами	умение все делать вовремя, не оставлять мелкие дела на «потом» умение распределить обязанности по дому между членами семьи умение планировать домашнюю работу умение ставить конкретно достижимые, реальные цели и научиться «поощрять себя» за их выполнение
Конфликты с начальством	навыки межличностного общения уверенность (но не самоуверенность) в поведении профессиональная компетентность честность и трудолюбие и пр.

ИНСТРУКЦИЯ. В следующей активной части занятия слушателям будет предложено самостоятельно оценить собственные стрессоры и попытаться найти (предположить) пути их преодоления. Поэтому в этой информационной части постарайтесь не обсуждать глубоко проблему (для этого представится возможность чуть позднее), иначе можно выйти за временные рамки занятия.

«Боже, даруй мне смирение принять то, что я не могу изменить, мужество – изменить то, что могу, и мудрость, чтобы отличить одно от другого...»

(Слова из молитвы)

Важным стрессовым фактором может оказаться не один фактор или событие, а комплекс, сложных, взаимопереплетающихся и взаимосвязанных факторов, которые в совокупности формируют уровень социальной адаптации человека, т. е. его способность сохранять равновесие и иметь достойное качество жизни и здоровья.

Примером может служить приведенная ниже методика оценки уровня социальной адаптации и прогнозирования связанных с ней расстройств здоровья.

Оценка уровня социальной адаптации

ИНСТРУКЦИЯ. По желанию слушателей можно предложить им следующий тест Томаса Холмса и Ричарда Раэ «Шкала оценки социальной адаптации». Шкала позволяет оценить жизненные ситуации, имевшие место в жизни конкретного человека в течение предыдущего года, их влияние на здоровье данного человека, что позволяет прогнозировать нарушения здоровья, связанные с этими стрессовыми ситуациями в ближайшие 2 года. Для простоты можно зачитать слушателям вопросы и оценочный балл. Общая

оценка теста проводится по сумме баллов (см. ниже).

Шкала оценки социальной адаптации (Т. Холмс, Р. Раэ)

№	Жизненное событие	Балл
1.	Смерть супруга (супруги)	100
2.	Развод	73
3.	Раздельное жительство супругов по приговору суда	65
4.	Содержание в тюрьме или другом исправительном заведении	63
5.	Смерть близкого родственника	63
6.	Серьезное телесное повреждение или болезнь	53
7.	Вступление в брак	50
8.	Увольнение с работы	47
9.	Восстановление отношений с супругом (супругой)	45
10.	Уход на пенсию	45
11.	Крупные перемены в здоровье или поведении члена семьи	44
12.	Беременность	40
13.	Сексуальные затруднения	39
14.	Появление нового члена семьи (рождение, усыновление, приезд старшего родственника и т.п.)	39
15.	Крупная перестройка в бизнесе (слияние, реорганизация, банкротство и т.п.)	39
16.	Крупные изменения финансового положения (стало гораздо хуже или гораздо лучше, чем обычно)	38
17.	Смерть близкого друга	37
18.	Переход на совершенно иной вид работы	36
19.	Резкое изменение количества споров с супругой (их стало больше или меньше, чем обычно, по поводу воспитания детей, личных привычек и пр.)	35
20.	Получение ссуды на крупную сумму (более 10 тыс. дол.), для покупки дома, фирмы и пр.	31
21.	Потеря права выкупа закладной или погашения ссуды	30
22.	Крупные перемены в служебном положении на работе (повышение, понижение, переход на аналогичную должность)	29
23.	Уход сына или дочери из дома (вступление в брак, поступление на учебу и пр.)	29
24.	Натянутые отношения с родней мужа (жены)	29
25.	Выдающиеся личные достижения	28
26.	Начало и прекращение женой работы вне дома	26
27.	Начало или прекращение официального образования	26
28.	Резкое изменение жизненных условий (постройка нового дома, перестройка, ухудшение жилища или района)	25
29.	Пересмотр личных привычек (одежда, манеры, связи и т. д.)	24
30.	Трудные отношения с начальником	23
31.	Серьезные изменения времени работы	20
32.	Изменение места жительства	20
33.	Переход в новую школу	20
34.	Крупные изменения в обычном типе и продолжительности отдыха	19
35.	Резкие изменения в религиозной активности (значительно больше или значительно меньше, чем обычно)	19
36.	Резкие изменения в общественной активности (посещение клубов, киноте-	18

атров, знакомых и пр.)	
37. Получение небольшой ссуды (менее 10 тыс. дол) на покупку холодильника, телевизора и пр.	17
38. Серьезные изменения привычки сна (значительно больше или значительно меньше, чем обычно, изменение режима)	16
39. Резкое изменение числа встреч членов семьи (значительно больше или значительно меньше, чем обычно)	15
40. Резкое изменение привычек приема пищи (значительно больше или значительно меньше, другие часы, окружение и пр.)	15
41. Отпуск	13
42. Рождество	12
43. Небольшое правонарушение (безбилетный проезд, переход улицы в неустановленном месте, нарушение общественного порядка и пр.)	11

Отметьте каждое событие в вашей жизни, имевшее место в предыдущем году. Сложите полученные баллы.

Сумма баллов 150 и менее – относительно небольшое количество перемен в жизни и низкая восприимчивость к нарушениям здоровья, вызываемым стрессом в последующие 2 года.

Сумма выше 300 – шанс нарушений здоровья, связанных со стрессом, увеличивается до 80% (на основе статистической модели прогнозирования Холмса-Раэ).

3. Активная часть – 15 минут

3.1. Метод самооценки уровня стресса. Тест Ридера. Оценка. Обсуждение

В качестве метода экспресс-диагностики уровня стресса может быть рекомендована шкала психологического стресса Ридера (Reeder L. G. et al, 1969). Эта методика использовалась для диагностики уровня стресса в ряде популяций, в том числе и в одном из районов г. Москвы (1985-1986 гг.) в рамках программы интегрированной профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Была выявлена связь уровня стресса с наличием стенокардии напряжения, артериальной гипертонии. На основании этого предложены приведенные ниже критерии оценки уровня стресса.

ВОПРОСНИК на определение уровня стресса (Reeder L.)

«Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны с каждым из перечисленных ниже утверждений и отметьте кружочком номер соответствующей категории ответа».

№ п/п утверждения	ОТВЕТЫ			
	Да, согласен	Скорее согласен	Скорее не согласен	Нет, не согласен
1. Пожалуй, я человек нервный	1	2	3	4
2. Я очень беспокоюсь о своей работе	1	2	3	4
3. Я часто ощущаю нервное напряжение	1	2	3	4
4. Моя повседневная деятельность вызывает большое напряжение	1	2	3	4
5. Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение	1	2	3	4
6. К концу дня я совершенно истощен физически и психически	1	2	3	4
7. В моей семье часто возникают напряженные отношения	1	2	3	4

Шкала уровня психологического стресса (Копина О. С. и соавт., 1989)

Уровень стресса	Средний балл	
	мужчины	женщины
ВЫСОКИЙ	1-2	1-1,82
СРЕДНИЙ	2,01-3	1,83-2,82
НИЗКИЙ	3,01-4	2,83-4

ИНСТРУКЦИЯ. Обсудите со слушателями результаты самооценки уровня индивидуального стресса. Предложите выделить из перечисленных утверждений теста Ридера наиболее значимые для каждого слушателя факторы и проявления стрессоров и стрессовых реакций. Используйте результат самоанализа при последующей работе на занятии (п. 3.2.).

3.2. Определение стрессового поведения, которое необходимо изменить

Предложите слушателям с использованием методики «анализа ситуации и принятия решений» определить:

- индивидуальные стрессоры
- проранжировать выбранные стрессоры
- отметить знаком «+» те стрессоры, над которыми слушатели считают необходимым начать работу
- отметить знаком «-» те стрессоры, работу над которыми они хотели бы отложить на некоторое время.

Пример. Вы курите. Стрессор – постоянные упреки окружающих, «пилят» все – и дома, и на работе. Вы можете бросить курить, так как понимаете, что курение вредит Вашему здоровью. Однако Вы в праве отложить эту проблему отказа от курения на время, так как убеждены, что курение помогает Вам расслабиться и избежать более сильных стрессоров в данный период времени. Для Вас оправданно вначале снизить стрессовое влияние других факторов (стрессоров), а затем приступить к отказу от курения.

- Выберете из Вашего списка стрессоры, помеченные «+», рассмотрите их подробнее по составляющим, опишите проблему как «поведение в ситуации». Подробно проанализируйте мысли, действия и чувства, которые возникают у Вас в ответ на стрессор. Если вы испытываете трудности в выявлении проблемы, постарайтесь описать проблему как можно конкретнее, например, вместо «Я много ем» – «Я ем много мучного» или «Я слишком много ем, когда смотрю телевизор» и т. п.
- Перечислите детали проблемы, связанные с самим стрессором (если вы избрали путь проблемно-ориентированного управления стрессом) или с Вашим поведением, отношением (если Вы избрали эмоционально-ориентированный подход).
- Контролируйте исполнение намеченных шагов изменения стрессора или поведения (самонаблюдение – что Вы делаете из намеченного, что можно было бы еще изменить, скорректировать и пр.).

3.3. Метод опроса – выявление приоритетных вопросов темы

ИНСТРУКЦИЯ. Перечислите слушателям предлагаемые вопросы темы. Составьте рейтинг интереса к каждому вопросу. Запишите на доске наиболее важные, по мнению слушателей вопросы. В ходе занятия по мере изложения материала обращайтесь к доске с этими вопросами и уточняйте соответствие хода изложения материала интересу (потребности) слушателей.

4. Информационная часть – 15 минут

4.1. Методы преодоления стресса

Методы преодоления стресса условно разделяются на прямые, проблемно-ориентированные (изменение стрессора), эмоционально-ориентированные (изменения отношения) и комплексные.

Проблемно-ориентированные методы преодоления стресса эффективны в отношении стрессоров, на которые мы можем повлиять или которые мы можем изменить сами.

К этим методам относятся техники (методы) прямого действия на стрессор. Комплекс приемов прямого действия на стрессор включает в себя как методы проблемно-ориентированные (направленные непосредственно на сам стрессор), так и методы эмоционально-ориентированные (направленные на реакцию, оценку, реагирование и т. п.). Это наиболее эффективный, но и наиболее сложный путь преодоления стресса.

Что может помочь определить случаи, когда может быть применен метод «прямого действия» на стрессор?

- Оценить свою способность изменить ситуацию. В ситуациях, относящихся к межличностным отношениям, необходимо также учитывать последствия, которые могут быть вследствие изменения этих отношений. Прямые действия, направленные на устранение источника стресса, без соответствующих навыков могут обернуться весьма неадекватным решением проблемы («Мастер на все руки» может нанести вред себе, окружающим и прибору – цит. С. Гремлинг и С. Ауэрбах).
- Оценить, в чем причина стрессовой ситуации: в неумении выполнить или в незнании? Спросите себя: «Во всех ли ситуациях развивается стрессовая реакция на этот фактор?» Например, в присутствии всех ли лиц возникает неловкость публичного выступления, или только в присутствии конкретных лиц? При недостатке умения выполнять что-то – надо научиться преодолеть тревогу (навыки социального общения, уверенности в себе, обучение методам определения проблем и принятия решений, методам общения), а при недостатке знаний – научиться, что надо делать.

К стрессорам неуправляемым, не подвластным нашему поведению, можно отнести ситуации, условия, людей и их поведение, которые мы не в состоянии изменить, но которые для нас являются факторами стрессовой ситуации. Например, «неудобно стоящий пассажир», «вечно обгоняющие водители», «очереди», «толчея на перроне» и т.п.

В таких ситуациях очень важно осознать проблему и ее неуправляемость с нашей стороны. Это будет первый шаг к преодолению стрессовой реакции. Иногда даже такого шага бывает достаточно, чтобы стресс был преодолен. Осознайте, помогает ли раздражение или «назидание» в разрядке создавшейся ситуации. Как правило, нет! Негативная эмоция способна приводить в новой негативной эмоции, питая сама себя! Однако это вовсе не означает, что если мы не можем управлять этим стрессором, то мы позволяем стрессору управлять нами! Если мы умеем управлять своими эмоциями в ответ на стрессор, то это означает, что даже если мы не можем управлять стрессором, то мы можем контролировать эмоциональные реакции на него.

Такие навыки относятся к эмоционально-ориентированным методам преодоления стресса. К наиболее эффективным и простым для освоения методам (техникам) можно отнести следующие:

- метод глубокого дыхания
- обучение прогрессирующей мышечной релаксации
- визуализация.

Описание этих методов будет дано ниже.

Кроме перечисленных факторов-стрессоров важно выделять факторы, которые вызывают стрессовую реакцию, но, по сути, не являются стрессорами, а возникают как результат нашей интерпретации фактора как стрессора.

На самом деле наша оценка ситуации как стрессовой определяется тем, что именно значит, для нас стрессор и как мы его оцениваем.

Тревогу и огорчения влекут не сами события (большинство событий), а то, как мы их оцениваем для себя. Иногда источником стрессовой ситуации может быть неадекватное убеждение (например, «я должен быть совершенен», «жизнь должна быть справедливой»). Педанты часто подвержены стрессу, поскольку ставят недостижимые цели.

Преодоления такого рода стрессоров относятся к когнитивным стратегиям:

- Изменение неадекватного убеждения. Убеждения, что мы и окружающие должны соответствовать каким-либо стандартам, часто являются источником стрессовой реакции. Как этого избежать? **ШАГИ:**
 - 1) отказаться от нерациональных убеждений, нереалистичных и жестких требований к себе и окружающим;
 - 2) обучение самовнушению (диалог с собой). Развитие позитивных, преобладающих гнев и раздражение, утверждений, например – «я могу справиться, если составлю план», «не раздувать из мухи слона», «я сделаю это постепенно», «это не трудно», «я могу поздравить себя, если добьюсь этого», «если это не удастся, я попытаюсь преодолеть вновь».
- **Нежелательные мысли.** Техники преодоления нежелательных мыслей требуют специальных навыков. Многие из них относятся к техникам самовнушения, освоенным до состояния совершенства с использованием методов визуализации (зрительного представления) наиболее трудно преодолимых стрессовых ситуаций. При овладении этим методом можно «заставить» себя мысленно остановиться в момент визуализации и сменить «декорацию». Вместе с тем даже простой метод самовнушения и самоубеждения может помочь в избавлении от нежелательных, навязчивых мыслей («сейчас я изменить ничего не могу», «подумаю об этом завтра», «это не так страшно» и пр.).
- **Самооценка – осмысление проблемы – выработка навыков управления стрессом (инкуляция стресса).** Это наиболее эффективные методики управления стрессорами, так как они позволяют осознанно формировать и отношение, и выбирать стиль поведения. Самооценка – ключ к определению проблем, обусловленных стрессом. Методы самооценки могут быть разными, но важно, чтобы все они отвечали принципам: что важно именно для меня, что я могу изменить, что я не могу изменить. В выполнении самооценки помогает ведение дневников. Стрессоры записываются, регистрируются реакции на них, а в последующем проводится самоанализ и оценка: чего можно было бы избежать, что для этого необходимо и пр. Самооценка приводит к осмыслению проблемы. Отработка навыков управления стрессом – выработка умений рационального реагирования (глубокое дыхание, релаксация, когнитивные стратегии – отказ от иррациональных убеждений, самовнушение).

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

5. Активная часть – 15 минут

5.1. Знакомство с методом глубокого дыхания

Важной составляющей всех видов расслабляющих процедур являются упражнения с глубоким дыханием. Глубокое естественное дыхание способно принести пользу практически всем. Оно особенно облегчает жизнь людям, склонным к панике, тревоге, апатии, головным болям. Глубокое дыхание является исключительно оправданной стратегией для быстрого снижения стресса разных уровней. Глубокое дыхание является техникой, которой можно

воспользоваться в любой ситуации, в любое время для того чтобы снять эмоциональное и физиологическое напряжение связанное со стрессом.

ИНСТРУКЦИЯ. Предложите слушателям проверить, какой тип дыхания для них свойственен в обычных условиях. Для этого предложите приложить ладонь одной руки на грудь, другой – на живот. Сделайте глубокий вдох. Если первой поднимается рука, находящаяся на груди – тип дыхания грудной (торакальный), если первой поднимается рука, находящаяся на животе – тип дыхания диафрагмальный (абдоминальный).

Грудное дыхание – поверхностный тип дыхания, свойственный большинству взрослых людей. Этот тип дыхания не способствует преодолению стресса, он быстро реагирует на чувство тревоги и раздражения учащенным, неритмичным темпом дыхательных движений.

Тренировка глубокого дыхания – помогает контролировать физиологические реакции, возникающие в ответ на стрессор.

Упражнения для тренировки глубокого дыхания:

- дышать носом
- поза удобная (сидя или стоя), глаза закрыты
- ладони рук положить – одну на грудь, другую на живот
- попробуйте дышать обычно, отмечая, в какой последовательности двигаются руки на вдохе
- попробуйте сделать вдох так, чтобы первой поднялась рука, лежащая на животе, а затем рука, находящаяся на груди.

Тренировка:

- медленный вдох через нос
- вдох с заполнением воздухом нижних отделов легких, затем с постепенным заполнением средних, а затем верхних отделов легких. Вдох следует проводить плавно как одно движение
- на несколько секунд задержать дыхание
- постепенно выдыхать через рот, слегка втяните живот и медленно поджимайте его по мере опустошения легких; расслабьте плечи
- в конце выдоха слегка поднимите плечи и ключицы так, чтобы легкие можно было вновь до самых верхушек наполнить воздухом.

5.2. Знакомство с методом аутогенной тренировки

Аутогенная тренировка – это один из методов психической саморегуляции, т. е. самостоятельного воздействия человека на свое эмоциональное, душевное и физическое состояние. Достижимая с помощью аутогенной тренировки мышечная релаксация способствует более полноценному отдыху, в частности, нервной системы, и управлению стрессовой реакцией.

На фоне мышечной релаксации и полудремотного состояния словесные приказы приобретают большую силу. В результате овладения техникой аутогенной тренировки можно обрести возможность внушать себе все, что разумно, полезно и необходимо для здоровья.

С помощью аутогенной тренировки и специально подобранных **формул самовнушения** можно оказывать влияние не только на стрессовые реакции, но на поведение, в частности, вредные привычки. Можно сдерживать свои желания и регулировать многие состояния: тягу к сигаретам, снижать аппетит и жажду. Благодаря непосредственному воздействию на уровень эмоционального напряжения происходит снижение уровня артериального давления.

Систематические занятия аутогенной тренировкой во многих случаях позволяют снизить дозы лекарственных препаратов (например, гипотензивных и психотропных).

Обычно во время занятия аутогенную тренировку проводит врач или медицинская сестра, обученные этой методике. Допускается использование магнитофонных записей аутогенной тренировки. Можно рекомендовать самостоятельное проведение аутогенных тренировок дома. Начинать необходимо под наблюдением врача. Первое занятие пациент проводит под контролем уровня артериального давления и пульса.

Помещение для занятий должно быть по возможности звукоизолированным, с комнатной температурой.

Следующие **позы** можно использовать для занятий, в том числе самостоятельных:

а) «поза кучера»: сидя на стуле, не опираясь о спинку, ноги слегка выдвинуты вперед и согнуты под углом 120-140. Кисти рук положены на бедра и слегка свешены вниз, голова немного наклонена вперед. Спина согнута таким образом, чтобы плечевые суставы оказались по вертикали с тазобедренными;

б) «полулежа»: в мягком кресле с подлокотниками и подголовником (при отсутствии специального кресла можно использовать обычное, прислонив его к стенке и подложив подушку под голову);

в) «лежа»: на спине, руки и ноги слегка согнуты.

Во всех положениях глаза должны быть закрыты, положение тела – максимально удобным, все мышцы следует по возможности расслабить. Для дневных занятий можно рекомендовать позу «полулежа», для занятий непосредственно перед засыпанием – «лежа».

ИНСТРУКЦИЯ. Сеансы аутогенной тренировки рекомендуется проводить в конце групповых занятий. Помимо этого пациенты должны быть проинструктированы о необходимости самостоятельных занятий. В промежутках между занятиями с врачом пациенты должны регулярно (1-2 раза в день) проводить самостоятельные тренировки. Каждая тренировка должна проводиться под контролем уровня артериального давления. Показания занести в дневник или на дополнительный лист бумаги.

Формулы аутогенной тренировки (примеры):

- «Я настраиваюсь на отдых, на покой, на расслабление».
- «Все, что осталось за пределами этой комнаты меня не волнует, не беспокоит».
- «Все события сегодняшнего дня удаляются от меня, я перестаю о них думать».
- «Я мысленным взором погружаюсь в ощущения своего тела, я слушаю свое тело».
- «Начинает расслабляться каждая мышца моего тела».
- «Успокаивается моя нервная система».
- «Я ни о чем не думаю, никакие заботы и тревоги меня не беспокоят».
- «Расслабляются мышцы лица, рук, туловища, ног».
- «Полный покой и расслабление охватывает все мое тело».
- «Мне не хочется ни о чем думать, не хочется двигаться».
- «Я полностью расслабил все мышцы моего тела».
- «Покой и расслабление во всем моем теле».
- «Полностью успокоилась моя нервная система».
- «В моей душе – безмятежность, покой, в теле – полная неподвижность и расслабленность».
- «После отдыха я буду хорошо себя чувствовать, не буду волноваться по мелочам».
- «Я буду спокоен и уравновешен».
- «Будет нормально работать моя нервная система».
- «Будут нормально работать мое сердце и сосуды».

При проведении занятий с целью снятия напряжения может быть достаточно приведенных выше формул.

Дополнительные формулы

При курении:

«Курение для меня яд. Табачный дым отравляет мой организм».
 «Курить противно, отвратительно, мерзко».
 «Табачный дым вызывает отвращение. Запах и вкус табака мне противны».
 «Я спокоен, я совершенно спокоен. Отказ от курения вызывает радость и удовольствие».
 «Сегодня (вчера) я курил в последний раз в жизни».
 «У меня сильная воля. Я навсегда избавился от этой вредной привычки».
 «Я спокоен. Я уверен в своих силах. Я бросил курить навсегда».
 «Я бодр и активен. Я полон энергии и здоровья».

При избыточной массе тела:

«Мне нужно мало пищи».
 «Мой аппетит постепенно уменьшается».
 «Мой организм расходует накопленный жир».
 «Я легко переношу ограничения в пище».
 «Я чувствую себя сытым».
 «Масса тела снижается».
 «Я становлюсь здоровым и бодрым».
 «Мне нужно ограниченное количество жидкости».
 «Я легко переношу ограничения в воде».
 «Я совершенно свободен от жажды».

Выход из аутогенного состояния:

«Раз: постепенно начинает уходить дремотность и сонливость. Дыхание становится более частым, энергия приливает к мышцам».
 «Два: уходят последние остатки сонливости и расслабленности, во всем моем теле появляется бодрость и энергия. Появляется желание встать и подвигаться».
 «Три: я встаю и сбрасываю последние остатки расслабленности».

6. Информационная часть – 15 минут**6.1. Стресс и вредные привычки (курение и др.).****Преодоление стресса, связанного с вредными привычками**

ИНСТРУКЦИЯ. Эту часть занятия можно проводить по желанию не со всей группой, а с курящими. Можно перенести эту часть занятия в тему «Курение и здоровье».

Сходство поведенческих привычек курения и употребления алкоголя в преодолении стресса.

Во многих случаях для снятия тревожных и раздражающих стрессовых реакций люди склонны прибегать к приему медикаментов или к употреблению психоактивных веществ различной природы. Существует ложное мнение, что курение, в частности содержащийся в табачном дыме никотин, обладает седативным действием. На самом деле никотин вызывает парадоксальный эффект – стимулирует нервную систему, что повышает чувствительность нервных окончаний в мышцах и соответственно их расслабление. Вот почему такие разноречивые мнения курящих, когда их спрашивают, что «полезного» они получают от курения – одним курение помогает расслабиться, другим – сосредоточиться, стимулирует. Те курильщики, которые испытывают чувство расслабления от курения, часто после отказа от курения возвращаются к этой вредной привычке, а провоцирующим фактором этого возврата оказывается стресс.

Алкоголь также выступает в качестве расслабляющего фактора в стрессовых ситуациях. Нет ничего странного в том, что в одних и тех же условиях люди и пьют, и курят.

В обществе большинства западных стран, США как курение, так и чрезмерное потребление алкоголя порицается. В России к курению относятся все еще терпимо. Только начинаются движения за моду некурения и неупотребления алкоголя.

Различия поведенческих привычек курения и употребления алкоголя в преодолении стресса

Курение	Алкоголь
Многие сознают вред для здоровья	Многие пьяницы осуждают алкоголизм
Признают свое курение вредной привычкой	Определяют «алкоголиком» человека, пьющего больше, чем они сами (не считают себя пьяницами)
Большинство курильщиков хочет бросить курить	Большинство не желают окончательно бросить пить, предпочитают и могут отказаться только в определенных ситуациях

Методы отказа от курения подробно разбираются на занятии «Курение и здоровье»

В контексте управления стрессовыми ситуациями и курением табака важно учитывать причины курения как факторы, управление которыми поможет преодолеть более эффективно тягу и возврат к курению. Ведение дневника с подробными записями выкуриваемых сигарет и анализом причин, условий, помех курения помогает осознанно принимать решения и действовать. Однако необходимо помнить традиционные особенности – если пациенты не используют метод ведения дневников, этот фактор может оказаться для них дополнительным стрессором, поэтому необходимо искать альтернативы ведения дневниковых записей. Можно посоветовать, например, менять привычное место сигарет, зажигалки, пепельницы. При этом для курящего факт выкуривания каждой сигареты становится заметным, помогает оценить потребность в каждой (или почти каждой) сигарете, оценить эту необходимость для себя как с точки зрения физиологической тяги, так и с точки зрения психологической зависимости. При выборе курильщиком постепенного способа отказа от курения рекомендуется выделить психологически зависимые сигареты, и стараться исключать в начале их (например, сигареты после кофе), а затем уменьшать выкуривание утренних сигарет и других, к которым курящий испытывает трудно преодолимое влечение.

6. 2. Стресс и алкоголь. Контролируемое потребление алкоголя

Многие методы контроля за привычкой к курению могут быть применены и для самооценки привычки употребления алкоголя напитков.

Конечно, ведение дневниковых записей и их последующий анализ считается наиболее действенным методом выявления проблемы, принятия решения и выбора реальных шагов и действий. Этот подход предпочтителен. Но что рекомендовать, если пациент не желает, не умеет вести записи своих действий и поступков?

Если пациент хочет определить у себя степень влечения к алкогольным напиткам, можно рекомендовать простой тест, позволяющий определить потребность для пациента в профессиональном консультировании по поводу привычки к употреблению алкогольных напитков.

Краткий мичиганский алкогольный тест (цит. по С. Гремлинг и С. Ауэрбах, 2002)

Вопросы	Баллы ответов	
	Да	Нет
1. Ощущаете ли Вы себя человеком, соблюдающим норму в питье?	0	2

2. Считают ли Вас знающим свою норму человеком ваши друзья и родные?	0	2
3. Посещали ли Вы когда-нибудь собрания обществ анонимных алкоголиков?	0	5
4. Приходилось ли Вам терять друзей или любимых из-за алкоголя?	2	0
5. Возникали ли у Вас проблемы на работе, связанные с приемом алкоголя?	2	0
6. Случалось ли Вам пренебрегать своими обязанностями, семьей или работой на протяжении двух или более дней подряд из-за того, что вы пили?	2	0
7. Случалась ли с Вами когда-нибудь белая горячка, выраженный тремор, приходилось ли Вам слышать или видеть после крепкой выпивки вещи, которых на самом деле не было?	2	0
8. Обращались ли Вы к кому-нибудь за помощью в связи с употреблением алкоголя?	0	5
9. Попадали ли Вы в больницу из-за приема алкоголя?	0	5
10. Случалось ли Вам подвергаться аресту за вождение в нетрезвом виде или после употребления алкоголя?	2	0

Сумма баллов 6 и больше – необходимо обратиться за профессиональной помощью, чтобы изменить привычки употребления алкогольных напитков.

Сумма баллов меньше 6 – Вы способны сами контролировать потребление алкоголя, разработать свой план контролируемого потребления алкоголя и можете не позволить алкоголю контролировать себя.

Этапы контролируемого потребления алкоголя (С. Гремлинг и С. Ауэрбах, 2002):

- самооценка. Наиболее удобный способ – ведение дневника. Как альтернатива – самоанализ каждого конкретного случая потребления алкогольных напитков (что, как, когда, с кем, почему, что можно было изменить, что зависело от вас)
- выбор случаев (ситуаций) которые вы хотели бы изменить
- оцените факторы этих случаев (ситуаций) – что, как, когда, с кем, почему, что можно было изменить, что зависело от вас
- проранжируйте факторы, способствовавшие выпивке, которая для вас была нежелательной (по разным причинам) по степени силы влияния на данных конкретный случай выпивки
- постарайтесь исключить наиболее провоцировавшие выпивку факторы, постепенно уменьшая частоту и дозу употребления алкогольных напитков
- постройте свой индивидуальный план. Определите цель и поощрения, которые доставят вам приятное в случае достижения цели.

6.3. Десять заповедей преодоления стресса и стрессовых реакций

1. «Стремитесь к высшей из доступных целей и не вступайте в борьбу из-за безделиц» – совет Ганса Селье.
2. Поступайте по отношению к другим так, как хотели бы, чтобы они обращались с Вами.
3. Не старайтесь сделать все и сразу.
4. Не забывайте об отдыхе. Монотонная работа утомляет, смена занятий помогает сохранить силы и здоровье.
5. Цените радость подлинной простоты жизненного уклада, избегая всего наносного, показного и нарочитого. Этим Вы заслужите расположение и любовь окружающих.
6. Прежде чем что-то предпринять в конфликтной ситуации, взвесьте свои силы и целесообразность действий.

7. Старайтесь видеть светлые стороны событий и людей. «Бери пример с солнечных часов – веди счет лишь радостных дней» – народная мудрость.
8. Если необходимо предпринять удручающее, неприятное для Вас дело (разговор), не откладывайте его на «потом».
9. Даже в случае неудачи в каком-либо деле (или разговоре) старайтесь увидеть свои «плюсы». Не сосредотачивайтесь в воспоминаниях на неудачах. Старайтесь увеличить успехи и веру в свои силы.
10. Ставьте реальные и важные цели в любом деле. Научитесь поощрять себя за достижение поставленной цели.

7. Активная часть – 10 минут

7.1. Вопросы-ответы. Обмен мнением. Обсуждение

8. Подведение итогов – 5 минут

Оценка занятия

Здоровья и удачи Вам!

Занятие 7. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**КАК ПОВЫСИТЬ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ?**

Продолжительность 90 минут

Структура занятия

1. Вводная часть – 10 минут

1.1. Описание цели занятия

1.2. Опрос пациентов о наиболее интересующих их вопросах

2. Информационная часть – 25 минут

2.1. Правовые основы РФ информирования больных. (Зачем нужно информировать пациентов?)

2.2. Цель лечения и контроля артериальной гипертонии

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

3. Информационная часть – 25 минут

3.1. Вопросы и ответы

– Что определяет эффективность лечения артериальной гипертонии?

– До какого уровня и как быстро нужно снижать повышенное АД?

– Что такое немедикаментозное лечение?

– Когда начинать и как долго проводить медикаментозное лечение?

– В чем принципы медикаментозной терапии и как выбрать гипотензивный препарат?

– Какими побочными эффектами обладают лекарства?

– Какие существуют современные лекарства, снижающие артериальное давление?

– Что такое приверженность к лечению и почему она важна?

– Что влияет на приверженность к лечению?

– Еще раз о гипертоническом кризе. Что такое гипертонический криз?

– Доврачебная помощь.

4. Активная часть – 15 минут

4.1. Общая дискуссия, обмен мнениями, высказывание пожеланий.

5. Подведение итогов – 5 минут

Приложение к занятию 7

1. Вводная часть – 10 минут**1.1 Описание цели занятия**

ЦЕЛЬ занятия 7: повышение знаний пациентов по основам медикаментозного лечения, формирование активного осознанного отношения пациентов к приему медикаментов для повышения приверженности к лечению

ИНСТРУКЦИЯ. Желательно, чтобы это занятие провел врач-кардиолог. Изложенный в информационной части материал можно использовать как справочный материал, который должен быть полностью или частично представлен пациентам. Очень важно сформировать у пациентов правильное активное отношение к своему здоровью, поэтому излишняя детализация при изложении материала к занятию упущена преднамеренно. Занятие не заменяет индивидуальной беседы с пациентом и выбора индивидуальной схемы и доз препаратов. Название препаратов описаны по принятым международным непатентованным наименованиям, а не по торговым названиям аналогов, выпускаемых различными фирмами. Во вводной части занятия кратко опишите структуру и цель данного занятия. Проведите быстрый опрос об интересе пациентов к предлагаемой программе занятия и уточните, какие из перечисленных Вами вопросов вызывают наибольший интерес. Постарайтесь построить занятие таким образом, чтобы макси-

мально ответить на вопросы, интересующие пациентов, конечно, не отходя от основной цели занятия. При изложении материала следите за временем. Старайтесь излагать кратко, ясно, избегайте пространных обсуждений. Говорите уверенно, но не назидательно. Следите за аудиторией, если заметите снижение интереса, смените тон, позу, восстановите внимание каким-либо другим способом (демонстрацией материала, пере-рывом и пр.).

По окончании обучения пациенты **будут знать**:

- основные группы гипотензивных препаратов, которые могут применяться при его заболевании
- показания для приема отдельных групп медикаментозных препаратов
- основные побочные действия лекарств, понижающих артериальное давление
- причины, провоцирующие возникновение нежелательных явлений при приеме медикаментов
- правила приема препаратов.

По окончании обучения пациенты **будут уметь**:

- правильно принимать назначенные гипотензивные препараты
- принять своевременные меры по устранению нежелательных побочных действий
- использовать все возможные и зависящие от самого пациента факторы для повышения приверженности к лечению и соблюдению рекомендаций врача.

1.2. Опрос пациентов о наиболее интересующих их вопросах**2. Информационная часть – 25 минут****2.1. Правовые основы РФ информирования больных. Зачем нужно информировать пациентов?**

ИНСТРУКЦИЯ. Данный материал представлен для информации врачам и может не доводиться до сведения пациентов. Однако знание некоторых основ проблемы может оказаться полезным и для пациентов. Вопрос о представлении материала пациентам решается самостоятельно врачом, проводящим занятия в Школе Здоровья.

В настоящее время бурное развитие медицины и особенно фармакологии привело к появлению огромного количества лекарственных средств, которые эффективно лечат и замедляют прогрессирование заболевания и развитие осложнений.

Однако, несмотря на достижения, больной, которому проводится то или иное лечение, не в состоянии полностью оценить его пользу или максимально снизить риск от приема лекарств, пока не получит конкретную базовую информацию.

Правильное применение препаратов во многом зависит от знания больным того, как, когда и как долго принимать лекарство и какая цель преследуется при лечении. Незнание этих положений может привести к тому, что больной может нерегулярно принимать лекарства или прервать лечение, что в свою очередь приведет к снижению эффективности лечения, а, следовательно, и сохранению риска развития сосудистых катастроф, т.е. сводит на нет усилия медиков, но при этом как врач, так и больной затрачивает усилия и средства (на покупку лекарств и пр.).

В современном обществе усиливается понимание того, что люди сами должны более активно заботиться о своем здоровье и получении медицинской помощи.

Недостаток информации или ложная мотивация, вызванная неверной информацией, приводит к неправильному лечению. Последнее делает человека все более беспомощным перед болезнью, уменьшает его силы и удорожает лечение.

Таким образом, в современном мире, требующем организации более эффективного здравоохранения на базе ограниченных ресурсов, становится острой необходимостью систематическое информирование больных.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

(Приняты ВС РФ 22 июля 1993 г., № 5487-1, ред. Федерального закона от 02.03.98 № 30-ФЗ).

Статья 30. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья.

Статья 31. Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Статья 32. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информирование о том, что необходимо добровольное согласие гражданина.

2. 2. Цель лечения и контроля артериальной гипертензии

В 1999 г. были опубликованы рекомендации экспертов ВОЗ и международного общества гипертензии (ВОЗ-МОАГ) по лечению артериальной гипертензии (АГ), на основании которых были разработаны рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов, принятые на конгрессе кардиологов России в 2001 году.

ИНСТРУКЦИЯ. Полный текст рекомендации можно найти на сайте www.cardiosite.ru. В приложении к данному занятию приведены выдержки из этих рекомендаций, относящиеся к лечению заболевания и особенностям выбора лечения в отдельных группах больных. Подробности по лечению пациентов с АГ можно также найти на сайте в интернете: img/lectures-artgip-03-pic01.gif img/lectures-artgip-03-pic01.gif

Цель терапии АГ. Основной целью лечения больного ГБ является достижение максимальной степени снижения общего риска сердечно-сосудистых осложнений. Это предполагает воздействие на все выявленные обратимые факторы риска, такие, как курение, высокий уровень холестерина, и главное – соответствующее лечение сопутствующих заболеваний (например, сахарного диабета), равно как и коррекция повышенного АД.

Целевым уровнем АД в процессе лечения, является уровень АД менее 140 и 90 мм рт. ст.

Целевой уровень АД – это величина АД, которая должна быть достигнута в процессе лечения у больных среднего возраста.

У больных сахарным диабетом необходимо снижать АД ниже 130/85 мм рт. ст., при ХПН с протеинурией более 1 г/сут – менее 125/75 мм рт. ст. Достижение целевого АД должно быть постепенным и хорошо переносимым пациентом. При появлении каких-либо реакций со стороны мозга или сердца дальнейшего снижения АД добиваться не следует. Чем выше абсолютный риск, тем большее значение имеет достижение целевого уровня АД. В отношении сопутствующих других факторов риска также рекомендуется добиваться их эффективного контроля.

ИНСТРУКЦИЯ. В этой части занятия желателен обсудить с пациентами уровни арте-

риального давления, которые у них бывают чаще. Ощущают ли они повышение артериального давления? Бывают ли кризы? Говорил ли врач, что имеются изменения со стороны «органов-мишеней»? Как давно существует гипертензия? Проведение этого опроса может оказаться не простым делом, так как многие больные могут либо не выразить желание «рассказать о себе» и «спросить о себе», либо наоборот, выразят желание «поделиться», что не позволят рамкам занятия. Чтобы заранее предусмотреть неуправляемую дискуссию, предложите ответы на наиболее часто задаваемые вопросы. Ответы изложены ниже.

При проведении занятия рекомендуется его сформировать в виде «вопросов-ответов», чтобы максимально привлечь внимание пациентов и разъяснить для них неясные вопросы. Отвечая на вопросы, не забудьте сделать перерыв через 40-45 минут. Организуйте работу школы так, чтобы оставить для обученных пациентов консультативные часы, когда они могут обратиться по неясным вопросам или для уточнения вопросов, затрагивавшихся в ходе занятий в Школе Здоровья.

ПЕРЕРЫВ 5 МИНУТ

3. Информационная часть – 25 минут

3. 1. Вопросы и ответы

Что определяет эффективность лечения артериальной гипертензии?

Основными принципами лечения артериальной гипертензии являются следующие:

- строгое соблюдение рекомендаций врача
- проведение самоконтроля АД в домашних условиях
- умение устранять неблагоприятные факторы, провоцирующие повышение АД и осложняющие лечение
- непрерывность лечения
- комплексный подход, состоящий из комбинации немедикаментозных мер и медикаментозного лечения
- умение оказывать доврачебную помощь при кризе
- соблюдение предостережений при приеме гипотензивных лекарств, в частности не употреблять
- алкогольные напитки.

До какого уровня и как быстро нужно снижать повышенное АД? Оптимальные уровни снижения АД. Под «оптимальным» понимается снижение АД до таких уровней, при которых уменьшается риск развития осложнений и не ухудшается кровоснабжение мозга, сердца, почек при хорошей переносимости лечения больным. Оптимальным является достижение целевых уровней АД.

Темп снижения АД до рекомендуемых нормальных цифр определяет врач, принимая во внимание особенности течения и длительность заболевания, наличие поражения органов-мишеней, сопутствующих заболеваний.

Что такое немедикаментозное лечение?

Немедикаментозные методы лечения следует рекомендовать всем больным АГ, независимо от степени АГ и применения медикаментозных средств.

Прекращение курения – один из наиболее важных факторов с точки зрения профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы, в первую очередь ИБС и инсультов.

Снижение избыточной массы тела. Уменьшение избыточной массы тела сопровождается снижением АД, а также благоприятно влияет на некоторые факторы риска (сахарный диабет, гиперлипидемия, гипертрофия миокарда).

Уменьшение употребления поваренной соли. Результаты исследований показали, что уменьшение потребления поваренной соли с 10 до 5 г/сут приводит к снижению систолического АД на 4-6 мм рт. ст. Наиболее выраженный эффект при этом наблюдается у пациентов с избыточной массой тела и пожилых людей.

Уменьшение потребления алкоголя. Безопасная доза алкоголя в пересчете на чистый этанол составляет не более 30 г для мужчин (соответствует 60 мл водки, 250 мл сухого вина, 600 мл пива) и 15 г для женщин.

Комплексная коррекция диеты. Следует увеличить количество овощей и фруктов, продуктов, богатых калием, магнием и кальцием, рыбы и морепродуктов, ограничение животных жиров.

Увеличение физической активности. Рекомендуется быстрая ходьба, плавание в течение 30-45 минут 3-4 раза в неделю в пределах зоны безопасного пульса. Изометрические нагрузки (атлетизм) могут способствовать подъему АД.

Доказано, что на фоне применения немедикаментозных методов (снижение веса, ограничение потребления поваренной соли и др.) удается добиться некоторого гипотензивного эффекта и снизить дозы антигипертензивных препаратов, т. е. проводить лечение меньшими дозами лекарств, а следовательно, уменьшить вероятность развития побочных эффектов. Сочетанное медикаментозное и немедикаментозное лечение приводит к менее выраженным побочным лекарственным эффектам.

Когда начинать и как долго проводить медикаментозное лечение?

(См. приложение, раздел «Общие принципы ведения больных АГ»).

Лечение должно осуществляться непрерывно, а не курсами. Пациенту надо постоянно принимать лекарственные препараты и находиться под наблюдением врача. Это позволит снизить риск сердечно-сосудистых осложнений.

В чем принципы медикаментозной терапии и как выбрать гипотензивный препарат?

(См. приложение, раздел «Принципы лекарственной терапии»)

ИНСТРУКЦИЯ. Используйте таблицу из рекомендаций ВНОК, приведенную в приложении. В таблице приведены основные абсолютные показания и противопоказания к приему различных групп гипотензивных препаратов. Описывая медицинские проблемы выбора препаратов, предупредите пациентов об опасности самолечения. Лекарственное средство должен выбрать врач, а задача пациента стать его союзником и исполнителем рекомендаций.

ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЯ:

Часто высокое АД недооценивается в силу отсутствия болезненных ощущений. Пациенты перестают приходить к врачу и принимать выписанное лекарство. Быстро забывают полезные советы врача.

Медикаментозное лечение улучшает прогноз больного ГБ лишь в тех случаях, когда лекарственный препарат, принимающийся регулярно, обеспечивает равномерное снижение АД на протяжении суток.

Наибольшая частота острых сердечно-сосудистых осложнений (инсульта, инфаркта миокарда, внезапной смерти) наблюдается в утренние часы – «Утренний подъем АД». В эти часы происходит резкий подъем АД, который рассматривается как пусковой механизм развития этих осложнений. В эти часы повышаются свертываемость крови и тонус артерий, в том числе и коронарных. В свете этого одним из принципов проведения антигипертензивной терапии должно быть воздействие на утренний подъем АД с целью профилактики осложнений в ранние утренние часы. Успешным предупреждением утреннего подъема АД является хо-

рошо подобранная антигипертензивная терапия, снижающая среднесуточное АД, но если сохраняется утреннее повышение АД, необходимо подбирать антигипертензивную терапию с учетом фармакодинамики препарата таким образом, чтобы уменьшить выраженность утренних подъемов АД, опасных развитием осложнений, и в первую очередь инсультов.

Какими побочными эффектами обладают лекарства?

Каждый из антигипертензивных препаратов может обладать побочным эффектом, что принимается во внимание врачом при выборе препарата.

Тиазидовые диуретики могут снижать уровень калия в крови, оказывать некоторое отрицательное влияние на углеводный и жировой обмены, но использование малых доз практически лишено этих побочных эффектов.

Бета-адреноблокаторы урежают частоту сердечных сокращений, могут обострить хронический бронхит и перемежающуюся хромоту.

При применении антагонистов кальция могут появиться головная боль, отеки голеней, покраснение кожных покровов.

Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента могут вызвать кашель.

Блокаторы альфа-рецепторов могут резко снижать давление, особенно в вертикальном положении, вследствие чего возможны слабость и головокружение.

Вероятность появления и выраженность побочного эффекта зависит от дозы: чем выше доза, тем вероятнее риск развития побочных эффектов. Именно поэтому врач стремится к назначению малых доз препаратов.

Частота развития побочного эффекта и его выраженность могут различаться у препаратов, относящихся к одной группе.

При появлении на фоне приема лекарств каких-либо новых симптомов или неприятных ощущений необходима консультация лечащего врача, который определит, является ли данный симптом побочным эффектом этого препарата.

Какие существуют современные лекарства, снижающие артериальное давление?

ИНСТРУКЦИЯ. Приведенная ниже информация не является обязательной для полного представления больным. Много будет непонятно или вызовет вопросы. Основная цель занятия может быть не достигнута. Поэтому рекомендуется эту информацию использовать в качестве справочного материала в случаях вопросов пациентов. Желательно изложить только общую часть, показать, что препараты обладают разными механизмами действий, могут комбинироваться, имеются абсолютные и относительные показания, что требует обязательного врачебного назначения и контроля. Трудности, которые необходимо стараться преодолеть: реализовать необходимый баланс между информированием и запугиванием, обучением самоконтролю и предостережением от самолечения.

Современные лекарственные препараты эффективно снижают АД у больных АГ, защищают органы-мишени (почки, сердце, мозг, сосуды) у больных артериальной гипертензией при длительном приеме, снижают повышенное АД в течение суток при однократном приеме.

Существует несколько современных основных классов гипотензивных препаратов:

- диуретики: гидрохлортиазид, фуросемид, хлорталидон, индапамид, клопамид, триамтерен, амилорид
- бета-адреноблокаторы – пропранолол, атенолол, метопролол, ??? бисопролол, бетаксолол, надолол, талинолол, небиволол
- антагонисты кальция – нифедипин, дилтиазем, верапамил, фелодипин, амлодипин, исрадипин, никардипин, лацидипин, нитрендипин

- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента – каптоприл, эналаприл, фозиноприл, периндоприл, квинаприл, лизиноприл, рамиприл, мозексиприл, трандолаприл, цилазаприл
- блокаторы альфа-1-адренергических рецепторов – празозин/доксазозин,
- блокаторы рецепторов ангиотензина II – валсартан, ирбесартан, лозартан, эпросартан, кандесартан, телмисартан
- препараты центрального действия, воздействующие на запасы нейромедиатора и симпатическую активность в ЦНС, в том числе селективные агонисты имидазолиновых рецепторов – моксонидин, рилменидин.

Следует отметить, что препараты центрального действия представляют собой разные химические соединения: резерпин, клонидин, метилдопа. В связи с отсутствием доказательств их влияния на прогноз жизни больных и наличием целого ряда побочных эффектов эти препараты не могут быть рекомендованы в качестве основных для длительного лечения АГ. Однако при отсутствии других гипотензивных препаратов они могут применяться.

Важным в лечении больных с АГ является выбор оптимального препарата для конкретного больного (см. таблицу в приложении).

Комбинированная гипотензивная терапия

Монотерапия различных классов антигипертензивных препаратов эффективна лишь у части больных, в основном с мягкой и умеренной АГ.

Для избежания побочных эффектов при назначении больших доз препаратов и достижения уровня АДд < 90 мм рт. ст. целесообразно использовать комбинированную гипотензивную терапию.

В предлагаемых рациональных комбинациях препаратов преследуется цель нивелировать появившиеся побочные эффекты первоначально выбранного препарата, а также воздействовать на разные патогенетические механизмы АГ.

Наиболее рациональные комбинации антигипертензивных препаратов приведены в приложении.

Что такое приверженность к лечению и почему она важна? Что влияет на приверженность к лечению?

Лечение – процесс обоюдный, его успешность зависит и от врача, и от самого больного, а также от особенностей назначенного медицинского препарата, его переносимости и побочных действий. Поэтому знание сущности заболевания, его основных причин, факторов, влияющих на его развитие и течение, – необходимый компонент всего комплекса лечения. Это первый шаг к поставленной цели.

Необходимо отказаться от ложного представления о том, что лечиться нужно только тогда, когда «болит голова».

Факторы, влияющие на приверженность к лечению:

- пол
- возраст
- уровень образования
- личностные особенности пациента
- результативность лечения
- сложность режима терапии
- побочные действия препарата
- характер заболевания
- информированность о заболевании
- стоимость препарата

- фактор врача (профессиональные знания, добросовестность, умение консультирования, эмпатия).

Важными компонентами комплекса лечения являются правильное лечение артериальной гипертензии и устранение сопутствующих факторов риска: курения, избыточного потребления поваренной соли, а также нормализация веса, физическая активность, преодоление стрессовых ситуаций.

Риск развития осложнений снижается у больных с хорошо контролируемой АГ, что означает соблюдение рекомендаций врача, постоянный прием препаратов, достижение целевого АД (менее 140/90 мм рт. ст.), хорошее самочувствие пациента.

Еще раз о гипертоническом кризе. Что такое гипертонический криз? Доврачебная помощь

Гипертонический криз – резкий, внезапный или относительно постепенный, но значительный подъем артериального давления от нормальных или умеренно повышенных значений, сопровождающийся резким ухудшением самочувствия и часто приводящий к осложнениям.

Гипертонический криз – это всегда опасное для здоровья, а иногда и жизни, состояние с высокой вероятностью развития осложнений.

Кризозное течение артериальной гипертензии – наиболее неблагоприятный вариант заболевания. При его появлении пациент должен обязательно обратиться к врачу для оказания неотложной помощи, выяснения причины подъема АД и подбора профилактического лечения.

Гипертонические кризы могут быть как проявлением гипертонической болезни, так и симптоматической артериальной гипертензии (заболевание почек, надпочечников, сужения сосудов почек и др.).

Отсутствие регулярного лечения артериальной гипертензии или плохо подобранное лечение также может привести к гипертоническому кризу.

Провоцирующими факторами развития повышения артериального давления, а иногда и криза, могут быть:

- нервно-психические или физические перегрузки
- смена погоды, магнитные бури (для метеочувствительных пациентов)
- интенсивное курение
- резкая отмена некоторых лекарств, понижающих давление
- употребление алкогольных напитков
- обильный прием пищи, особенно соленой
- иногда провоцирующим фактором может быть употребление пищи или напитков, содержащих вещества, способствующие повышению артериального давления (кофеин – большое количество кофе, тирамин – шоколад, сыр, икра и др.).

Гипертонический криз всегда требует безотлагательного вмешательства.

При развитии симптомов гипертонического криза необходимо измерить артериальное давление, записать его в дневник или на лист бумаги, вызвать врача «скорой помощи» при значительном повышении АД или при малейших подозрениях на развитие осложнений и до его приезда предпринять меры, способствующие снижению артериального давления:

- могут быть использованы препараты быстрого, короткого действия (таблетка под язык): **каптоприл** 25-50 мг, **клонидин** 0,075-0,15 мг, **нифедипин** 10 мг
- в случае появления загрудинных болей (проявление стенокардии) следует принять **нитроглицерин** под язык
- не применять неэффективные средства – таблетки папазола, дибазола, которые часто используют больные из «подручных средств», чем затягивают и усугубляют свое состояние

- не рекомендуется резко снижать АД в течение короткого промежутка времени, особенно в пожилом возрасте. У пожилых пациентов при снижении артериального давления, на фоне относительно низких цифр АД такие симптомы, как слабость, сонливость, могут указывать на нарушение питания (ишемию) головного мозга. Дальнейшие действия определит врач «скорой помощи».

После купирования гипертонического криза на дому необходимо решать вопрос о госпитализации. Опыт показывает, что даже неосложненный гипертонический криз не проходит бесследно. В течение нескольких дней требуется щадящий режим, наблюдение врача, контроль АД, ЭКГ и гипотензивная терапия.

4. Активная часть – 15 минут

4.1. Общая дискуссия, обмен мнениями, высказывание пожеланий

5. Подведение итогов – 5 минут

Обсуждение качества и полноты материала занятия.

ПРИЛОЖЕНИЕ к занятию 7

(Материал приложения к 7-му занятию заимствован с сайта www.cardiosite.ru)

Рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии, 2001

ИНСТРУКЦИЯ. Ниже приведены выдержки из рекомендаций ВНОК, разработанные экспертами общества. Этот материал приводится для врачей. Его нет необходимости излагать пациентам во время занятий. Однако он необходим для ведения данного занятия как справочный. Он поможет и при выборе индивидуального лечения больных с АГ в соответствии с современными рекомендациями, и при проведении занятия в Школе Здоровья, посвященного вопросам медикаментозного лечения артериальной гипертонии. С полным текстом рекомендаций можно ознакомиться на странице ИНТЕРНЕТ www.cardiosite.ru.

Таблица стратификации риска

Согласно рекомендациям ВОЗ (1999 г.), **выбор тактики** при обнаружении повышения АД **должен базироваться не только на уровне артериального давления**. Необходимо учитывать наличие у пациента факторов риска и их сочетаний, сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет, поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистых и почечных заболеваний, а также других индивидуальных особенностей пациента (медицинских, социальных ситуаций и др.). При выборе тактики при лечении гипертонии следует помнить, что гипертония – не только самостоятельное заболевание, но и один из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь, ишемической болезни сердца. Учитывая это обстоятельство, в каждом случае повышения давления необходимо определить факторы, влияющие на прогноз лиц с артериальной гипертонией. Эти факторы, согласно рекомендациям ВОЗ 1999 года, представлены следующими группами.

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

Факторы, используемые для определения риска:

- уровни систолического и диастолического АД (степень 1-3)
- курение
- уровень общего холестерина >6,5 ммоль/л (250 мг/дл)
- сахарный диабет
- семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний
- возраст для мужчин старше 55 лет
- возраст для женщин старше 65 лет.

Другие факторы, влияющие на прогноз:

- пониженный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности
- повышенный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности
- микроальбуминурия при сахарном диабете
- нарушенная толерантность к углеводам
- ожирение
- сидячий образ жизни
- повышенный уровень фибриногена
- высокий риск (по социально-экономическим, этническим, географическим группам).

Поражение органов-мишеней:

- гипертрофия левого желудочка (по данным электрокардиограммы, эхокардиограммы или рентгенограммы)
- протеинурия и/или умеренное повышение концентрации креатинина плазмы (1, 2-2, 0 мг/дл)
- ультразвуковые или рентгенологические доказательства наличия атеросклеротических бляшек (коронарные артерии, каротидные, подвздошные, бедренные артерии, и аорта)
- генерализованные или локальные сужения артерий сетчатки.

**Сопутствующие клинические состояния:
цереброваскулярные заболевания:**

- ишемический инсульт
- кровоизлияние в мозг
- преходящее нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака

заболевания сердца:

- инфаркт миокарда, стенокардия
- реваскуляризация коронарных артерий
- застойная сердечная недостаточность

заболевания почек:

- диабетическая нефропатия
- почечная недостаточность (концентрация креатинина плазмы >2,0 мг/дл)

заболевания сосудов:

- расслаивающаяся аневризма
- симптоматические заболевания сосудов

прогрессирующая гипертоническая ретинопатия:

- кровоизлияния или экссудаты
- отек сосочка зрительного нерва.

Для определения суммарного риска сердечно-сосудистых осложнений используются специально разработанные таблицы, в частности, таблицы по возрасту риска в зависимости от основных факторов риска (ФР). Следует подчеркнуть, что оценка суммарного риска носит относительный характер, т. е. определяет степень риска с определенной долей вероятности. У лиц с повышением АД риск сердечно-сосудистых осложнений при прочих равных показателях выше, чем у лиц без АГ.

Учитывая, что для практического использования удобны простые схемы, Комитет экспертов ВОЗ (1999 г.) рекомендует определять тактику на основе суммарного риска, который устанавливается по четырем уровням: низкий, средний, высокий и очень высокий.

Таблица составлена на основе данных длительного 10-летнего наблюдения за прогнозом жизни лиц в возрасте старше 40 лет (г. Фремингем, США), поэтому эти данные могут быть применены с наибольшей точностью для этой возрастной группы населения. Суммарный риск оценен в отношении развития несмертельных инфаркта миокарда и мозгового инсульта и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Факторы риска и анамнез	Степень 1 (мягкая АГ) АДс 140-159 или АДд 90-99	Степень 2 (умеренная АГ) АДс 160-179 или АДд 100-109	Степень 3 (тяжелая АГ) АДс ≥180 или АДд ≥110
I. Нет ФР, ПОМ, АКС	НИЗКИЙ РИСК	СРЕДНИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК
II. Есть 1-2 фактора	СРЕДНИЙ РИСК	СРЕДНИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК

	ВЫСОКИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК	РИСК ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
III. Есть 3 и более ФР и/или ПОМ, и/или СД, нет АКС	ВЫСОКИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
IV. Есть АКС, ПОМ +/-, ФР+/-	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК

ФР -факторы риска

ПОМ- поражение органов-мишеней

АКС -ассоциированные клинические состояния

Уровни риска (риск инсульта или инфаркта миокарда в ближайшие 10 лет):

Низкий риск (1) = менее 15%;

средний риск (2) = 15-20%;

высокий риск (3) = 20-30%;

очень высокий риск (4) = 30% или выше

В группу **низкого риска** включаются мужчины моложе 55 и женщины моложе 65 лет с I степенью гипертензии и без ФР. В этой группе лиц риск развития инфаркта, мозгового инсульта и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в последующие 10 лет не более 15%. У лиц с пограничной гипертензией риск несколько ниже.

В группу **среднего риска** включаются лица с широким диапазоном уровней артериального давления и ФР. Одни имеют невысокие цифры АД, но множественные ФР, другие имеют высокое АД, но не имеют ФР. У этих больных врач должен в первую очередь определить необходимость назначения медикаментов. В этой группе лиц риск развития инфаркта, мозгового инсульта и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в последующие 10 лет не более 15-20%. Риск приближается к 15% у лиц с мягкой АД и одним дополнительным ФР.

В группу **высокого риска** включаются пациенты с I или II степенью АГ с тремя и более факторами риска, перечисленными выше, с сахарным диабетом или с поражением органов-мишеней и пациенты с III степенью гипертензии (тяжелой) без ФР. В этой группе лиц риск развития инфаркта, мозгового инсульта и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в последующие 10 лет не более 20-30%.

В группу **очень высокого риска** включаются пациенты с III степенью артериальной гипертензии и одним или более ФР и все пациенты с клиническими признаками заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек. У этих пациентов риск равен 30% и более. Такие больные требуют интенсивной индивидуальной терапии.

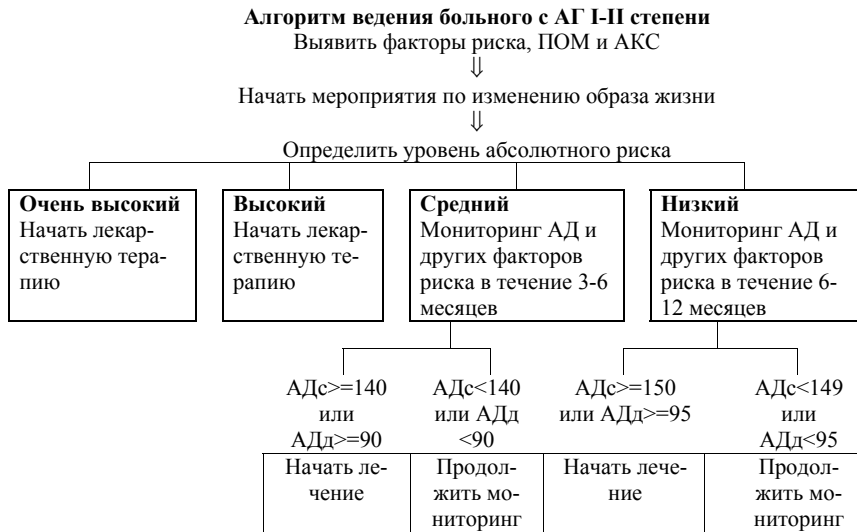
В целях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется при наличии высокого суммарного риска у лиц без АГ повторять измерение АД ежедневно.

Если при первом измерении у пациента регистрируется мягкая или умеренная гипертензия без признаков гипертонического криза, то рекомендуется повторять измерение для определения его стабильности в течение 4 недель, и начать лечение немедикаментозными методами. При безуспешности этих мер в течение первых трех месяцев – начать лечение медикаментами.

Общие принципы ведения больных

- Если пациент отнесен к группе высокого и очень высокого риска, то следует назначить немедленный прием препаратов по поводу АГ и других ФР и/или сопутствующих заболеваний.
- Поскольку группа среднего риска чрезвычайно гетерогенна по уровню АД и характеру факторов риска, то решение о сроке начала медикаментозной терапии принимает врач. Допустимо мониторингирование АД в течение нескольких недель (до 3-6 месяцев) до принятия решения о назначении лекарственной терапии. Ее следует начать при сохранении уровня АД более 140/90 мм рт. ст.

- В группе низкого риска следует провести длительное наблюдение за больным (6-12 мес.) перед принятием решения, назначать ли ему лекарственную терапию. Лекарственную терапию в этой группе назначают при сохраняющемся уровне АД более 150/95 мм рт. ст.



Принципы лекарственной терапии

- Применять низкие дозы антигипертензивных средств на начальном этапе лечения, начиная с наименьшей дозировки препарата с целью уменьшить неблагоприятные побочные эффекты. Если имеется хорошая реакция на низкую дозу данного препарата, но АД все еще неадекватно, целесообразно увеличить дозировку этого препарата при условии его хорошей переносимости.
- Использовать эффективные комбинации низких и средних доз антигипертензивных препаратов с целью максимального снижения АД при хорошей переносимости. При недостаточной эффективности первого препарата предпочтительнее добавление малой дозы второго препарата, чем повышение дозировки исходного. Перспективно использование фиксированных комбинаций препаратов в низких дозировках.
- Проводить полную замену одного класса препарата на другой при низком эффекте или плохой переносимости без увеличения его дозировки или добавления другого лекарства.
- Применять препараты длительного действия, обеспечивающие эффективное снижение АД в течение 24 часов при однократном ежедневном приеме. Это снижает вариабельность АД в течение суток за счет более мягкого и продолжительного эффекта, а также улучшает приверженность больного к лечению.
- Комбинировать антигипертензивные препараты с препаратами, корригирующими другие факторы риска, прежде всего с дезагрегантами, гиполипидемическими и гипогликемическими препаратами (при необходимости и показаниях).

Рекомендации для индивидуального выбора антигипертензивного препарата

В случаях неосложненной АГ предпочтение следует отдавать диуретикам и бета-адреноблокаторам. При наличии установленных показаний для лечения больных АГ в качестве первой линии терапии можно использовать препараты из всех основных современных классов антигипертензивных препаратов, представленных в таблице. На выбор препарата

оказывают влияние многие факторы, среди которых наиболее важными являются следующие:

- факторы риска у данного больного
- наличие поражений органов-мишеней, клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек и сахарного диабета
- наличие сопутствующих заболеваний, которые могут способствовать или ограничивать использование антигипертензивного препарата того или иного класса
- индивидуальные реакции больного на препараты различных классов
- вероятность взаимодействия с препаратами, которые пациент использует по другим поводам;
- социально-экономический фактор, включая стоимость лечения.

Применение препаратов центрального действия, таких как препараты раувольфии, резерпин, метилдопа рекомендуется в качестве терапии резерва, так как они обладают большим количеством побочных эффектов. Исходя из соображений стоимости, они могут использоваться в качестве первой линии, при этом их дозы должны быть уменьшены. Предпочтительно их использование в комбинации с другими антигипертензивными средствами.

Применение прямых вазодилаторов (гидралазин, миноксидил) не рекомендуется в качестве первой линии терапии.

Эффективные комбинации препаратов

- диуретик и бета-адреноблокатор
- диуретик и ингибитор АПФ (или АП антагонист)
- антагонист кальция из группы дигидропиридинов и бета-адреноблокатор
- антагонист кальция и ингибитор АПФ
- бета-адреноблокатор и альфа-адреноблокатор
- препарат центрального действия и диуретик. В эффективных комбинациях используют препараты различных классов для того, чтобы получить дополняющий друг друга эффект путем сочетания препаратов с различными механизмами действия и с одновременным сведением до минимума побочных эффектов:

Рекомендации по выбору лекарственных препаратов для лечения больного АГ

Класс препаратов	Абсолютные показания	Относительные показания	Относительные противопоказания	Абсолютные противопоказания
Диуретики	Сердечная недостаточность Пожилые больные Систолическая гипертензия	<i>Сахарный диабет (индапамид)</i>	Дислипидемия Сохраненная сексуальная активность у мужчин	Подагра
бета-адреноблокаторы	Стенокардия Перенесенный инфаркт миокарда Тахикардии	Сердечная недостаточность Беременность <i>Сахарный диабет (кардоселективные)</i>	Дислипидемия Спортсмены и физически активные пациенты Болезни периферических сосудов	Астма и хронический обструктивный бронхит Блокада проводящих путей сердца ^a
Ингибиторы АПФ	Сердечная недостаточность Дисфункция левого желудочка Перенесенный		Двусторонний стеноз почечных артерий	Беременность Гиперкалиемия Двусторонний стеноз почечных артерий

	инфаркт миокарда Диабетическая нефропатия			
Антагонисты кальция	Стенокардия Пожилые больные Систолическая гипертензия	Поражения периферических сосудов	Застойная сердечная недостаточность	Блокада проводящих путей сердца ^б
альфа-адрено-блокаторы	Гипертрофия предстательной железы	Нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемия	Ортостатическая гипотензия	
Антагонисты рецепторов к ангиотензину II	Кашель при приеме ингибиторов АПФ	Сердечная недостаточность		Беременность Двусторонний стеноз почечных артерий Гиперкалиемия
Агонисты имидазолиновых рецепторов	Метаболический синдром	Сахарный диабет Микроальбуминурия	Блокада проводящих путей сердца Тяжелая сердечная недостаточность	

а – Атриовентрикулярная блокада 2 или 3 степени

б – Атриовентрикулярная блокада 2 или 3 степени для верапамила или дилтиазема

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Достижение и поддержание целевых уровней АД требует длительного наблюдения за больным с контролем за соблюдением рекомендаций по изменению образа жизни, регулярностью антигипертензивной терапии и ее коррекцией в зависимости от эффективности и переносимости лечения. При динамическом наблюдении решающее значение имеет достижение индивидуального контакта между больным и врачом, система обучения пациентов, повышающая восприимчивость больного к лечению.
- После начала терапии больного с АГ необходим повторный визит (не более чем через 1 месяц) для контроля адекватности лечения, наличия побочных эффектов, а также правильности соблюдения больным рекомендаций.
- Если контроль АД достигнут, то дальнейшие визиты к врачу для мониторинга назначаются 1 раз в 3 месяца у больных с высоким и очень высоким риском и 1 раз в 6 месяцев у больных со средним и низким риском.
- При недостаточной эффективности терапии, снижении чувствительности к препарату производится его замена или присоединение другого препарата с последующим контролем не более чем через 1 месяц.
- При отсутствии должного антигипертензивного эффекта возможно добавление третьего препарата (один из препаратов в таком случае должен быть мочегонным) с последующим контролем.
- У больных из группы высокого и очень высокого риска лечение может начинаться сразу с применения двух препаратов, а интервалы между визитами для титрования дозы и интенсификации терапии должны быть сокращены.
- При «резидентной АГ» (АД более 140/90 при терапии тремя препаратами в субмаксимальных дозах) следует убедиться в отсутствии объективных причин резистентности (не-

диагностированная вторичная АГ, несоблюдение больным режима приема препаратов или рекомендаций по соблюдению образа жизни, например, избыточное употребление соли, прием сопутствующих препаратов, ослабляющих эффект терапии, неправильное измерение АД, например, при неадекватном размере манжеты). В случае истинно резистентной АГ следует направить больного для углубленного обследования в стационар.

- При стойкой нормализации АД (в течение года) и соблюдении мер по изменению образа жизни у пациентов в группах низкого и среднего риска возможно постепенное уменьшение количества и дозы применяемых препаратов. При снижении дозы или уменьшении числа используемых препаратов следует увеличить кратность визитов к врачу, чтобы убедиться в отсутствии повышения АД.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОТДЕЛЬНЫХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ

Артериальная гипертензия у пожилых

- Результаты рандомизированных крупных многоцентровых исследований продемонстрировали безусловную необходимость лечения у пожилых пациентов с систолической гипертензией и изолированной систолической гипертензией.
- Лечение АГ у пожилых следует начинать также с изменения образа жизни. Ограничение поваренной соли и снижение веса в этой группе оказывает существенный антигипертензивный эффект.
- Начальная доза всех препаратов у пожилых пациентов может быть снижена вдвое. При последующем наблюдении следует обратить внимание на возможность ортостатической гипотензии. Следует с осторожностью использовать препараты, вызывающие выраженную вазодилатацию, такие как альфа-адреноблокаторы и прямые вазодилататоры, а также высокие дозы мочегонных.
- Предпочтение при выборе препарата отдается малым дозам диуретиков. Альтернативными препаратами, особенно при систолической гипертензии, являются длительно действующие антагонисты кальция. При наличии показаний (таблица) целесообразно использование ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов.

Беременность и артериальная гипертензия

- АГ при беременности определяется или по абсолютному уровню АД (например, (140/90 мм рт. ст. или выше) или по подъему АД по сравнению с уровнем до зачатия или АД в первом триместре (например, подъем АДс (25 мм рт. ст. и/или подъем АДд (15 мм рт. ст.)). Гипертензию у беременных подразделяют на хроническую – эссенциальную или вторичную (артериальную гипертензию, которая существовала до наступления беременности или до 20 недель) и гипертензию беременных или преэклампсию, которая может развиваться и на фоне уже имевшейся хронической гипертензии.
- При преэклампсии АД свыше 170/100 мм рт. ст. требует лечебных мероприятий по снижению АД с целью защиты матери от риска развития инсульта или эклампсии. К препаратам, которые используются для быстрого снижения АД, относятся нифедипин, лабетолол, гидралазин и сульфат магния.
- Препаратом выбора при лечении АГ беременных является метилдопа (допегит).
- Для постоянной терапии артериальной гипертензии у беременных широко используются такие антигипертензивные препараты, как бета-адреноблокаторы, в частности атенолол (ассоциируется с задержкой роста плода в условиях длительного использования в течение всей беременности), а также лабетолол, гидралазин, нифедипин. Диуретики следует применять с осторожностью, так как они могут еще больше снизить уже измененный объем плазмы крови.
- При беременности не применяются следующие препараты: ингибиторы АПФ, обладающие тератогенным действием, и антагонисты рецепторов АП, действие которых, вероятно, сходно с таковым у ингибиторов АПФ.

Некоторые аспекты лечения артериальной гипертензии у женщин

- Общие принципы терапии, прогноз и эффективность отдельных препаратов не имеют существенных половых различий.
- У женщин, принимающих оральные контрацептивы, чаще развивается АГ, особенно в сочетании с ожирением, у курящих и в более старшем возрасте. При развитии АГ на фоне приема этих препаратов их следует отменить.
- АГ не является противопоказанием к гормональной заместительной терапии у женщин в постменопаузе. Однако при начале гормональной заместительной терапии АД следует контролировать чаще, так как возможно его повышение.

Больные АГ с поражением сосудов головного мозга, перенесшие транзиторную ишемическую атаку и/инсульт

Это особая категория больных, нуждающихся в совместном наблюдении кардиолога (терапевта) и невролога. Снижение АД должно проводиться постепенно (на I этапе на 20-25% от исходных значений) до достижения минимальных переносимых уровней. Следует следить за уровнем АД в ортостазе, т. к. существует риск развития ортостатической гипотензии.

Сочетание артериальной гипертензии с ишемической болезнью сердца

- У больных АГ с ИБС в качестве антигипертензивной терапии следует использовать в первую очередь бета-адреноблокаторы. Могут быть также применены блокаторы кальциевых каналов за исключением короткодействующих.
- У больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), следует применять бета-адреноблокаторы при отсутствии внутренней симпатомиметической активности и ингибиторы АПФ, особенно при наличии сердечной недостаточности (СН) или систолической дисфункции.
- При неэффективности бета-адреноблокаторов, их непереносимости или наличии противопоказаний – применяются верапамил или дилтиазем.
- В целом, у данной категории больных следует избегать применения препаратов, вызывающих быстрое снижение АД, особенно сопровождающееся рефлекторной тахикардией – короткодействующие дигидропиридины.

Больные АГ с сердечной недостаточностью

- Применение ингибиторов АПФ у больных с сердечной недостаточностью или дисфункцией левого желудочка существенно понижает летальность в данной группе больных и является предпочтительным. При непереносимости ингибиторов АПФ могут использоваться антагонисты рецепторов к ангиотензину II.
- В сочетании с ингибиторами АПФ целесообразно применение диуретиков по показаниям.
- В последние годы показана эффективность и безопасность применения малых доз бета-адреноблокаторов у больных I-III функционального класса сердечной недостаточности.

Больные АГ с заболеванием почек

- Артериальная гипертензия является решающим фактором прогрессирования почечной недостаточности любой этиологии, а адекватный контроль АД замедляет ее развитие.
- Для лечения АГ при болезнях почек могут использоваться все классы препаратов и их комбинации. Существуют данные о том, что ингибиторы АПФ и антагонисты кальция обладают самостоятельным нефропротективным действием.
- У больных с почечной недостаточностью и протеинурией гипотензивную терапию следует проводить в более агрессивном режиме. У больных с потерей белка (1 г/сут) устанавливается более низкий целевой уровень АД (125/75 мм рт. ст.), чем при менее выраженной протеинурии (130/85 мм рт. ст.).

Больные АГ с сахарным диабетом

- Частота артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом в 1, 5-2 раза выше по сравнению с лицами без диабета. Сочетание сахарного диабета и АГ заслуживает особого внимания, поскольку обе патологии являются факторами риска многих макро- и микро-

сосудистых поражений. При сочетании сахарного диабета и АГ еще большее значение приобретают меры коррекции образа жизни.

- Для всех больных сахарным диабетом вне зависимости от возраста устанавливается целевой уровень снижения АД меньше 130/85 мм рт. ст.
- При выборе препарата предпочтение отдается ингибиторам АПФ, особенно при наличии протеинурии, антагонистам кальция и низким дозам диуретиков, предпочтительнее индапамид–ретарду.
- Несмотря на возможные негативные эффекты на периферический кровоток и способность пролонгировать гипогликемию и маскировать ее симптомы, больным АГ с СД показано применение кардиоселективных бета-адреноблокаторов; их использование улучшает прогноз особенно для больных с ИБС и перенесенным ИМ.
- При проведении лечения следует помнить о возможной ортостатической гипотензии.

Больные АГ с бронхиальной астмой и хроническими обструктивными заболеваниями легких

Предпочтение отдается антагонистам кальция, которые обладают бронходилататорным эффектом

- Бета-адреноблокаторы, даже местного применения (тимолол), противопоказаны больным этой группы.
- С осторожностью следует использовать ингибиторы АПФ и в случае появления кашля их можно заменить на антагонисты АП рецепторов.
- Препараты, применяемые для лечения бронхообструктивного синдрома, часто ведут к повышению АД. Наиболее безопасными в этом отношении являются кромогликат натрия, ипратропиум бромид и местные глюкокортикоиды.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Все ситуации, при которых требуется в той или иной степени быстрое снижение АД, подразделяют на две большие группы:

1. Состояния, требующие неотложной терапии (снижения АД, в течение первых минут и часов при помощи парентерально вводимых препаратов)

Неотложной терапии требует такое повышение АД, которое ведет к появлению или усугублению симптомов со стороны «органов-мишеней»: нестабильной стенокардии, инфаркту миокарда, острой левожелудочковой недостаточности, расслаивающей аневризме аорты, эклампсии, инсульту, отеку соска зрительного нерва. Незамедлительное снижение АД может потребоваться также при травме центральной нервной системы, у послеоперационных больных, при угрозе кровотечения и др.

Парентеральные препараты для лечения кризов включают следующие:

Вазодилататоры – нитропруссид натрия (может повышать внутричерепное давление); нитроглицерин (предпочтителен при ишемии миокарда); эналаприл (предпочтителен при наличии сердечной недостаточности); антиадренергические средства – фентоламин (при подозрении на феохромоцитому); диуретики – фуросемид (при левожелудочковой недостаточности); ганглиоблокаторы – пентамин; нейролептики – дроперидол.

АД должно быть снижено на 25% в первые 2 часа и до 160/100 в течение последующих 2-6 часов. Не следует снижать АД слишком быстро для избежания ишемии мозга, миокарда и почек. При уровне АД выше 180/120 мм рт. ст. его следует измерять каждые 15-30 минут.

2. Состояния, при которых требуется снижение АД в течение нескольких часов

Само по себе резкое повышение АД, не сопровождающееся появлением симптомов со стороны других органов, требует обязательного, но не столь неотложного вмешательства и

может купироваться пероральным приемом препаратов с относительно быстрым действием (бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция (нифедипин), клонидин, короткодействующие ингибиторы АПФ, празозин).

Лечение больного с неосложнённым гипертоническим кризом может проводиться амбулаторно.

К числу состояний, требующих относительно срочного вмешательства, относится злокачественная артериальная гипертензия (ЗАГ).

Под данным синдромом понимается сочетание крайне высокого артериального давления (обычно АД превышает 120 мм рт. ст.) с развитием выраженных изменений со стороны сосудистой стенки, что ведет к ишемии тканей и нарушению функции органов, в первую очередь изменений со стороны глазного дна: признаков нейроретинопатии, отека зрительного нерва, кровоизлияний на глазном дне. (Тромбоз вен сетчатки не относится к симптому ЗАГ!). В развитии ЗАГ принимает участие активация множества гормональных систем, что приводит к увеличению натрийуреза, гиповолемии, а также повреждению эндотелия и пролиферации гладкомышечных клеток интимы. Все эти изменения сопровождаются дальнейшим выбросом вазоконстрикторов и еще большим повышением АД. Озлокачествление течения возможно как при ГБ, так и при других АГ.

Синдром ЗАГ обычно проявляется прогрессированием почечной недостаточности, снижением или потерей зрения, симптомами со стороны ЦНС (развитием инсульта), изменениями реологических свойств крови вплоть до ДВС синдрома.

У пациентов с ЗАГ требуется применение комбинации трех и более препаратов.

При лечении тяжелой АГ следует помнить о возможности избыточного выведения натрия, особенно при интенсивном введении мочегонных, что сопровождается дальнейшей активацией ренин-ангиотензиновой системы и повышением АД.

Больной со злокачественным течением АГ должен быть еще раз прицельно обследован на предмет возможности вторичной АГ.

Показания к госпитализации:

- неясность диагноза и необходимость проведения специальных (чаще, инвазивных) исследований для уточнения генеза АГ
- трудность в подборе медикаментозной терапии (частые кризы, резистентная к проводимой терапии АГ).

Показания к экстренной госпитализации:

- гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе
- гипертонический криз с выраженными проявлениями гипертонической энцефалопатии
- осложнения ГБ, требующие интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения (инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, остро возникшие нарушения зрения, отек легких и т.д.).

Занятие 8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ЗАНЯТИЕ

Продолжительность занятия 90 минут

Структура занятия

1. Вводная часть – 5 минут
 - 1.1. Описание целей занятия
2. Активная часть – 25 минут
 - 2.1. Проверка знаний и навыков, полученных в Школе
 - 2.2. Заполнение оценочных анкет
3. Круглый стол – 55 минут
 - 3.1. Обмен мнениями об обучении в Школе
 - 3.2. Пожелания на будущее
4. Заключение – 5 минут

1. Вводная часть – 5 минут**1.1. Описание целей занятия**

ИНСТРУКЦИЯ. Заключительное занятие подводит итог всех предыдущих занятий и намечает планы на будущее – наблюдение пациентов, их самостоятельное активное участие в оздоровлении и лечении и пр.

Если занятия в Школе проводились различными врачами, а координацию и курацию всего курса выполнял врач кабинета медицинской профилактики, желательно, чтобы для участия в проведении этого заключительного занятия был приглашен или привлечен участковый врач, который будет в дальнейшем вести динамическое наблюдение за пациентами.

Если пациенты, обучавшиеся в цикле, принадлежали к различным территориальным участкам, то необходимо согласовать с лечащими врачами этих пациентов все рекомендации по дальнейшему их наблюдению. Это очень важно, так как, во-первых, обеспечит преемственность пациентов, повысит эффективность всей системы проводимых лечебно-профилактических мер, во-вторых, повысит приверженность пациентов к лечению, продемонстрировав им полную согласованность действий медицинских работников, оказывающих им помощь в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Желательно, чтобы обстановка заключительного занятия несколько отличалась от принятой обстановки в течение «обычных» занятий и приближалась к обстановке Круглого стола и открытого общения.

ЦЕЛЬ заключительного занятия в Школе Здоровья:

- проконтролировать полноту и правильность приобретенных навыков по самоконтролю, самопомощи и оздоровлению
- уточнить полноту посещений занятий
- повторить необходимые навыки и приемы
- дать информацию по дальнейшему наблюдению, ведению дневника, оздоровлению
- обменяться мнением об обучении в Школе (положительные и негативные мнения по занятию)
- высказать пожелания по совершенствованию работы Школы Здоровья в конкретном учреждении.

2. Активная часть – 25 минут**2.1. Проверка знаний и навыков, полученных в Школе**

ИНСТРУКЦИЯ. Рекомендуется кратко перечислить основные вопросы прошедших занятий и спросить, что из них осталось неясным для пациентов. Предложить пациентам самим (тем, кто выразит желание) дать краткую информацию по неясным вопросам. Врач следит за правильностью объяснений и за регламентом занятия, дополняет и уточняет в случае необходимости объяснения пациентов. Такая форма ведения занятия обеспечивает эффективную обратную связь и способствует лучшему запоминанию необходимой информации. Напомните пациентам о необходимости вносить записи в Дневник для лучшего запоминания.

Основные положения для запоминания. Перечислить вопросы и уточнить, всем ли пациентам эти вопросы ясны и понятны после обучения в Школе? Если что-то из перечисленного осталось неясным и это, по мнению врача, является важным для дальнейшего лечения и профилактики артериальной гипертензии, предложить тем пациентам, которые эти вопросы ясны, дать краткое объяснение и растолковать вопросы. При этом врач дополняет и уточняет объяснения пациентов. Такая работа по принципу «обратной связи» является наиболее эффективной для запоминания и усвоения необходимого материала.

Вопросы для проверки усвоенных знаний:

- причины повышения артериального давления
- симптомы повышенного артериального давления
- симптомы проявлений обострений заболеваний (кризов, переходящих нарушений мозгового кровообращения)
- факторы, определяющие индивидуальный риск развития осложнений заболевания и влияющие на прогноз
- средства доврачебной помощи при внезапном повышении артериального давления
- основы самоконтроля артериального давления
- каким должно быть питание здорового человека
- принципы Здорового питания
- связь питания и артериального давления. Как влияет питание на артериальную гипертензию
- что такое ожирение. Методы оценки. Причины. Поражения органов и систем
- основные принципы диеты при ожирении. Различные диеты
- повышение физической активности при ожирении и избыточной массе тела
- о влиянии ФА на здоровье
- об отрицательном воздействии низкой физической активности (НФА) на организм
- как избежать возможные осложнения при физической тренировке
- как построить программу тренирующих занятий
- особенности повышения физической активности у лиц с избыточной массой тела
- особенности повышения ФА у пожилых
- о вредном воздействии табачного дыма на организм
- о влиянии курения на здоровье
- о типах курительного поведения
- что такое никотиновая зависимость
- как можно избавиться от курения
- понятие «стресс»
- личностные факторы стресса
- контролируемые и неконтролируемые стрессоры
- как можно управлять стрессом и преодолевать стресс
- основные группы гипотензивных препаратов, которые могут применяться при его заболевании

- показания для приема отдельных групп медикаментозных препаратов
- основные побочные действия лекарств, понижающих артериальное давление
- причины, провоцирующие возникновение нежелательных явлений при приеме медикаментов
- правила приема препаратов.

Вопросы для проверки усвоенных навыков:

- методика измерения артериального давления в соответствии с современными требованиями
- режим периодических измерений артериального давления
- правила ведения Дневника пациента
- первая помощь при внезапном подъеме артериального давления
- самоконтроль, самонаблюдение
- самооценка индивидуальных факторов, влияющих на течение заболевания и выделение приоритетов по их устранению
- построение индивидуального плана оздоровления
- ведение дневника питания
- расчет энерготрат и энергопотребления
- построение низкокалорийного рациона питания
- построение индивидуальной программы снижения избыточной массы тела
- определение степени своей физической активности
- определение и контроль (самоконтроль) интенсивности своих физических нагрузок
- умение одеваться при физических тренировках
- методически правильно выполнять оздоровительные физические нагрузки
- (для курящих) определять степень никотиновой зависимости
- (для курящих) оценить степень мотивации к отказу от курения
- (для курящих) сделать выбор способа отказа от курения
- определять индивидуальный уровень стресса
- определять стрессовое поведение, которое можно изменить
- определять и преодолевать препятствия по управлению стрессом
- контролировать стрессовое поведение, связанное с вредными для здоровья поведенческими привычками
- применять методы преодоления стресса в повседневной жизни
- правильно и своевременно принимать назначенные гипотензивные препараты
- принять своевременные меры по устранению нежелательных побочных действий
- использовать все возможные и зависящие от самого пациента факторы для повышения приверженности к лечению и соблюдению рекомендаций врача.

2.2. Заполнение оценочных анкет

ИНСТРУКЦИЯ. Каждому слушателю школы выдаются анонимные анкеты по оценке обучения в Школе. Результаты этого опроса необходимо учитывать при дальнейшей работе, устраняя недостатки и развивая те положительные и интересные качества обучения, которые отметили слушатели.

Анкета приведена в организационно-методическом письме Минздрава России «Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения» (утверждено в МЗ РФ 2 августа 2002 г.).

3. Круглый стол – 55 минут

3.1. Обмен мнением об обучении в Школе

ИНСТРУКЦИЯ. Круглый стол можно совместить с предыдущей частью занятия, так как по ходу обсуждения может возникнуть дискуссия и обмен мнениями. Поэтому при проведении заключительного занятия нет необходимости строго следовать предложенному сценарию занятия. Важно реализовать цель самого занятия и дать возможность пациентам высказать свое мнение, которое необходимо учитывать в дальнейшем.

3.2. Пожелания на будущее

ИНСТРУКЦИЯ. Пациентам предлагается информация о дальнейшем наблюдении у лечащего врача. Сведения о пациентах, прошедших обучение в Школе, передаются лечащему врачу, который при дальнейшем наблюдении за пациентом учитывает полученное пациентом обучение, поддерживает их и помогает советами и рекомендациями. Пациентам необходимо напомнить о необходимости ведения Дневника и самоконтроля.

4. Заключение – 5 минут

СПАСИБО за сотрудничество!