

ПАМЯТКА

Порядок неотложных действий граждан, не имеющих специальной медицинской подготовки, при внезапной смерти человека в их присутствии, при сердечном приступе и остром нарушении мозгового кровообращения

В Российской Федерации около 80 % всех смертей происходит вне медицинских организаций - дома, на работе, на даче, в общественных и других местах. При этом значительная их часть происходит по механизму внезапной смерти, а также в период самых первых проявлений инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения. Сердечный приступ очень часто является первым проявлением инфаркта миокарда. Это обстоятельство требует, чтобы каждый гражданин России знал основные проявления и порядок неотложных действий при их возникновении.

I. Внезапная смерть. Чаще всего внезапная смерть происходит вследствие внезапной остановки сердца.

Основные признаки (симптомы) внезапной смерти:

- Внезапная потеря сознания, часто сопровождающаяся агональными движениями (стоящий или сидящий человек падает, нередко наблюдаются судорожное напряжение мышц, непроизвольное мочеиспускание и дефекация; лежащий человек иногда предпринимает судорожную попытку сесть или повернуться на бок).
- Внезапное полное прекращение дыхания, часто после короткого периода (5-10 секунд) агонального псевдыхания: больной издает хрипящие и/или булькающие звуки, иногда похожие на судорожную попытку что то сказать.

Последовательность неотложных действий.

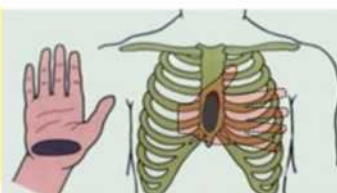
- Если человек внезапно потерял сознание - сразу же вызывайте бригаду скорой медицинской помощи (при наличии помощника - он вызывает скорую помощь). Далее встряхните пациента за плечо и громко спросите «Что с Вами?». При отсутствии ответа проводится активное похлопывание по щекам больного, при отсутствии какой-либо реакции сразу же приступайте к закрытому массажу сердца.
- Больного укладывают на жесткую ровную поверхность (пол, земля, ровная твердая площадка и тому подобные места, но не на диван, кровать, матрас и прочие мягкие поверхности), освобождают от одежды переднюю часть грудной клетки. Определяют местоположение рук на грудной клетке больного как указано на рисунке. Одна ладонь устанавливается в указанное на рисунке место, а ладонь второй руки располагается сверху на первой в точном соответствии с изображением рук на рисунке.

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

При отсутствии признаков жизни закрытый массаж сердца проводить до прибытия скорой помощи



клетку в минуту на глубину 5 см



Руки прямые
не в
локтях

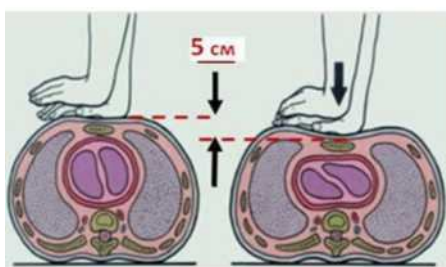


Рис. Иллюстрация методики проведения закрытого массажа сердца.

- При появлении признаков жизни (любые реакции, мимика, движения или звуки издаваемые больным), массаж сердца необходимо прекратить. При исчезновении указанных признаков жизни массаж сердца необходимо возобновить. Остановки массажа сердца должны быть минимальными - не более 5-10 секунд. При возобновлении признаков жизни массаж сердца прекращается, больному обеспечивается тепло и покой. При отсутствии признаков жизни массаж сердца продолжается до прибытия бригады СМП.
- Если человек, оказывающий первую помощь, имеет специальную подготовку и опыт по проведению сердечно-легочной реанимации, он может параллельно с закрытым массажем сердца проводить и искусственную вентиляцию легких. **При отсутствии специальной подготовки проводить больному искусственную вентиляцию легких и определение пульса на сонной артерии не следует**, так как специальные научные исследования показали, что такие процедуры в неопытных руках ведут к недопустимой потере времени и резко уменьшают частоту оживления больных с внезапной остановкой сердца.

Алгоритм неотложных действий.

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

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

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

Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Сесть (лучше в кресло с подлокотниками) или лечь в постель с приподнятым изголовьем, принять 0,25 г ацетилсалициловой кислоты (аспирина) (таблетку разжевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (таблетку/капсулу положить под язык, капсулу предварительно раскусить, не глотать); освободить шею и обеспечить поступление свежего воздуха (открыть форточки или окно).

Если через 5-7 мин. после приема ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и нитроглицерина боли сохраняются необходимо второй раз принять нитроглицерин.

Если через 10 мин после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в третий раз принять нитроглицерин.

Если после первого или последующих приемов нитроглицерина появилась резкая слабость, потливость, одышка, необходимо лечь, поднять ноги (на валик и т.п.), выпить 1 стакан воды и далее, как и при сильной головной боли, нитроглицерин не принимать.

Если больной ранее принимал лекарственные препараты снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розуваостатин) дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.

ВНИМАНИЕ! Больному с сердечным приступом категорически запрещается вставать, ходить, курить и принимать пищу до особого разрешения врача; **нельзя принимать аспирин (ацетилсалициловую кислоту) при** непереносимости его (аллергические реакции), а также при явном и выраженном обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; **нельзя принимать нитроглицерин при** резкой слабости, потливости, а также при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Основные признаки (симптомы):

Онемение, слабость «непослушность» или паралич (обездвиживание) руки, ноги, половины тела, перекашивание лица и слюнотечение на одной стороне;

Речевые нарушения (затруднения в подборе нужных слов, понимания речи и чтения, невнятная и нечеткая речь, до полной потери речи);

Нарушения или потеря зрения, «двоение» в глазах, затруднена фокусировка зрения;

Нарушение равновесия и координации движений (ощущения "покачивания, проваливания, вращения тела, головокружения», неустойчивая походка вплоть до падения);

Необычная сильная головная боль (нередко после стресса или физического напряжения);

Спутанность сознания или его утрата, неконтролируемые мочеиспускание или дефекация.

При внезапном появлении любого из этих признаков срочно вызывайте бригаду скорой помощи, даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут.

Алгоритм действий до прибытия бригады скорой помощи.

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

- Если больной без сознания положите его на бок, удалите из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что больной дышит.
- Если пострадавший в сознании, помогите ему принять удобное сидячее или полусидячее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки. Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротничок рубашки, ремень или пояс, снимите стесняющую одежду.
- Возьмите 2 таблетки глицина и положите их под язык больному.
- Измерьте температуру тела больного. Если она 38 градусов Цельсия или более дайте больному 1 г парацетамола (2 таблетки по 0,5 г разжевать, проглотить), **(при отсутствии парацетамола других жаропонижающих препаратов не давать!)**.
- Положите на лоб и голову лед или продукты из морозильника, уложенные в непромокаемые пакеты, обернутые полотенцем.
- Если больной ранее принимал лекарственные препараты снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин) дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.
- Если прибытие скорой помощи задерживается, измерьте больному артериальное давление и если его верхний уровень превышает 220 мм рт. ст., дайте больному препарат, снижающий артериальное давление, который он принимал раньше.
- Если пострадавшему трудно глотать и у него капает слюна изо рта, наклоните его голову к более слабой стороне тела, промокайте стекающую слюну чистыми салфетками.
- Если пострадавший не может говорить или его речь невнятная, успокойте его и ободрите, заверив, что это состояние временное. Держите его за руку на непарализованной стороне, пресекайте попытки разговаривать и не задавайте вопросов, требующих ответа.

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

- Далее до прибытия бригады скорой помощи больному необходимо класть под язык по 1-2 таблетки глицина с интервалом 5-10 мин (в общей сложности не более 10 таблеток).

ПОМНИТЕ!

- ▶ Что закрытый массаж сердца, проведенный в первые 60-120 секунд после внезапной остановки сердца позволяет вернуть к жизни до 50 % больных
- ▶ Что только вызванная в первые 10 мин от начала сердечного приступа или ОНМК скорая медицинская помощь, позволяет в полном объеме использовать современные высокоэффективные методы стационарного лечения и во много раз снизить смертность от этих заболеваний
- ▶ Что ацетилсалициловая кислота (аспирин) и нитроглицерин принятые в первые 5 мин. могут предотвратить развитие инфаркта миокарда и значительно уменьшают летальность от него
- ▶ Что состояние алкогольного опьянения не является разумным основанием для задержки вызова бригады скорой помощи при развитии сердечного приступа и ОНМК - около 30% лиц внезапно умерших на дому находились в состоянии алкогольного опьянения.

▶ Рекомендации по факторам риска

Повышенное артериальное давление/артериальная гипертония.

Необходимо контролировать АД и поддерживать его на нормальном уровне, что способствует формированию навыков:

- самоконтроля АД в домашних условиях (желательно иметь домашний тонометр и быть обученным правильно измерять и оценивать уровень АД, знать технику измерения, критерии);
- регулярного приема антигипертензивной терапии (если медикаменты назначены врачом) и недопускать самолечения;
- освоения мер доврачебной помощи при резких подъемах АД (кризах), определения основных симптомов сердечного приступа и симптомов возможного острого состояния (нарушения мозгового кровообращения) для своевременного (раннего) вызова скорой медицинской помощи;
- соблюдения рационального и профилактического питания;

- оптимизации повседневной физической активности и самоконтроля адекватности индивидуальной нагрузки;
- самоконтроля массы тела и рекомендуемые для конкретного пациента нормы (желательно, чтобы пациент имел домашние весы);
- регулярного прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения у врача и выполнения назначенных врачом исследований.

Каждый пациент с выявленным повышенным АД должен пройти полное диагностическое обследование в соответствии с принятым в субъекте Российской Федерации стандартом медицинской помощи при артериальной гипертензии (АГ) получить углубленное консультирование по медикаментозным и немедикаментозным мерам контроля АД с поддерживающим консультированием при очередных посещениях врача. Желательно, чтобы пациенты, находящиеся на медикаментозном лечении вели дневник контроля АД, в который записывали уровни АД (желательно утром после ночного сна и вечером, в одно и то же время суток). При необходимости в дневнике можно регистрировать прием назначенных препаратов и самочувствие (жалобы), что поможет врачу оценить последующую тактику. Пациенты с повышениями АД должны измерять АД в регулярном режиме вне зависимости от самочувствия но не реже 1 раза в неделю.

К мерам, которые способствуют снижению АД и сердечно-сосудистого риска при АГ, относят следующие :

- *прекращение курения* (курение не только способствует прогрессированию АГ и развитию атеросклероза, но и снижает чувствительность к медикаментозной терапии; при желании пациента отказаться от курения необходимо оценить потребность в медицинской помощи и рекомендовать или самостоятельный отказ (дать памятку), или оказать медицинскую помощь по отказу от курения (никотинзаместительная терапия, диетотерапия и др.);
- *снижение избыточной массы тела/ожирения* (желательно, чтобы индекс массы тела был не более 25 кг/м^2 ; при ожирении рекомендуется постепенное снижение на начальном этапе на 10% от исходной массы тела;
- *ограничение потребления соли* (до 5 г/сутки - 1 чайная ложка без верха; пациентам следует рекомендовать избегать подсаливания пищи, потребления соленых продуктов, уменьшать использование поваренной соли при приготовлении пищи);
- *ограничение потребления алкоголя* (при АГ рекомендуется *полное исключение* алкогольных напитков. Опасным уровнем считается потребление алкоголя (в пересчете на чистый этанол) более 20-30 г для мужчин и 10-20 г для женщин).
- *увеличение потребления фруктов и овощей* (не менее 400-500 грамм овощей или фруктов в день, за исключением картофеля) для обеспечения организма клетчаткой, витаминами, минералами, фитонцидами и сохранения кислотно-щелочного равновесия.
- *снижение общего потребления жиров и насыщенных жиров* Рацион должен содержать достаточное количество растительных масел (20-30 г/сут.), обеспечивающих организм полиненасыщенными жирными кислотами (ю-6 и ю-3), Потребление пищевого холестерина не должно

превышать 300 мг в сутки (продукты богатые холестерином: яичные желтки, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, сосиски и колбасы с высоким содержанием жира).

- *оптимизация физической активности* (рекомендации даются индивидуально в зависимости от клинико-функционального состояния); при отсутствии противопоказаний, физические аэробные повседневные нагрузки по 30 минут ходьбы в умеренном темпе в день способствуют снижению повышенного АД; интенсивные изометрические нагрузки, подъем тяжестей,
- *могут вызвать значительное повышение АД*, поэтому их следует исключить. При АД 3 степени уровень физической активности определяется индивидуально, исходя из комплексной оценки состояния пациента, наличия и степени выраженности осложнений и сопутствующих заболеваний.
- *контроль и снижение психоэмоционального напряжения/стресса* (при необходимости назначить консультацию психолога, дать рекомендации по самоконтролю стрессовых ситуаций).

В качестве совета ниже приводятся «десять заповедей» преодоления эмоционального стресса –

- (1) «Стремитесь к поставленной цели 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; Не забывайте об отдыхе. Монотонная работа утомляет, смена занятий помогает сохранить силы и здоровье;
- (4) Цените радость подлинной простоты жизненного уклада, избегая всего показного и нарочитого. Этим Вы заслужите расположения и любовь окружающих.
- (5) Прежде чем что-то предпринять в конфликтной ситуации, взвесьте свои силы и целесообразность действий.
- (6) Старайтесь видеть светлые стороны событий и людей. «Бери пример с солнечных часов - веди счет лишь радостных дней» - народная мудрость.
- (7) Если необходимо предпринять удручающе неприятное для Вас дело (разговор) не откладывайте его на «потом».
- (8) 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.
- (9) Ставьте реальные и важные цели в любом деле.
- (10) Научитесь разумно поощрять себя за достижение поставленной цели.

Избыточная масса тела (ожирение). Нерациональное питание.

Необходимо:

- контролировать массу тела в домашних условиях, знать рекомендуемые нормы. Желательно иметь домашние весы и быть обученным правильно контролировать процесс снижения веса тела;
- придерживаться рационального питания и особенностей питания при избыточной массе тела;
- оптимизация повседневной физической активности и самоконтроля адекватности

индивидуальной нагрузки;

- регулярного прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, диспансерного (динамического) наблюдения у врача и выполнения назначенных врачом исследований.

Рекомендуемых нормативов массы тела, в частности по отношению к риску развития сердечно-сосудистых заболеваний:

Классификация массы тела по индексу Кетле (индексу МТ)

(индекс Кетле = отношению массы тела в кг к росту в м²)

Типы массы тела	Индекс Кетле, кг/м ²	Риск сердечно-сосудистых заболеваний
Дефицит массы тела	> 18,5	Низкий
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

Цель - снижение индекса Кетле до 25 кг/м², окружность талии для мужчин менее 94 см, для женщин - менее 80 см. *Промежуточная цель* при ожирении, особенно при значительной степени ожирения - индекс Кетле ниже 30 кг/м² (или на 10% от исходного на начальном этапе), окружность талии для мужчин менее 102 см, для женщин - менее 88 см. При динамическом наблюдении (2 раза в год) снижение массы тела на 10% и более за 6 месяцев считается отличным результатом, 5%-10% - хорошим, от стабилизации массы тела до 5% снижения - удовлетворительным.

Диетологическое консультирование занимает главное место в лечении ожирения. Только постепенное, длительное изменение характера питания, формирование более здоровых привычек, а не временное ограничение употребления определенных продуктов (особенно не рекомендуется голодание) может привести к успешному снижению веса. 6 принципов питания при избыточной массе тела:

(1) *Контроль энергетического равновесия* рациона питания: уменьшение энергопоступления и/или увеличение энерготрат. *Уменьшать калорийность рациона* рекомендуется за счет *уменьшения содержания углеводов* (особенно рафинированных - сахар, мука и изделия с их содержанием) *и жиров при достаточном поступлении белков*, как животного, так и растительного происхождения, витаминов, микроэлементов и *пищевых волокон* (до 30-40 г/сут).

(2) *Сбалансированность (полноценность) по нутриентному составу* (белки, жиры, углеводы, витамины, макро- и микроэлементы): белок - 15-25% от общей калорийности (75-95 г), жир - до 20 - 30% от общей калорийности (60-80 г), углеводы - 45-60% от общей калорийности с ограничением и даже полным исключением простых сахаров (0-5%).

Белки. Из продуктов, богатых белками, предпочтительны нежирные сорта мяса, рыбы и сыра; белое мясо птицы; нежирные молочные продукты; бобовые, грибы. Полноценное белковое питание могут обеспечить 2-е порции (по 100-120 г в готовом виде) мяса, рыбы или птицы и 1 порции молочного блюда (100 г творога или 150-200 мл молочного напитка пониженной жирности без сахара) в день. Суточную потребность в растительных белках может обеспечить 100 г зернового хлеба и 100-200 г крахмалистого блюда (бобовые, картофель, каша или макаронные изделия).

Жиры. Уменьшение доли жиров животного происхождения - *исключение из рациона* жирных сортов свинины, баранины, птицы (гуси, утки) мясопродуктов (колбасы, паштеты), жирных молочных продуктов (сливки, сметана и пр.). Жирность куриного мяса можно уменьшить почти в 2 раза, сняв с неё кожу перед приготовлением. Предпочтение отдавать обезжиренным и низкожирным сортам молочных продуктов (молоко, кефир, йогурт, творог, сыр). Избыток жиров растительного происхождения не желателен - он влияет на энергоценность пищи (калорийность растительного масла несколько выше, чем сливочного). Растительные жиры входят в состав майонеза, чипсов, семечек, орехов, изделий из шоколада, многих кондитерских изделий и продуктов, приготовленных во фритюре, поэтому потребление этих продуктов следует ограничить или исключить.

Углеводы. Основу питания должны составлять трудноусвояемые углеводы (менее обработанные и не рафинированные крупы, овощи, бобовые, фрукты, ягоды, хлеб грубого помола и др.). Не рекомендуются (или исключаются) продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы: сахар, варенье, кондитерские изделия, сладкие напитки и др. Следует ограничить (или исключить) газированные и сладкие напитки. Из источников углеводов предпочтение следует отдавать растительным продуктам - цельнозерновым, овощам, фруктам и ягодам, которые содержат в достаточном количестве пищевые волокна.

(3) *Исключение потребления алкоголя*, особенно при наличии артериальной гипертонии, других сердечно-сосудистых и цереброваскулярных болезней.

(4) *Соблюдение водно-солевого режима.* Рекомендуется ограничение поваренной соли до 5 г/сутки (1 чайная ложка без верха), исключив приправы, экстрактивные вещества.

(5) *Технология приготовления пищи.* Рекомендуется предпочтение отдавать отвариванию, припусканию, тушению в собственном соку, обжариванию в специальной посуде без добавления жиров, сахара, соли, приготовлению на пару, в духовке, в фольге или пергаменте, на гриле, без дополнительного использования жиров. Не следует злоупотреблять растительными маслами, майонезом при приготовлении салатов.

(6) *Режим питания.* Рекомендуется 3 основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) и 1-2 перекуса в день. Ужин рекомендуется не позднее, чем за 3-4 часа до сна. Оптимальный интервал между ужином и завтраком - 10 часов.

В программах снижения избыточного веса можно предусмотреть разгрузочные дни (1-2 раза в неделю). Желательно избегать в эти дни чрезмерных нагрузок, в том числе и психологического характера. В разгрузочный день пища распределяется равномерно в течение суток на 4-5 приемов.

Варианты разгрузочных дней:

	Творожный	500г 9% творога с двумя стаканами кефира на 5 приемов
	Кефирный	1,5 литра кефира на 5 приемов в течение дня
	Арбузный	1,5 кг арбуза без корки на 5 приемов в день
	Яблочный	1,5 кг яблок (других ягод или фруктов) в 5 приемов
	Калиевый	500г кураги и чернослива (размоченной) на 5 приемов
	Молочный	6 стаканов молока теплого на весь день
	Рыбный	400г отварной рыбы в течение дня на 4 приема с капустным листом
	Мясной	400г отварного нежирного мяса (говядина, телятина, курица) с салатным листом в 4 приема

В программах снижения избыточного веса обязательным компонентом должна быть достаточная физическая активность. Однако, при чрезмерном избытке массы тела рекомендуется поэтапное включение в программу повышения двигательной активности, после некоторого снижения массы тела диетическими мерами. Простым, доступным и эффективным видом физической нагрузки является ходьба 30-40 мин в день, 5-7 раз в неделю и главное - регулярно. Полезны занятия плаванием. При наличии заболеваний сердца, сахарного диабета, артериальной гипертензии, заболеваниях опорно-двигательного аппарата (суставы, позвоночник и др.) или других заболеваниях пациент должен быть обследован для определения индивидуального уровня физических нагрузок, зоны безопасного пульса для контроля физических нагрузок и пр. (ЭКГ-тестирование на фоне нагрузок - тредмил, велоэргометрия и др.).

Любые рекомендации по повышению интенсивности физической активности как в повседневном режиме, и, особенно, в режиме, тренировок и оздоровительных занятий требуют *обязательного обследования лиц в возрасте 40 лет и старше (оптимально с 35летнего возраста)* даже при отсутствии клинических признаков заболевания.

Гиперхолестеринемия. Дислипидемия. Нерациональное питание

Необходимо:

- контролировать уровень общего холестерина, других липидных показателей и целевых уровнях, а так же контроль уровня холестерина крови (желательно при умеренно повышенном 2 раза в год, в разные сезоны года, при значительно повышенном в индивидуальном режиме с периодичностью, рекомендованной врачом);
- придерживаться принципов рационального питания и особенностей питания при нарушениях липидного (жирового) обмена;
- оптимизировать повседневную физическую активность и самоконтроль адекватности нагрузки;
- обучиться самоконтролю массы тела, ведению дневника;
- регулярно проходить диспансеризацию, профилактические медицинские осмотры, при необходимости (при показаниях) диспансерного наблюдения у врача и выполнять назначенные врачом

исследования.

Диетические рекомендации при дислипидемии:

- Калорийность пищи должна поддерживать оптимальный для конкретного больного вес тела.
 - Количество потребляемого жира (включая растительные жиры) не должно превышать 30% от общей калорийности, причем на долю насыщенных (животных) жиров должно приходиться не более 10 % от этого количества; ХС - 300 мг/сут. При высоком и очень высоком риске необходимо снижать долю общего жира до 20% от общей калорийности (7% насыщенных жиров) и ХС - до 200 мг/сут. Рекомендуется уменьшать потребление продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином (жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, шоколад, выпечка с содержанием жиров, желтки яиц и сами жиры - сало, масло сливочное, маргарины, кокосовое масло, пальмовое масло). В мясе насыщенных жиров обычно меньше, чем во многих колбасных продуктах. Например, в нежирной говядине около 5-10% жира по сравнению с 23% жира в молочной колбасе, 20-30% жира в говяжьих сосисках и 40-50% жира в сырокопченых колбасах.
 - Доля насыщенных (животных) жиров должна составлять не более половины от суточной потребности жиров (25-30 г/сут). Остальная половина суточного жира должна быть представлена растительными маслами (оливковое, соевое, подсолнечное, льняное, кунжутное, кедровое) (25-30 г/сут.), содержащими полиненасыщенные и мононенасыщенные жирные кислоты которые содержатся также в жирных сортах рыб (сельдь, сардины, макрель, лосось, тунец, скумбрия, палтус и др.) и орехах. Желательным считается регулярное потребление морской рыбы *2-3 раза в неделю по 100-150 г* в виде различных блюд или рыбных консервов. Предпочтение следует отдавать рыбе северных морей, содержащей большое количество ю-3 ПНЖК, которые играют важную роль в профилактике атеросклероза и инфаркта миокарда.
 - Рекомендуется сократить потребление продуктов, богатых холестерином (яичные желтки, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, сосиски и колбасы с высоким содержанием жира), не более 200-300 мг пищевого холестерина в сутки. Желтки яиц желательно ограничить до 2-4 шт. в неделю.
 - Повысить потребление продуктов, богатых пищевыми волокнами (не менее 25-30 г). Например, потребление в день 1 яблока, 1 апельсина, 6 шт. чернослива и 1/2 чашки вареной фасоли обеспечивает 20-30 г пищевых волокон или 400 г овощей, 100 г готовой каши и 15 г орехов. Особенно полезны так называемые растворимые *пищевые волокна* — пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и выводят его из организма.
 - Поскольку за счет повседневного питания трудно восполнить потребности в витаминах, макро- и микроэлементах, желательно дополнять пищевые рационы препаратами поливитамино-минеральных комплексов, но не в лечебных, а в физиологических дозах.
- Употребление алкоголя* следует ограничить, а при заболеваниях - исключить. При беременности, дислипидемиях в сочетании с АГ и клиническими проявлениями коронарного атеросклероза, аритмиями рекомендуется *отказаться полностью* от употребления алкогольных напитков.

Одномоментное употребление больших доз алкоголя за счет любых напитков является достоверным фактором риска внезапной коронарной смерти инсультов любого типа, особенно при сочетании ИБС с АГ. Следует отказаться от употребления алкоголя и при повышенном содержании в крови триглицеридов, патологии поджелудочной железы и печени.

Физическая активность - прежде всего рекомендуется ходьба 30-40 мин в день, 57 раз в неделю и главное, чтобы такая физическая активность стала постоянной, жизненной привычкой, а не эпизодическим занятием. Если имеются заболевания сердца, АГ, болезни суставов или другие сопутствующие заболевания пациент *должен быть обследован и определен его индивидуальный уровень физических нагрузок*, желательно с тестированием (тредмил, велоэргометрия и др.). Любые рекомендации по повышению интенсивности нагрузки как в повседневном режиме, и, особенно, в режиме, тренировок и оздоровительных занятий требуют *обязательного обследования лиц в возрасте 40 лет и старше (оптимально - с 35-летнего возраста)* даже при отсутствии клинических признаков заболевания.

Нагрузка считается оптимальной, когда она проходит *в аэробном режиме*. Оптимальный режим аэробной нагрузки контролируется ЧСС, составляющий 60-75% от максимальной и рассчитывается по формуле: «ЧСС = (220 - возраст человека) x (0,60,75)». Так, например, человеку в возрасте 50 лет (без клинических проявлений ИБС и без АГ) оптимальный тренирующий режим может быть обеспечен при нагрузке с ЧСС от 102 до 134 ударов в минуту. При наличии ССЗ уровень допустимой нагрузки определяется врачом индивидуально.

Гипергликемия

Рекомендации пациенту с неподтвержденным диагнозом сахарного диабета, но имеющего склонность в гипергликемии, в частности выявленной при диспансеризации или профилактическом медицинском осмотре.

Классификация уровней глюкозы в крови при нарушениях ее метаболизма.

Нарушения метаболизма глюкозы	Концентрация глюкозы, ммоль/л (мг/дл)		
	Цельная кровь		Плазма
	венозная	капиллярная	
Сахарный диабет			
натощак	>6,1 (>110)	>6,1 (>110)	>7,0 (>126)
Через 2 ч после нагрузки глюкозой или оба показателя	>10 (>180)	>11,1 (>200)	>11,1 (>200)
Нарушенная толерантность к глюкозе			
натощак	<6,1 (<110)	<6,1 (<110)	<7,0 (<126)
Через 2 ч после нагрузки глюкозой	>6,7 (>120) и <10,0 (<180)	>7,8 (>140) и <11,1 (<200)	>7,8 (>140) и <11,1 (<200)
Нарушенная гликемия натощак			
натощак	>5,6 (>100) и <6,1 (<110)	>5,6 (>100) и <6,1 (<110)	>6,1 (>110) <7,0 (<126)
Через 2 ч (если определяется)	<6,7 (<120)	<7,8 (<140)	<7,8 (<140)

В ходе углубленного профилактического консультирования в рамках диспансеризации и

Цель рекомендаций - снижение уровня гликемии натощак (критерий 5 ммоль/л для капиллярной крови; 6,1 ммоль/л для плазмы венозной крови).

Необходимо формировать навыки:

- самоконтроля гликемии, обращаться в кабинет медицинской профилактики, в ряде случаев целесообразно иметь домашний глюкометр и быть обученным правильно измерять и оценивать уровень глюкозы крови);
- рационального питания и особенностей питания при периодически повышенном уровне глюкозы крови;
- оптимизации повседневной физической активности и самоконтроля адекватности индивидуальной нагрузки;
- самоконтроля массы тела и знать рекомендуемые для конкретного человека нормы (желательно, иметь домашние весы);
- регулярного прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, контроль уровня АД, липидов крови, при показаниях необходимо диспансерное наблюдение у врача и выполнения назначенных врачом исследований.

Рекомендации по питанию не носят эпизодического характера, а должны стать *новым образом жизни* и питания, пожизненно, что требует специального объяснения.

- Ограничить простые сахара до 10-25г и менее (3-4 кусков) в течение дня. Сахар можно заменить сухофруктами.
- Белый хлеб лучше заменить - на серый или черный, с отрубями, еще лучше на цельнозерновой (200-300г).
- Фрукты нужно выбирать не очень сладкие, нужно учесть, что много сахара в винограде, арбузе, бананах.
- Добавлять меньше сахара в компоты и морсы или готовить без сахара.
- Для заготовок лучше фрукты и ягоды замораживать, сушить, но не консервировать с сахаром в виде джема, варенья, повидла.
- Резко ограничить кондитерские изделия (пироги, сдоба, пирожные, печенье, сладкие пшеничные крекеры), мороженое, сладости
- Исключить потребление сладких напитков, особенно газированных: лимонад, пепси, кока-кола
- Контролировать регулярно вес и уровень сахара в крови.

Прежде всего, рекомендуется ограничение простых углеводов и животных жиров. Желательно учитывать гликемический индекс (ГИ) продуктов (см. таблицу). Ограничивать нужно продукты с ГИ 55 и более: сахар, мед, картофель, пшеничные, хлопья, манная каша, хлеб белый, рис, макароны высших сортов, кукуруза, банан, сухофрукты свекла. Рекомендуются продукты с индексом до 55 единиц: цельнозерновой хлеб, хлеб с отрубями, несладкие фрукты, ягоды, листовые овощи, грибы, бобовые, орехи, низкожировые молочные продукты. Мясо предпочтительно нежирных сортов, а рыба -

жирных.

Гликемический индекс некоторых продуктов питания

Высокий ГИ

Глюкоза
Воздушный рис
Мед
Картофель печеный

Кукурузные хлопья
Карамель
Картофель-фри
Хлебцы пшеничные
Пшеничные хлопья
Арбуз
Овсяные хлопья
Хлеб белый
Пшеничная мука (в/ сорт)
Белый рис
Просо
Кукуруза
Картофельное пюре
Изюм
Сухофрукты
Пепси, кола и др.напитки
Манная каша
Свекла
Хлеб ржаной
Овсянка
Гамбургер
Макароны
Рисовая вермишель
Бананы
Картофель вареный
Манго
Попкорн
Рис коричневый
Овсяное печенье
Овсяные отруби
Гречка

Низкий ГИ

100 Фасоль консервированная 52
94 Ячменные хлопья 50
88 Манго, кивки 50
85 Хлеб из муки грубого помола с отрубями 50

80 Грейпфрутовый сок 49
80 Рис отварной 47
75 Хлеб с отрубями 47
75 Горошек зеленый 47
73 Виноград 46
71 Пиво, квас 45
70 Абрикосы 44
70 Персики 44
70 Консервированный горошек 43
70 Дыня 43
70 Спагетти белые 42
70 Апельсины, мандарины 42
70 Финики (сушеные) 40
67 Овсяные хлопья 40
67 Гречневая каша 40
67 Земляника, клубника, крыжовник 40
66 Фруктовые соки 40-45
65 Хлеб ячменный 38
63 Хлеб из цельной муки 35
61 Яблоки, груши 35-40
61 Горох сухой 35
60 Йогурт нежирный фруктовый 33
58 Сливы 33
57 Молоко обезжиренное 32
56 Фасоль 30
56 Молоко цельное 28
55 Ягоды 25-30
55 Чечевица 27
55 Шоколад черный (60 % какао) 25
55 Вишня, брусника 22
55 Орехи разные 15-25
Кефир 15

Потребление табака (курение)

Подходы к лечению табакокурения зависят от степени табачной зависимости и готовности к отказу от курения.

Некоторые советы, которые помогут курящему пациенту изменить курительное поведение:

- стараться думать только о «преимуществах» отказа от курения, которые у каждого человека могут быть индивидуальными в зависимости от обстоятельств;
- объявить о своем стремлении бросить курить и начале жизни без табака окружающим, желательно близким и авторитетным людям, чтобы предостеречь от отсрочки принятого решения;

- оценить ситуации, при которых наиболее часто пациент курит, возможно «автоматически» (утром, после кофе, выход на улицу и пр.) и быть наиболее внимательным в этих ситуациях, убрать с видимых мест предметы, напоминающие о курении (прежнее удобное кресло переставить на другое место, убрать пепельницу и пр.);
- избегать прокуренных помещений и ситуаций, провоцирующих к закуриванию;
- заменить перекуры низкокалорийными фруктами, овощами или жевательной резинкой, не содержащей сахара;
- поощрять себя при устойчивости к соблазнам закурить (выбор поощрения за самим пациентом);
- не бояться обратиться за помощью при сильной тяге к курению (кабинет/отделение медицинской профилактики).

При высокой степени готовности к отказу от курения, особенно при наличии высокой степени никотиновой зависимости, поведенческое консультирование следует сочетать с медикаментозной или немедикаментозной терапией для снижения табачной зависимости.

Для облегчения симптомов отмены(сильное желание закурить, возбудимость, беспокойство, нарушение концентрации внимания, раздражительность, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессия, сонливость, головная боль, головокружение, бессонница, тремор, потливость, увеличение веса, усиления кашля, затруднение отхождения мокроты, чувство заложенности в груди, боли в мышцах и др.) *рекомендуется*:

- увеличение потребления продуктов, богатых витаминами - 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, растительные 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 (несладкие минеральные воды, соки, овощные отвары);
- назначение отхаркивающих средств, щелочное питье для облегчения отделения мокроты;
- избегать провоцирующих курение ситуаций, пребывание в помещении, где курят;
- психологическая, социальная поддержка окружающих, одобрительное отношение к не курению, способствуют закреплению отказа от курения;
- физическая активность - упражнения, бег, ходьба на лыжах, плавание на свежем воздухе или в физкультурных залах. Расширение физической активности можно рекомендовать как здоровую альтернативу курению.