

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Белозерова Наталья Павловна

**ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА И ЧАСТОТЫ ФАКТОРОВ РИСКА
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ИХ КОРРЕКЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ «ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ»
г. КРАСНОДАРА**

14.01.04 – внутренние болезни

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Елисеева Людмила Николаевна

Краснодар, 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	6
Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОФИЛАКТИКУ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	13
1.1 Значимость профилактики хронических неинфекционных заболеваний посредством влияния на основные факторы риска	13
1.2 Распространенность и роль факторов риска в развитии хронических неинфекционных заболеваний	19
1.3 Основные стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний	32
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
2.1 Характеристика пациентов и дизайн исследования.	37
2.2 Методы исследования	42
2.3 Программа коррекции факторов риска в условиях «Центра здоровья»	45
2.4 Методы статистического анализа материала	54
Глава 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП ОБСЛЕДУЕМЫХ	55
3.1 Клиническая характеристика групп наблюдения	55
3.2 Распространенность основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в группах обратившихся	59
3.3 Характеристика групп пациентов с основными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний	61
3.3.1 Употребление алкоголя	61
3.3.2 Нерациональное питание	63
3.3.3 Гиподинамия	64
3.3.4 Избыточная масса тела	64
3.3.5 Гиперхолестеринемия	66
3.3.6 Артериальная гипертония	68
3.3.7 Распространенность табакокурения и характеристика групп курящих пациентов	70
3.4 Распространенность заболеваний в 3 группе здоровья	72

Глава 4.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ГРУППЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ	75
	4.1 Эффективность коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у пациентов в группах динамического наблюдения в условиях «Центра здоровья»	75
	4.2 Результаты наблюдения за пациентами 1 группы здоровья	78
	4.3 Результаты наблюдения за пациентами 3 группы здоровья	79
	4.4. Эффективность программ коррекции табакокурения в условиях кабинета профилактики табакокурения «Центра здоровья»	87
Глава 5.	ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	91
	ВЫВОДЫ	101
	ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	103
	СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	104

ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

- АБОА – аневризма брюшного отдела аорты
- АГ – артериальная гипертония
- АД – артериальное давление
- БСК – болезни системы кровообращения
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ГБ – гипертоническая болезнь
- ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
- ЗОЖ – здоровый образ жизни
- ИАПФ – ингибитор ангиотензин – превращающего фермента
- ИБС – ишемическая болезнь сердца
- ИзМТ – избыточная масса тела
- ИКЧ – индекс курящего человека
- ИМТ – индекс массы тела
- КПТ – кабинеты профилактики табакокурения
- ЛПНП – холестерин липопротеинов низкой плотности
- ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
- ЛФК – лечебная физкультура
- МТ – масса тела
- СД – сахарный диабет
- ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
- ССС – сердечно-сосудистая система
- ФА – физическая активность
- ФР – факторы риска
- ЦЗ – Центр здоровья
- ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
- ХС – холестерин
- ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания
- ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

Ppm – parts per million, $1 \text{ мг/м}^3 = 1,25 \text{ ppm}$

SCORE – Systematic Coronary Risk Estimation

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Современное общество несет глобальные социальные и экономические потери вследствие высокой смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Среди последних наиболее значимы болезни системы кровообращения (БСК), желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), органов дыхания, сахарный диабет (СД) [39, 60]. Согласно официальной статистике в последующее десятилетие глобальное бремя этих болезней вырастет до 60 % и они будут составлять до 73 % случаев смерти [98]. Вместе с тем, многие ХНИЗ, в том числе БСК считаются потенциально устранимыми и имеют схожие факторы риска (ФР) [1, 8, 79]. Развитие ХНИЗ тесно связано с образом жизни, в частности, курением, питанием, физической активностью, а также психосоциальными факторами [34]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) заявила, что более трех четвертей всей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) можно предотвратить с помощью соответствующих изменений в образе жизни. Регулярные физические нагрузки, отказ от курения, нормальная масса тела, контроль уровня холестерина и артериального давления позволяют снизить риск ССЗ [190]. Мета-анализ 61 проспективного и обсервационного исследований (1 млн. пациентов, 12,7 млн. пациентов–лет) показал, что снижение систолического артериального давления (АД) всего на 2 мм рт.ст. обеспечивает снижение риска смерти от ишемической болезни сердца на 7 % и смерти от мозгового инсульта на 10 %; снижение же АД на 20/10 мм рт.ст. обеспечивает уменьшение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 2 раза [186]. В крупном исследовании Loprinzi P.D. et al (2014) на 5211 пациентах доказано, что по сравнению с лицами, придерживающимися здоровой диеты и высокой физической активности, пациенты с гиподинамией и не придерживающиеся здоровой диеты имеют в 2,4 раза выше риск развития метаболического синдрома [167].

Доказанным также является высокая эффективность комбинированного (медикаментозного и немедикаментозного) воздействия на профилактику и течение хронических неинфекционных заболеваний, а также более высокая эффективность данных мероприятий при коррекции несколько факторов риска развития ХНИЗ. При анализе результатов более чем 7770 научных работ, опубликованных за период 2001 по 2013гг. показано, что интенсивное профилактическое консультирование по поддержанию здорового образа жизни у больных с ФР ССЗ позволяет получить достоверное улучшение по ряду показателей. У больных с артериальной гипертонией (АГ), повышенной массой тела, дислипидемией, СД и сниженной толерантностью к глюкозе даже изолированное консультирование по коррекции диеты в течение 1–2 лет приводило к достоверному снижению уровней АД, глюкозы и холестерина крови. Соблюдение рекомендаций только по коррекции двигательной активности средней интенсивности не приводило к достоверному улучшению данных показателей. Наилучший эффект достигается при комбинированном воздействии на режим питания и двигательной активности [164].

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения определение в каждой стране наиболее существенных факторов риска ХНИЗ, их целенаправленная коррекция, а также контроль их динамики являются основой системы факторной профилактики [142].

В последние годы в России и в Краснодарском крае большое внимание официальных органов здравоохранения обращено на выявление наиболее значимых факторов риска и их коррекцию. В указанном аспекте ведется широкая пропаганда здорового образа жизни, открыты федеральные и краевые профилактические проекты: «Центры здоровья» (ЦЗ), кабинеты профилактики табакокурения, проводится диспансеризация определенных групп взрослого населения, формируются «поезда здоровья», в рамках которых в приближенном к населению режиме проводят консультирование населения врачами разных специальностей [47, 61,86].

Каким образом пациенты реагируют на предложенную терапию и какова эффективность терапевтических вмешательств у пациентов с модифицируемыми ФР остается недостаточно изученным, особенно с учетом регионарных особенностей их развития и объема возможных воздействий медикаментозного и немедикаментозного плана.

К настоящему времени накоплен определенный опыт работы, который позволяет оценить региональные особенности распространенности и характера факторов риска, возможные пути обращения пациентов с целью профилактического консультирования, эффективность предлагаемых программ обследования и терапевтических вмешательств в конкретных условиях.

Цель исследования

С учетом оценки характера и частоты факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, эффективности традиционных терапевтических вмешательств в разных группах здоровья среди пациентов «Центра здоровья», разработать рациональный алгоритм терапевтических вмешательств на уровне факторов риска.

Задачи исследования

1. Оценить частоту встречаемости факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у пациентов, обратившихся в «Центр здоровья» г. Краснодара.

2. Изучить взаимозависимость между факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

3. Определить группу пациентов с наилучшим ответом на стандартные программы коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

4. Сравнить возможности терапевтической коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у пациентов 3 группы здоровья.

5. Определить эффективный объем возможных воздействий медикаментозного и немедикаментозного плана у пациентов 3 группы здоровья.

6. Провести сравнительный анализ эффективности терапевтических воздействий на табакокурение в кабинете профилактики табакокурения «Центра здоровья», как наиболее значимого и устранимого фактора риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

7. Разработать алгоритм наиболее рациональных программ терапевтического вмешательства по выявлению и коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в условиях «Центра здоровья».

Новизна исследования

В результате исследования оценены частота и характер традиционных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, а также их возможные комбинации в условиях г.Краснодара. Проведен анализ взаимозависимости выявленных факторов риска с учетом региональных особенностей. Разработана рациональная программа терапевтической коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в условиях «Центра здоровья». Определен алгоритм наблюдения за пациентами 3 группы здоровья для эффективного и результативного терапевтического вмешательства на уровне факторной профилактики.

Практическая значимость

В результате проведенного исследования определена группа пациентов с наилучшим ответом на стандартные программы терапевтической коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в условиях «Центра здоровья», что позволило сформировать целенаправленный поток пациентов в «Центры здоровья» из первичного звена здравоохранения (фельдшерско-акушерские пункты, офисы врачей общей практики, городские поликлиники). Вместе с тем данные мероприятия позволят улучшить качество и доступность профилактического углубленного консультирования и

снизить нагрузку врачей амбулаторного звена. Разработанный алгоритм программ по выявлению и терапевтической коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и по борьбе с табакокурением возможен к использованию при профилактическом консультировании на любом этапе наблюдения пациента в амбулаторно-поликлинических условиях. В опубликованных по результатам исследования методических рекомендациях («Организация мероприятий по профилактике табакокурения на базе медицинского учреждения», «Открой мир без курения») изложены основные положения работы кабинета профилактики табакокурения, в том числе план обследования курящего пациента и алгоритм выбора индивидуальных программ терапевтического лечения. Данные рекомендации могут быть использованы при переходе медицинского учреждения к статусу учреждения полностью запретившего табак, а также оказания помощи пациентам с никотиновой зависимостью в кабинетах профилактики табакокурения.

Положения, выносимые на защиту

1. Необходимость углубленного профилактического консультирования в отношении факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний на любом этапе наблюдения пациента в лечебно-профилактическом учреждении.

2. Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и динамическое наблюдение с учетом групп здоровья пациентов в условиях «Центра здоровья» – эффективная мера выявления и коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

3. Наблюдение пациентов 3 группы здоровья в условиях поликлинического звена и «Центра здоровья» увеличивает возможности терапевтической коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

4. Применение комбинированной терапии является эффективной мерой лечения табакокурения у пациентов с высокой степенью никотиновой зависимости.

Внедрение результатов исследования в практику здравоохранения

Предложенные индивидуальные программы терапевтической коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в условиях «Центра здоровья» используются в клинической практике врачей «Центров здоровья», а также врачей терапевтов первичного звена лечебно-профилактических учреждений г.Краснодара. Кроме этого, алгоритмы взаимодействия на уровне коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний включены в методические рекомендации для студентов и преподавателей, лекции и практические занятия кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме. Автор непосредственно участвовала в проведении первичного комплексного обследования в условиях «Центра здоровья», а также проводила консультирование пациентов по вопросам коррекции выявленных факторов риска и самоконтролю заболеваний. Автором лично выполнены статистическая обработка и обобщение результатов исследований, написан текст диссертации, а также большинство публикаций по теме исследования. Результаты статистической обработки консультированы в университете на кафедре статистики. Личный вклад автора составляет 90% при получении результатов и 70 % при оформлении публикаций по теме диссертации.

Публикации

По результатам диссертации опубликовано 2 методических рекомендаций: «Открой мир без курения» (2013 г.), «Организация мероприятий по профилактике табакокурения на базе медицинского учреждения» (2014 г.). Опубликовано 18 научных статей, в том числе 4 журнальные статьи, в изданиях рекомендуемых ВАК РФ.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на Всероссийской научно-практической конференции «Мониторинг состояния здоровья, качества и образа жизни населения России. Влияние поведенческих факторов риска на здоровье населения» (г. Москва, 2011 г.), объединенной научно-практической конференции «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация 2011 г.» и «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» (г. Москва, 2011 г.), VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье населения – основа процветания России» (г. Анапа, 2012 г.), региональной конференции «Актуальные проблемы здоровьесбережения и медицинской профилактики, приуроченной к Всемирному Дню Здоровья» (г. Ставрополь, 2012 г.), научно-практическом семинаре «Здоровье гражданина – здоровье общества» (г. Краснодар, 2011 г.), «VIII Национальный конгресс терапевтов» (г. Ростов-на-Дону, 2013 г.), II Съезде терапевтов Северо-Кавказского федерального округа (г. Ставрополь, 2014г.).

ГЛАВА I

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОФИЛАКТИКУ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Значимость профилактики хронических неинфекционных заболеваний посредством влияния на основные факторы риска.

Современные взгляды на проблему

Анализ демографической тенденции показал, что в течение многих десятилетий наибольший вклад в общую смертность населения страны вносят хронические неинфекционные заболевания, являясь причиной 75 % всех смертей взрослого населения. При этом на долю болезней системы кровообращения приходится 1 млн 137 тыс., или 56,8 % всех смертей, злокачественных новообразований 295 тыс., или 14,7 % всех смертельных исходов [39, 60].

Согласно данным официальной статистики 2011 года в России более 160 тыс. людей умирают от заболеваний системы кровообращения в трудоспособном возрасте. Больше всего это касается мужчин, смертность которых в 2011г. составила 304 случая на 100 000 мужчин трудоспособного возраста. Женщины в трудоспособном возрасте умирают значительно реже – 65 случаев на 100 000 женщин трудоспособного возраста, однако общая смертность от болезней системы кровообращения у женщин выше, чем у мужчин: 768 и 735 случаев на 100 000 женщин и мужчин соответственно [60]. Среди причин сердечно-сосудистой смертности на первом месте стоит ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 397 случаев на 100 000 человек или 53 %, на втором – церебро-вазкулярная патология – 233 случая на 100 000 человек или 31 % [73, 107]. Коэффициент смертности (число умерших на 100 000 населения) от болезней системы кровообращения в 2011г. в РФ составил 753 случая, тогда как в развитых европейских странах он в 3–4 раза ниже [221]. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в РФ составляет около 1

триллиона рублей ежегодно. При этом ССЗ являются наиболее частой причиной госпитализаций и потерь трудоспособности населения [60], так же определяющих значительные экономические потери.

Формирование государственной политики в области профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации является одной из приоритетных задач здравоохранения, неразрывно связанной с реализацией программы демографического развития России. Эффективное выполнение данного направления деятельности невозможно без изучения распространенности факторов риска ССЗ и проведения профилактических мероприятий.

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения определение в каждой стране наиболее существенных факторов риска ХНИЗ, их целенаправленная коррекция, а также контроль их динамики являются основой системы факторной профилактики и способствует предотвращению более 75 % всей смертности от ССЗ.

Ряд клинических, экспериментальных и эпидемиологических исследований определили основные факторы, связанные с образом жизни, окружающей средой, генетическими особенностями человека, способствующие развитию и прогрессированию ХНИЗ – это биологические факторы риска: повышение артериального давления, дислипидемия, избыточная масса тела (ИЗМТ), ожирение, потенцируют возникновение которых поведенческие факторы риска: курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, низкая физическая активность [5,79,107,115,212]. Факторы риска, общие для основных хронических неинфекционных заболеваний представлены в таблице 1.

Таблица 1

Факторы риска, общие для основных неинфекционных заболеваний (с использованием данных *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009*)

Фактор риска	Сердечно-сосудистые заболевания*	Сахарный диабет	Онкологические заболевания	Респираторные заболевания**
Курение	+	+	+	+
Пагубное потребление алкоголя	+		+	
Нерациональное питание	+	+	+	+
Гиподинамия	+	+	+	+
Ожирение	+	+	+	+
Повышенное АД	+	+	+	
Гипергликемия	+	+	+	
Гиперхолестеринемия	+	+	+	

* – в т.ч. хроническая ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, АГ.

** – хронические заболевания легких и бронхиальная астма [142]

Значимость отдельных факторов риска не одинакова и зависит от степени выраженности и сроков продолжительности действия каждого из них, их сочетанного воздействия, а также от сопутствующих условий. При наличии наследственности, отягощенной в отношении сердечно-сосудистой патологии, и нарушений жирового обмена, создается особенно неблагоприятный фон, наложение на который других факторов риска резко увеличивает угрозу развития ишемической болезни сердца [72, 79].

Установлено также значительное повышение вероятности возникновения хронических неинфекционных заболеваний при комбинированном воздействии факторов риска. Так, если курение повышает вероятность онкологических заболеваний в 1,5 раза, а злоупотребление алкоголем – 1,2 раза, то сочетанное воздействие этих факторов – в 5,7 раза [41, 50].

В крупном международном исследовании (52 страны-участницы) по изучению ФР, ассоциирующихся с инфарктом миокарда (INTERHEART), в которое входили и Российские центры, была изучена роль девяти потенци-

ально устранимых ФР: повышенное АД, курение, сахарный диабет, абдоминальное ожирение, низкая физическая активность, недостаточное потребление овощей и фруктов, повышенный уровень холестерина крови, потребление алкоголя, психосоциальные факторы [223].

Таблица 2

Влияние потенциально модифицируемых факторов риска на развитие инфаркта миокарда в 52 странах (INTERHEART исследование), стандартизированное исследование случай-контроль развития острого инфаркта миокарда в 52 странах, 15152 случаев и 14820 группа контроля [223]

Сравниваемая группа с наличием фактора риска/антириска	Отношение шансов развития ИМ в группах сравнения	Сравниваемая группа без фактора
Курение	в 2,7 раза больше	Никогда не курившие
Повышенный уровень холестерина крови	в 3,25 раза больше	Нормальный уровень холестерина
Повышенное артериальное давление	в 1,91 раза больше	Нормальное артериальное давление
Повышенный уровень глюкозы крови	в 2,37 раза больше	Нормальный уровень сахара в крови
Абдоминальное ожирение	в 1,62 раза больше	Лица без ожирения
Психосоциальное напряжение	в 2,67 раза больше	Лица без психоэмоционального напряжения/стресса
Ежедневное потребление фруктов и овощей	в 0,7 раза меньше	Отсутствие ежедневного потребления фруктов и овощей
Умеренное употребление алкоголя	в 0,91 раза меньше	Не употребляющие алкоголь
Регулярная и достаточная физическая активность	в 0,86 раза меньше	Отсутствие регулярной физической активности

Примечание: все изучаемые факторы риска/антириска имели тесную и достоверную связь с развитием острого инфаркта миокарда ($p < 0,0001$ для всех факторов риска, $p = 0,03$ для алкоголя). Эти ассоциации были отмечены у мужчин и женщин, старых и молодых, и во всех регионах мира.

В совокупности 9 указанных факторов риска обуславливают 90 % случаев развития инфаркта миокарда у мужчин и 94 % у женщин, являясь общими для всех географических регионов и этнических групп.

Ярким подтверждением наличия взаимосвязи между распространенностью факторов риска и уровнем смертности являются проведенные в США исследования динамики смертности от инсульта и ишемической болезни сердца с 2004 г. по 2008 г. и частотой повышения АД и общего холестерина крови за тот же период [166]. Как видно из рисунка 1, имеется прямая зависимость между частотой встречаемости сосудистых катастроф (инсульт, ИБС) и частотой встречаемости повышенного АД и холестерина.

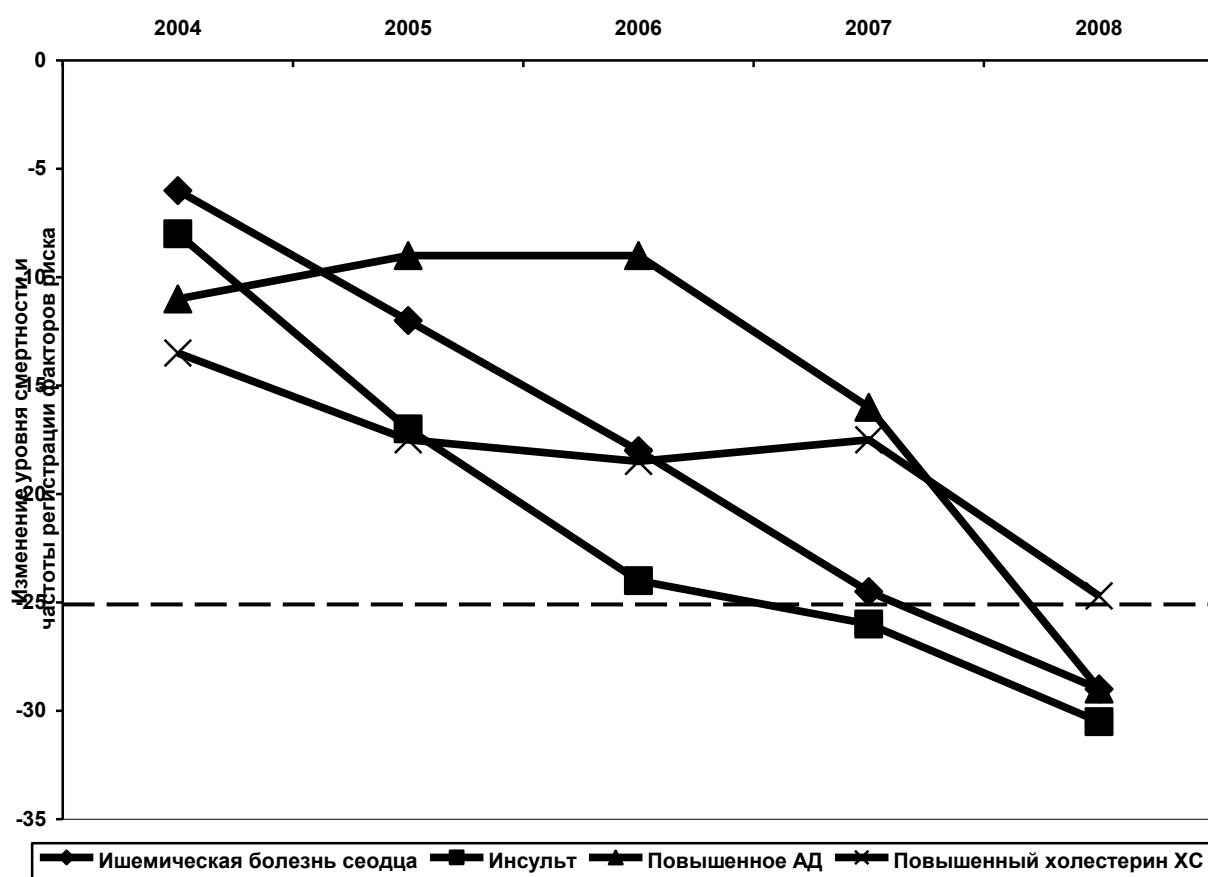


Рисунок 1. Динамика смертности от инсульта и ИБС в США с 2004 по 2008 годы и частоты повышенного артериального давления и общего холестерина за тот же период [166]

В исследовании Tamosiunas A. et al (2014) при анализе смертности среди 9209 мужчин и женщин в возрасте 45–64 года за период 1983–2008гг показано, что более высокое число показателей здоровья (нормальные показатели индекса массы тела (ИМТ), физической активности, АД, общего холестерина, глюкозы крови в отсутствие курения) ассоциируются с достоверно более низким уровнем общей смертности, а также смертности от ССЗ и ИБС[206].

В проспективном 20-летнем исследовании Chomistek A.K. et al (2015) было изучено влияние здорового образа жизни у 88940 молодых женщин на уровень смертности от ИБС. Здоровый образ жизни включал отсутствие курения, нормальную массу тела, достаточную физическую активность (более 2,5 часов в неделю), здоровую диету и малое употребление алкоголя (от 0,1 до 14,9г в день). Результаты показали, что развитие ИБС и клинически значимых ФР ССЗ (диабет, артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия) ассоциировались с низкой приверженностью к здоровому образу жизни, на которые пришлось около 73 % случаев ИБС[124].

Международный опыт по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний свидетельствует о том, что имеются действенные меры борьбы с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Основой для такого заключения служат результаты анализа и оценки проведенных в ряде европейских стран комплексных мер и выработанные рекомендации, базирующиеся на принципах доказательной медицины. Так, регулярные физические упражнения позволяют предотвратить или уменьшить степень основных модифицируемых факторов риска развития ССЗ, а также сахарного диабета 2 типа, гиперлипидемии, артериальной гипертензии. 30-минутные ежедневные средней интенсивности физические нагрузки 5 дней в неделю или интенсивные 20-минутные нагрузки 3 дня в неделю позволяют снизить сердечно – сосудистую заболеваемость и смертность[128]. В исследовании Jarvie J.L. et al (2014) установлено, что у лиц, поддерживающих в течение 5 лет высокую физическую активность, определялись достоверно более низкие уровни С-реактивного белка, интерлейкина-6 и глюкозы по сравнению с ли-

цами, страдающими гиподинамией, что ассоциировалось с более низким риском развития ССЗ [152]. Также установлено, что высокая физическая активность ассоциируется со сниженным риском развития неалкогольного стеатогепатоза независимо от степени ожирения или метаболического синдрома, что также показывает благоприятное воздействие физической активности в отношении кардиометаболических рисков [180].

Вышеизложенные результаты исследований являются неоспоримым доказательством высокой значимости профилактики хронических неинфекционных заболеваний посредством влияния на основные факторы риска.

1.2 Распространенность и роль факторов риска в развитии хронических неинфекционных заболеваний

Каждый из факторов риска вносит весомый вклад в преждевременную смертность и потерю здоровых лет жизни вследствие нетрудоспособности. Так, повышение артериального давления и дислипидемия в 35,5 % и 23 % соответственно вносят вклад в преждевременную смертность, унося 16,3 и 12,3 года здоровых лет жизни [1]. По результатам российского эпидемиологического исследования ЭПОХА–АГ (ЭПидемиологическое Обследование больных в Европейской части России, 2003 г.), частота АГ в России составляет 39,7 %, а среди лиц пожилого возраста (старше 60 лет) повышенные цифры артериального давления регистрируются более чем в 50 % случаев [88]. Исследование по изучению особенностей распространенности факторов риска ССЗ в сельской популяции Краснодарского края, продемонстрировало высокую частоту встречаемости факторы риска сердечнососудистых заболеваний у большинства (87,5 %) обследованных. Первое ранговое место занимало ожирение и повышенный ИМТ – 62,5 %, второе место – АГ (40 %), третье – курение (37,5 %), четвертое – гиперхолестеринемия (32,0 %), пятое – гиподинамия (18,0 %) [18].

Высокое АД является первым из важнейших ФР сердечно-сосудистых заболеваний [1, 15, 73]. В крупном исследовании (3121 мужчин и 3271

женщин) старше 70 лет показано, что повышение систолического АД до 160–179 мм.рт.ст и выше 180 мм.рт.ст (по отношению к АД –140 мм.рт.ст) увеличивает риск цереброваскулярной смерти у мужчин в 1,63 и 2,19 раза, а у женщин – в 1,54 и 2,12 раза. Повышение диастолического АД до 100–109 мм.рт.ст и выше 110 мм.рт.ст увеличивает риск цереброваскулярной смерти у мужчин в 1,88 и 3,06 раза, а у женщин – в 1,75 и 2,02 раза [135].

Величина АД рассматривается как один из элементов системы стратификации суммарного сердечно-сосудистого риска, является определяющей, в силу своей высокой прогностической значимости, и наиболее регулируемой переменной. При этом причиной повышения уровня АД зачастую являются другие факторы риска, поэтому первостепенным в нормализации АД необходимо устранение потенцирующих ФР [71,73,133]. Доказанным является влияние следующих факторов риска:

1. Курение. Курение вызывает острое повышение АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС), которое сохраняется в течение более 15 минут после одной выкуриной сигареты. Возможным механизмом считают стимуляцию симпатической нервной системы, что сопровождается выбросом катехоламинов в плазму. Кроме того, курение является одной из доказанных причин атеросклероза периферических артерий. Это негативное влияние реализуется посредством нескольких механизмов, в частности нарушения липидного профиля. Свободные радикалы и токсины, содержащиеся в табачном дыме, способствуют нарушениям липидного обмена в организме, а также вызывают изменение эластичности стенок сосудов вследствие патологического разрастания соединительной ткани. При курении выделяется большой объем монооксида углерода. Связываясь с гемоглобином в эритроцитах крови, угарный газ образует карбоксигемоглобин – устойчивое соединение, обладающее сниженной способностью к транспортировке кислорода. В ответ на кислородное голодание в организме активируется процесс выработки дополнительных эритроцитов, а в сочетании с повышением уровня фибриногена (также вследствие курения) происходит сгущение крови и нарушение крово-

тока, что увеличивает риск тромбозов. Таким образом, курение является мощным сердечно-сосудистым фактором риска, а прекращение курения является одним из самых эффективных методов профилактики большого числа сердечно-сосудистых заболеваний, включая артериальную гипертонию, инсульт и инфаркт миокарда [41, 95, 102, 112].

2. Избыточная масса тела. Установлена прямая зависимость между уровнем АД и массой тела. Нормализация массы тела позволяет предупредить развитие артериальной гипертонии у пациентов с избыточной массой тела и высоким нормальным АД, а также дает возможность уменьшить дозировку и количество применяемых антигипертензивных препаратов [12, 40, 79].

3. Повышенное потребления соли. Потребление поваренной соли с пищей способствует повышению АД и увеличению распространенности АГ. Антигипертензивный эффект ограничения потребления натрия сильнее выражен у афроамериканцев, людей среднего и пожилого возраста, а также больных гипертонической болезнью (ГБ), при сахарном диабете и хронических заболеваниях почек [15, 40, 65, 99].

4. Употребление алкоголя. Небольшое или умеренное употребление алкоголя (5–25 г/сут.) ассоциируется со снижением сердечно-сосудистой смертности, тогда как злоупотребление алкоголем увеличивает этот показатель. Связь между употреблением алкоголя, уровнем АД и распространенностью АГ в популяции является линейной. Кроме того, злоупотребление алкоголем сопровождается высоким риском инсульта, особенно при так называемом «кутежном» пьянстве. Алкоголь ухудшает эффективность антигипертензивной терапии, однако при сокращении его употребления этот эффект нивелируется в течение 1–2 недель примерно на 80 % [15, 16, 129]. У людей, злоупотребляющих спиртными напитками, возможно повышение АД после резкого прекращения их приема. У них чаще диагностируется АГ в начале недели, если они употребляют алкоголь в основном в выходные дни. Ограничение потребления алкоголя в клинических исследованиях приводило к значительному снижению систолического и диастолического АД [46, 48].

5. Нерациональное питание. В последние десятилетия было доказано, что увеличение потребления калия, а также фруктов, овощей и нежирных молочных продуктов в сочетании с ограничением потребления холестерина, насыщенных жиров и общего количества жиров вызывает снижение АД [28, 40]. Как известно, особенности диеты оказывают влияние на риск развития ССЗ посредством нескольких механизмов, включающих влияние на липиды крови, антиоксидантный статус, артериальное давление, массу тела, а также на число тромбоцитов, свертывающую систему крови и систему тромболизиса [185].

6. Гиподинамия. Недостаточная физическая активность – мощный предиктор повышения АД и других факторов риска. Установлено, что динамические аэробные нагрузки снижают АД на 3,0 мм рт. ст., а среднее АД – на 3,5 мм рт. ст., снижение АД в покое у больных АГ было более выраженным (на 6,5 мм рт. ст.), чем у пациентов с нормальным АД (на 1,5 мм рт. ст.). Даже умеренные физические нагрузки снижали АД, а также массу тела, количество жировой ткани и окружность талии и увеличивали чувствительность к инсулину [28, 71]. В исследовании Silva T.R. et al (2013) 105 женщин в возрасте $55,2 \pm 4,9$ лет были разделены на 2 группы в зависимости от физических нагрузок. Для женщин, ведущих активный образ жизни, были характерны более низкие уровни АД, глюкозы и инсулина крови натощак [197].

Кроме высокого уровня АД одним из значимых ФР развития сердечно-сосудистых катастроф является дислипидемия [107]. Известно, что при уровне триглицеридов 2–10 mmol/L повышается риск ССЗ, а при концентрации выше 10 mmol/L возможно развитие острого панкреатита и СС патологии [178]. Уровень общего холестерина также используется для расчета суммарного риска по шкале Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE). Связь между повышенным уровнем холестерина плазмы и атеросклерозом является причинно-следственной.

Атеросклероз представляет собой многоэтапный патологический процесс, поражающий внутреннюю оболочку (интиму) артерии крупного и

среднего калибра. Повреждение эндотелия вызывают инфекционные (вирусы герпеса), токсические соединения (компоненты табачного дыма), избыточный уровень гормонов (гиперинсулинемия при СД), артериальная гипертензия и наиболее важный фактор – гиперхолестеринемия. Повышение содержания холестерина (ХС) и соотношения ХС/фосфолипиды в мембране эндотелиальных клеток приводит к нарушению барьерной функции эндотелия и повышению его проницаемости для липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). В результате возникает избыточная инфильтрация интимы ЛПНП. Проникая в эндотелий, ЛПНП окисляются и сами по себе оказывают повреждающее воздействие на структурные элементы, как эндотелия, так и интимы [11,89].

Следующим этапом атерогенеза является инфильтрация интимы циркулирующими моноцитами, которые трансформируются в макрофаги, осуществляющие захват окисленных ЛПНП с их последующей деструкцией. Вследствие этого в макрофагах накапливаются эфиры ХС и они перерождаются в пенистые клетки, которые дают начало липидным полоскам – первой морфологической стадии атеросклеротической бляшки. Макрофаги также секретируют биологически активные соединения (хемотаксины, митогены, факторы роста), которые стимулируют миграцию из медиа в интиму гладкомышечных клеток и фибробластов, их пролиферацию и синтез соединительной ткани. Таким образом, возле зоны накопления липидов развивается соединительная ткань и происходит формирование фиброзной атеросклеротической бляшки [79, 92, 103].

На ранних стадиях формирования атеросклеротическая бляшка содержит большое количество липидов и имеет тонкую соединительнотканную оболочку – это ранние (желтые бляшки), занимающие лишь небольшую часть окружности сосуда. Тонкая соединительнотканная оболочка желтых бляшек может быть повреждена как в связи с воздействием гемодинамических факторов (перепады давления в сосуде), так и в результате того, что содержащиеся вблизи оболочки макрофаги и тучные клетки вырабатывают

протеиназы, которые способны разрушить защитный интерстициальный матрикс. Нарушение целостности фиброзной капсулы приводит к контакту содержащихся в бляшке дендрита и липидов с тромбоцитами и к формированию тромба. Выделение тромбоцитами вазоактивных субстанций может привести к спазму коронарной артерии. В результате развивается острый коронарный синдром – нестабильная стенокардия или мелкоочаговый инфаркт миокарда (при пристеночном тромбозе коронарной артерии), крупноочаговый инфаркт миокарда (при окклюзирующем тромбозе коронарных артерий) [52,53].

Другими проявлениями разрыва атеросклеротической бляшки может быть внезапная смерть. На поздних стадиях развития фиброзные бляшки представляют собой плотные ригидные образования, имеющие прочную соединительнотканную капсулу и содержащие относительно мало липидов и много фиброзной ткани. В отличие от ранимых желтых бляшек, сквозь капсулу которых просвечиваются липиды, их называют белыми. Такие бляшки вызывают гемодинамически значимое сужение коронарных артерий и, таким образом, являются субстратом синдрома стабильной стенокардии напряжения [20, 30, 52].

Принимая во внимание вышеописанные процессы, снижение уровня холестерина плазмы является эффективным мероприятием профилактики ишемической болезни сердца и сердечно-сосудистых катастроф.

Более 60 % россиян, обращающихся к кардиологу, имеют низкую физическую активность (ФА). 15–20 % риска развития ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2-го типа, рака толстого кишечника и молочной железы, а также переломов шейки бедра у пожилых людей связана с низкой физической активностью [87, 106]. Между тем аэробная умеренная ФА в течение 150 минут (2 часа 30 минут) в неделю на 15 % снижает риск преждевременной смерти, развития ишемической болезни сердца и инсульта, артериальной гипертонии, сахарного диабета 2-го типа и депрессии. Согласно исследованиям люди, которые физически активны в течение примерно 7 часов

в неделю, имеют на 40 % более низкий риск ранней смертности, чем те, которые активны менее 30 минут в неделю [2, 28]. В ряде исследований установлено, что регулярные пешие прогулки в дополнение к медикаментозному лечению у больных с ССЗ позволяют снизить систолическое АД (-3,58мм.рт.ст) и диастолическое АД (-1,54мм.рт.ст), окружность талии (-1,51см), вес (-1,37кг), процент жировой массы (-1,22%) и ИМТ (-0,53кг/м²) по сравнению с пациентами, получающими только медикаментозную терапию. Дополнительные физические нагрузки не привели к достоверному улучшению только по отношению к липидному профилю [177]. Высокая ежедневная физическая активность (особенно 6000 и более шагов в день) у женщин среднего возраста ассоциируется с низким риском ССЗ и сахарного диабета независимо от менопаузального статуса. Так, в исследовании, включавшем 292 женщин в возрасте 57,1 ±5,4лет была обнаружена отрицательная статистически значимая корреляция между физической активностью и курением, ИМТ, окружностью талии и отношением вес/рост. У женщин с низкой физической активностью в 2,1 раза выше риск развития избыточной массы тела и ожирения, в 1,7 раза – окружности талии более 88 см, в 2,7 раза – риск развития сахарного диабета 2 типа и в 2,5 раза – метаболического синдрома [127].

Многочисленные эпидемиологические исследования по питанию, проведенные в различных странах за последние десятилетия, свидетельствуют о его влиянии на здоровье, развитие хронических заболеваний, и преждевременную смертность населения [5, 17, 24]. Во многих странах произошли неблагоприятные изменения в питании населения в сторону потребления высококалорийных продуктов, а также продуктов, богатых жиром. Как показывает опрос, проведенный в ряде российских регионов, часто врачи не консультируют пациентов по вопросам питания в связи со следующими причинами:

1. Отсутствие компетенции.
2. Ограничение во времени.
3. Сомнения в эффективности консультирования [28]

Однако многочисленные отечественные и зарубежные исследования свидетельствуют о том, что:

1. Пациенты доверяют своим врачам и хотят слышать советы о здоровом питании и ФА. Врачи – надежный источник информации для пациентов, их рекомендации более авторитетны и мотивирующи по сравнению с другими источниками, такими как семья, друзья, средства массовой информации.

2. Высока эффективность врачебного консультирования по поведенческим факторам риска, в том числе по питанию.

3. 80 % населения посещает врача хотя бы 1 раз в год, никакая другая группа профессионалов не имеет такого частого контакта с общей популяцией.

4. Обсуждение пищевых привычек пациентов с врачом свидетельствует об особом интересе последнего к благополучию пациента.

5. Рекомендации по здоровому питанию безопасны для пациентов и могут быть даны без проведения сложной оценки статуса питания [28].

Питание – сложный комплекс процессов, и многие его составные части (нутриенты) имеют влияние на здоровье. Необходимым является увеличение потребления фруктов, овощей и пищевых волокон. Адекватное потребление фруктов и овощей соответствует диете с высоким содержанием калия и магния, что способствует снижению риска развития мозгового инсульта и гипертонии. Пища, богатая сложными углеводами (фрукты, овощи с высоким содержанием пищевых волокон), улучшает толерантность к глюкозе и утилизацию инсулина. Эта пища после всасывания также способствует контролю уровня сахара крови, что снижает риск развития осложнений СД. Некоторые компоненты растительной пищи, такие как растворимые волокна (растительный белок в меньшей степени), снижают риск развития ССЗ за счет гипохолестеринемического эффекта.

С нерациональным питанием связаны такие биологические факторы риска как избыточная масса тела (ожирение), повышенное АД, гиперхолестеринемия, гипергликемия [24, 57]. Во всем мире, в том числе в России, уро-

вень ожирения среди населения увеличивается. Между тем, снижение массы тела на 5 % способствует снижению артериального давления, улучшению иммунного профиля; снижение массы тела на 10 % и более с последующим удержанием веса в течение 2–5 лет снижает уровень артериального давления, риск развития сердечно сосудистых заболеваний, инсулинорезистентности у больных сахарным диабетом 2 типа. Такие пищевые факторы как баланс потребления и расхода энергии, снижение потребления жира, увеличение потребления фруктов, овощей и пищевых волокон важны для всех пациентов первичного звена здравоохранения. Пациенты с более сложными вопросами по питанию должны быть направлены к врачу диетологу для тщательной оценки их питания более подробного консультирования [28, 34, 38, 61, 71, 75, 77, 84, 85, 117, 136].

Широкое распространение гиподинамии (40 %) и нерационального питания (75 %) увеличили распространенность избыточной массы тела до 25 % среди взрослого населения, что в 12,5% вносит вклад в преждевременную смертность и на 8,5 лет сокращает здоровые годы жизни [106]. Ожирение отмечается у каждой пятой российской женщины и у каждого десятого мужчины [60]. Масса тела – постоянно меняющаяся величина, зависящая от многих внутренних и внешних причин. Исходя из этого ожирение – это избыточное накопление жира, приводящее к увеличению массы тела на 20 % и более от средних нормальных величин. В норме количество жира в организме мужчины оставляет 9–20 %, в организме женщины – 20–29 %. Увеличение количества жира у мужчин до 18–20 %, а у женщин – до 29–32 % считается пограничным состоянием, тогда как его увеличение у мужчин выше 22 % и у женщин более 33 % следует рассматривать как ожирение [33]. Ожирение может развиваться в любом возрасте, вместе с тем у трети взрослых ожирение начинается с детского и юношеского периода, и эти случаи сопровождаются более выраженной прибавкой веса и частотой появления сопутствующих заболеваний [5, 7]. Накопление жира может быть равномерным, т.е. во всех органах и частях организма или может происходить в определенных местах и

различно у мужчин и женщин, что послужило основанием для выделения андроидного и гиноидного ожирения. Было доказано, что принципиальное значение в отношении риска развития заболеваний играет характер распределения жира [20]. В 1989 г. N. Kaplan включил ожирение по абдоминальному типу в число важных составляющих «смертельного квартета» наряду с артериальной гипертонией, нарушением толерантности к глюкозе и гипертриглицеридемией, позже назвав этот комплекс метаболическим синдромом [18, 36]. Установлено, что риск метаболического синдрома повышается при низкой физической активности и высоком проценте жировой массы тела [197]. Абдоминальное ожирение также связано с риском развития сахарного диабета 2 типа, ССЗ, а также атерогенной дислипидемии [140]. Неалкогольный стеатогепатоз, зачастую сопутствующий ожирению, является печеночным компонентом метаболического синдрома. Лица с жировой дистрофией печени имеют более высокий риск смертности по отношению к общей популяции, причем намного чаще от сердечно-сосудистой патологии, чем от патологии печени. Механизмы связи неалкогольного жирового гепатоза с сердечно-сосудистой патологией включают комплекс взаимодействий между инсулинрезистентностью, окислительным стрессом, нарушениями адипоцитокинового профиля, эндотелиальной дисфункцией, дислипидемией и активацией воспаления. Помощь в лечении таких больных, наряду с медикаментозным лечением, оказывает изменение образа их жизни и снижение массы тела [191]. Ввиду широкой распространенности, а также доказанной роли ожирения в патогенезе серьезных сопутствующих заболеваний существует необходимость проведения углубленного профилактического консультирования на всех этапах наблюдения за пациентом. Особое место в профилактике и лечении ожирения занимают методы коррекции модифицированных факторов риска (рациональное питание, аэробные физические нагрузки). Факторы риска развития ожирения являются основополагающими и для других хронических неинфекционных заболеваний, вследствие этого программы коррекции

питания и физической активности являются ключевыми при профилактическом консультировании [13].

В нашей стране отмечена значительная распространенность табакокурения. По инициативе Всемирной организации здравоохранения в 2009 году под руководством Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации НИИ пульмонологии ФМБА России и ИИЦ «Статистика России» провели Глобальный опрос взрослого населения Российской Федерации о потреблении табака [25]. Среди взрослого населения Российской Федерации 39,1 % (43,9 миллиона) оказались активными курильщиками табака. Среди мужчин распространенность табакокурения составила 60,2 % (30,6 миллиона), среди женщин – 21,7 % (13,3 миллиона). В странах Европы распространенность курения среди мужчин ниже и составляет 42 %, а среди женщин выше – 28 % [25, 42, 114]. Несмотря на то, что доля курящих женщин в РФ несколько ниже чем в Европе (9,1 %), характерным является то, что распространенность табакокурения среди молодых россиянок продолжает увеличиваться. Кроме этого, для россиян характерна высокая интенсивность курения: в среднем мужчины выкуривают 18 сигарет в день, женщины – 13 сигарет в день. Причем 59 % активных курильщиков потребляют табак (табачное изделие курительное и/или бездымное) в течение первого получаса после пробуждения, что свидетельствует о наличии у них высокой степени никотиновой зависимости. Таким образом, в Российской Федерации 26 миллионов взрослых имеют никотиновую зависимость высокой и очень высокой степени, 9,7 миллионов – средней степени и 8,3 миллиона – легкой степени. В странах бывшего Советского Союза распространенность высокой никотиновой зависимости неодинакова, от 17% - в Белоруссии до 40% - в Грузии. Среди женщин высокая никотиновая зависимость регистрируется в 11% случаев. С высокой никотиновой зависимостью ассоциируются: мужской пол, молодой возраст начала курения, низкий уровень образования, плохая семейная и экономическая ситуация, алкогольная зависимость и высокие психоэмоциональные нагрузки [191]

Обращает на себя внимание тот факт, что в России, больше половины мужчин (55,9 %) и большинство женщин (70,7 %) желают бросить курить, однако при контакте с медицинскими работниками им крайне редко давали советы отказаться от табака и оказывали помощь в лечении табачной зависимости [25, 49]. Более того, медицинские работники часто не фиксировали в истории болезни факт потребления табака. Среди активных курильщиков и недавно бросивших курить (менее 12 месяцев), посещавших медицинские учреждения в течение прошедших 12 месяцев, только 45,4 % был задан вопрос, курили ли они, и всего 31,8 % получили совет бросить курить. Среди куривших в течение прошедших 12 месяцев одна треть – 32,1 % сделала попытку бросить курить, в основном без помощи медицинских работников, из них 20,1 % прибегали к медикаментозному лечению, 3,5 % – к консультациям, 3,7 % – к немедикаментозному лечению (рефлексотерапия, психотерапия). В результате только у 11,2 % попытка оказалась успешной, тогда как 88,8 % курящих потерпели неудачу [25, 94].

При табакокурении увеличивается риск развития сердечно-сосудистых, бронхо-лёгочных, желудочно-кишечных заболеваний, патологии репродуктивной системы, внутриутробной смерти, болезней ротовой полости, а также инсулиннезависимого сахарного диабета, ранней менопаузы, остеопороза, катаракты, табачной амблиопии, возрастной макулярной дегенерации, преждевременных кожных морщин [95,102]. Каждый второй курильщик с длительным сроком никотиновой зависимости умирает от причин, связанных с курением табака. Табакокурение является ведущей причиной хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Результатом продолжительного воздействия табачного дыма становится повреждение структуры лёгких, которое может привести к развитию ХОБЛ [210]. Выявления подобных изменений на ранних стадиях позволяет вовремя начать терапию и добиться улучшения показателей функции дыхания.

Курение является одним из важнейших факторов риска развития ССЗ, отказ от курения практически вдвое уменьшает кардио-васкулярный риск.

Никотин имеет симпатомиметическое действие (учащает ритм сердца, повышает АД и сердечный выброс) и метаболический эффект (повышает липолизис). У курильщиков чаще возникают ночные кардио-васкулярные события в связи с гиперкоагуляцией, приводящей к тромбозам. Даже малые дозы никотина, включая пассивное курение, вызывают повышенную агрегацию тромбоцитов. Активное и пассивное курение ассоциируется с дозозависимой эндотелиальной дисфункцией. Курение и артериальная гипертензия имеют сходные механизмы, вызывающие прогрессирование атеросклероза [159].

В исследованиях Российских липидных клиник было получено подтверждение негативного влияния курения на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. При этом риск смерти увеличивается с увеличением числа выкуриваемых сигарет [6, 41, 50, 54, 101, 105, 112].

При анализе смертности от ИБС в крупном европейском контролируемом исследовании установлено, что у курящих риск смерти от инфаркта миокарда выше в 1,39 раз по отношению к некурящим лицам, т.е. сопоставимо с другими факторами риска ССЗ (повышение АД на 20 мм.рт.ст увеличивает риск смерти в 1,39 раза, повышение холестерина на 1 ммоль/л – в 1,22 раза). В отношении атипичной коронарной смертности курение увеличивает ее риск в 1,54 раза [173]. При курении увеличение риска смертности от ССЗ наблюдается как у мужчин, так и у женщин [135]. При многофакторном анализе, включающем демографические, социально-экономические показатели, пол, образ жизни, медикаментозное лечение и прочие факторы, среди 18782 случаев аневризмы брюшного отдела аорты (АБОА) Jahangir E. et al (2015) установили, что курение является наиболее значимым независимым фактором риска развития АБОА как у мужчин, так и у женщин [152].

В связи с вышеизложенным, снижение потребления табака является решающим фактором в борьбе с развитием хронических неинфекционных заболеваниями. Отказ от курения улучшает качество жизни независимо от его предшествующего статуса [209]. Считается, что лечение табакокурения включает как психоповеденческую коррекцию, так и медикаментозную тера-

пию (varenicline, nicotine, bupropion) и наиболее эффективно в центрах по борьбе с табакокурением [159].

Данные по употреблению алкоголя населением России достаточно противоречивы. Злоупотребляют алкоголем в среднем 15–20 % населения РФ, при этом страдают алкоголизмом в клиническом смысле этого слова 10–15 % населения [60]. Анализ результатов исследований показал, что каждые 10г чистого этанола увеличивает риск смерти от инсульта на 1 % у мужчин 40–59 лет [71, 107]. На первом месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности стоит злоупотребление алкоголем – 16,5 %. Самый большой в мире разрыв ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами (13 лет) в России связан в первую очередь с большим (в 6 раз) употреблением алкоголя мужчинами, нежели женщинами, и большей распространенностью табакокурения среди мужского населения. По мнению многих экспертов, эти показатели к 2020 году существенно возрастут [60].

Таким образом, доказанное влияние вышеперечисленных факторов риска в развитии хронических неинфекционных заболеваний, а также сложившаяся ситуация по распространенности данных факторов риска в Российской Федерации диктует необходимость применения эффективных мер их выявления и коррекции.

1.3 Основные стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний

Основной причиной смертности населения в современном мире являются хронические неинфекционные заболевания [34, 123]. В реализации мер профилактики данных заболеваний выделяются два основных направления действия: формирование здорового образа жизни населения и ранняя диагностика хронических неинфекционных заболеваний и факторов их развития с последующей своевременной коррекцией [108, 219].

Реализация первого направления возможна на межведомственной основе путем вовлечения в процесс целого ряда министерств, бизнеса и общественных структур, главная задача которых заключается в обеспечении условий для ведения здорового образа жизни.

Второе направление – стратегия высокого риска и вторичная профилактика, реализуется в рамках системы здравоохранения, при этом особая роль возлагается на врачей первичного звена.

Принимая во внимание многофакторную этиологию хронических неинфекционных заболеваний, тесную взаимосвязь ФР и их потенцирующее действие, их влияние на здоровье человека необходимо создать твердую систему выявления и коррекции ФР. По данным ВОЗ более трех четвертей всех смертей от неинфекционных заболеваний можно предотвратить за счет оздоровления образа жизни и коррекции поведенческих факторов риска [22, 219]. Положительный опыт ряда стран позволил разработать Европейскую стратегию профилактики и борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями, которая является следующим шагом в решении проблем низкой продолжительности жизни и смертности населения. Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен выделила приоритет в деятельности ВОЗ – преодоление эпидемии хронических неинфекционных заболеваний, и обратила особое внимание на меры по уменьшению факторов риска [21,219]. «Европейская стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний. Курс на оздоровление» – это ориентированная на активные действия программа, в которой решаются две равнозначные задачи. Первая – проведение комплексной работы по устранению или уменьшению факторов риска и их детерминантов с участием всех отраслей здравоохранения и социальных структур; вторая – укрепление системы здравоохранения в целях более эффективной профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Решение перечисленных задач должно быть комплексным. Для этого необходимо создать универсальную структуру и механизмы реализации на основе координации и создания партнерства [219,220,221].

В настоящий момент в России складывается благоприятная ситуация для борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями. Имеется политическая воля, финансирование, создается соответствующая инфраструктура, расширяются возможности и полномочия для разработки и реализации политики и стратегии охраны и укрепления здоровья населения. Осуществляется успешная реализация национального проекта «Здоровье», приоритетное направление которого – первичная медико-санитарная помощь. Данный проект позволил продемонстрировать возможности внедрения современных передовых моделей, технологий укрепления здоровья и профилактики заболеваний в практическую деятельность медицинских работников первичного звена здравоохранения [86].

Профилактика неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы (ССС), признана в настоящее время в России важной государственной задачей. Она может осуществляться на популяционном (население в целом) и индивидуальном уровне (стратегия высокого риска и вторичная профилактика). Популяционная стратегия предусматривает воздействие на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития ХНИЗ среди всего населения. Реализация данной стратегии осуществляется за счет создания условий для ведения здорового образа жизни (строительство доступных спортивных сооружений, мест активного отдыха, запрет на курение в общественных местах, повышение акцизных сборов на алкоголь и табак и т.д.). Данные реформы осуществляются на межведомственном уровне, в основном, вне сферы деятельности системы здравоохранения, и эффект от их внедрения появится тогда, когда население отреагирует изменением образа жизни, что потребует достаточно длительного периода времени и комплекса мер. Реализация стратегии высокого риска и вторичной профилактики, в отличие от популяционной стратегии, может обеспечить сравнительно быстрое снижение уровня корригируемых ФР у значительной части населения, т.о. снизив заболеваемость и смертность. Стратегия высокого риска подразумевает выявление лиц с повышенным уровнем факторов

риска ХНИЗ и проведение мероприятий по их коррекции. Стратегия вторичной профилактики заключается в ранней диагностике и предупреждении прогрессирования заболеваний как за счет факторной профилактики и коррекции поведенческих факторов риска, так и за счет проведения своевременного лечения выявленных заболеваний [13, 73, 87]. Реализация данных стратегий находится, в основном, в сфере здравоохранения и, в первую очередь, в ее первичном звене, в частности в созданной сети «Центров здоровья». Для выявления лиц с ФР в «Центрах здоровья» проводится скрининг с помощью простых и быстрых методов обследования, оценка суммарного риска и разработка индивидуальных профилактических программ для коррекции данных факторов [85].

Безусловно наибольший профилактический эффект и влияние на показатели здоровья населения достигается при сочетании разных стратегий. При этом представление о непрерывности процесса должно быть заложено в основу профилактики неинфекционных заболеваний как хронических заболеваний, которые начинают развиваться задолго до появления первых клинических симптомов. Основные модифицируемые факторы риска развития неинфекционных заболеваний часто встречаются уже у лиц молодого возраста. Так, Ali M. et al (2014) показали, что среди студентов Нигерии и Сомали распространенность гиподинамии составила 52 % среди женщин и 27 % – мужчин, повышенная масса тела обнаружена у 14 % женщин и 7 % мужчин, 9 % лиц мужского пола имели повышенный уровень АД и 7,1 % – никотиновую зависимость [115]. Согласно исследованиям, профилактические меры эффективны в любом возрасте, в том числе пожилым [44, 47, 48]. Таким образом, основы здорового образа жизни и профилактические мероприятия должны соблюдаться на протяжении всей жизни человека.

Для разработки эффективных и действенных мер профилактики необходимо изучить комплаентность к данным мероприятиям пациентов, их реакцию на предложенные терапию, коррекцию факторов риска, в том числе и с учетом регионарных особенностей их развития. Важным является также опреде-

ление эффективного объема возможных воздействий медикаментозного и немедикаментозного плана в отношении коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Неутонченной также является эффективность взаимодействия первичного звена здравоохранения с «Центрами здоровья». Анализ данных проведенного исследования позволит ответить на эти вопросы и определить эффективный и действенный алгоритм профилактических мероприятий.

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на базе терапевтического центра поликлиники СКАЛ («Центр здоровья») ГБУЗ «ККБ №2» г. Краснодар под руководством доктора медицинских наук профессора Л.Н. Елисеевой.

Терапевтический центр («Центр здоровья») открыт в декабре 2009г. на базе поликлиники СКАЛ ГБУЗ «ККБ №2». Оснащение центра и методика работы регламентированы Федеральным приказом МЗРФ №597н от 19.08.2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [85].

2.1 Характеристика пациентов и дизайн исследования

В группу обследуемых в центре были включены пациенты, обратившиеся самостоятельно или с направлением из поликлиник по месту жительства. Основанием приема служили паспорт и полис обязательного медицинского страхования.

Все респонденты (640 пациентов) разделены на 3 группы:

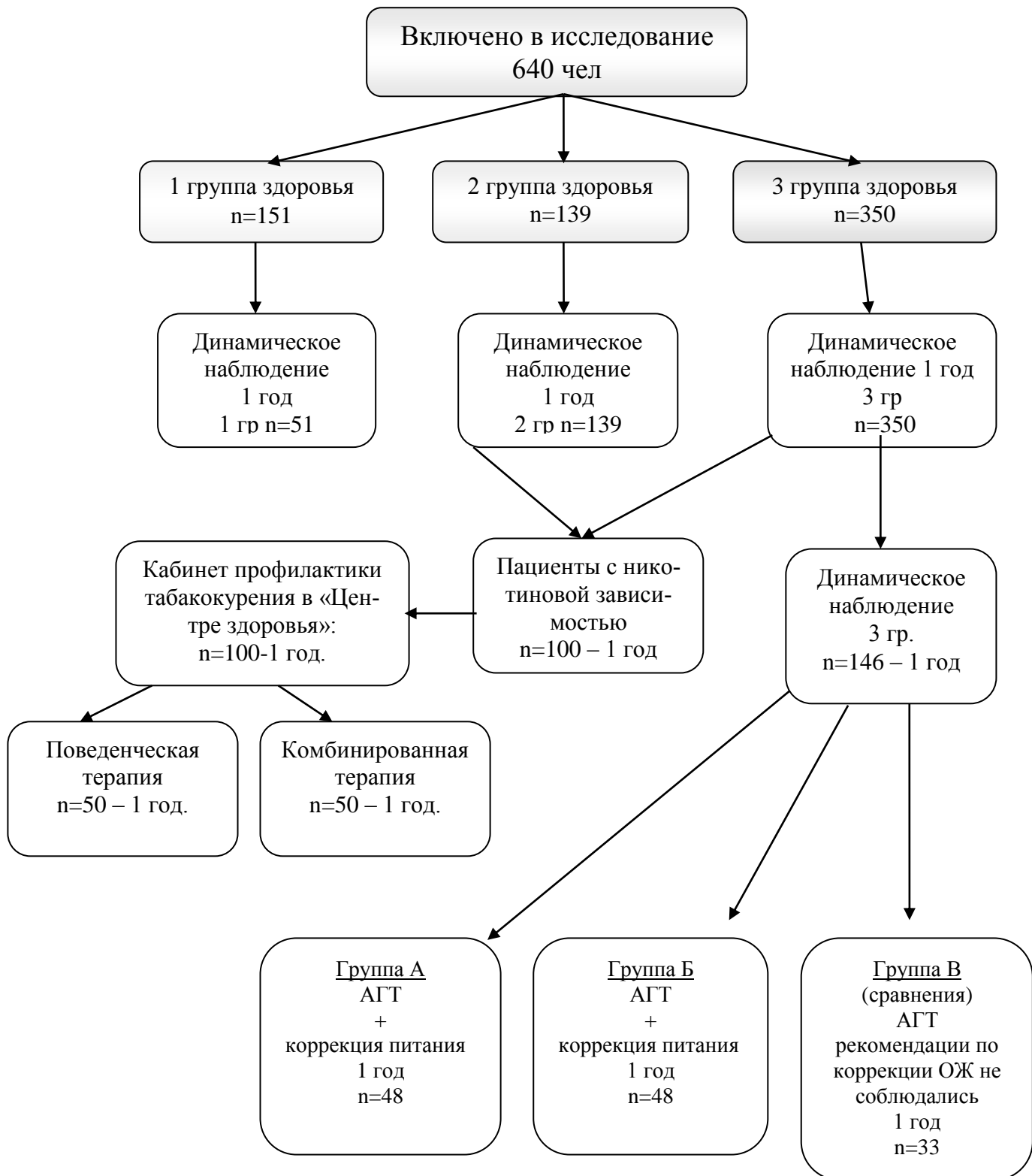
1 группа: 151 пациент первой группы здоровья – не имеющие хронических заболеваний и факторов риска их развития;

2 группа: 139 пациентов второй группы здоровья – не имеющие хронических заболеваний, но с факторами риска их возникновения;

3 группа: 350 пациентов третьей группы здоровья – имеющие хронические заболевания и факторы риска их прогрессирования.

На первом этапе оценены по возрастной, половой, социальный уровень обратившихся в группах, проведено сравнение результатов первичного комплексного обследования в различных группах, определены распространенность основных факторов риска и заболеваний.

Дизайн клинического исследования



На втором этапе исследования проведен проспективный анализ 540 карт пациентов наблюдающихся динамически в «Центре здоровья», 51 из которых 1 группы здоровья, 139 – 2 группы здоровья и 350 – 3 группы здоровья. Определена эффективность коррекции выявленных факторов риска во 2 и 3 группах, а также появление факторов риска при динамическом наблюдении в 1 группе.

Выполнен анализ эффективности лечения табачной зависимости в условиях кабинета профилактики табакокурения «Центра здоровья» при консультировании с использованием поведенческой и комбинированной терапии:

1 группа – 50 курящих пациентов 2 и 3 групп – поведенческая терапия.

2 группа – 50 курящих пациентов 2 и 3 групп – комбинированная терапия.

В основу безмедикаментозной (поведенческой) терапии легло изменение привычного поведения, связанного с потреблением табака. Каждому пациенту выдавались практические рекомендации, целью которых был полный разрыв ассоциативных связей с курением. На повторных визитах пациенты предъявляли графики интенсивности курения, которые также позволяли подобрать индивидуальный подход к коррекции режима дня и отдыха без табака. Кроме того, пациенту подробно рассказывалось о возможном появлении симптомов отмены. Каждому выдавались практические рекомендации с подробным описанием этих симптомов. При каждом визите (не менее 4 раз в течение 1 года) оценивались симптомы отмены, выполнялся необходимый (по требованию) объём обследований, а также оказывалась активная поддержка для усиления мотивации к полному отказу от табака. При положительном результате пациентам рекомендовалось продолжать динамическое наблюдение в кабинете профилактики табакокурения с частотой посещения 1 раз в 3 месяца.

При отрицательном результате к лечению для пациентов 2 группы (наблюдающихся в кабинете профилактики табакокурения «Центра здоровья», находящихся на комбинированной терапии) добавлялись медикамен-

тозные препараты, пациентам 1 группы продолжалась активная поведенческая терапия.

Пациентам 2 группы в качестве антитабачных применялись препараты, содержащие никотин (жевательная резинка, ингалятор или пластырь) и фармакологических препаратов, не содержащих никотин (частичный агонист никотиновых рецепторов варениклин). Выбор препарата определялся индивидуально. Частичный агонист никотиновых рецепторов (Варениклин) назначался согласно утвержденной схеме: Варениклин (Чампикс): 0,5 мг 1 раз в день №3, затем 0,5 мг 2 раза в день №4, затем 1 мг 2 раза в день 3 месяца. Никотинзаместительная терапия использовалась в форме Никоретте пластыря 15-10-5 мг (1 пластырь в день) и Никоретте жевательная резинка 2 мг. Независимо от метода лечения никотиновой зависимости индивидуально, с учетом появляющихся симптомов, пациентам назначались лекарственные препараты, чаще всего из группы анксиолитиков (Афобазол 1 таб. 3 раза в день 3 мес.), миорелаксантов, ацетилцистеин (Флуимуцил) 600 мг=1 таб. 2 раз в день 2–3 недели). При отрицательном результате медикаментозной терапии внимательно оценивались причины рецидива. Пациентам рекомендовалось повторить попытку отказа от табака с учётом проведённого анализа.

Перспективно проанализированы результаты наблюдения за пациентами 3 группы здоровья. Эту группу исследуемых составили 129 пациентов 3 группы здоровья с артериальной гипертензией (гипертонической болезнью), получающие постоянную антигипертензивную терапию.

Критерии включения: больные с артериальной гипертензией (эссенциальной гипертонической болезнью) с 1–2 стадией болезни, 1 степенью повышения АД, получающие постоянную антигипертензивную не менее 3-х месяцев до включения в исследование.

Критериями исключения явились симптоматические артериальные гипертензии, клинически значимая ИБС, в том числе стенокардия напряжения выше 1 функционального класса, тяжелые нарушения ритма и проводимости, клинически значимые пороки сердца, атеросклеротическое клинически зна-

чимое поражение сосудов головного мозга и нижних конечностей, сахарный диабет, злокачественные заболевания, заболевания почек, желудочно-кишечного тракта и органов гепато-панкреато-билеарной зоны в стадии обострения, требующие индивидуального консультирования по диетпитанию, заболевания опорно-двигательного аппарата.

Все пациенты находились под наблюдением врачей поликлинического звена, где назначалось медикаментозное лечение согласно национальным рекомендациям [65]. В «Центре здоровья» им проводилось углубленное профилактическое консультирование. Таким образом, сформировалось 3 подгруппы пациентов:

А – 48 пациентов с АГ, получающие постоянную антигипертензивную терапию и динамически наблюдающиеся в «Центре здоровья» по вопросам рационального питания;

Б – 48 пациентов с АГ, получающие постоянную антигипертензивную терапию и наблюдающиеся в «Центре здоровья» по вопросам рационального питания и двигательной активности;

В – группу (сравнения) составили 33 пациента с АГ, получающие постоянную антигипертензивную терапию, посетившие «Центр здоровья», но не выполнившие рекомендации по коррекции выявленных факторов риска. Несоблюдение рекомендации по коррекции факторов риска обусловлено личностными особенностями и низкой приверженности пациентов к соблюдению здорового образа жизни. Однако наблюдение в поликлинике по месту жительства и прием антигипертензивных препаратов пациентами соблюдались.

Группы были сопоставимы по возрастному-половому составу, тяжести и длительности заболевания.

В качестве антигипертензивной монотерапии применялся ингибитор ангиотензин – превращающего фермента (ИАПФ) лизиноприл (Диротон, GEDEON RICHTER, Венгрия) в суточной дозе 5,0–10 мг – 30 пациентов группы А, 29 – группы Б, 25 – группы В.

Комбинированную антигипертензивную терапию получали 18 пациентов группы А, 19 пациентов группы Б, 8 – группы В. Применялась комбинация Диротона в суточной дозе 5,0–10 мг и диуретика индапамида гемигидрата (Индапамид, ХЕМОФАРМ, Югославия – далее индапамид) в суточной дозе 1,5 мг 1 раз с сутки.

Больные получали указанную терапию не менее 3-х месяцев до включения в исследование и в течение срока наблюдения (1 год), контролируемое как врачами поликлинического звена, так и врачами «Центра здоровья».

В момент включения в исследование уровень артериального давления во всех трех группах наблюдения на фоне трехмесячной терапии не достиг целевых значений, среднее АД в группах составило: группа А – 145/89 мм.рт.ст, группа Б – 148/92 мм.рт.ст, группа В – 143/86 мм.рт.ст.

Таким образом, проанализировано влияние факторной профилактики, на состояние здоровья и эффективность коррекции ФР среди пациентов 3 группы здоровья, находящихся на медикаментозной терапии, изменение приверженности пациентов к медикаментозному лечению, а также эффективность моно консультирования (только рациональное питание) и консультирования по двум факторам риска (рациональное питание и двигательная активность) среди пациентов 3 группы здоровья.

2.2 Методы исследования

Для выполнения поставленных задач использовались следующие методы исследования:

Клинические: сбор анамнеза, комплекс обследования пациента согласно карте «Центра здоровья» №025 ЦЗ/у «Карта ЦЗ», физикальное обследование (аускультация, перкуссия, пальпация) в рамках кабинета профилактики табакокурения.

Тестирование курящих пациентов для определения степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема); причин мотивации к курению (тест мотивации к курению), степени мотивации к отказу (тест мотивации к от-

казу), а также определение индекса курящего человека (ИКЧ = число сигарет, выкуриваемых в день, умноженное на число месяцев в году, которые человек курил).

Клинико-инструментальные и антропометрические:

1. Измерение роста, веса. Данные параметры были необходимы с целью определения индекса массы тела по общепринятой формуле ИМТ (кг/м²)=масса тела (МТ) (кг)/Рост² (м²). Классификация избыточной массы тела, ожирения и риска сопутствующих заболеваний оценивалась согласно критериям (ВОЗ 1998г.) [28].

Таблица 3

Классификация нарушений массы тела

Классификация	ИМТ (кг/м ²)	Риск сопутствующих заболеваний
Недостаточная МТ	Менее 18,5	Низкий для ССЗ, но риск других клинических проблем увеличивается
Нормальная МТ	18,5–24,9	Обычный
Избыточная масса тела	25,0–29,9	Повышенный
Ожирение 1 степени	30,0–34,9	Высокий
Ожирение 2 степени	35,0–39,9	Очень высокий
Ожирение 3 степени	40 и выше	Чрезмерно высокий

2. Уровень артериального давления определялся тонометром на обеих руках методом Короткова. Интерпретация уровня АД проводилась в соответствии с приведенной классификацией (таблица 4). Артериальная гипертония диагностировалась при АД более 140/90 мм рт ст. (при наличии указаний на повышение АД в анамнезе) и /или приеме антигипертензивной терапии [65].

Таблица 4

Классификация нарушений уровня АД

Классификация АД	АД систолическое (мм рт ст.)	АД диастолическое (мм рт. ст.)
Высокое нормальное	130–139	85–89
АГ 1 степени	140–159	90–99
АГ 2 степени	160–179	100–109

Классификация АД	АД систолическое (мм рт. ст.)	АД диастолическое (мм рт. ст.)
АГ 3 степени	180 и выше	110 и выше
Изолированная систолическая гипертензия	140 и выше	90 и менее

Пациенты с установленным диагнозом артериальной гипертензии, находящиеся на постоянной антигипертензивной терапии, были отнесены к 3 группе здоровья. Пациенты со спорадическим повышением артериального давления и не установленным диагнозом артериальной гипертензии отнесены ко 2 группе здоровья.

Лабораторные:

1. Определение уровня глюкозы и холестерина крови (диагностической системой CardioChek PA). Определялись значения в свежей цельной капиллярной крови в течение 60 секунд. Максимальная погрешность в диапазоне +/- 4 %. Общий холестерин определялся в диапазоне 2,59–10,36 ммоль/л, за нормальные показатели принимали 5,0 ммоль/л и ниже. За нормальный показатели глюкозы натощак принимали показатели 3,3–5,5 ммоль/л. Исследование проводилось утром натощак, после 12 часового голода.

2. Определение концентрации монооксида углерода (CO) в выдыхаемом воздухе с помощью аппарата Smoke Chek (смокелайзер). Пределы концентрации определяемого прибором монооксида углерода – 0–25 parts per million (ppm). Классифицировалась степень курения в зависимости от концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина согласно таблице 5 [13]

Таблица 5

Классификация степени курения в зависимости от концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина в крови

Концентрация монооксида углерода	Концентрация карбоксигемоглобина	Цветовая индикация	Степень курения
0–6 ppm	0,16–0,96	Зеленый	Отсутствие курения

Концентрация монооксида углерода	Концентрация карбоксигемоглобина	Цветовая индикация	Степень курения
7–10 ppm	1,12–1,60	Оранжевый	Легкое курение
11–20 ppm	1,76–3,20	Красный	Умеренное курение
Более 20 ppm	Более 3,20	Красный + звуковой сигнал	Курение тяжелой степени

2.3 Программа коррекции факторов риска в условиях «Центра здоровья»

Пациентам с нарушениями питания (несбалансированное питание с избыточным количеством насыщенных жиров, недостаточным потреблением овощей/фруктов, рыбы) проводилось консультирование по рационализации питания и разъяснению пациенту принципов здорового питания.

Рекомендации предполагали соблюдение принципов энергетического равновесия (энергетическая ценность должна равняться энергозатратам) (таблица 6, таблица 7).

Таблица 6

Коэффициенты физической активности в зависимости от характера труда [26,28]

Коэффициент	Характеристика труда в зависимости от энергозатрат
1,4	Работники умственного труда
1,6	Работники, занятые легким трудом (водители, машинисты, медсестры, продавцы, работники милиции и других родственных видов деятельности)
1,9	Работники со средней тяжестью труда (слесари, водители электрокаров, экскаваторов, бульдозеров и другой тяжелой техники, работники других родственных видов деятельности)
2,2	Работники тяжелого физического труда (спортсмены, строительные рабочие, грузчики, металлурги, доменщики-литейщики и др.)
2,5	Работники особо тяжелого физического труда (спортсмены высокой квалификации в тренировочный период, работники сельского хозяйства в посевной и уборочный период, шахте-

	ры и проходчики, горнорабочие, вальщики леса, бетонщики, каменщики)
--	---

Таблица 7

Средние величины основного обмена взрослого населения России (ккал/сут) [26,28]

Мужчины (основной обмен)					Женщины (основной обмен)				
Масса тела, кг	18-29 лет	30-39 лет	40-59 лет	Старше 60 лет	Масса тела, кг	18-29 лет	30-39 лет	40-59 лет	Старше 60 лет
50	1450	1370	1280	1180	40	1080	1050	1020	960
55	1520	1430	1350	1240	45	1150	1120	1080	1030
60	1590	1500	1410	1300	50	1230	1190	1160	1100
65	1670	1570	1480	1360	55	1300	1260	1220	1160
70	1750	1650	1550	1430	60	1380	1340	1300	1230
75	1830	1720	1620	1500	65	1450	1410	1370	1290
80	1920	1810	1700	1570	70	1530	1490	1440	1360
85	2010	1900	1780	1640	75	1600	1550	1510	1430
90	2110	1990	1870	1720	80	1680	1630	1580	1500

Примечание: нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 18 декабря 2008 года.

Также пациентам рекомендовалось соблюдать сбалансированность в питании по содержанию основных пищевых веществ. Рацион считается сбалансированным, когда белками обеспечивается 10–15 %, жирами – 20–30 %, а углеводами 55–70 % (10 % простыми углеводами) калорийности питания.

Кроме этого, необходимым к соблюдению являлось употребление пищи с оптимальным соотношением насыщенных и ненасыщенных жиров.

Пациентам с нарушениями питания кроме индивидуального консультирования рекомендовалось участие в «Школах по рациональному питанию».

Лицам, ведущим сидячий образ жизни и имеющим физическую нагрузку менее 30 мин в день, рекомендовалась аэробная умеренная ФА в течение 150 минут (2 часа 30 минут) в неделю или ФА в течение 30–40 мин ежедневно (например, прогулочную ходьбу на свежем воздухе).

При консультировании пациента с ожирением обозначалась главная цель – умеренное снижение МТ с обязательным уменьшением риска развития сопутствующих ожирению заболеваний. В связи с этим пациентам рекомендовалось участие в школах по рациональному питанию и по повышению ФА, а также на занятиях в зале лечебной физкультуры (ЛФК).

Пациентам с повышенным артериальным давлением разъяснялась важность соблюдения медикаментозного лечения и выполнения рекомендаций по коррекции выявленных факторов риска (немедикаментозного лечения). Также пациенты с АГ приглашались к участию в групповых занятиях – «Школе по профилактике АГ».

Пациентам с высоким уровнем холестерина рекомендовалась гиполипидемическая диета, основанная на принципах здорового питания с более жестким ограничением насыщенных жиров и продуктов, богатых ХС (печень и другие субпродукты, икра рыб, масло, жирное мясо и пр.), увеличением потребления овощей и фруктов до 500-600 г в день (Таблица 8). Рекомендовалось участие пациентов в «Школах по рациональному питанию»[35,53].

Таблица 8

Рекомендации по питанию при гиперхолестеринемии

	Предпочтительные продукты	Продукты для умеренного использования	Продукты, используемые редко и в ограниченном количестве
Зерновые	Любые крупы	Хлеб из муки тонкого помола, рис, блюда из макарон, печенье, зерновые хлопья	Выпечка, кексы, пироги, круасаны
Овощи	Сырые и вареные овощи		Овощи, приготовленные в масле или со сливками
Бобовые	Любые, включая сою и соевый белок		

	Предпочтительные продукты	Продукты для умеренного использования	Продукты, используемые редко и в ограниченном количестве
Фрукты	Свежие и замороженные фрукты	Сухофрукты, джем, желе, консервированные фрукты, фруктовое мороженое	
Сладости и заменители сахара	Некалорийные сахарозаменители	Сахароза, фруктоза, глюкоза, шоколад, леденцы, мед	Торты, мороженое
Мясо и рыба	Жирная и нежирная рыба, домашняя птица без кожи	Постные куски говядины, баранина, свинина, телятина, моллюски, морепродукты	Сосиски, сальми, бекон, ребрышки, хот-доги
Молочные продукты и яйца	Снятое молоко, йогурт, яичный белок	Сыр и молоко низкой жирности, другие молочные продукты	Обычный сыр, яичный желток, цельное молоко и йогурты
Жиры, используемые для приготовления, соусы (подливы)	Уксус, кетчуп, горчица	Растительные масла, мягкий маргарин, майонез, соусы для салатов	Сливочное масло, пальмовое и кокосовое масло, транс-жиры, твердый маргарин, свиной жир, соусы, приготовленные на яичном желтке
Орехи и семена		Любые	Кокосы
Способ приготовления	Гриль, варение, на пару	Жарение, жарение в раскаленном масле, помешивая	Жарение

При выявлении у пациентов гипергликемии проводилась беседа относительно немедикаментозных методов профилактики и лечения СД, включаю-

щих коррекцию образа жизни, питания, увеличение ФА, снижение избыточной МТ, сокращение потребления алкоголя и отказ от курения, а также участие пациентов в «Школах по профилактике СД».

Пациентам, ведущим малоподвижный образ жизни, рекомендовались регулярные физические нагрузки 30–40 минут в день (ходьба, бег трусцой, плавание).

Пациентам, имеющим проблемы с потреблением алкоголя (потребление алкоголя в количествах, значительно превышающих безопасные, утратой ситуационного или дозового контроля за потреблением алкоголя, наличие признаков алкогольной зависимости), проводилась беседа об оздоровлении образа жизни, а также рекомендовалась консультация психотерапевта или нарколога-психиатра в наркологическом диспансере.

Курящим пациентам разрабатывался план отказа от курения с учетом индивидуальных особенностей пациента и состояния его здоровья.

При дальнейшем наблюдении пациента в кабинете профилактики табакокурения «Центра здоровья» проводилось динамическое обследование, включающее в себя:

1. Измерение роста и веса пациента с расчетом индекса массы тела. Данные показатели исследовались динамически с целью своевременной коррекции повышения массы тела на фоне отказа от табака.

2. Уровень артериального давления и частота сердечных сокращений. Экспресс-оценка состояния сердца по электрокардиографическим сигналам (ЭКГ-сигналам) от конечностей.

3. Уровень общего холестерина и глюкозы крови.

4. Комплексная оценка функции дыхательной системы для определения объёмных и скоростных показателей дыхания с целью выявления хронической бронхолёгочной патологии.

5. Измерение процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови (пульсоксиметрия).

6. Определение содержания монооксида углерода в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина в крови.

Необходимым, в процессе наблюдения в кабинете профилактики табакокурения, являлось проведение тестирования, в том числе оценка степени мотивации пациента к отказу от табака[94].

Таблица 9

Тест оценки степени мотивации к отказу от курения [94]

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

Интерпретация результатов проводилась по сумме баллов:

6–8 – высокая

4–6 – слабая

0–3 – низкая

По результатам тестирования определялась дальнейшая тактика ведения пациента. Если степень мотивации была низкой, пациенту подробно рассказывали о результатах проведенного обследования и возможных последствиях дальнейшего потребления табака. В случае повышения мотивации предлагали перейти к следующему этапу, при категорическом отказе - динамическое наблюдение в «Центре здоровья» с контролем отклоненных показателей.

При высокой или средней степени мотивации приступали к следующему этапу: определение статуса курения и формирование плана отказа от табака.

Оценка статуса курения включает:

1. Оценка курения как фактора риска развития заболеваний (проводился анализ результатов обследования: оценивался риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (в том числе оценка сердечно-сосудистой смертности в ближайшие 10 лет по шкале оценки SCORE), определялся биологический возраст легких.

2. Оценка степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема) [94].

Таблица 10

Тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости [94]

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 мин. В течение 3–602 мин.	3 2
2. Сложно ли Вам воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	ДА НЕТ	1 0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром Все остальные	1 0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше 11–20 21–30 31 и более	0 1 2 3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, чем в течение остального дня?	ДА НЕТ	1 0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	ДА НЕТ	1 0

Интерпретация результатов проводилась по сумме баллов:

0–2 – очень слабая зависимость;

3–4 – слабая зависимость;

5 – средняя зависимость;

6–7 – высокая зависимость;

8–10 – очень высокая зависимость.

3. Оценка мотивации к курению (определяются преобладающие факторы мотивации к курению, что позволяет прицельно изменить поведение пациента на период отказа) [94].

Таблица 11

Тест мотивации к курению [94]

	Всегда (5)	Часто (4)	Время от времени (3)	Ред ко (2)	Ни- ко- гда (1)
А. Я курю, чтобы оставаться бодрым					
В. Держание сигареты в руке – одна из составных частей удовольствия, получаемого от курения					
С. Курение сигарет является приятным и расслабляющим					
Д. Я закуриваю сигарету, когда злюсь на кого-нибудь					
Е. Когда у меня заканчиваются сигареты, это почти невыносимо до тех пор, пока я не смогу получить их					
Ф. Я курю автоматически, даже не осознавая этого					
Г. Я курю для стимуляции, чтобы взбодриться					
Н. Часть удовольствия от курения сигареты составляют действия, выполняемые при закуривании					
И. Я нахожу курение сигарет приятным					
Ж. Когда я чувствую себя некомфортно, я закуриваю сигарету					
К. Когда я не курю, я очень четко осознаю этот факт					
Л. Я закуриваю неосознанно					
М. Я закуриваю, чтобы почувствовать воодушевление и подъём					
Н. Когда я курю сигарету, часть удовольствия я получаю от вида выдыхаемого дыма					
О. Больше всего мне хочется курить, когда я чувствую себя ком-					

	Всегда (5)	Часто (4)	Время от времени (3)	Ред ко (2)	Ни- ко- гда (1)
фортно и расслаблено					
Р. Когда я подавлен(а) или хочу от- влечься от забот и тревог, я закури- ваю					
Q. Я испытываю настоящий терза- ющий голод по сигарете, когда неко- торое время не курю					
Р. Я обнаруживаю, что у меня во рту сигарета и не помню как я заку- рил(а)					

Интерпретация результатов проводилась по следующим критериям:

1. Желание получить стимулирующий эффект от курения: A+G+M
2. Потребность манипулировать сигаретой: B+N+N
3. Желание получить расслабляющий эффект: C+I+O
4. Использование курения как поддержки при нервном напряже-
нии: D+J+P
5. Существует сильное желание курить: E+K+Q
6. Привычка: F+L+R.

Сумма баллов от 3 до 15:

1. Слабая зависимость: до 7 баллов.
2. Средняя зависимость: 7–11 баллов.
3. Сильная зависимость: выше 11 баллов.
4. Оценка суточной интенсивности и стереотипа курения (распреде-
ление количества выкуриваемых сигарет по часам и времени суток, что также
позволяет проанализировать триггеры, приводящие к курению).
5. Определение индекса курящего человека. ИКЧ = число сигарет, вы-
куриваемых в день, умноженное на число месяцев в году, которые человек
курил (как правило, 12). ИКЧ определялся для оценки вероятности развития
хронической обструктивной болезни лёгких.

Все данные вносились в электронную карту пациента, а также в заключение (на бумажном носителе), которое выдавалось пациенту на руки (Рис.2)

Кабинет профилактики табакокурения.
ФИО: _____
Жалобы: _____
В анамнезе: _____
Оценка риска сердечно сосудистой смертности (SCORE): _____
Возраст легких: _____
Анамнез курения:
Курит с ___ лет, число сигарет – ____.
Индекс курящего человека (ИКЧ) = _____ пачка/лет.
Тест Фагерстрема: _____
Степень мотивации к отказу от курения: _____
Мотивация к курению: _____
Определение даты отказа от курения: _____
Дата повторного приёма: _____
Рекомендации:

Рисунок 2. Бланк заключения кабинета профилактики табакокурения

2.4 Методы статистического анализа материала

Статистическая обработка данных проведена с помощью программ «Microsoft Excel 2010» и «Statistica for Windows 6.0». Применялись методы вариационной статистики, корреляционного и дисперсионного анализов. Все данные представлены в виде средней (M) и стандартного отклонения (SD).

Оценку связей между показателями проводили с помощью корреляционного анализа с использованием коэффициента корреляции Пирсона (r). При $r < 0,25$ – корреляцию считали слабой, $r = 0,25 - 0,75$ – умеренной, при $r > 0,75$ корреляция оценивалась как сильная. Различия средних величин, а также корреляционные связи признавались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

ГЛАВА III

ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП ОБСЛЕДУЕМЫХ

3.1. Клиническая характеристика групп наблюдения

В исследование включено 640 пациентов, посетивших «Центр здоровья» г. Краснодара в 2011г.

Основную группу составили пациенты, обратившиеся в центр самостоятельно – 519 человек (81 %), направленных поликлиниками по месту жительства – 114 человек (18 %), обратившихся после лечения в стационаре было меньшинство – 7 человек (1 %).

По результатам обследования все пациенты распределены на 3 группы согласно критериям указанным выше (материалы и методы исследования).

1 группа: 151 пациент первой группы здоровья – не имеющие хронических заболеваний и факторов риска их развития (32 мужчины и 119 женщин, в возрасте $42,8 \pm 14$ лет);

2 группа: 139 пациентов второй группы здоровья – не имеющие хронических заболеваний, но с факторами риска их возникновения (35 мужчин и 104 женщины, в возрасте $46,7 \pm 13$ лет);

3 группа: 350 пациентов третьей группы здоровья – имеющие хронические заболевания и факторы риска их прогрессирования (88 мужчин и 262 женщины, в возрасте $50,8 \pm 12,4$ лет).

Число женщин в 3,13 раза превосходило количество мужчин (75,8 % женщин, 24,2 % мужчин). По гендерному составу достоверных различий между группами не было. Большая часть пациентов была в возрасте от 50 до 60 лет (32 %), значительно меньше от 18 до 20 лет (1 %) и от 70 до 80 лет (2 %).

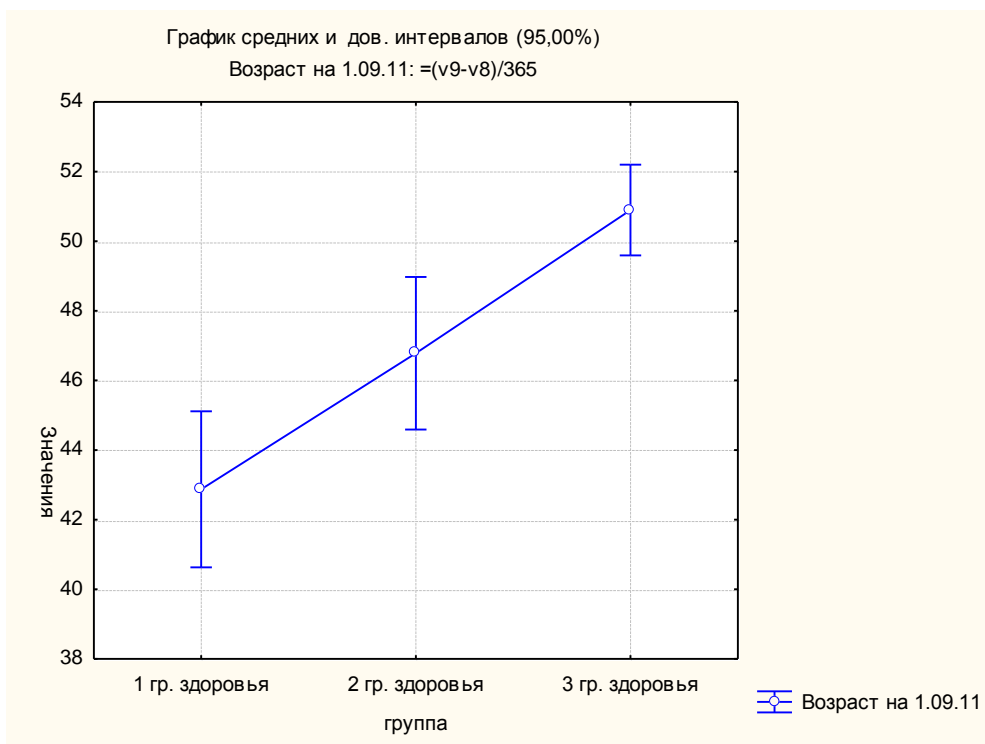


Рисунок 3. Распределение групп наблюдения по возрасту.

Таблица 12

Характеристика групп

Группа Показатель	Всего	1 группа (n=151)	2 группа (n=139)	3 группа (n=350)
Женщины	485 (75,8 %)	119 (78,8 %)	104 (74,8 %)	262 (74,9 %)
Мужчины	155 (24,2 %)	32 (21,2 %)	35 (25,2 %)	88 (25,1 %)
Работает	532 (83 %)	98 (64,9 %)	122 (87,8 %)	312 (89,1 %)
Не работает	108 (17 %)	53 (35,1 %)	17 (12,2 %)	38 (10,9 %)
Высшее образо- вание	383 (58,3 %)	76 (50,3 %)	98 (70,5 %)	209 (59,7 %)
Среднее образование	254 (41 %)	75 (49,7 %)	39 (28,9 %)	140 (40 %)
Начальное образование	3 (0,7 %)	0 (0 %)	2 (0,6 %)	1 (0,3 %)
Сельский	78 (12,2 %)	20 (13,3 %)	16 (12 %)	42 (12 %)
Городской	562 (87,8 %)	131 (86,7 %)	122 (88 %)	309 (88 %)

Как следует из представленных в таблице 12 данных, большинство пациентов вели активную трудовую деятельность, 108 пациентов не работали, в основном эта группа пациентов представлена студентами и лицами пенсионного возраста.

Выявлена определенная зависимость между группами здоровья и уровнем образования пациентов. Например, в 1 группе количество пациентов с высшим и средним образованием примерно одинаково, а во 2 и 3 группах пациентов с высшим образованием более чем в 2 раза больше, чем со средним образованием.

Среди обратившихся большинство пациентов были городскими жителями. Процент сельских и городских жителей в группах распределились примерно одинаково. Что ожидаемо с учетом расположения центра в черте города Краснодара, а также наличия «Центров здоровья» в Краснодарском крае.

Анализ антропометрических и лабораторных данных позволил составить характеристики групп, представленные в таблице 13.

Таблица 13

Клинико-лабораторная характеристика исследуемых групп

Показатели \ Группы	1 группа (n=151)	2 группа (n=139)	3 группа (n=350)
САД мм рт ст	123±8	133±17*	133±20**
ДАД мм рт ст	74±6	82±11*	81±13**
ЧСС уд/мин	73±6	74±8	75±9
Вес кг	65±8	79±16*	78±16**
ИМТ кг/м ²	23±2,2	29,8±5,6	28±5,7
Глюкоза натощак ммоль/л	4,5±0,5	4,8±0,6	5,1±1,4
Холестерин ммоль/л	4,4±0,6	5,1±1,4	5,3±1,4

Примечание: *- достоверные отличия 2 группы с 1 группой; ** - достоверные отличия 3 группы с 1 группой (p < 0,05);

Результаты антропометрических и лабораторных показателей полностью отвечали характеристикам групп с учетом наличия факторов риска и заболеваний. 1 группа: уровень систолического и диастолического артериального давления, ЧСС, вес, ИМТ, глюкоза капиллярной крови, холестерин капиллярной крови в пределах референсных интервалов. Обнаружены достоверные различия между группами: во 2 и 3 группах уровень систолического и диастолического артериального давления, веса, ИМТ, глюкозы капиллярной крови, холестерина капиллярной крови были выше соответствующих показателей в 1 группе ($p < 0,05$). При этом достоверных различий между 2 и 3 группами не обнаружено, часть показателей у пациентов этих групп превышали нормальные значения: ИМТ ($29,8 \pm 5,6 \text{ кг/м}^2$ – 2 группа, $28 \pm 5,7 \text{ кг/м}^2$ – 3 группа), холестерин капиллярной крови ($5,1 \pm 1,4 \text{ ммоль/л}$ – 2 группа, $5,3 \pm 1,4 \text{ ммоль/л}$ – 3 группа). По уровню ЧСС достоверных различий между 1, 2 и 3 группами не было.

Таблица 14

**Корреляции между показателями возраста, АД, ЧСС, веса тела, ИМТ, глюкозы и холестерина крови среди общего числа пациентов
n=640 ($p < 0,05$)**

Показатели	Возраст	САД мм рт ст	ДАД мм рт ст	ЧСС уд/мин	Вес	ИМТ кг/м ²	Глюкоза натощак ммоль/л	Холестерин ммоль/л
Возраст	1,00	0,32	0,14	-0,02	-0,10	0,16	0,05	0,16
САД мм рт ст	0,32	1,00	0,45	0,01	0,32	0,28	0,08	0,16
ДАД мм рт ст	0,14	0,45	1,00	-0,02	0,21	0,16	0,26	0,18
ЧСС уд/мин	-0,02	0,01	-0,02	1,00	0,01	0,03	-0,01	-0,07
Вес	-0,10	0,32	0,21	0,01	1,00	0,67	0,02	-0,02
ИМТ кг/м ²	0,16	0,28	0,16	0,03	0,67	1,00	-0,03	0,08
Глюкоза натощак ммоль/л	0,05	0,08	0,26	-0,01	0,02	-0,03	1,00	0,48
Холестерин ммоль/л	0,16	0,16	0,18	-0,07	-0,02	0,08	0,48	1,00

Обнаружена функциональная зависимость между показателями, полученными при обследовании, что отражено в таблице 14.

По полученным данным обнаружена положительная корреляция средней силы ($0 < |r| < 0,75$) между весом и индексом массы тела ($r = 0,86$), артериальным давлением (АД) систолическим и диастолическим ($r = 0,67$). Также выявлена умеренная положительная зависимость между систолическим АД и возрастом ($r = 0,31$), систолическим АД и весом ($r = 0,33$), систолическим АД и индексом массы тела ($r = 0,34$). Отмечена положительная корреляция средней силы ($0 < |r| < 0,75$) между глюкозой и холестерином ($r = 0,23$). Остальные зависимости либо слабые, либо статистически не значимые. Распределение взаимосвязей между изучаемыми показателями по группам наблюдения были сопоставимы с данными по группе обследованных в целом.

3.2 Распространенность основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в группах обратившихся

По итогам проведенного обследования, согласно карте «Центра здоровья» 025 ЦЗ/у «Карта ЦЗ», у пациентов выявлены факторы риска развития заболеваний, частота встречаемости которых отражена в таблице 15.

Таблица 15

Частота встречаемости факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у пациентов 1-ой, 2-ой и 3-ей групп здоровья

Группа Показатель	Всего (n=640)	1 группа (n=151)	2 группа (n=139)	3 группа (n=350)
Употребление алкоголя, чел (%)	238(37 %)	0(0 %)	93(67 %)	145(23 %)
Курение, чел (%)	100(16 %)	0(0 %)	76(55 %)	24(7 %)
Нерациональное питание, чел (%)	422(66 %)	0(0 %)	118(85 %)	304(87 %)
Гиподинамия, чел (%)	271(42,3 %)	0(0 %)	74(53,2%)	197(56,3 %)
Гиперхолестеринемия, чел (%)	254(40%)	0(0 %)	62(44,6)	192(55 %)
Избыточная масса тела и ожирение, чел (%)	259(40,1 %)	0(0 %)	115(83 %)	144(41,2 %)
Артериальная гипертония, чел (%)	261(40,8 %)	0(0 %)	53(38 %)	208(59,4 %)

Наиболее часто встречающимся фактором риска среди всех обследованных явился нерациональный режим питания, составивший 66 %, который занимает первое место по частоте и во 2-ой, и в 3-ей группах: 85,0 % и 87 % соответственно. Параллельно с этим у обследованных лиц отмечен высокий процент гиподинамии: не занимаются физкультурой и спортом, или эти занятия носят случайный характер у 42,3 % всех обследуемых, одинаково часто встречаясь более чем в половине случаев во 2 и 3 группах здоровья (53,2 % и 56,3 % соответственно). Нерациональное питание и недостаточная физическая активность служат факторами риска развития ожирения, что и подтвердилось при дальнейшем анализе. Так, избыточный вес и ожирение выявлен у 40,1 % респондентов, составляя 83 % и 41,2 % в 2 и 3 группах соответственно. Следующими, по частоте встречаемости, в общем числе обследованных следуют гиперхолестеринемия (40 %), повышение АД (40,8 %), частое употребление алкоголя (37 %), и курение (16 %). Однако в группах последовательности были несколько иными. В частности, во второй группе, пациенты которой не имели каких-либо заболеваний, лидирующие позиции заняли поведенческие факторы риска: нерациональное питание (85 %) и избыточная масса тела (83 %), частое употребление алкоголя (67 %), курение (55%), гиподинамия (53,2 %), а на последнем месте стояли гиперхолестеринемия (44,6 %) и повышение АД (38%). Напротив, пациенты 3 группы имели заболевания и факторы риска их развития, где более часто встречались такие ФР, как гиперхолестеринемия (55 %), повышение АД (59,4 %), и значительно реже встречались частое употребление алкоголя и курение (23 % и 7 % соответственно). Одинаково часто во 2 и 3 группах преобладали нерациональный режим питания, гиподинамия, однако избыточная масса тела и ожирение выявлена всего у 41,2% респондентов 3 группы здоровья, против 83 % пациентов 2 группы.

Отмечено также, что сочетание факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний было почти одинаковым в группах мужчин и

женщин, за исключением наличия четырех факторов риска: у мужчин они встречались в 3,9 раза чаще, чем у женщин, наличие пяти факторов риска встречалось только у мужчин. Сочетание двух факторов риска в целом по группам отмечено у 43,1 %, трех факторов риска – у 37,03 % обследованных, четырех факторов риска – у 16 % обследованных, пяти факторов риска – у 2,2 % обследованных.

3.3. Характеристика групп пациентов с основными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний

Как указано ранее в рамки исследования были включены 7 основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: употребление алкоголя, курение, нерациональное питание, гиподинамия, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, повышение АД. Ранее были рассмотрены распространенность данных факторов риска в группах здоровья, однако большой интерес вызывают их прочие характеристики, что мы представляем ниже с учетом региональных особенностей нашего населения.

3.3.1 Употребление алкоголя

По результатам анкетирования 37 % от общего числа обратившихся в «Центр здоровья» употребляли алкоголь (90,3% мужчин и 20,2 % женщин). Таким образом, алкоголь употребляли 238 пациентов, в том числе: мужчины – 140 пациентов (59%), женщины – 98 пациентов (41 %). При опросе пациентов, употребляющих алкоголь, оценивалась частота употребления (случайно – часто – несколько раз в неделю), а также крепость потребляемого алкоголя (крепкие алкогольные напитки, слабоалкогольные напитки).

Согласно таблице 16 наиболее активной возрастной группой в отношении употребления алкоголя были пациенты от 18 до 50 лет. Однако имелись отличия в характере употребления алкоголя среди мужчин и женщин. Наиболее часто (более 3 раз в неделю) употребляли алкоголь мужчины одинаково активно во всех возрастных группах, в возрасте до 50 лет большин-

ство отдавали предпочтение слабоалкогольным напиткам, старше 50 – крепким. Среди женщин наиболее часто употребляли алкоголь пациентки до 50 лет, также как и мужчины, отдавая предпочтение слабоалкогольным напиткам.

Таблица 16

Особенности употребления алкоголя среди мужчин и женщин разных возрастных групп

Характеристики потребления алкоголя	Мужчины (n=140)					Женщины (n=98)				
	Возраст, лет					Возраст, лет				
	18-29 (n=35)	30-39 (n=39)	40-49 (n=34)	50-59 (n=21)	60 и старше (n=11)	18-29 (n=24)	30-39 (n=28)	40-49 (n=26)	50-59 (n=12)	60 и старше (n=8)
Случайно	6 (17%)	11 (28%)	10 (29%)	3 (14%)	2 (18%)	14 (58%)	16 (57%)	18 (69%)	11 (92%)	8 (100%)
Часто	29 (83%)	28 (72%)	24 (71%)	18 (86%)	9 (82%)	10 (42%)	12 (43%)	8 (31%)	1 (8%)	0 (0%)
Крепкие алкогольные напитки	4 (11%)	15 (38%)	13 (38%)	18 (86%)	8 (73%)	4 (17%)	10 (36%)	5 (19%)	6 (50%)	5 (62%)
Слабоалкогольные напитки	31 (89%)	24 (62%)	21 (62%)	3 (14%)	3 (27%)	20 (83%)	18 (64%)	21 (81%)	6 (50%)	3 (38%)

В группе женщин старше 50 употребление алкоголя носит случайный характер в равной степени в отношении крепких и слабоалкогольных напитков. Обращает на себя внимание тот факт, что среди женщин наиболее часто употребляли алкоголь пациентки фертильного возраста. В связи с этим проводилось углубленное профилактическое консультирование по вопросам воздействия алкоголя на беременность, а также внутриутробную патологию плода. При консультировании мужчин основой мотивации к отказу от алкоголя являлись результаты обследования в «Центре здоровья», информация об

изменениях данных показателей при продолжении употребления алкоголя и отказе от него.

3.3.2. Нерациональное питание

При проведении анкетирования пациентов центра здоровья принимались во внимание следующие характеристики питания: регулярность (регулярное, нерегулярное), преобладание компонентов продуктов (белки, жиры, углеводы) и калорийность рациона (высокая, низкая). Таким образом, к категории нерационально питания были отнесены 422 пациента, что составило 66% от всех обратившихся в «Центр здоровья» (в том числе 78 % от числа мужчин и 62 % от числа женщин), явившись самым часто встречающимся фактором риска среди обратившихся.

Таблица 17

Распределение особенностей характера питания среди мужчин и женщин разных возрастных групп

Показатель	Мужчины (n=121)					Женщины (n=301)				
	Возраст, лет					Возраст, лет				
	18-29 (n=35)	30-39 (n=32)	40-49 (n=31)	50-59 (n=12)	60 и старше (n=11)	18-29 (n=39)	30-39 (n=117)	40-49 (n=63)	50-59 (n=47)	60 и старше (n=35)
Нерегулярный режим питания	30 (86%)	27 (84%)	23 (74%)	4 (33%)	2 (18%)	28 (72%)	85 (73%)	54 (86%)	27 (57%)	12 (34%)
Преобладание жиров в пище	27 (77%)	24 (75%)	26 (84%)	5 (42%)	4 (36%)	17 (44%)	51 (44%)	31 (49%)	28 (60%)	10 (29%)
Высокая калорийность рациона	15 (43%)	27 (84%)	18 (58%)	4 (33%)	5 (45%)	15 (38%)	47 (40%)	38 (60%)	29 (62%)	11 (31%)

Согласно таблице наиболее часто нарушение питания характерно для лиц молодого и среднего возраста, чаще встречаясь среди мужчин (78 %), однако в 62 % случаев встречается и среди женщин. Обращает на себя внимание тот факт, что среди мужчин данных возрастных групп более характерно преобладание жиров в пище и нерегулярность питания, среди женщин

наиболее частым нарушением питания является его нерегулярность, а в средних возрастных группах – высокая калорийность рациона.

3.3.3 Гиподинамия

В целом среди пациентов центра ведут сидячий образ жизни и имеют физическую нагрузку менее 30 мин. в день 42,3 % обследуемых. В половине случаев 53,2 % и 56,3 % во 2 и 3 группах здоровья (соответственно), одинаково часто встречаясь среди мужчин и женщин всех возрастных групп. Основой консультирования по вопросам физической активности явились научнообоснованные «Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья» [28].

Для взрослых в возрасте 18–64 лет физическая активность включает активность в период досуга, передвижений (ходьба пешком или езда на велосипеде), профессиональной деятельности, домашних дел, игр, спортивных или плановых занятий в рамках ежедневной активности, семьи и сообщества. Поэтому важным в консультировании пациентов являлся индивидуальный подбор физической активности по характеру, продолжительности и интенсивности. С учетом климатических особенностей и преобладания солнечных, теплых дней в году в условиях Краснодарского края рекомендации по ходьбе или занятию во дворе в полном объеме могли выполняться пациентами.

3.3.4 Избыточная масса тела

Выявленные издержки в питании и недостаточная физическая активность служат факторами риска развития ожирения, что и подтвердилось при дальнейшем исследовании. Так, избыточный вес и ожирение выявлен у 40,1% респондентов, составляя 83 % и 41,2 % в 2 и 3 группах соответственно (у пациентов 1 группы ИМТ в пределах нормы).

Таблица 18

Частота встречаемости нерационального питания, гиподинамией в зависимости от индекса массы тела

Показатели	ИМТ (18,5–24,9кг/м ²) n=381	ИМТ (25,0–29,9 кг/м ²) n=112	ИМТ (30,0кг/м ² и >) n=147
Нерациональное питание, число случаев (%)	22 (5,8)	47 (41,9)* p <0,0001	122 (83)** P=0,00001
Гиподинамия, число случаев (%)	37 (9,7)	52(46,4)* p <0,0001	128 (87,1)** p <0,0001

Примечание: * - пациенты с ИМТ 25,0–29,9 кг/м² в сравнении с пациентами с ИМТ 18,5–24,9 кг/м²; ** – пациенты с ИМТ 30,0кг/м² и > в сравнении с пациентами с ИМТ 18,5–24,9 кг/м² (p <0,0001)

В таблице 18 отражена частота встречаемости нерационального питания, гиподинамии, в зависимости от индекса массы тела.

В целом среди обследованных избыточный вес (индекс массы тела – ИМТ – от 25,0 до 29,9) выявлен у 38,9 % мужчин и у 24,1 % женщин, ожирение (ИМТ – 30,0 и выше) – у 32,1% мужчин и у 42,1 % женщин.

При консультировании пациента с ожирением обозначалась главная цель – умеренное снижение массы тела с обязательным уменьшением риска развития сопутствующих ожирению заболеваний. Достигнуть поставленной цели позволяют диетотерапия (снижение калорийности пищевого рациона и создание энергетического дефицита, при этом рацион должен оставаться сбалансированным по основным макро- и микронутриентам) и увеличение физической активности. Достигнуть поставленной цели позволяют диетотерапия и увеличение ФА, в редких случаях – медикаментозная терапия и хирургические методы лечения ожирения. Основным принцип диетологического вмешательства при ожирении – снижение калорийности пищевого рациона и создание энергетического дефицита. При этом рацион должен оставаться сбалансированным по основным макро- и микронутриентам. По степени выраженности энергетического дефицита выделяют диеты с умеренным ограничением калорийности (1200 ккал/сутки) и с очень низкой калорийностью (500-800 ккал/сутки). Последние способствуют более выраженному снижению МТ (1,5–2,5 кг/неделю) по сравнению с диетой с умеренно сниженной калорийностью (0,5–1,4 кг/неделю), применя-

ются кратковременно только на начальном этапе лечения, т.к. не приводит к формированию навыков рационального питания.

3.3.5. Гиперхолестеринемия

В результате исследования гиперхолестеринемия выявлена у 40 % респондентов (в общем по группам), из них – у 55 % пациентов 3 группы и 44,6 % пациентов 2 группы (отличия между 2 и 3 группами не были достоверными), в 1 группе уровень холестерина был в пределах нормы.

В том числе гиперхолестеринемия обнаружена у 34 % женщин и 57,4 % мужчин (т.е у мужчин гиперхолестеринемия встречалась в 1,69 раза чаще, чем у женщин). Достоверных различий между мужчинами и женщинами в распределении пациентов с гиперхолестеринемией по возрастным группам выявлено не было.

Наибольшее число случаев гиперхолестеринемии приходится на возрастные группы 50–59 лет и старше 60 лет: 73 % – у мужчин и 76 % – у женщин. В возрасте до 40 лет гиперхолестеринемия обнаружена у 9% лиц мужского пола и 9 % – лиц женского пола. В возрастной группе 30–39 лет гиперхолестеринемия зафиксирована у 18 % мужчин и 15 % женщин (Рис.4).

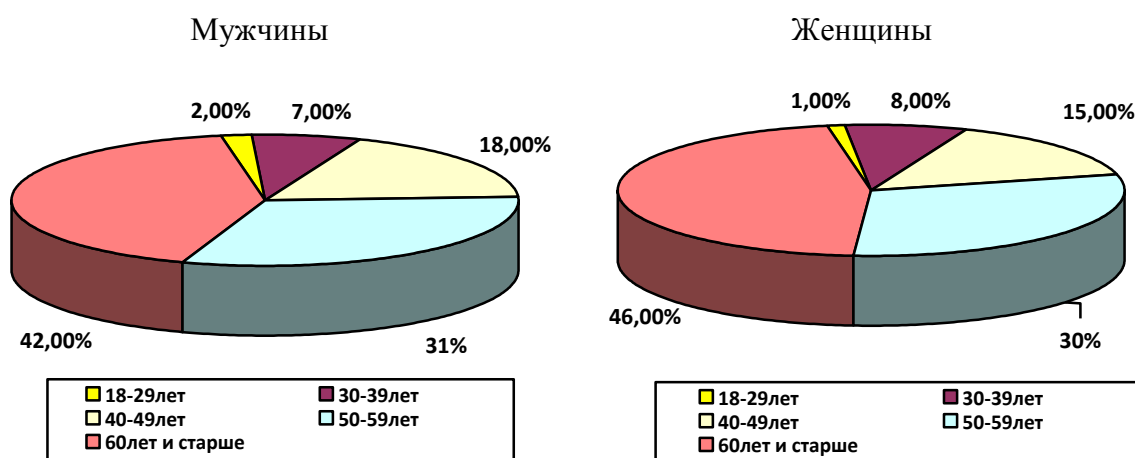
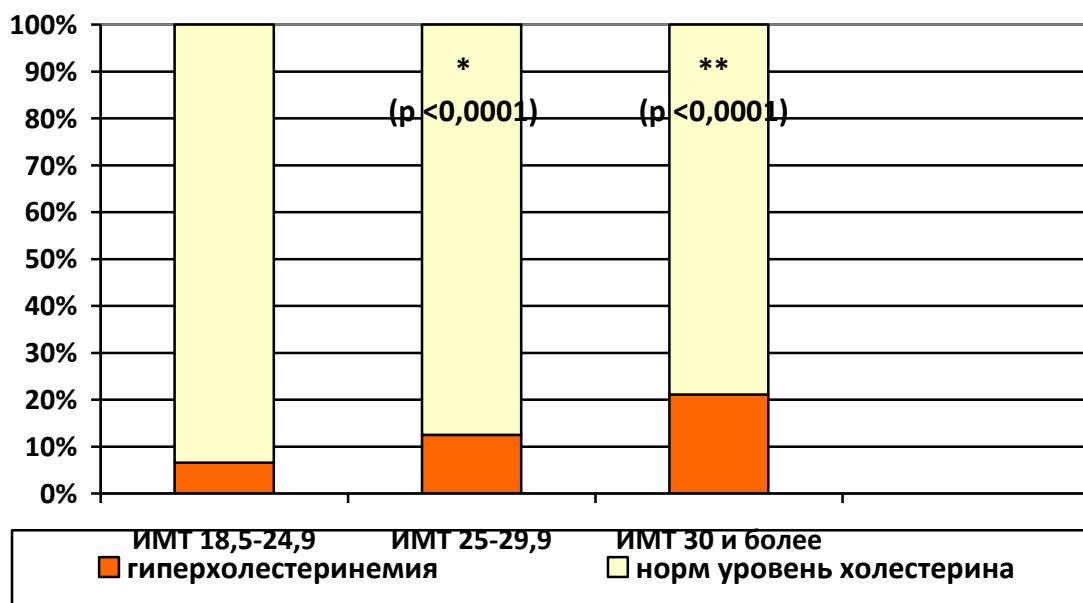


Рисунок 4. Распределение пациентов с гиперхолестеринемией по возрастным группам (мужчины и женщины)

При выявлении у пациентов центра уровня общего холестерина, превышающего 5 ммоль/л, рекомендовалась гиполипидемическая диета и проведение развернутого анализа крови на липиды натощак. Гиполипидемическая диета основана на принципах здорового питания с более жестким ограничением насыщенных жиров и продуктов, богатых холестерином, увеличением потребления овощей и фруктов. Суточную калорийность питания рекомендовано было снизить до 1800–2000 ккал. Соблюдение диеты являлось необходимым и в отношении избыточной массы тела (ожирения) достаточно часто встречающегося у пациентов с гиперхолестеринемией. По результатам исследования обнаружено, что у пациентов с повышенной массой тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²) и ожирением (ИМТ 30,0 кг/м² и >) частота гиперхолестеринемии достоверно выше, чем у пациентов с нормальной массой тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м²) $p < 0,0001$ (Рис. 5). У пациентов с повышенной массой тела в сравнении с пациентами с нормальной массой тела гиперхолестеринемия выявлена в 1,9 раза чаще. У пациентов с ожирением в сравнении с пациентами с нормальной массой тела гиперхолестеринемии выявлена в 3,2 раза чаще. Данной группе пациентов было рекомендовано ограничить суточную калорийность питания до 1200–1500 ккал/сут с назначением одного, двух разгрузочных дней в неделю.



Примечание: * - пациенты с ИМТ 25,0-29,9 кг/м² в сравнении с пациентами с ИМТ 18,5-24,9 кг/м²; ** - пациенты с ИМТ 30,0 кг/м² и > в сравнении с пациентами с ИМТ 18,5-24,9 кг/м² (p < 0,0001)

Рисунок 5. Частота встречаемости гиперхолестеринемии в зависимости от индекса массы тела

Пациентам с повышенным уровнем холестерина и лицам с риском его повышения (ожирение, наследственная предрасположенность) рационализацию питания рекомендовалось дополнить следующими мероприятиями:

1. Не употреблять более трех яичных желтков в неделю, включая желтки, используемые для приготовления пищи.
2. Ограничить употребление субпродуктов (печень, почки), икра, креветки, все виды колбас, жирные окорока, сливочное и топленое масло, жирные сорта молока и молочных продуктов.
3. Глубокое прожаривание пищи на животных жирах заменить тушением, варкой, приготовлением на пару, в духовке; перед приготовлением срезать видимый жир с кусков мяса, а с птицы удалять кожу.
4. Отдать предпочтение рыбным блюдам, продуктам моря, овощам и фруктам.
5. Использовать обезжиренные сорта молочных продуктов, пищевые блюда готовить на растительных маслах.

Вопрос о назначении медикаментозной терапии рассматривался в том случае, если соблюдение рекомендаций по питанию в течение 3–6 месяцев не приводило к результату.

3.3.6 Артериальная гипертензия

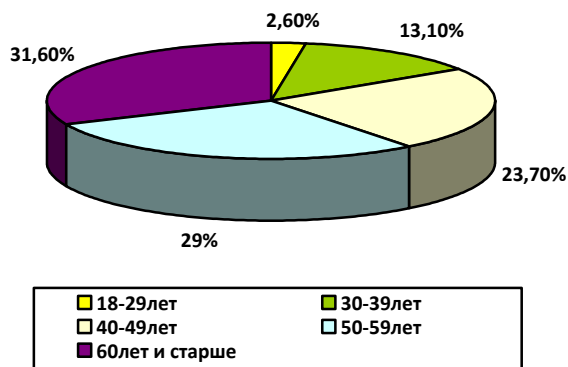
Повышенное артериальное давление является одним из важнейших ФР сердечно-сосудистых осложнений, соответственно коррекция артериального давления рассматривается как один из необходимых компонентов стратегии, направленной на улучшение прогноза жизни. Доказано, что у определенной части лиц с АГ, АД может быть скорректировано только с помощью мер немедикаментозного воздействия, однако доля таких лиц не высока и оценивается примерно в 10 % [13,65]. Именно данная группа пациентов является целевой для «Центра здоровья». Оздоровление образа жизни может быть самостоятельной лечебной мерой у пациентов с незначительным повышением АД и важным к соблюдению у пациентов с любым повышением АД, получающим антигипертензивные препараты, с целью повышения эффективности лечения и снижения дозы принимаемых лекарств.

Среди пациентов «Центра здоровья» АГ выявлена у 208 человек, что составило 32,5 % обследованных (из них 24, 52 % от числа мужчин и 35,1 % от числа женщин). Спорадическое повышение АД (без установленного диагноза АГ) зарегистрировано еще у 53 человек.

Проведен анализ распределения лиц с артериальной гипертензией и спорадическим повышением АД по возрастным группам (Рис. 6).

Артериальная гипертензия чаще встречалась в старших возрастных группах и у мужчин, и у женщин. Среди больных с артериальной гипертензией лица старше 50 лет составили 60,6 % у мужчин и 68 % – у женщин, в возрасте от 18 до 39 лет: 15,7 % – у лиц мужского пола и 15,35% – женского пола. В возрастной группе от 40 до 49 лет было 23,7 % мужчин с артериальной гипертензией и 17 % – женщин.

Мужчины



Женщины

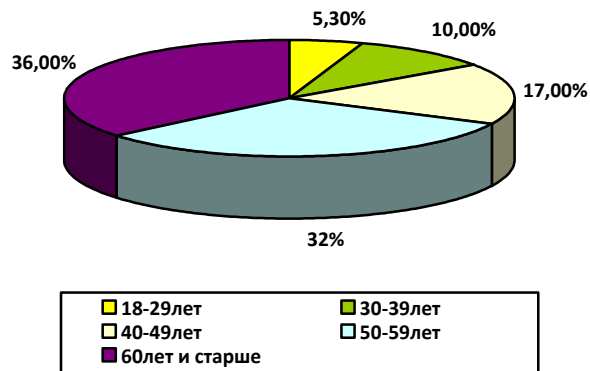


Рисунок 6. Распределение пациентов с артериальной гипертензией по возрасту (мужчины и женщины)

Важной составной частью профилактического консультирования больных с АГ являлось обучение навыкам самоконтроля и оказание самопомощи: контроль массы тела, контроль АД, ЧСС, оказание самопомощи при резком повышении АД и других состояниях. Кроме того пациентам с АГ рекомендовалось углубленное обследование в специализированном отделении с целью исключения вторичных форм артериальной гипертонии.

3.3.7 Распространенность табакокурения и характеристика групп курящих пациентов

Согласно таблице 15 распространенность табакокурения среди респондентов составила 16 % (100 пациентов). Причем частота встречаемости табакокурения во 2 группе в 3 раза превосходит таковую в 3 группе.

Все курящие пациенты были распределены на 2 равные группы:

1 группа – 50 курящих пациентов 2 и 3 групп, которые подвергались поведенческой терапии;

2 группа – 50 курящих пациентов 2 и 3 групп, к которым была применена комбинированная (поведенческая и медикаментозная) терапия.

Среди всех пациентов с никотиновой зависимостью было проведено анкетирование с целью изучения длительности табакокурения, степени никотиновой зависимости, степени мотивации к отказу от табака.

По результатам анкетирования в каждой из групп выделены 3 подгруппы, критерием деления служила степень никотиновой зависимости: А подгруппа – пациенты с легкой степенью зависимости, В подгруппа – пациенты со средней степенью зависимости, С подгруппа – пациенты, имеющие высокую степень никотиновой зависимости. Наиболее многочисленной в обеих группах была С подгруппа – пациенты с высокой степенью никотиновой зависимости, примерно равное количество пациентов было в А и В подгруппах. У каждого из курильщиков, при тестировании «Степень мотивации к отказу от табака», оценочный балл превосходил 6, что отражало активное желание пациента в отказе от табака и обуславливало возможность длительной лечебной программы.

Согласно таблице 19 почти вдвое больше курильщиков оказалось среди мужчин – 65 %, женщин – 35 %. Возрастных отличий среди курильщиков не наблюдалось: средний возраст мужчин составил $47,9 \pm 3,7$ лет, у женщин – $46,08 \pm 3,01$ лет. Большинство начинали курение с юных лет: в среднем с 15 ± 2 лет, выкуривая к моменту обследования 11 ± 7 сигарет в день (таблица 19).

Таблица 19

Характеристика групп курящих пациентов

Показатели \ Группы	1 группа (n=50)			2 группа (n=50)		
	1А(n=10)	1В(n=11)	1С(n=29)	2А(n=7)	2В(n=9)	2С(n=34)
Мужчины (n=65)	7 (70%)	8 (73%)	18(62%)	5 (71%)	6 (67%)	21(62%)
Женщины (n=35)	3(30%)	3(17%)	11(38%)	2(29%)	3(33%)	13(38%)
Тест Фогерстрема	$2,1 \pm 0,7$	$5,3 \pm 0,9$	$7,2 \pm 0,7$	$2,2 \pm 0,5$	$5,1 \pm 0,6$	$7,3 \pm 0,9$
Тест мотивации к отказу	$6,4 \pm 0,3$	$6,8 \pm 0,9$	$6,2 \pm 0,5$	$6,1 \pm 0,4$	$6,3 \pm 0,9$	$6,4 \pm 0,7$
Средний возраст	$42 \pm 2,5$	$44 \pm 3,4$	$50 \pm 3,9$	44 ± 3	$46 \pm 2,5$	$52 \pm 2,7$
Начало курения	$15 \pm 2,5$	$13 \pm 3,4$	$14 \pm 2,6$	$15 \pm 2,1$	$14 \pm 2,6$	$14 \pm 3,7$
Кол-во сигарет в день	$11 \pm 4,4$	$11 \pm 5,1$	$13 \pm 3,2$	$11 \pm 6,3$	$12 \pm 5,4$	$13 \pm 6,6$
Содержание СО в выдыхаемом воздухе (ppm)	$11 \pm 1,6$	$10 \pm 2,6$	$11,7 \pm 3,1$	$11,3 \pm 2,1$	$10,6 \pm 1,6$	$11,6 \pm 1,8$
содержание СО _{Нв} (%)	$1,6 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,1$	$1,7 \pm 0,4$	$1,5 \pm 0,9$	$1,6 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,7$

Средний возраст обратившихся в подгруппах был примерно одинаковым и составил в первой группе: 1А – подгруппа – $42 \pm 2,5$ лет, 1В -подгруппа- 44

$\pm 3,4$ лет, 1С – подгруппа – $50 \pm 3,9$ лет; во 2 группе: 2А – подгруппа – 44 ± 3 лет, 2В – подгруппа – $46 \pm 2,5$ лет, 2С – подгруппа – $52 \pm 2,7$ лет.

По данным исследования содержания СО в выдыхаемом воздухе и СОНв в подгруппах респондентов были примерно одинаковыми, однако имели различия среди мужчин и женщин: у мужчин показатели составили $10,56 \pm 1,59$ ppm, у женщин несколько ниже – $8,76 \pm 1,02$ ppm, ($p > 0,05$), содержание СОНв в среднем у мужчин составило $1,69 \pm 0,29$ %, у женщин – $1,36 \pm 0,22$, но эти различия не были достоверными ($p > 0,05$).

По нашим данным табакокурение выявлено у 7,2 % женщин и 41,9 % мужчин (среди всех лиц, включенных в исследование), что согласуется с данными других авторов [25,95]. Несмотря на то, что доля женщин среди курильщиков была в 1,86 раза меньше, чем мужчин, у женщин чаще, чем у мужчин, выявлялась высокая степень никотиновой зависимости: 69 % у женщин против 60 % – у мужчин (Рис. 7).

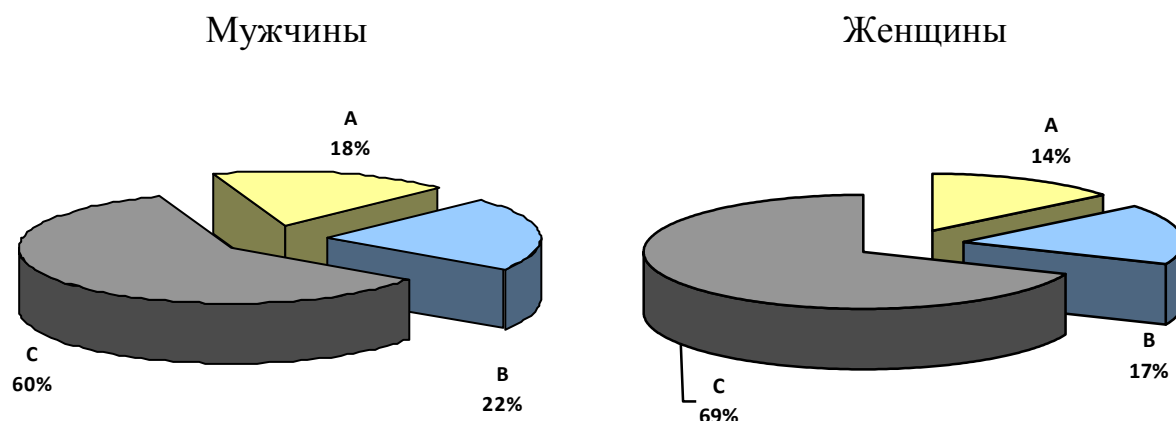


Рисунок 7. Распределение мужчин и женщин в зависимости от степени никотиновой зависимости (в целом по 1 и 2 группам).

Примечание: А – легкая степень никотиновой зависимости; В – средняя степень никотиновой зависимости; С – высокая степень никотиновой зависимости

При консультировании в кабинете профилактики табакокурения «Центра здоровья» каждому курящему пациенту с учетом индивидуальных особенностей и состояния его здоровья выдавались рекомендации по лечению, в том числе для пациентов 2 группы, рекомендации по медикаментозной терапии.

3.4 Распространенность заболеваний в 3 группе здоровья

Не меньший интерес представляет распространенность основных заболеваний среди пациентов центра здоровья, т.е. среди пациентов 3 группы.

Согласно таблице 20 среди пациентов 3 группы здоровья наиболее часто встречающимися заболеваниями являются заболевания системы кровообращения (ГБ – 208 пациентов (59,4 %), ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения – 238 пациентов (68 %), и заболевания костно-мышечной системы (остеохондроз – 81 пациент (23,2 %), остеоартрит – 39 пациентов (11,1 %)). На третьем месте по частоте встречаемости заболевания желудочно-кишечного тракта, среди них хронический гастрит – 46 пациентов (13,4 %), хронический панкреатит 31 пациент (9 %), язвенная болезнь 25 пациентов (7,14 %).

Таблица 20

Частота встречаемости заболеваний в 3 группе

Заболевание	Количество (число случаев)	Частота встречаемости в 3 группе n=350 (%)	Частота встречаемости среди всех респондентов n=640 (%)
ХОБЛ	7	2	1,1
Астма	19	5,4	3
Хр.тонзилит	7	2	1,1
Артериальная гипертензия (эссенциальная гипертоническая болезнь)	208	59,4	32,5
ИБС.Стенокардия напряжения	30	8,6	4,7
Язвенная болезнь	25	7,14	3,9
Хр.панкреатит	31	9	4,8
Хр.холецистит	19	5,4	3
Хр.гастрит	46	13,4	7,2
Хр.колит	5	1,4	0,8
Хр.гепатоз	1	0,3	0,1

Заболевание	Количество (число случаев)	Частота встречаемости в 3 группе n=350 (%)	Частота встречаемости среди всех респон- дентов n=640 (%)
Хр.цистит	5	1,4	0,8
Хр.пиелонефрит	22	6,3	3,4
МКБ	7	2	1
ОНМК	4	1,2	0,6
Остеохондроз	81	23,2	13
ДЭП	27	7,7	4,2
Вертебральная церви- калгия	10	2,8	1,6
Астено-невротический синдром	14	4	2,2
НЦД	6	1,7	0,9
СД	25	7,1	4
АИТ	18	5,1	2,8
ДУЗ	38	11	6
Гипотиреоз	6	1,7	0,9
Онкопатология (в анамнезе)	6	1,7	0,9
ОА	39	11,1	6
ХВН	9	2,6	1,4
Поллиноз, ал.дерматит	27	7,7	4,2

В тоже время в 3 группе пациентов из факторов риска чаще встречались нерациональное питание, гиподинамия, гиперхолестеринемия, артериальная гипертония, что является потенцирующими факторами для развития выявленных в группе заболеваний. У 0,9 % респондентов в анамнезе были указания на перенесенную онкопатологию.

Отмечено также, что сочетание двух заболеваний среди пациентов 3 группы встречается у 38,3 %, трех заболеваний – у 23,1 % обследованных, четырех заболеваний – 6,9%, и пяти заболеваний – 1,7 % респондентов.

Таким образом, распространенность заболеваний среди пациентов «Центра здоровья» в целом соответствует распространенности данных заболеваний в общей популяции [60].

ГЛАВА IV

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ГРУППЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Группу динамического наблюдения составили 540 пациентов наблюдающихся динамически в «Центре здоровья», 51 из которых 1 группы здоровья, 139 – 2 группы здоровья и 350 – 3 группы здоровья. Определена эффективность коррекции выявленных факторов риска во 2 и 3 группах, а также появление факторов риска при динамическом наблюдении в 1 группе.

Проведен анализ эффективности лечения табачной зависимости в условиях кабинета профилактики табакокурения «Центра здоровья» при консультировании с использованием поведенческой и комбинированной, в т.ч. медикаментозной терапии.

У 129 пациентов 3 группы здоровья с артериальной гипертензией, получающих постоянную антигипертензивную терапию, проведен анализ эффективности комбинированного и моноконсультирования по факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний и влияние данной коррекции на уровень артериального давления.

4.1 Эффективность коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у пациентов в группах динамического наблюдения в условиях «Центра здоровья»

Каждому пациенту при выявлении факторов риска развития заболеваний проводилось углубленное профилактическое консультирование в отношении выявленных факторов. Программа коррекции подбиралась индивидуально и включала в себя беседы врача, групповые занятия и обязательное динамическое наблюдение за выполнением рекомендаций. Учитывая, что во 2 группе преобладали поведенческие факторы риска, особый упор

делался на обучение основам здорового образа жизни и информированием о возможности появления заболеваний на фоне воздействия выявленных факторов риска. В третьей группе большее внимание было уделено обучающим программам по самоконтролю выявленных заболеваний, а также информированием пациентов об изменениях в состоянии здоровья в случае коррекции выявленных факторов риска. Результаты повторного осмотра отражены в таблице 21.

Таблица 21

**Частота встречаемости факторов риска развития заболеваний
во 2 и 3 группах через 1 год наблюдения**

Группа Показатель	2 группа (n=139)		3 группа (n=350)	
	Исходно	Через 1 год	Исходно	Через 1 год
Употребление алкоголя, чел (%)	93(67 %)	45 (32 %)	145(41 %)	139(39 %)
Курение, чел (%)	76(55 %)	41(29 %)* (p <0,0004)	24(6,4 %)	21(6 %)
Нерациональное питание, чел(%)	118(85 %)	87(62 %)* (p <0,0004)	304(86 %)	225(64 %)* (p <0,0001)
Гиподинамия, чел (%)	74(53%)	51(36 %)	197(56 %)	147(42 %)
Гиперхолестеринемия, чел(%)	62(45 %)	44(31 %)	192(54 %)	180(51,4 %)
Избыточная масса тела и ожирение, чел (%)	115(83 %)	91(65 %)* (p <0,007)	144 (41 %)	119(34 %)
Повышение АД, чел (%)	53 (38 %)	34(24 %)	208(59,4%)	142(40 %)* (p <0,005)

Примечание: *- достоверные различия частоты встречаемости фактора риска исходно и через 1 год наблюдения (p <0,05)

Согласно таблице 21 частота встречаемости факторов риска развития заболеваний в течение года наблюдения снизилась в сравнении с первым приемом и во 2, и в 3 группах наблюдения в отношении курения и нерационального питания данные изменения были достоверными, также достоверно снизилось число пациентов 2 группы с избыточной массой тела и число пациентов с повышенным АД в 3 группе (в основном, за счет больных артериальной гипертензией, получающих адекватную антигипертензивную терапию). Схематично данные отражены в диаграммах (рис. 8,9).

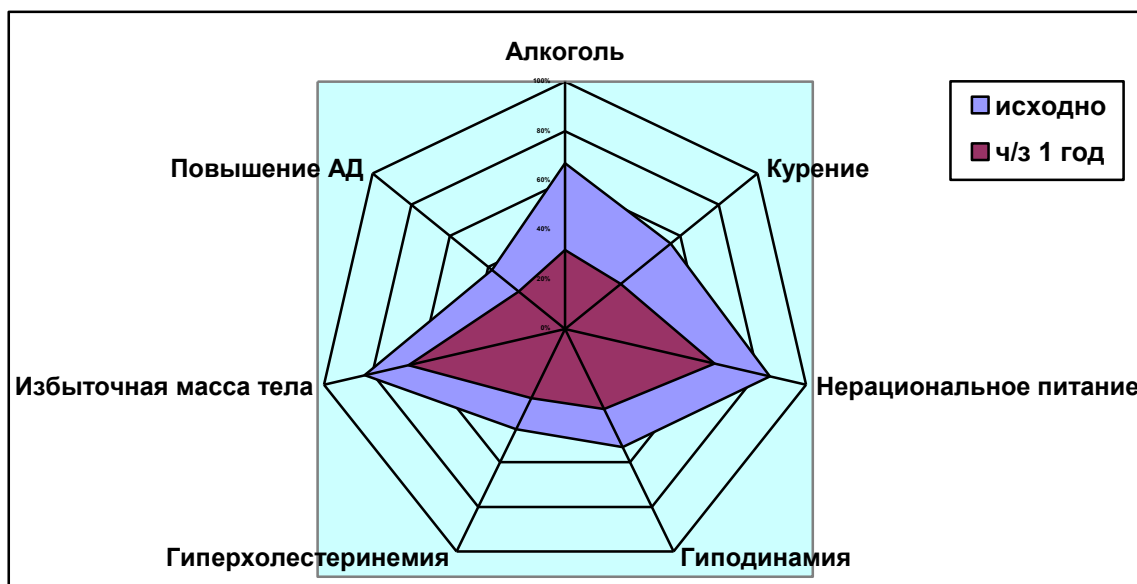


Рисунок 8. Динамика ФР у пациентов 2 группы через 1 год наблюдения в условиях «Центра здоровья»

Количество пациентов с нарушением характера питания во 2 группе снизилось на 26 %, что в свою очередь отразилось на снижении частоты встречаемости избыточной массы тела и ожирения на 20,8 %. Имеется тенденция к снижению частоты встречаемости и других факторов риска, однако данные изменения не были достоверны.

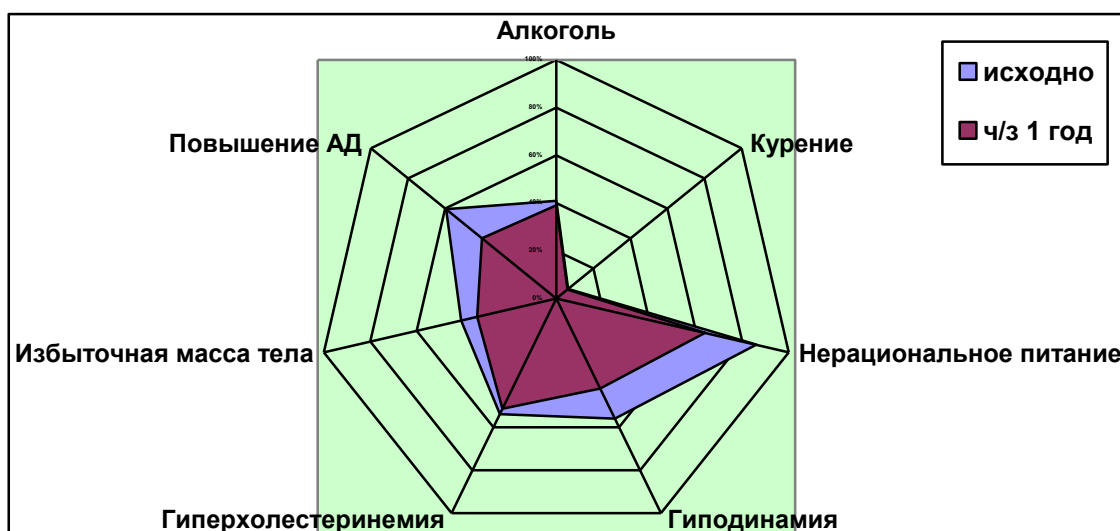


Рисунок 9. Динамика ФР у пациентов 3 группы через 1 год наблюдения в условиях «Центра здоровья»

В 3 группе 79 пациентов выполнили рекомендации по коррекции питания, что отразилось в достоверном снижении нерационального питания в

группе. У 66 пациентов из группы пациентов с повышенным АД, удалось достичь целевых цифр АД. Причиной тому послужили комбинированное воздействие медикаментозной и немедикаментозной терапии. Отмечено снижение частоты встречаемости и других факторов риска в 3 группе через 1 год наблюдения, однако данные изменения не были достоверны.

4.2 Результаты наблюдения за пациентами 1 группы здоровья

Пациентам 1 группы здоровья (без заболеваний и факторов риска их развития) рекомендовалось наблюдение в «Центре здоровья» 1 раз в год. Однако при повторном посещении у 9 из 51 были выявлены факторы риска развития заболеваний (таблица 22). Наиболее часто встречаемыми были поведенческие факторы риска: гиподинамия, нерациональное питание, употребление алкоголя. Гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, АГ, а также курение не встретились ни у одного из обратившихся.

Таблица 22

Динамическое наблюдение пациентов 1 группы здоровья в «Центре здоровья» в течение 1 года

Посещение Показатель	Исходно (n=151)	Через 1 год (n=51)
Употребление алкоголя, чел(%)	0	2 (4 %)
Курение, чел(%)	0	0
Нерациональное питание, чел(%)	0	4 (8 %)
Гиподинамия, чел(%)	0	3 (6 %)
Гиперхолестеринемия, чел(%)	0	0
Избыточная масса тела, чел(%)	0	0
Артериальная гипертензия, чел(%)	0	0

Полученные результаты позволяют обратить внимание на необходимости более частого наблюдения в условиях «Центра здоровья» пациентов 1 группы здоровья с целью поддержания мотивации пациентов к ведению здорового образа жизни.

4.3 Результаты наблюдения за пациентами 3 группы здоровья с артериальной гипертензией

Проводилось наблюдение за 129 пациентами 3 группы здоровья с артериальной гипертензией, получавших постоянную антигипертензивную терапию. В исследование не включались больные с сопутствующей ишемической болезнью сердца с учетом необходимости многокомпонентного лечения и проведения многофакторного анализа результатов терапии. В качестве антигипертензивной терапии применялись ингибитор ангиотензин – превращающего фермента лизиноприл (Диротон) и диуретик индапамид гемигидрат (Индапамид) в виде моно- и комбинированной терапии (подробно АГТ изложена в Материалах и методах). Выбор в качестве антигипертензивной терапии монотерапии ИАПФ и комбинации с индапамидом обусловлен национальными рекомендациями по лечению АГ в связи с их высокой эффективностью в контроле за уровнем АД, преимуществами данных препаратов в органопротективном действии, хорошей переносимостью и доступностью [65, 43,207].

Исходно уровень артериального давления во всех трех группах наблюдения на фоне трехмесячной терапии не достиг целевых значений, среднее АД в группах составило: группа А – 145/89 мм.рт.ст, группа Б – 148/92 мм.рт.ст, группа В – 143/86 мм.рт.ст.

Все пациенты находились под наблюдением врачей поликлинического звена, где назначалось медикаментозное лечение. В «Центре здоровья» им проводилось углубленное профилактическое консультирование. Было сформировано 3 группы пациентов:

А – 48 пациентов с АГ, получающие постоянную антигипертензивную терапию и динамически наблюдающиеся в «Центре здоровья» по вопросам рационального питания (13 мужчин и 35 женщин в возрасте $49,3 \pm 4,5$ лет, длительность заболевания $3,5 \pm 1,5$ лет);

Б – 48 пациентов с АГ, получающие постоянную антигипертензивную терапию и наблюдающиеся в «Центре здоровья» по вопросам рационального питания и двигательной активности (15 мужчин и 33 женщины в возрасте $51,2 \pm 5,2$ лет, длительность заболевания $3,4 \pm 1,8$ лет);

В – группу (сравнения) составили 33 пациента с АГ, получающие постоянную антигипертензивную терапию, посетившие «Центр здоровья», но не выполнившие рекомендации по коррекции выявленных факторов риска (9 мужчин и 24 женщины в возрасте $47,4 \pm 4,7$ лет, длительность заболевания $3,1 \pm 1,2$ лет).

Группы были сопоставимы по возрастно-половому составу, тяжести и длительности заболевания, проводимому антигипертензивному лечению.

Терапия назначалась врачами поликлинического звена, контроль за соблюдением лечения проводили как лечащие врачи поликлиник, так и специалисты «Центра здоровья».

Таблица 23

Динамика факторов риска в группах больных с АГ: А-группа (АГТ+рациональное питание), Б-группа (АГТ+рациональное питание+физическая активность), В-группа-сравнения (АГТ) исходно и через 1 год наблюдения

	Группа А (n=48)		Группа Б (n=48)		Группа В (сравнения) n=33	
	Исходно	Через 1 год	Исходно	Через 1 год	Исходно	Через 1 год
Употребление алкоголя, чел(%)	5 (10,4 %)	3 (7 %)	6 (12 %)	3 (6 %)	3 (9%)	2 (6%)
Курение, чел(%)	4 (8,3 %)	2 (5 %)	3 (7 %)	1 (4,8%)	3 (9%)	2 (6%)
Нерациональное питание, чел(%)	42 (87 %)	16 (33 %)*	41 (86 %)	13 (27 %)*	28 (85%)	29 (88%)
Гиподинамия, чел(%)	26 (55 %)	20 (42 %)	27 (56,2 %)	0* (0%)	18 (54,5%)	17 (51,5%)
Гиперхолестеринемия, чел(%)	27 (57 %)	20 (42%)	26 (55 %)	19 (30,6%)	17 (51,5%)	18 (54,3%)
ИзМТ+ожирение, чел(%)	20 (42 %)	16 (34 %)	22 (46 %)	13 (28 %)*	15 (45,5%)	18 (54,5%)

Примечание: *- достоверное снижение показателей в сравнении с первичным приемом ($p < 0,05$);

В целом исходно в группах А, Б и В выраженность факторов риска не имели значимых различий (таблица 23). Через год наблюдения частота встречаемости факторов риска развития заболеваний снизилась в сравнении с первым приемом в первых двух группах.

В группе В (группе сравнения), среди пациентов, не соблюдающих рекомендации по коррекции факторов риска развития заболеваний, достоверного снижения частоты встречаемости факторов риска не произошло. Напротив, отмечено некоторое увеличение частоты встречаемости нерационального питания, гиперхолестеринемии и избыточной массы тела с ожирением.

В группе Б результаты оказались лучше, чем в группе А, что продемонстрировано в диаграммах на рисунках 10, 11.

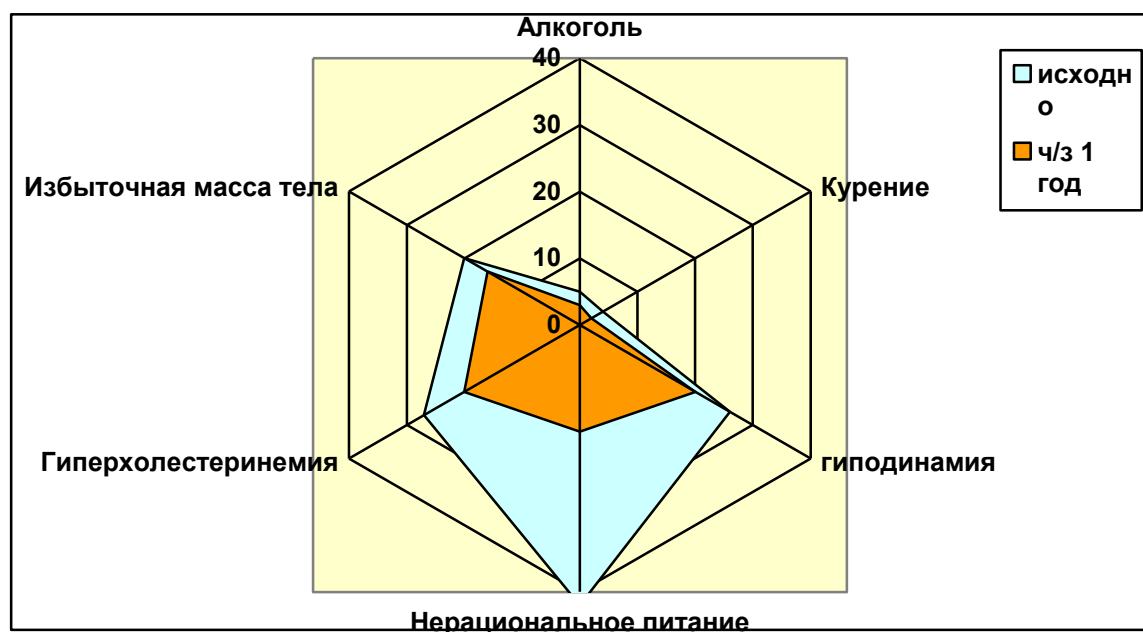


Рисунок 10. Динамика ФР у пациентов А-группы (АГТ + рациональное питание) за 1 год наблюдения в условиях «Центра здоровья»

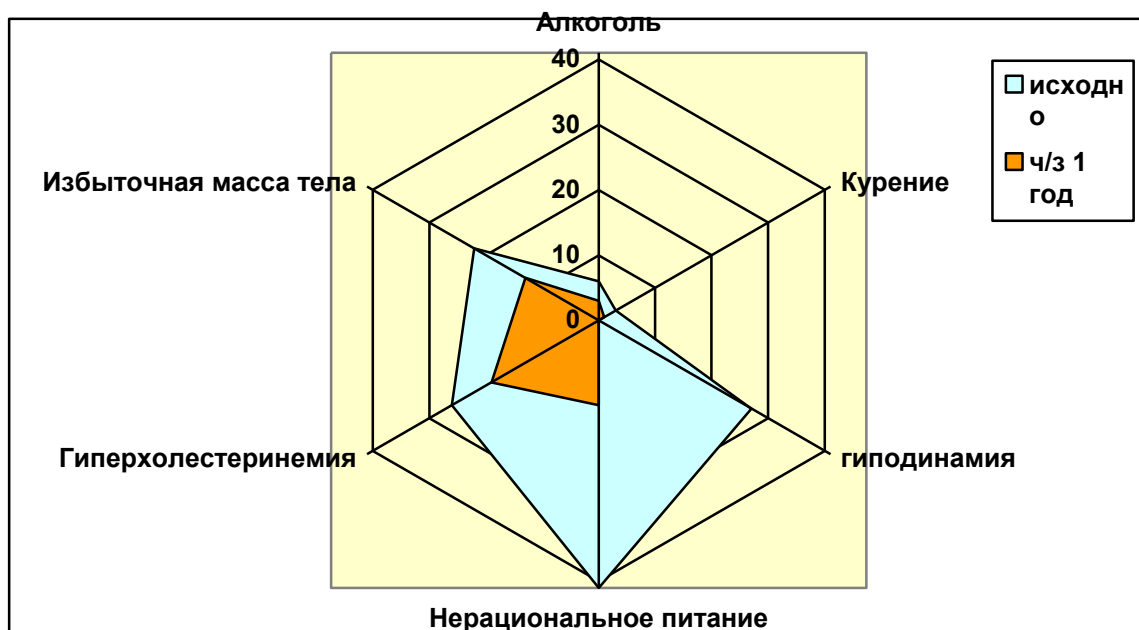


Рисунок 11. Динамика ФР у пациентов Б-группы (АГТ + рациональное питание + физическая активность) за 1 год наблюдения в условиях «Центра здоровья»

Отмечено достоверное снижение частоты встречаемости нерационального питания в группах А и Б. Однако в группе А снижение данного фактора риска не привело к достоверному снижению частоты встречаемости избыточной массы тела. В отличие от пациентов группы Б, соблюдающих рекомендации по рациональному питанию и двигательной активности, у которых при динамическом наблюдении отмечено снижение частоты встречаемости избыточной массы тела и ожирения ($p < 0,05$). При этом наиболее эффективным в коррекции оказался режим двигательной активности. Выполнили рекомендации по коррекции гиподинамии 100% респондентов.

Динамика распространенности факторов риска в трех группах наблюдения сопровождалась соответствующей динамикой других изученных показателей (Таблица 24).

Таблица 24

Показатели АД, ЧСС, ИМТ, холестерина и глюкозы крови в группах больных с АГ: А-группа (АГТ+рациональное питание), Б-группа (АГТ+рациональное питание+физическая активность), В-группа-сравнения (АГТ) исходно и через 1 год наблюдения

	Группа А АГТ+рациональное питание (n=48)		Группа Б АГТ +рац.питание + двигательная ак- тивность (n=48)		Группа В сравнения n=33	
	Первич- ный при- ем	Через 1 год	Первич- ный прием	Через 1 год	Первич- ный прием	Через 1 год
Общий холесте- рин моль/л	5,2±1,3	4,8±0,8	5,21±1,4	4,8±0,9	5,18±0,9	5,19±0,8
Глюкоза крови моль/л	5,3±0,8	5,0±0,6	5,3±0,9	4,8±0,6*	5,1±0,8	5,2±0,9
ИМТ кг/м ²	28,8±5,7	27,1±5,2	29,1±6,1	26,4±4,8 *	27,8±5,4	28,2±5,6
Систолическое АД (мм рт. ст.)	145±0,8	135±0,6*	148±0,7	125±0,8*	143±0,6	138±0,7
Диастолическое АД (мм рт. ст.)	89±0,5	85±0,7	92±0,9	82±0,8*	86±0,9	84±0,7
Среднее ЧСС (уд. в мин.)	76±2	73±3	72±3	68±2	73±5	70±5

Примечание: *- достоверное снижение показателей в сравнении с первичным приемом (p < 0,05)

В группе Б, среди больных с АГ, соблюдающих рекомендации по рациональному питанию и двигательной активности, отмечено достоверное снижение уровня глюкозы, ИМТ, систолического и диастолического АД. В группе А, среди больных с АГ, соблюдающих рекомендации только по рациональному питанию, отмечено достоверное снижение систолического АД (p < 0,05), по остальным показателям динамика также была положительная, но изменения не были достоверными.

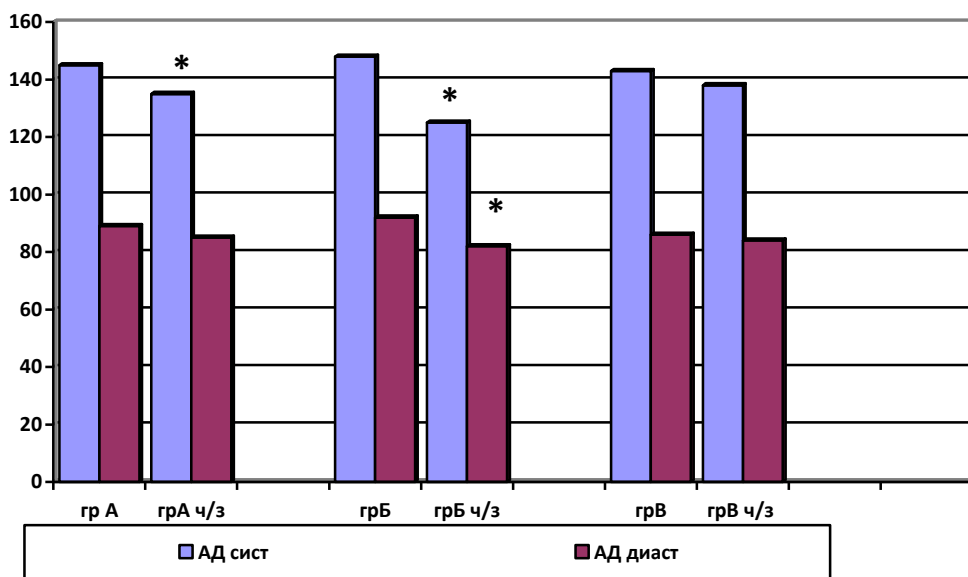


Рисунок 12. Показатели артериального давления в группах больных с АГ: группа А (АГТ + рациональное питание), группа Б (АГТ + рациональное питание + физическая активность), группа В - сравнения (АГТ) исходно и через 1 год наблюдения

Примечание: *- достоверное снижение показателей через 1 год наблюдения в сравнении с первичным приемом ($p < 0,05$)

Моноконсультирование больных с АГ, получающих постоянную антигипертензивную терапию, только по коррекции рационального питания, оказалось менее результативным, по сравнению с сочетанием консультирования по рациональному питанию и двигательной активности. Коррекция модифицируемых факторов риска на фоне постоянного медикаментозного лечения позволила добиться дополнительного снижения уровня систолического АД в группе А на 7 %, а в группе Б – на 15 %, позволив достичь у большинства пациентов целевых уровней АД, т.е. увеличение физических нагрузок в дополнение к рациональному питанию позволяют достичь дополнительного снижения АД до 7–8 %.

При этом, в группе В (сравнения), у пациентов, получающих постоянную АГТ, но не участвующих в программах по коррекции факторов риска, показатели АД в течение года снизилось на 3 %, т.е. медикаментозная терапия была эффективна, но достичь оптимального уровня АД не позволила: в груп-

пе В через год наблюдения средние показатели АД составили 138/84 мм.рт.ст против 128/82мм.рт.ст в группе Б.

В группе В, пациентов с АГ, не соблюдающих рекомендации по коррекции факторов риска развития заболеваний, не было достигнуто достоверного снижения ни по одному из изучаемых показателей.

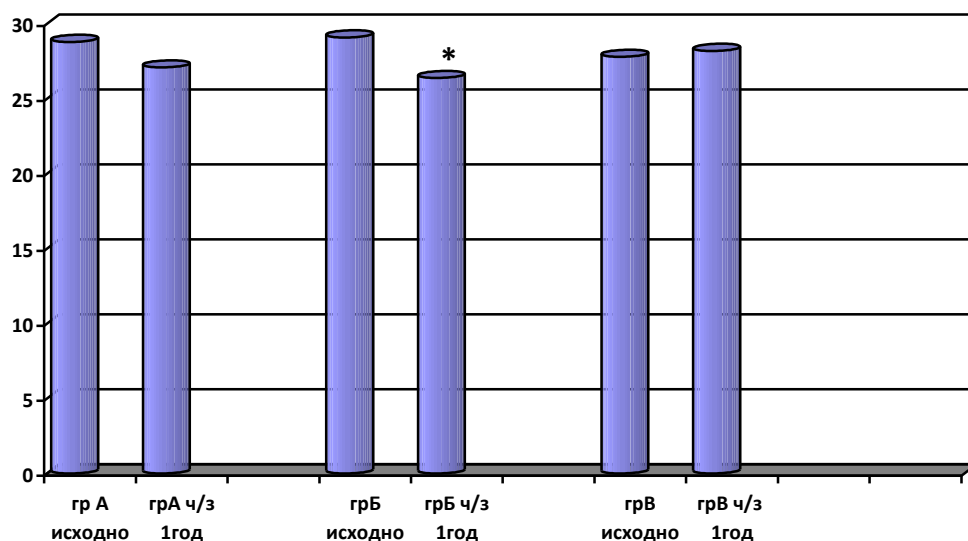


Рисунок 13 . Показатели ИМТ в группах больных с АГ: группа А (АГТ+рациональное питание), группа Б (АГТ+рациональное питание+физическая активность), группа В – сравнения (АГТ) исходно и через 1 год наблюдения в «Центре здоровья».

Примечание: *- достоверное снижение показателей через 1 год наблюдения в сравнении с первичным приемом ($p < 0,05$)

Обращает на себя внимание тот факт, что в группе Б, у 5 из 29 пациентов, находящихся на монотерапии ингибитором ангиотензин – превращающего фермента – лизиноприл (Диротон, GEDEON RICHTER, Венгрия) отмечено снижение дозировки с 10 мг до 5 мг/ сутки. У 3 из 19 пациентов комбинация Диротона и диуретика индапамида гемигидрата (Индапамид, ХЕМО-ФАРМ, Югославия – далее индапамид) заменена монотерапией ингибитором ангиотензин – превращающего фермента. В группе А не удалось снизить дозировку медикаментозных препаратов, однако на фоне прежней медикаментозной терапии и коррекции факторов риска (рациональное питание) уровень артериального давления достиг целевых цифр.

Таким образом, для пациентов с артериальной гипертонией эффективным в отношении коррекции факторов риска и снижении уровня артериального давления является соблюдение рекомендаций медикаментозного лечения с активным консультированием и наблюдением в отношении факторов риска развития заболеваний. При этом коррекция 2 факторов риска (рациональное питание и двигательная активность), является более эффективным для снижения и контроля уровня артериального давления и избыточной массы тела, чем моноконсультирование по 1 фактору риска. Проведение комплексного профилактического консультирования с целью снижения и контроля АД у пациентов с АГ позволяет достичь оптимального уровня артериального давления, снизить ИМТ, что положительно сказывается на качестве жизни и улучшает прогноз заболевания.

Резюмируя результаты наблюдения за пациентами 1, 2 и 3 групп здоровья в условиях «Центра здоровья», эффективным можно считать следующий алгоритм ведения пациентов в «Центре здоровья».



4.4 Эффективность программ коррекции табакокурения в условиях кабинета профилактики табакокурения «Центра здоровья»

Лечение пациентов с табачной зависимостью проводилось в кабинете профилактики табакокурения «Центра здоровья».

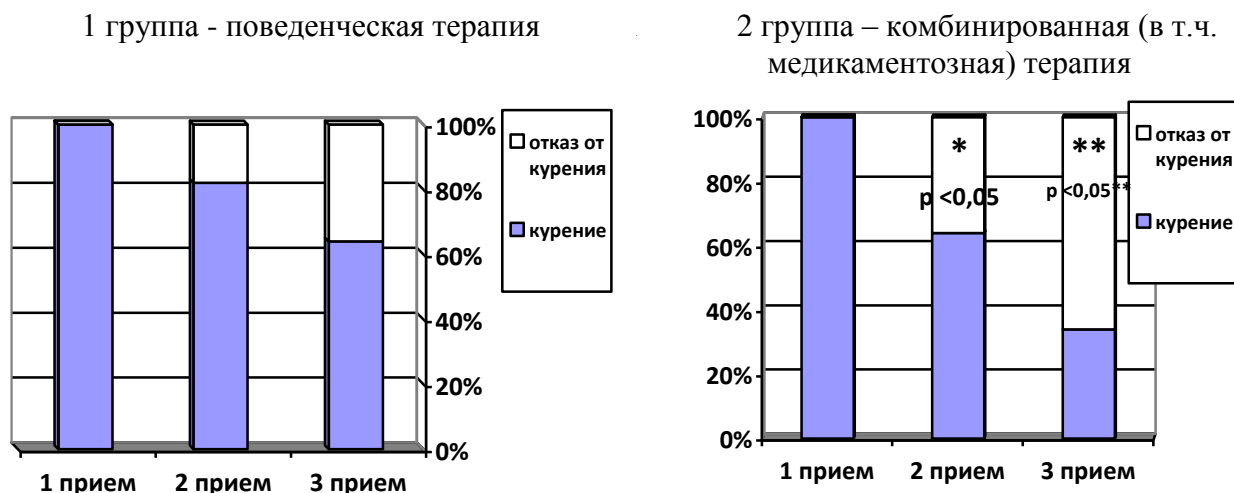
Выявленных при первичном тестировании 100 пациентов 2 и 3 групп здоровья, страдающих никотиновой зависимостью разделили на 2 группы:

1 группа – 50 курящих пациентов 2 и 3 групп, которым проводилась поведенческая терапия

2 группа – 50 курящих пациентов 2 и 3 групп, которые подвергались комбинированной (в т.ч. медикаментозной) терапии.

В обеих группах выделены подгруппы А, В и С в зависимости от тяжести никотиновой зависимости.

Всем пациентам кабинета профилактики табакокурения проводилось углубленное обследование, консультирование и тестирование. Второй группе пациентов в схему лечения в кабинете включено назначение антитабачных препаратов. Все пациенты посещали кабинет профилактики табакокурения «Центра здоровья» не менее 6 раз в течение 1 года.



Примечание: * - сравнение между 2 и 1 группами на 2 приеме; ** - сравнение между 1 и 2 группами на 3 приеме (через 6 мес) - $p < 0,05$

Рисунок 14. Динамика отказов от курения среди пациентов 1 группы – безмедикаментозное лечение и 2 группы – с назначением медикаментозной терапии, в течение 1 года

Через 1 год наблюдения число успешных отказов в первой группе (пациентов без медикаментозного лечения) составило 35,5 %, во 2 группе (пациентов с медикаментозным лечением) до 65,0 %. (Рис. 14).

В 1 группе более эффективным было лечение для пациентов с низкой и средней степенью зависимости (1А подгруппа 8 отказов к концу наблюдения, 1В подгруппа – 6 отказов, т.е. сокращение употребления табака на 80 % и 55 % в подгруппах соответственно) (таблица 25).

Таблица 25

Динамическое наблюдение за курящими пациентами 1 группа (поведенческая терапия) и 2 группа (поведенческая + медикаментозная терапия)

Группы/ подгруппы	1 прием		2 прием (1мес)		3 прием (1 год)	
	Кол-во сигарет в день	Содержание СО в выдыхаемом воздухе (ppm)	Кол-во сигарет в день	Содержание СО в выдыхаемом воздухе (ppm)	Кол-во сигарет в день	Содержание СО в выдыхаемом воздухе (ppm)
1-А	11,1±4,4	11±1,6	5,1±2,4*	3±1,7*	2,1±1,2**	1±0,6**
1-В	11,1±5,1	10±2,6	6,3±3,2*	5±2,1*	3,1±2,3**	3±1,7**
1-С	13,2±3,2	11,7±3,1	11,1±2,3	10±3,4	11,2±2,3	10±3,4
2-А	11,1±6,3	11,3±2,1	2,1±6,4*	3±2,1*	2,2±1,7**	2±0,9**
2-В	12,2±5,4	10,6±1,6	3,1±7,3*	5±1,6*	3,1±2,3**	3±1,4**
2-С	13,1±6,6	11,6±1,8	7,2±6,2*	6±2,9*	5,2±3,2**	4±1,7**

Примечание: *- сравнение показателя на 2 приеме в сравнении с 1 приемом; ** - сравнение показателя на 3 приеме в сравнении с 1 приемом (p<0,05).

Пациентам с высокой степенью зависимости поведенческой терапии недостаточно, что подтвердилось снижением частоты курения в 1С группе на 7 % , что соответствовало отказом от табака 2 пациентов. При этом не наблюдалось достоверного снижения количества выкуриваемых в день сигарет и количества СО в выдыхаемом воздухе в течение времени наблюдения. В отличии от подгрупп 1А и 1В где количество выкуриваемых в день сигарет и концентрация СО в выдыхаемом воздухе значительно снизились к концу наблюдения: при первичном приеме- подгруппа 1А 11,1±4,4 сигареты, 11±1,6 ppm СО в выдыхаемом воздухе, подгруппа 1В 11,1±5,1 сигареты, 10±2,6 ppm СО в выдыхаемом воздухе, через 1 год наблюдения - под-

группа 1А 2,1±1,2 сигареты, 1±0,6 ppm СО в выдыхаемом воздухе, подгруппа 1В 3,1±2,3 сигареты, 3±1,7 ppm СО в выдыхаемом воздухе ($p < 0,05$).

Результаты наблюдения в подгруппах 2А и 2В второй группы пациентов, наблюдающихся в кабинете профилактики табакокурения, равноценны таковым в подгруппах 1А и 1В первой группы пациентов. Что подтверждает достаточность и эффективность поведенческой терапии для пациентов со средней и низкой степенью никотиновой зависимости. Значительная разница в результатах наблюдения в 1 и 2 группах отмечены среди пациентов с высокой степенью зависимости.

В подгруппе 2С пациентов кабинета профилактики табакокурения отказались от табака 22 пациента, что соответствует снижению показателя на 65%. Кроме того, отмечено достоверное снижение количества выкуриваемых в день сигарет и концентрации СО в выдыхаемом воздухе – подгруппа 2С при первичном приеме 13,1±6,6 сигареты, 11,6±1,8 ppm СО в выдыхаемом воздухе, через 6 месяцев наблюдения – 5,2±3,2 сигареты, 4±1,7 ppm СО в выдыхаемом воздухе ($p < 0,05$). (Рис. 15).

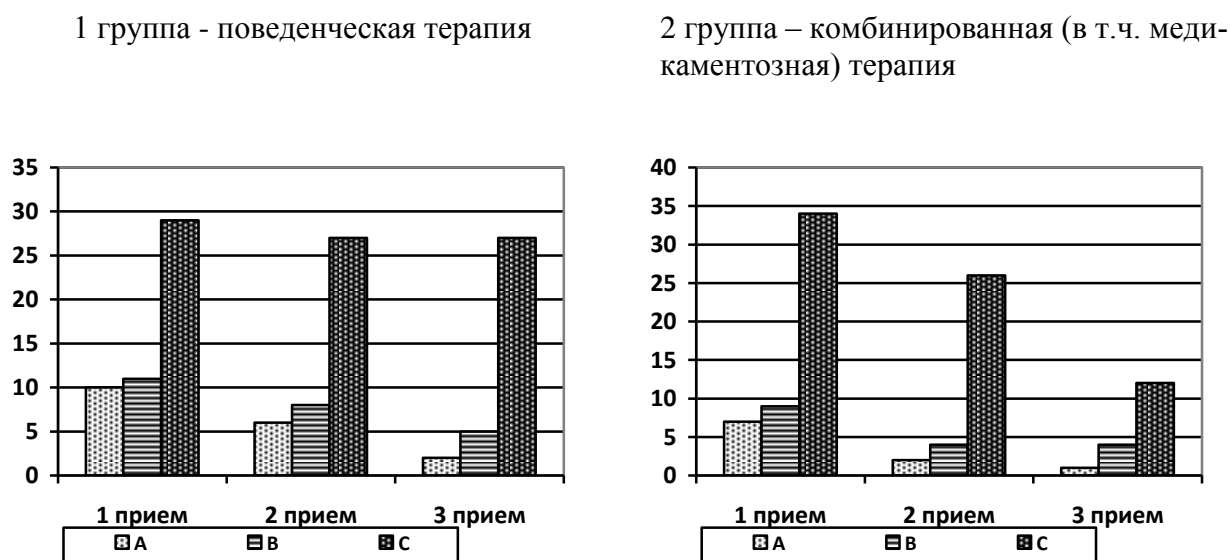


Рисунок 15. Динамика снижения числа курильщиков среди пациентов 1 группы (поведенческая терапия) и 2 группы (комбинированная в т.ч. медикаментозная терапия) в зависимости от степени никотиновой зависимости (подгруппы А, В и С) за 1 год наблюдения.

Таким образом, для пациентов с низкой и средней степенью никотиновой зависимости достаточными являются мероприятия по отказу от табака, в частности поведенческая терапия. У пациентов с высокой степенью никотиновой зависимости более эффективны в лечении мероприятия, проводимые в кабинете профилактики табакокурения, в частности использование комбинированной терапии. Алгоритм эффективного наблюдения пациентов с никотиновой зависимостью отображен на схеме.



ГЛАВА V

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние годы в России стремительно увеличивается распространенность ХНИЗ, что представляет одну из важнейших проблем современного здравоохранения и обуславливает высокую смертность и снижение здоровых лет жизни Россиян [13,34,60]. Ряд клинических, экспериментальных и эпидемиологических исследований определили основные факторы, связанные с образом жизни, окружающей средой, генетическими особенностями человека, способствующие развитию и прогрессированию ХНИЗ – это биологические факторы риска: повышение артериального давления, дислипидемия, избыточная масса тела, ожирение, потенцируют возникновение которых поведенческие факторы риска: курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, низкая физическая активность [1,44,45]. Многофакторная этиология ХНИЗ способствовали пониманию того, что необходимы активные меры в отношении выявления и коррекции данных факторов риска.

Отечественное здравоохранение развивается в соответствии с целями и задачами, предусмотренными планом реализации национального проекта «Здоровье». В настоящее время приоритетной в здравоохранении РФ признана превентивная медицина, и одной из основных ее задач – профилактика различных заболеваний [61,86]. Уже сегодня создаются условия для ведения здорового образа жизни: строятся спортивные сооружения, места активного отдыха. 23 февраля 2013 года Владимир Владимирович Путин подписал закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (Федеральный закон от № 15-ФЗ), вводящий полный запрет курения во всех закрытых общественных местах. Настоящий Федеральный закон вступил в силу с 1 июня 2013 года и явился долгожданным ответом государства на проблему курения.

Новые достижения в развитии профилактической медицины направлены на развитие правового, финансового и организационного обеспечения, а

также совершенствование методологии первичной медицинской профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний. Кроме этого совершенствуются технологии социальной медицины и вторичной профилактики. Усиление влияния превентологической парадигмы в медицине нашей страны сочетается с новым импульсом инструментально-технологического оснащения, поэтапного совершенствования базовых функциональных элементов и инфраструктуры профилактической медицины регионального и муниципального уровней. [2, 87].

Таким образом, национальный проект «Здоровье» позволяет здравоохранению максимально реализовать и совершенствовать позитивную трансформацию образовательного, научного и производственного уклада превентологии как новой медико-социальной системы, формировать инфраструктуру федеральной и региональной служб профилактической медицины, включающие в себя и вновь созданные «Центры здоровья» [85].

В условиях созданных «Центров здоровья» реализуются стратегии высокого риска и вторичной профилактики. Опыт работы ЦЗ по всей России доказывает эффективность и необходимость подобной борьбы. Комплексные обследования населения позволяют определить и выявить состояние здоровья населения в определенном регионе с учетом местных особенностей, образа жизни, распространенностью вредных привычек, групп риска развития неинфекционных заболеваний, что имеет важное значение для практического здравоохранения и общества. Имеющиеся диагностические и консультативные возможности центров позволяют индивидуализировать подходы по формированию ответственного отношения к своему здоровью, обучению граждан гигиеническим навыкам и мотивированию их к отказу от вредных привычек.

Опыт работы «Центров здоровья» других регионов подтверждает актуальность и востребованность центров. В числе первых участников государственной программы «Здоровая Россия» стала Астраханская область. На базе консультативной поликлиники ГУЗ Александро-Мариинской областной кли-

нической больницы был открыт «Центр здоровья». Всего за 2 месяца работы (январь-февраль 2011г.) центром принято более 2800 пациентов. Из числа осмотренных лишь 6,4 % признаны здоровыми, 92,8 % имели функциональные расстройства организма, а 0,8% кроме дополнительно выявленных факторов риска уже имели различные заболевания [64]. Что значительно отличается от данных полученных в результате исследования в «Центре здоровья» г. Краснодар, где преобладающее количество пациентов отнесены к 3 группе здоровья.

В Ростовской области с декабря 2009г. функционируют 14 «Центров здоровья». Имеются данные о результатах работы «Центра здоровья» на базе поликлиники №10. Проведен анализ 216 карт студентов (18–25 лет), посетивших центр в 2010г. Результаты исследования поразили отсутствием пациентов 1 группы здоровья. Практически 100 % обследуемых имели хронические заболевания в анамнезе, чаще органов дыхания (хр.бронхит, бронхиальная астма) – 14,35 %; сердечно сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония, пролапс митрального клапана) – 12,96 %; желудочно-кишечного тракта (хр.гастрит) – 18,98 %; мочевыделительной системы (хр.пиелонефрит, нефроптоз, аномалии развития) – 10,19; костно-мышечной системы (сколиоз, остеохондроз) – 18,1%; новообразования (мастопатия и др.) – 4,2 %; патология зрения (миопия) – 10,65%. Курящими себя признали 20,4 % респондентов. Нерационально питанием выявлено у 40,7 %, избыточная масса тела и ожирение у 33,3 %, малоподвижные образ жизни вели 37,5 % обследуемых, у 22,2 % выявлена гиперхолестеринемия, 8,8 % – гипергликемия. Каждому пациенту были выданы индивидуальные рекомендации по коррекции образа жизни. Реальные результаты данной работы планируют зафиксировать через некоторое время. Но на данном этапе уже абсолютно ясно, что своевременная ранняя диагностика донозологических отклонений у молодых лиц от 18 лет в условиях «Центра здоровья» с использованием высокотехнологичного медицинского диагностического оборудования позволит профилактировать ряд хронических заболеваний [100].

При подведении итогов деятельности «Центра здоровья» на базе МУ «Поликлиника №46» Кировского района г. Уфа также отмечена высокая эффективность по ранней диагностике неинфекционных заболеваний и выявлению управляемыми факторами риска. В течение 2010г. специалистами центра было принято 10829 человек, из них 27 % на момент осмотра были практически здоровыми, не имели хронических заболеваний, функциональных отклонений и факторов риска их развития. У 73 % обратившихся выявлены факторы риска развития заболеваний, 34 % пациентов 3 группы здоровья. По рекомендациям специалистов центра около 40% обратившихся были обучены в школах здоровья. Высокая эффективность групповых занятий для пациентов подтверждалась положительным результатом у 25 % лиц посещавших занятия [67].

Отдельные публикации отражают распространенность ФР развития ХНИЗ в регионах, однако остается недостаточно изученным каким образом пациенты реагируют на предложенную терапию и какова эффективность терапевтических вмешательств у пациентов с модифицируемыми факторами риска. С учетом анализа данных особенностей необходимым является определение объема возможных воздействий медикаментозного и немедикаментозного плана в конкретных условиях.

Проведенный анализ работы «Центра здоровья» г. Краснодар доказывает возможность обеспечения сравнительно быстрого снижения уровня корригируемых ФР у значительной части обратившихся, что в перспективе должно отразиться в снижении уровня заболеваемости ХНИЗ.

В настоящей работе также был проведен анализ групп обратившихся, распространенность и взаимозависимости факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, а также распространенность выявленных заболеваний с учетом региональных особенностей. Результаты исследования подтвердили необходимость дифференцированного подхода к выбору программ терапевтической коррекции факторов риска развития заболеваний. Определен эффективный объем возможных воздействий медикаментозного и

немедикаментозного плана у пациентов 3 группы здоровья. С учетом высокой значимости табакокурения в развитии хронических неинфекционных заболеваний разработан рациональный алгоритм лечения пациентов с различной степенью никотиновой зависимости.

На первом этапе проведенного исследования оценены по возрастной, половой, социальный уровень обратившихся. Разделение пациентов на группы (согласно наличию факторов риска и заболеваний) позволило сравнить результаты первичного комплексного обследования в различных группах и определить распространенность основных факторов риска и заболеваний.

Анализ результатов динамического наблюдения за пациентами позволил оценить эффективность стандартных программ коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в условиях «Центра здоровья». Полученные результаты позволили разработать оптимальный алгоритм терапевтической коррекции факторов риска для пациентов 2 и 3 групп здоровья. Группу динамического наблюдения также составили пациенты 3 группы здоровья. Целью наблюдения явилось сравнение эффективности коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у пациентов с АГ в условиях «Центра здоровья» при моноконсультировании по 1 фактору риска (нерациональное питание) и консультировании по 2 факторам риска (рациональное питание и двигательная активность).

Анализ полученных данных показал, что большинство обратившихся пациентов 350 человек (55 %) имели заболевания и факторы риска их развития, примерно равное количество пациентов были в 1 и 2 группе, т.е. полностью здоровых лиц или с факторами риска развития заболеваний. Что, в общем, является ожидаемым, т.к. средний возраст обратившихся составил 47 (± 13 лет). Важным является тот факт, что большинство пациентов обратились в ЦЗ самостоятельно – 519 человек (81 %), проявив личную заинтересованность в коррекции образа жизни. Большинство пациентов вели активную трудовую деятельность и имели высшее образование. Значения средних антропометрических и лабораторных показателей 2 и 3 групп достоверно отли-

чались от 1 группы, при этом имея равенство средних по тем же показателям между собой. При проведении корреляционного анализа лабораторных и антропометрических показателей среди всех исследуемых выявлена положительная корреляция средней силы между весом и индексом массы тела, артериальным давлением (АД) систолическим и диастолическим. Также выявлена умеренная положительная зависимость между систолическим АД и возрастом, систолическим АД и весом, систолическим АД и индексом массы тела. Отмечена положительная корреляция средней силы между глюкозой и холестерином. Остальные зависимости либо слабые, либо статистически незначимые. Распределение взаимосвязей между изучаемыми показателями по группам наблюдения были сопоставимы с данными по группе обследованных в целом.

Распространенность заболеваний в 3 группе в целом соответствовала распространенности данных заболеваний в общей популяции. На первом месте по частоте встречаемости были заболевания системы кровообращения (ГБ – 208 пациентов (59,4 %), ИБС, стенокардия напряжения – 238 пациентов (68 %),) и заболевания костно-мышечной системы (остеохондроз – 81 пациент (23,2 %), остеоартрит – 39 пациентов (11,1 %)). Несколько реже встречались заболевания желудочно-кишечного тракта, среди них хронический гастрит – 46 пациентов (13,4 %), хронический панкреатит 31 пациент (9 %), язвенная болезнь 25 пациентов (7,14 %). Следует отметить, что в 3 группе пациентов из факторов риска преобладали гиперхолестеринемия, повышенное АД и ИзМТ, что является потенцирующими факторами для развития выявленных в группе заболеваний.

При анализе выявленных факторов риска в группах обращает на себя внимание тот факт, что наиболее часто встречающимся фактором риска у обратившихся явился нерациональный режим питания, составивший 66 %, который занимает первое место по частоте и во 2-ой, и в 3-ей группах: 85,0 % и 87 % соответственно. Параллельно с этим у обследованных лиц отмечен высокий процент гиподинамии: не занимаются физкультурой и спортом, или

эти занятия носят случайный характер у 42,3 % всех обследуемых, одинаково часто встречаясь более чем в половине случаев во 2 и 3 группах здоровья (53,2 % и 56,3 % соответственно). Нерациональное питание и недостаточная физическая активность служат факторами риска развития ожирения, что и подтвердилось при дальнейшем анализе. Так, избыточный вес и ожирение выявлен у 40,1 % респондентов, составляя 83 % и 41,2 % в 2 и 3 группах соответственно. Следующими, по частоте встречаемости, в общем числе обследованных следуют гиперхолестеринемия (40 %), повышение АД (40,8 %), частое употребление алкоголя (37 %), и курение (16 %). Однако в группах последовательности были несколько иными. В частности, во второй группе, пациенты которой не имели каких-либо заболеваний, лидирующие позиции заняли поведенческие факторы риска: нерациональное питание (85 %) и избыточная масса тела (83 %), частое употребление алкоголя (67 %), курение (55 %), гиподинамия (53,2%), а на последнем месте стояли гиперхолестеринемия (44,6 %) и повышение АД (38 %). Напротив, пациенты 3 группы имели заболевания и факторы риска их развития, где более часто встречались такие ФР, как гиперхолестеринемия (55 %), повышение АД (59,4 %), и значительно реже встречались частое употребление алкоголя и курение (23 % и 7 % соответственно).

Каждому пациенту, при выявлении факторов риска развития заболеваний проводилось углубленное профилактическое консультирование в отношении выявленных факторов. Программа коррекции подбиралась индивидуально и включала в себя беседы врача, групповые занятия и обязательное динамическое наблюдение за выполнением рекомендаций. Учитывая выявленные особенности распространения факторов риска, во 2 группе пациентов особый упор делался на обучение основам здорового образа жизни и информирование о возможности появления заболеваний на фоне воздействия факторов риска. В 3 группе большее внимание было уделено обучающим программам по самоконтролю выявленных заболеваний, а также информирование пациентов об изменениях в состоянии здоровья в случае коррекции фак-

торов риска. Результатом данной работы стало достоверное снижение частоты встречаемости факторов риска развития заболеваний в сравнении с первым приемом. Наиболее эффективно в отношении факторов связанных с пищевым и алкогольным поведением (нерациональное питание, частое употребление алкоголя при первом приеме: 422 (66 %) и 238 (37 %) при повторном посещении: 312 (48 %) и 184 (28 %) соответственно), а также двигательной активностью: частота встречаемости гиподинамии при повторном приеме на 18 % ниже. В свою очередь снижение данных факторов риска отразилось в улучшении показателей ИМТ, частота встречаемости ИзМТ снизилась на 8 %. Отмечено также снижение количества курильщиков на 7 %, и нормализация уровня артериального давления у 5 % пациентов. Во 2 и в 3 группах наблюдения в отношении курения и нерационального питания данные изменения были достоверными, также достоверно снизилось число пациентов 2 группы с избыточной массой тела и число пациентов с повышенным АД в 3 группе (в основном, за счет больных артериальной гипертензией, получающих адекватную антигипертензивную терапию).

Распространенность табакокурения в общей группе обратившихся составила 16 % (100 пациентов). Причем частота встречаемости табакокурения в 2 группе здоровья в 3 раза превосходило таковую в 3 группе здоровья. Что еще раз подтверждает необходимость активной коррекции поведенческих факторов риска во 2 группе здоровья. Лечение пациентов с табачной зависимостью проводилось в кабинете профилактики табакокурения «Центра здоровья» путем проведения поведенческой терапии (50 пациентов – 1 группа) и комбинированной терапии (50 пациентов – 2 группа). В обеих группах выделены подгруппы А, В и С в зависимости от тяжести никотиновой зависимости. Всем пациентам кабинета профилактики табакокурения проводилось углубленное обследование, консультирование и тестирование. Второй группе пациентов в схему лечения в кабинете включено назначение антеникотинных препаратов. Все пациенты посещали кабинет профилактики табакокурения «Центра здоровья» не менее 6 раз в течение 1 года.

Через 1 год наблюдения число успешных отказов в первой группе составило 35,5 %, во 2 группе 65,0 %. По результатам наблюдения пациентам с низкой и средней степенью никотиновой зависимости достаточными являются мероприятия по отказу от табака, в частности поведенческая терапия. У пациентов с высокой степенью никотиновой зависимости более эффективна комбинированная терапия.

Наблюдение за 129 пациентами 3 группы здоровья с артериальной гипертензией позволили подтвердить эффективность терапевтической коррекции при сочетании медикаментозной и немедикаментозной терапии. На фоне соблюдения рекомендаций медикаментозного лечения с активным консультированием и наблюдением в отношении факторов риска развития заболеваний наблюдалось снижение частоты встречаемости факторов риска ХНИЗ и снижению уровня артериального давления. При этом коррекция 2 факторов риска (рациональное питание и двигательная активность), является более эффективным для снижения и контроля уровня артериального давления и избыточной массы тела, чем моноконсультирование по 1 фактору риска. Проведение комплексного профилактического консультирования с целью снижения и контроля АД у пациентов с АГ позволяет достичь оптимального уровня артериального давления, снизить ИМТ, что положительно сказывается на качестве жизни и улучшает прогноз заболевания.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволили уточнить распространенность и взаимозависимости факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у пациентов, обратившихся в «Центр здоровья» г. Краснодара. Определена необходимость углубленного профилактического консультирования в отношении факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний на любом этапе наблюдения пациента в лечебно-профилактическом учреждении и алгоритм эффективного взаимодействия в отношении терапевтической коррекции данных факторов риска.

Определена необходимость дифференцированного подхода к выбору профилактических мероприятий с учетом групп здоровья, что продемонстри-

ровано в возможности эффективной коррекции факторов риска развития ХНИЗ. Результаты работы кабинета профилактики табакокурения подтвердили высокую эффективность комбинированной терапии и необходимости индивидуального подхода к пациентам с табачной зависимостью.

Полученные результаты диктуют необходимость тесного взаимодействия первичного (амбулаторного) звена здравоохранения и «Центров здоровья» с целью эффективной коррекции модифицируемых факторов риска.

Ведущую роль в реализации профилактики ХНИЗ на индивидуальном уровне играют врачи первичного звена. Материалы исследования указывают на необходимость совершенствования медицинской профилактики в рамках первично-медико-санитарной помощи, а также перспективу внедрения в практику коррекции поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в «Центрах здоровья».

ВЫВОДЫ

1. Наиболее многочисленной группой в случайной выборке пациентов, посетивших «Центр здоровья» оказались лица среднего и пожилого возраста с наличием заболеваний и факторов риска их развития, т.е. 3 группой здоровья.

2. Наиболее часто встречаемыми факторами риска, среди обратившихся, явились нерациональный режим питания, гиподинамия и избыточная масса тела.

3. Установлены различия в частоте встречаемости факторов риска во 2 и 3 группах здоровья: превалирование поведенческих факторов риска во 2 группе над гиперхолестеринемией, повышением артериального давления и избыточной массой тела, которые занимали лидирующие позиции в 3 группе.

4. Использование дифференцированных, индивидуализированных профилактических программ для пациентов с различными группами здоровья повышает эффективность коррекции факторов риска и профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

5. Необходимость наблюдения пациентов 1 группы здоровья в условиях «Центра здоровья» не реже 2 раз в год с целью поддержания мотивации к ведению здорового образа жизни.

6. Использование комбинированной терапии для пациентов с высокой степенью никотиновой зависимости является эффективной мерой лечения табакокурения.

7. Для пациентов с артериальной гипертонией эффективным в отношении коррекции факторов риска и снижении уровня артериального давления является соблюдение рекомендаций медикаментозного лечения с активным консультированием и наблюдением в отношении факторов риска развития заболеваний. Коррекция 2 факторов риска (рациональное питание и двигательная активность), является более эффективным для снижения и контроля

уровня артериального давления и избыточной массы тела, чем моноконсультирование по 1 фактору риска.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Введение образовательных программ по вопросам нерационального питания, гиподинамии и избыточной массы тела позволит снизить распространенность наиболее часто встречаемых факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

2. Активная работа с пациентами 2 группы здоровья в отношении поведенческих факторов риска, а также информирование о возможном развитии заболеваний является эффективной мерой борьбы с выявленными факторами риска и профилактикой развития хронических неинфекционных заболеваний.

3. Обучение пациентов 3 группы здоровья самоконтролю заболеваний, а также информирование пациента об изменениях в состоянии здоровья и снижении рисков прогрессирования заболеваний при выполнении рекомендаций, является эффективной мерой борьбы с выявленными факторами риска и профилактикой хронических неинфекционных заболеваний.

4. Для пациентов 3 группы здоровья с артериальной гипертонией эффективным является соблюдение рекомендаций медикаментозного лечения с активным консультированием и наблюдением в отношении факторов риска развития заболеваний. Коррекция 2 факторов риска (рациональное питание и двигательная активность), является более эффективным для снижения и контроля уровня артериального давления и избыточной массы тела, чем моноконсультирование по 1 фактору риска.

5. Наблюдение пациентов 1 группы здоровья в условиях «Центра здоровья» необходимо не реже 2 раз в год с целью поддержания мотивации к ведению здорового образа жизни.

6. Создание кабинетов профилактики табакокурения, является эффективной мерой помощи курящим пациентам. Применение комбинированной терапии в условиях данных кабинетов повышает эффективность лечения табачной зависимости.

Список используемой литературы

1. Авторский коллектив / Под ред. Р.Г. Оганова. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство для врачей // М. 2009.
2. Агапитов А.Е. Итоги деятельности центров здоровья Иркутской области: анализ результатов, оценка перспектив/ Пивень Д.В., Максикова Т.М. // Сибирский медицинский журнал 2012 №6 с 99–102
3. Агеев Ф.Т. Больные с хронической сердечной недостаточностью в Российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения / Даниелян М.О., Мареев В.Ю. // Кардиология. 2004. – Т.5, №1. – С.4–7.
4. Александров А.А. Рекомендации по сахарному диабету, преддиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям: комментарии // ConsiliumMedicum. – 2008. – Т 9, №11. – С. 62–66.
5. Алмазов В.А. Роль абдоминального ожирения в патогенезе синдрома инсулинорезистентности/ Благосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. // Тер.арх. 1999. Т. 71, №10. – С. 18–22.
6. Антонов Н.С. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни /Сахарова Г.М. // Терапевтический архив. – 2009. – №2, – С. 82–87.
7. Асташкин Е.И. Ожирение и артериальная гипертония / Глезер М.Г. // Проблемы женского здоровья, 2008 . – Т 3, №4. – С. 4.
8. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии // Москва 1979. – С. 28
9. Беленко Ю.Н. Как мы диагностируем и лечим сердечную недостаточность в реальной клинической практике в начале XXI века? Результаты исследования IMPROVEMENTHF / Мареев В.Ю. // ConsiliumMedicum. 2001г. – Т.3, №2. – С.65–72.

10. Белоусов Ю.Б. Артериальная гипертензия и ожирение: принципы рациональной терапии / Гуревич К.Г. // *Consilium medicum*. 2003. №5(9). – С. 1–7.
11. Беляков Н.А. Метаболический синдром и атеросклероз / Чубриева С.Ю. // *Медицинский академический журнал*. 2007. – Т.7, №1. – С. 45–60.
12. Благосклонная Я.В. Метаболический сердечно-сосудистый синдром / Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. // *Русский медицинский журнал*. 2001г. – Т9. – №2. – С. 67–71.
13. Бойцов С.А. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации / Чучалин А.Г., Арутюнов Г.П., Биличенко Т.Н., Бубнова М.Г., Ипатов П.В., Калинина А.Н., Каприн А.Д., Марцевич С.Ю. // М., 2013. – С. 7–129.
14. Бойцов С.А. Смертность и летальность от болезней системы кровообращения, актуальность развития первой помощи для их снижения /Ипатов П.В., Коротков А.В. // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2007, – №4. – С. 86–95.
15. Бойцов С.А. Изучение патогенеза гипертонической болезни // *Терапевтический архив*. 2006. – №9. – С. 5–12.
16. Бойцов С.А. Место аутопсии среди современных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (по результатам российского многоцентрового эпидемиологического исследования заболеваемости, смертности, качества диагностики и лечения острых форм ИБС «РЕЗОНАНС») /Никулина Н.Н., Якушин и соавторы.// *СЕРДЦЕ: Журнал для практикующих врачей*». 2010 г. – №4. Интернет ресурс. – <http://medic.ossn.ru/publications/magazine/1450/>
17. Бойцов С.А. Связь основных параметров метаболического сердечно-сосудистого синдрома со степенью нарушения углеводного обмена и выраженностью абдоминального ожирения у мужчин /Голощاپов А.В.// *Артериальная гипертензия*. 2003. Т.9. №2. – С. 25–28.

18. Болотова Е.В. Особенности распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в сельской популяции Краснодарского края / Комиссарова И.М. // *Фундаментальные исследования* 2013. №7. – С. 514–517.
19. Броневец И.Н. Метаболический синдром X и его лечение // *Здравоохранение*. 2003. №6. – С. 36–40.
20. Бубнова М. Питание, атерогенные дислипидемии и статины // *Кардиосоматика*. 2011. – Т. 2., – №2. – С. 33–41.
21. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // *Рус.Мед.Журн.* 2001. – Т.9, №2. – С.124–127.
22. Всемирная организация здравоохранения. Основы политики Скрининг в Европе // *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*. 2008. Интернет ресурс. – http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/108962/E88698R.pdf
23. Гаркави Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Квакинва Е.Б., Уколова М.А. // *Ростов на Дону* 1990. – С 223.
24. Гинзбург М.М. Ожирение: влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. /Крюков Н.Н.// М. 2002. – С 55–58.
25. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации. Страновой отчет. Всемирная организация здравоохранения, 2010. – С. 8–171.
26. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. // *Всемирная организация здравоохранения*. 2010. – С. 265.
27. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни лёгких. Пересмотр 2007. Перевод с английского под ред. Чучалина А.Г. // М. 2008. – С 100 с.
28. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью.

Интернетресурс http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/strategy_russian_web.pdf.

29. ГОСТ Р 52623.1-2008. Технология выполнения простых медицинских услуг функционального обследования.

30. Громнацкий Н.И. Особенности поражения сердца при метаболическом синдроме у пациентов молодого и среднего возраста/ Петрова Г.Д. // Российский кардиологический журнал. 2007. – №5 (67). – С. 24–27.

31. Дедов И.И. Ожирение /Мельниченко Г.А.// М., 2004. – С.449.

32. Дедов И.И. Клиника и диагностика эндокринных заболеваний / Мельниченко Г.А.// М., 2006. – С. 465.

33. Дедов И.И. Патогенетические аспекты ожирения / Мельниченко Г.А., Романцова Т.И.// Ожирение и метаболизм. 2004. №1. – С. 3–9.

34. Действия в отношении неинфекционных болезней – уравнивание приоритетов в области профилактики и лечения. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения // М., 2011.

35. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Российские рекомендации V пересмотр. 2012.

36. Диденко В.А. Метаболический синдром X: История вопроса и этиопатогенез // Лаб.мед. 1999. – Т.2, №3 – С.8.

37. Доклад совместного консультативного совещания экспертов ВОЗ/ФАО. Всемирная организация здравоохранения. Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний // Женева. 2003.

38. Европейская хартия по борьбе с ожирением. Интернет ресурс.- <http://www.euro.who.int/Document/E89567R.pdf>.

39. Заболеваемость населения России в 2007 году. Статистические материалы // М. 2008. – С 89.

40. Задионченко В.С. Артериальная гипертония при метоболическом синдроме: патогенез и основы терапии /Адашаева Т.В., Демичева О.Ю.,

Ромашкин А.В., Заседателева Л.В.// Consilium Medicum. 2004. – Т.6. –№9. – С. 34–38.

41. Заридзе Д.Г. Курение и здоровье / Р.Пето // Медицина. М., 1989.

42. Здоровье лёгких в Европе. Факты и цифры. Лучшее понимание болезней лёгких и респираторной медицины в Европе. Европейский лёгочный фонд. Европейское респираторное общество // ERSJ Ltd., 2004.

43. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента / О.Д. Остроумова, О.В. Жукова, Т.Ф. Гусева, Е.А. Смолярчук // Consilium medicum Системные гипертензии. 2007. – № 1. – С. 36–40.

44. Казначеев В.П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения // Медицина 1980. – С. 205.

45. Калинина А.М. Концептуальная основа профилактического консультирования пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. – №4. – С. 4–9.

46. Карпов Ю.Я. Амбулаторное лечение больных с артериальной гипертензией в России: клинические и фармакологические аспекты // Журнал Сердечная Недостаточность. 2004г. – Т.5. №2. – С.54–55.

47. Козлов В.К. Выбор стратегии развития здравоохранения России в свете принципиально разных парадигм медицины // Сб. материалов региональной научно-практической конференции и трудов Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН: «Здоровье населения – основа процветания России». Москва: Медицина, 2008. –Т.7. – С.76–85.

48. Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов, Национальное научное общество «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. – №10. – Приложение 2.

49. Кривонос О.В. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации / Бойцов С.А., Гамбарян М.Г., Калинина А.М. // М., 2012. – С. 39.
50. Кривошеева Л.В. Канцерогенные составляющие и мутагенный эффект бездымного табака и сигарет без табака / Хитрово И.А., Белицкий Г.А., Заридзе Д.Г. // Вопросы онкологии. 2003. – №4, – С. 391–399.
51. Кузнецова И.В. Ожирение и здоровье женщин в пубертанте и репродуктивном периоде / Евстигнеева Е.Е. // Москва. 2008. – С. 64.
52. Кухарчик В. и соавторы. Оптимизация терапии статинами пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска // Кардиосоматика. 2011г. – Т. 2., – №4.
53. Кухарчук В.В. Терапия нарушений липидного обмена – важнейший фактор профилактики атеросклероза // Вести кардиологии. 2009. – С. 4–8.
54. Левшин В.Ф. Табак и злокачественные опухоли / Заридзе Д.Г. // Вопросы онкологии. 2003, – №4, –С 407–415.
55. Левшин В.Ф. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности препарата Табекс при лечении табачной зависимости / Спеченко Н.И., Радкевич Н.В. // Медицинский вестник. 2009. – №33. – С. 502–3.
56. Лукьянчиков В.С. Патогенез и профилактика сосудистых осложнений при метаболическом синдроме и сахарном диабете 2 типа/ Зверева И.В. //Эндокринология. 2009. – Т17. №10. – С. 717–720.
57. Маколкин В.И. Метаболический синдром с точки зрения кардиолога: диагностика, немедикаментозные и медикаментозные методы лечения / Подзолкова В.И., Напалков Д.А. // Кардиология. 2002. №12. – С.91–97.
58. Мамедов М.Н. Метаболический синдром: пути реализации атеротромбогенного потенциала / Метельская В.А., Перова Н.В. // Кардиология. 2000. –№2. – С. 83–89.

59. Марцевич С.Ю. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК 2011 / Кутишенко Н.П., Толпыгина С.Н., Лукина Ю.В., Концевая А.В., Лишута А.С., Иванова Л.П., Дроздова Л.Ю., Гофман Е.А. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011. – Т.7, – №5, – С. 72.
60. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2011 году // Минздрав России. Москва, 2013. С. 5–59 .
61. Московская декларация, принятая по итогам работы «Первой глобальной Министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям» (28–29 апреля 2011 года). Интернет ресурс: <http://www.minzdravsoc.ru/health/zozh/71>
62. Мычка В.Б. Артериальная гипертония и ожирение // Consiliumprovisorum. 2002. –Т.5. – С. 18–21.
63. Мычка В.Б. Артериальная гипертония на фоне избыточного веса: особенности терапевтического подхода / Масенко В.П., Чазова И.Е. // Метаболизм и ожирение. 2006. – №3(8). – С. 46–51.
64. Набережная И.Б. Центр здоровья – как способ реализации национального проекта «Здоровье»/ Захарова Д.А., Набережная Ж.Б // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» №4, 2012, то 14. – С. 246–247
65. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии 2011г. Интернет ресурс <http://www.gipertonik.ru/national-recommendations/>
66. Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность. 2010. – Т. 11, – №1 (57), – С. 69–160.
67. Низамова Э.И. Управление ресурсами здоровья на базе муниципального центра здоровья/Шамигулов Ф.Б, Салахов Э.М., Мурасова Д.Г.,

Рахимкулов А.С.// Общественное здоровье и организация здравоохранения. 2012, – Т7, №1, – С. 6–8.

68. Никитин Ю.П. Распространенность компонентов метаболического синдрома X в неорганизованной городской популяции (эпидемиологическое исследование) / Казека Г.Р., Симонова Г.И. // Кардиология. 2001. – №9. – С. 37–40.

69. Новгородцева К.П. Роль свободных и эстерифицированных жирных кислот при формировании метаболического синдрома / Караман Ю. К., Антонюк М.В. // Клиническая медицина. 2009. – № 5. – С. 33–37.

70. Оганов Р.Г. Метаболический синдром: путь от научной концепции до клинического диагноза /Мамедов М.Н., Колтунов И.И. // Врач. 2007. – №3. – С. 3–7.

71. Оганов Р.Г. Руководство по медицинской профилактике / Халфина Р.А. // Москва 2007. – С. 464.

72. Оганов Р.Г. Сочетание компонентов метаболического синдрома у лиц с артериальной гипертонией и их связь с дислипидемией /Перова Н.В., Мамедов М.Н., Метельская В.А. // Терапевтический архив. 1998. – Т.12. – С.19–23.

73. Оганов Р.Г. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики / Масленникова Г.Я.// Профилактическая медицина. 2009. – Т.12. – №6.

74. Перова Н.В. Методы раннего выявления и коррекции метаболического синдрома / Метельская В.А., Мамедов М.Н. // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. 2006. – №4. – С. 18–31.

75. Петунина Н.А. Современные подходы к лечению ожирения // Гинекология. 2002. – № 4(1). – С. 32–35.

76. Питание и здоровье в Европе: новая основа действий. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия, №96//Всемирная организация здравоохранения, 2005.

77. Плохая А.А. Антропометрические и гормонально-метаболические показатели при абдоминальном ожирении / Воронцов А.В., Новолодская Ю. В., Бутрова С. А., Дедов И.И. // Проблемы эндокринологии. 2003. – № 49(9). – С. 18–22.

78. Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике. Методическое пособие для врачей / Под редакцией академика РАМН Р.Г.Оганова и профессора В.Н.Краснова.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. – П 1. – С 4–24.

79. Подзолков В.И. Предикторы возникновения основных факторов сердечно-сосудистого риска у больных с метаболическим синдромом / Напалков Д.А., Маколкин В.И. // Атмосфера. Кардиология. 2003. – №4. – С. 3–9.

80. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению №323-ФЗ от 21 ноября. «Положение о центре здоровья для взрослых» // Приложение № 34.

81. Потемкина Р.А. Оценка существующей в России практики в области профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний /Глазунов И.С., Вартапетова Н.В., Соловьева И.М., Волкова Э.Г, Петрухин И.С., Похис К.А // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 1998. – № 2. – С. 46–48.

82. Праскурничий Е.А. Клинико-гемодинамическая характеристика артериальной гипертензии при метаболическом синдроме / Савельева С.А., Коломейченко Н.А., Князев А.Н. // Сердце. 2010. – Т.9. – №6(56). – С. 354–359.

83. Прилепская В.Н. Лечение ожирения как аспект улучшения демографической ситуации /Цаллагова Е.В. // CONSILIUMMEDICUM. Женское репродуктивное здоровье. 2007. – №6. – С. 3–7.

84. Прилепская В.Н. Проблема ожирения и здоровье женщины/ Цаллагова Е.В. // Гинекология. 2005. – Т.7, – № 4 – С. 37.
85. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 597н от 19 августа 2009 года «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». Интернет ресурс: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/930>
86. Программа Российской Федерации «Здоровье Нации». Советники Президента России (официальный бюллетень). СПб., 2001. – С. 23.
87. Разумов А.Н. Здоровье здорового человека (Основы восстановительной медицины) /Пономаренко В.А., Пискунов В.А // Москва 1996. –С. 413.
88. Распространенность артериальной гипертонии в европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА, 2003г. / Ф.Т. Агеев, И.В. Фомин, В.Ю. Мареев, Ю.Н. Беленков // Кардиология. 2004. – № 11. – С. 50–53.
89. Рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по лечению дислипидемий // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2012. –П №1.
90. Рекомендации по сахарному диабету, преддиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. Редакционная статья // Сердце. 2008. –Т.7. –№1. – С. 17–60.
91. Российские рекомендации (второй пересмотр). Диагностика и лечение метаболического синдрома // Кардиоваскулярная терапия и профилактика (приложение 2). М. 2009. – № 6. – С. 1–28.
92. Российские рекомендации (IV пересмотр). Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Кардиоваскулярная терапия и профилактика (приложение 3). М. – 2009. –№ 8 (6). – С. 1–58.

93. Российские рекомендации V пересмотр. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. // М., 2012.
94. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике. Учебное пособие // М., 2010. – С. 58.
95. Сахарова Г.М. Табакокурение как фактор риска болезней человека /Антонов Н.С., Андреева С.А. //Респираторная медицина. 2007. – С 29–54.
96. Сергеев В.С. Метаболический синдром: причины, лечение и профилактика // Врач. 2009, – № 2. – С.36–41.
97. Скворцова В.И. Вторичная профилактика инсульта /Чазова И.Е., Стаховская Л.В. // М.: ПАГРИ. 2002. – С. 118.
98. Статистический сборник «Краткосрочные экономические показатели Российской Федерации» Госкомстат России. Москва. 2008.
99. Сторожаков Г. И. Артериальная гипертензия и сопутствующие заболевания / Шевченко О. П., Праскурничий Е. А. // М. 2006. – С. 342
100. Таранцова А.В. Результаты интегральной скрининг-оценки состояния уровня здоровья молодежи (на примере центра здоровья Ростовской области // Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке №1, 2010. – Т12, – С 78–80
101. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».
102. Чазов Л.В. Курение и здоровье /Александров А.А., Калинина А.М. // Сборник трудов. ГНИЦ ПМ МЗ РФ. М., 1996.
103. Чазова И.Е. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца // М. Медицина. 2004. – С. 467.
104. Чазова И.Е. Профилактика, диагностика и лечение метаболического синдрома /Мычка В. Б. // М. Реафарм. 2005. – С. 48.

105. Чучалин А.Г. Болезни легких курящего человека / Сахарова Г.М. // Хронические обструктивные болезни легких. 1998. – С. 338–365.
106. Шаги к здоровью. Основа для содействия физической активности в целях укрепления здоровья в Европейском регионе. Интернет ресурс. – <http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>.
107. Шальнова С.А. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской федерации / Деев А.Д., Оганов Р.Г. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005. – №4, – С. 4–9.
108. Шевченко Ю.Л. Современный этап реформирования здравоохранения в Российской Федерации и стратегия развития на долгосрочный период 2000–2010 годы // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2000. – №2 (4). – С. 3–7.
109. Шилов А.М. Артериальная гипертензия и сахарный диабет-2 типа /Мельник М.В., Чубаров М.В., Рыбкина Т.Е // Российские медицинские вести. 2004. – №1. – С.17–22.
110. Шпагина Л.А. Отчет о научно-исследовательской работе по теме: «Оценка влияния ингалятора эфирных масел на профиль табакокурения» /Герасименко О.Н., Дробышев В.А., Лазарева Э.Ш., Войтович Т.В. // Новосибирск. 2012. Интернет ресурс: <http://www.dolphin.ru/files/nosmoking.pdf>.
111. Щекотов В.В. Обучение больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом и бронхиальной астмой (теория, методика, результаты) /Зиньковская Т.М., Голубев А.Д., Хасанова Р.Б. // Пермь: ГОУ ВПО «ПГМА МЗ РФ». 2003. – С. 229.
112. Aboyansa V. Knowledge and management of smoking cessation strategies among cardiologists in France: A nationwide survey / Pineta P., Lacroixa P., Laskara M.// Archives of Cardiovascular Disease (2009) 102,193–199.
113. Adams H.P. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke / Zoppo G., Alberts M.J. et al. // A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. Stroke 2007; 38: 1655–1711

114. Alan Lopez, Smoking and death in Russia // Tobacco Control 1998; 7:3–4.
115. Ali M, Yusuf HI, Stahmer J, Rahlenbeck SI. Cardiovascular Risk Factors and Physical Activity Among University Students in Somaliland. J Community Health. 2014 Sep 2. [Epub ahead of print]
116. Bellido D., López de la Torre M., Carreira J., de Luis D., Bellido V., Soto A., Luengo L.M., Hernández A., Vidal J., Becerra A., Ballesteros M. Anthropometric measures of central abdominal fat and discriminant capacity for metabolic syndrome in a Spanish population. Clin Investig Arterioscler. 2013 Jul-Aug;25(3):105–9
117. Berrington de Gonzalez A. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. / Hartge P., Cerhan J.R., Flint A.J., Hannan L. et al.// Engl J Med 2010; 363: 2211–2219.
118. Bousquet J. Global alliance against chronic respiratory diseases / Dahl R., Khaltsev N. // Allergy 2007; 62: 216–23.
119. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence // Behav Gen 1995; 25: 95–101.
120. Cahill K. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation /Stead L., Lancaster T. //The Cochrane Library, 2008, Issue 3.
121. Celli B.R. ATS/ ERS TASK FORCE. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper / Mac Nee W. and committee members. // Eur Resp J 2004; 23: 932–946.
122. Centers for Disease Control and Prevention, US Department of HHS. Интернет ресурс – [http:// www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/health/index.html](http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/health/index.html) .
123. Center for Disease Control and Prevention. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioural Basis for Smoking-attributable Disease // A Report of the Surgeon General. 2010. Интернет ресурс – [http://www.surgeongeneral.gov/library/tobac-cosmoke/ index.html](http://www.surgeongeneral.gov/library/tobac-cosmoke/index.html).

124. Chomistek A.K., Chiuve S.E., Eliassen A.H., Mukamal K.J., Willett W.C., Rimm E.B. Healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease among young women. *J Am Coll Cardiol*. 2015 Jan 6;65(1):43–51.
125. Chuchalin A.G. Chronic obstructive respiratory diseases and risk factors in primary care in the Russian Federation. /Khaltaev N., Antonov N.S., Galkin D.V., Leonid G. Manakov L.G., Antonini P., Murphy M., Demko I.V.// 2012
126. Clark A.M. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease /Hartling L., Vandermeer B., Alister FA. // *Ann Intern Med* 2005;143:659–672.
127. Colpani V., Oppermann K., Spritzer P.M. Association between habitual physical activity and lower cardiovascular risk in premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women: a population-based study. *Menopause*. 2013 May;20(5):525–31].
128. Cordero A, Masiá MD, Galve E. Physical exercise and health. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2014 Sep;67(9):748–53. doi: 10.1016/j.rec.2014.04.005. Epub 2014 Jul 4.
129. Corrao G. Meta analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases /Bagnardi V., Zambon A., La Vecchia C. A // *Prev Med* 2004; 38:613–619.
130. Dauchet L. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta analysis of cohort studies / Amouyel P., Hercberg S., Dallongeville J. // *J Nutr* 2006; 136:2588–2593.
131. Davis M.M. Influenza Vaccination as Secondary Prevention for Cardiovascular Disease / Taubert K., Benin A.L. et al. // A Science Advisory From the American Heart Association/American College of Cardiology. *Circulation*. 2006; 114:1549–1553.
132. Doll R. Sutherland Mortality in relation to smoking: 40 ears observations on male British doctors /Peto R., Wheatley K., Gray R.// *BMJ* 1994;309: 901–911.

133. Dusseldorp E. Meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients / Elderen T., Maes S., Meulman J., Kraaij V. A // *Health Psychol* 1999; 18:506–519.
134. Eagle K.A. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: summary article: a report of the American College of Cardiology / Guyton R.A., Davidoff R., et al. // *American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery) Circulation* 2004;110:1168–1176.
135. Ellekjaer H., Holmen J., Vatten L. Blood pressure, smoking and body mass in relation to mortality from stroke and coronary heart disease in the elderly. A 10-year follow-up in Norway. *Blood Press.* 2001;10(3):156–63
136. Expanding evidence for the multiple dangers of epidemic abdominal obesity // *Circulation.* 2008 Apr 1;117(13):1624–6.
137. Flu and Health Disease & Stroke. People with Heart Disease and Those Who Have Had a Stroke Are at Increased Risk of Complications from Influenza (the Flu) //Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <http://www.cdc.gov/flu/heardisease/index.htm>
138. Fogari R, Mugellini A, Destro M, Corradi L, Lazzari P, Zoppi A, Preti P, Derosa G. Losartan and amlodipine on myocardial structure and function: a prospective, randomized, clinical trial // *Diabet Med.* – 2012. – Jan;29(1). – P. 24–31.π.
139. Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline // *Int J Clin Pract.* 2006 May; 60(5):571–6.
140. Frank L.K., Heraclides A., Danquah I., Bedu-Addo G., Mockenhaupt F.P., Schulze M.B. Measures of general and central obesity and risk of type 2 diabetes in a Ghanaian population. *Trop Med Int Health.* 2013 Feb;18(2):141–51.
141. Geeganage C.M. Relationship Between therapeutic Changes in Blood Pressure and Outcomes in Acute Stroke: A Metaregression // *Hypertension* 2009; 54: 775–81.

142. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva // World Health Organization, 2009.
143. Groene O. Health promoting hospitals – a strategy to improve quality in health care Europe // *Public Health* 2005 15 (1):6–8.
144. Hackam D.G. Combining Multiple Approaches for the Secondary Prevention of Vascular Events After Stroke: A Quantitative Modeling Study *Stroke*. 2007; 38: 1881–1885
145. Han T.S. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample / van Leer E. M., Seidell J. C, and Lean M. E.// *BMJ*. 1995 November 25; 311(7017): 1401–1405.
146. Health Education Authority Barriers and solutions to the progress of a health promoting hospital. Summary of feedback from group work In *Health Promoting Hospitals // Principles and Practice*, 1993 Chapter 8, pp.24–25.
147. Heederik D. Epidemiology of occupational respiratory diseases and risk factors. In: *European Respiratory Monograph. Respiratory epidemiology in Europe*. 2000.
148. He F.J. Fruit and vegetable consumption and stroke: meta analysis of cohort studies /Nowson C.A., MacGregor G.A.. // *Lancet* 2006; 367:320–326.
149. He J. Passive smoking and the risk of coronary heart disease a meta-analysis of epidemiologic studies /Vupputuri S., Allen K., Prerost M.R., Hughes J., Whelton P.K. // *N Engl J Med* 1999;340:920–926.
150. He K. Accumulated evidence on fish consumption and coronary heart disease mortality: a meta-analysis of cohort studies /Song Y., Daviglius M.L., Liu K., Van Horn L., Dyer A.R., Greenland P.// *Circulation* 2004. № 109:2705–2711.
151. Hughes Sue, Increased CV risk with smoking cessation drug varenicline: New meta analysis // *Am J Clin Nutr*. July 4, 2011.
152. Jahangir E., Lipworth L., Edwards T.L., Kabagambe E.K., Mumma M.T., Mensah G.A., Fazio S., Blot W.J., Sampson U.K. Smoking, sex, risk factors and abdominal aortic aneurysms: a prospective study of 18 782 persons aged above

65 years in the Southern Community Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Jan 6. pii: jech-2014-204920. doi: 10.1136/jech-2014-204920. [Epub ahead of print].

153. Janssen I. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk /Katzmarzyk P.T., Ross R.// *Am J Clin Nutr*. 2004; 79: 379–384.

154. Jarvie JL, Whooley MA, Regan MC, Sin NL, Cohen BE. Effect of physical activity level on biomarkers of inflammation and insulin resistance over 5 years in outpatients with coronary heart disease (from the Heart and Soul Study). *Am J Cardiol*. 2014 Oct 15;114(8):1192–7. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.07.036. Epub 2014 Jul 30.

155. Jarvis M.J. Comparison of tests used to distinguish smokers and nonsmokers / Tunstall-Pedoe H., Feyerabend C., Vesey C., Saloojee Y.// *Am J Public Health* 1987; 1435–1438.

156. Jonson A. Helth promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to the health promotion *Health Promot // Int.* (2001) 16(3): 281–287.

157. Kauffmann R. Sex and Gender. In: *European Respiratory Monograph. Respiratory epidemiology in Europe* /Becklake M.R.// Editors: Annesi-Maesano I., Gulsvik A., Viegi G.; 2000. – V.5, monograph 15 – P. 288–304.

158. Khai Tran, Keiko Asakawa et al. *Pharmacologic-based Strategies for Smoking Cessation: Clinical and Cost-Effectiveness Analyses*, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2010.

159. Králíková E., Kmeťová A., Štěpánková .L, Zvolská K., Felbrová V., Kulovaná S., Bortlíček Z., Blaha M., Fraser K. Tobacco dependence, the most important cardiovascular risk factor: treatment in the Czech Republic. *Physiol Res*. 2014;63 Suppl 3:S361–8].

160. Lancaster T. Individual behavioral counseling for smoking cessation (Review) /Stead L.F.// *The Cochrane Library* 2008, Issue 4.

161. Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation / Stead L., Mant D. & Fowler G. // Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD000146., патенты US2009005423 A1, CA 2368093 A1).

162. Law M.R. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies /Morris J.K., Wald N.J.// BMJ 2009; 338:bl665.

163. Lightwood J.M. Declines in acute myocardial infarction after smokefree laws and individual risk attributable to secondhand smoke /Glantz S.A. //Circulation 2009;120:1373–1379.

164. Lin J.S., O'Connor E.A., Evans C.V., Senger C.A., Rowland M.G., Groom H.C. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardiovascular Risk Factors: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 Aug Report No.: 13–05179–EF–1.

165. Litt J. How to provide effective smoking cessation advice in less than a minute without offending the patient // Aust Fam Physician 2002; 31(12):1087–94.

166. Lloyd-Jones et al. AHA Special Report. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction. The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond // Circulation 2010; 121:586–613 Интернет ресурс – <http://circ.ahajournals.org/content/121/4/586.full>>

167. Loprinzi P.D., Smit E., Mahoney S. Physical activity and dietary behavior in US adults and their combined influence on health. Mayo Clin Proc. 2014 Feb;89(2):190–8. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.09.018.

168. Luo J., Xu L, Li J, Zhao S. Nonalcoholic fatty liver disease as a potential risk factor of cardiovascular disease. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2015 Jan 2. [Epub ahead of print]

169. Mackay J. The Tobacco Atlas /Eriksen M., Shafey O. // American Cancer Society 2006.
170. Mancia G. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension / Backer G.D., Dominiczak A. et al. // European Heart Journal (2007) 28, 1462–1536.
171. Marlow S.P. Smoking cessation / Stoller J.K. // Respiratory Care. December 2003;48(12): 1238–56
172. Matchar D.B. Effect of home testing of international normalized ratio on clinical events/ Jacobs A, Dolor R., Edson R., Uyeda L. // N Engl J Med 2010; 363:1608–1620.
173. Menotti A., Lanti M., Nedeljkovic S., Nissinen A., Kafatos A., Kromhout D. The relationship of age, blood pressure, serum cholesterol and smoking habits with the risk of typical and atypical coronary heart disease death in the European cohorts of the Seven Countries Study. *Int J Cardiol.* 2006 Jan 13;106(2):157–63].
174. Mihalak K.B. Varenicline is a partial agonist at alpha4beta2 and a full agonist at al-pha7 neuronal nicotinic receptors /Carroll F.I., Luetje C.W. // *Mol Pharmacol.* 2006 Sep;70(3):801–5.
175. Mosca L. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women:2007 update /Banka C.L., Benjamin E.J., et al. // *Circulation* 2007;115:1481–1501.
176. Mozaffarian D. Trans fatty acids and cardiovascular disease /Katan M.B., Ascherio A., Stampfer M.J., Willett W.C. // *J Med* 2006;354:1601–1613.
177. Murtagh E.M., Nichols L., Mohammed M.A., Holder R., Nevill A.M., Murphy M.H. The effect of walking on risk factors for cardiovascular disease: An updated systematic review and meta-analysis of randomised control trials. *Prev Med.* 2015 Jan 8. pii: S0091–7435(15)00002–X. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.12.041. [Epub ahead of print]

178. Nordestgaard BG, Varbo A. Triglycerides and cardiovascular disease. *Lancet*. 2014 Aug 16;384(9943):626–35. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61177–6].
179. O'Leary D.H. Carotid-intima and media thickness as a risk factor for myocardial infarction and stroke in older adults. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group / Polak J.F., Kronmal R.A., Burke G.L., Wolfson S.K. // *N Engl J Med* 1999;340:1
180. Oni E.T., Kalathiyah R., Aneni E.C., Martin S.S., Blaha M.J., Feldman T., Agatston A.S., Blumenthal R.S., Conceição R.D., Carvalho J.A., Santos R.D., Nasir K. Relation of physical activity to prevalence of nonalcoholic fatty liver disease independent of cardiometabolic risk. *Am J Cardiol*. 2015 Jan 1;115(1):34–9.
181. Perk J. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) / Guy De Backer, Gohlke H. et al. // *European Heart Journal* (2012) 33, 1635–1701.
182. Peto R. Mortality from smoking in developed countries 1950–2000. 1994 Oxford: Oxford University Press. Update to 1995 of analyses of mortality from smoking in 15 European Union countries, 1998.
183. Peto R. Mortality from smoking in developed countries. 2006 / Lopez A.D., Boreham J., Thun M. // *Public Health Journal* 2008.
184. Physical Activity Guidelines for Americans Centers for Disease Control and Prevention, US Department of HHS. Интернет ресурс: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/health/index.html>
185. Pieters M., de Maat M.P. Diet and haemostasis – A comprehensive overview. *Blood Rev*. 2014 Dec 20. pii: S0268–960X(14)00103–9
186. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies / S. Lewington, R. Clarke, N. Qizilbash, R. Peto, R. Collins // *Lancet*. 2002. – №360. – P.1903–13.

187. Rahmati Najarkolaei F., Ghaffarpasand E., Gholami Fesharaki M., Jonaidi Jafari N. Nutrition and Physical Activity Educational Intervention on CHD Risk Factors: A Systematic Review Study. Arch Iran Med. 2015 Jan;18(1):51–7.
188. Ramos et al. Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial BMC Public Health, 2010.
189. Rees K. Psychological interventions for coronary heart disease / Bennett P., West R., Davey S.G., Ebrahim S// Cochrane Database Syst Rev 2004;2:CD002902.
190. Rippe JM1, Angelopoulos TJ. Lifestyle strategies for cardiovascular risk reduction. Curr Atheroscler Rep. 2014 Oct;16(10):444. doi: 10.1007/s11883-014-0444-y.
191. Roberts B., Gilmore A., Stickley A., Kizilova K., Prohoda V., Rotman D., Haerpfer C., McKee M. Prevalence and psychosocial determinants of nicotine dependence in nine countries of the former Soviet Union. Nicotine Tob Res. 2013 Jan; 15(1):271–6].
192. Rose G. Randomised controlled trial of antismoking advice: final (20 year) results /Colwell L.// Journal of Epidemiology and Community Health 1992; 46: 75–77.
193. Rubak S. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis /Sandbaek A., Lauritzen T., Christensen B. // Br J Gen Pract 2005;55:305–312.
194. Screening for High Blood Pressure in Adults, Topic Page. December 2007. U.S. Preventive Services Task Force. Интернет ресурс – <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspshype.htm>
195. Sheridan S. Screening for High Blood Pressure: Review of the Evidence /Pignone M., Donahue K. // Originally in Am J Prev Med 2003; 25:151–158. Интернет ресурс – <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/highbloodsc/hidbloodrev.htm>.

196. Silagy C. Effectiveness of training health professionals to provide smoking cessation interventions: systematic review of randomised controlled trials /Lancaster T., Gray S. // *Quality in Health Care* 1994; 3: 193–198.
197. Silva T.R. Alves B.C., Maturana M.A., Spritzer P.M. Healthier dietary pattern and lower risk of metabolic syndrome in physically active postmenopausal women. *J Am Coll Nutr.* 2013;32(5):287–95
198. Singh S. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta analysis / Loke Y.K., Spangler J.G., et al. // *CMAJ* 2011.
199. Slama K. Aktiv smoking. In: *European Respiratory Monograph // Respiratory epidemiology in Europe*, 2006.
200. Smoking Cessation. Editor Nardini // *Eur Respir Mon*; 2008: 42:121.
201. Sramek A., Bosch J.G., Reiber J.H., Van Os J.A., Rosendaal F.R. Ultrasound assesst of atherosclerotic vessel wall char reproducibility of intima-media this measurements in carotid and femoral arteries // *Invest Radiol* 2000;35: 699–706. 25.
202. Stead L.F. Group behaviors therapy programmers for smoking cessation (Review) /Lancaster T.// *The Cochrane Library* 2009, Issue 2.
203. Stead L.F. Nicotine replacement therapy for smoking cessation / Perera R., Bullen C., Mant D., Lancaster T. // *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD000146.
204. Stead L.F. Physician advice for smoking cessation (Review) /Bergson G, Lancaster T// *The Cochrane Library* 2008, Issue 4.
205. Sue Henry-Edwards Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing) /Humeniuk R., Ali R., Monteiro M. and Poznyak V.// Geneva, World Health Organization, 2003
206. Tamosiunas A, Luksiene D, Baceviciene M, Bernotiene G, Radisauskas R, Malinauskiene V, Kranciukaite-Butylkiniene D, Virviciute D, Peasey A, Bobak M. Health Factors and Risk of All-Cause, Cardiovascular, and

Coronary Heart Disease Mortality: Findings from the MONICA and HAPIEE Studies in Lithuania. PLoS One. 2014 Dec 5;9(12):e114283. doi: 10.1371/journal.pone.0114283. eCollection 2014.

207. The role of renin angiotensin system inhibition in kidney repair / I.M. Van der Meer [et al] // Fibrogenesis Tissue Repair. 2010. – №4. – P. 3–7

208. Thun M.J. Age and the exposure-response relationships between cigarette smoking and premature death in Cancer Prevention Study II. Changes in Cigarette-Related Disease Risks and Their Implications for Prevention and Control. Smoking and Tobacco Control /Myers D.G., Day-Lally C., et al. // Monograph No. 8. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1997. 383–413.

209. Tomioka H., Sekiya R., Nishio C., Ishimoto G. Impact of smoking cessation therapy on health-related quality of life. BMJ Open Respir Res. 2014 Aug 28;1(1):e000047].

210. Underner M., Perriot J., Peiffer G. Smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. Rev Mal Respir. 2014 Dec;31(10):937–960].

211. U.S. Dept Health and Human Services. Reducing Tobacco Use. A report of the Surgeon General. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion Office on Smoking and Health. 2000.

212. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for and Management of Obesity in Adults: Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation // AHRQ Publication No. 11-05159-EF-3. June 2012. Интернет ресурс – <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstfl1/obeseadult/obesesum.htm>

213. Vang J. What does health gain orientation mean for hospital management // Health Promoting Hospitals Newsletter, № 6, December, pp. 1–3. (1995).

214. Weintraub W.S. Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease: a policy statement from the American Heart Association /Daniels S.R., Burke L.E. et al. // *Circulation* 2011;124:967–990.
215. Whelton P.K. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program / He J., Appel L.J., Cutler J.A., Havas S., Kotchen T.A., Roccella E.J., Stout R., Vallbona C., Winston M.C., et al. // *JAMA* 2002; 288(15):1882–1888.
216. Whitlock G. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies /Lewington S., Sherliker P., Clarke R., Emberson J., Halsey J., Qizilbash N., Collins R., Peto R. // *Lancet* 2009;373:1083–1096.
217. White A.R. Meta analysis of acupuncture techniques for smoking cessation / Resch K.L., Ernst E. A // *Tobacco Control*, 1999, 8(4):397–397.
218. Wood D.A., Kotseva K., Connolly S., Jennings C., Mead A., Jones J., De Bacquer D., Collier T., De Bacquer J., Faergeman O. Nursecoordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EURO-ACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired cluster-randomised controlled trial // *Lancet* 2008; 371: 1999–2012
219. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases // Geneva 2008.
220. World Health Organization. Prevention and control of Noncommunicable diseases: implementation of the global strategy. Resolution WHA61.44 of the sixty-first // World Health Assembly 2008.
221. World Health Organization //The World Health Report 2003:Shaping the Future 2003.
222. Young R.P. Smoking cessation: the potential role of risk assessment tools as motivational triggers /Hopkins R.J., Smith M., Hogarth D.K. // *Postgrad Med J* 2010; 86:26–33.

223. Yusuf S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) /Hawken S., Ounpuu S., et al // Lancet 2004; 364:937–52.