

# РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СЕЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**С.В. Колбасников**, докт. мед. наук, проф., **О.В. Нилова**, канд. мед. наук,  
**А.Г. Кононова**, канд. мед. наук, **Н.О. Белова**, канд. мед. наук  
Тверской государственной медицинской университет  
Российская Федерация, 170100, Тверь, ул. Советская д. 4  
**E-mail:** tevirp69@mail.ru

**Представлены меры профилактики и коррекции основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Этот материал может помочь медсестрам, проводящим беседы о сердечно-сосудистом риске, преимуществах здорового образа жизни и ранней модификации риска развития ССЗ.**

**Ключевые слова:** первичное звено здравоохранения, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, факторы риска.

Для цитирования: Колбасников С.В., Нилова О.В., Кононова А.Г., Белова Н.О. Роль среднего медицинского персонала сельского врачебного участка в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Медицинская сестра. 2018; 20 (6): 3–7. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-08-01>

Смертность и заболеваемость сельского населения в Российской Федерации (РФ) выше, чем городского. Так, по данным статистических материалов за 2016 г., опубликованных Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, показатель смертности (на 100 тыс. населения) городских жителей в РФ составил 1244,8, сельских – 1417,1, в центральном федеральном округе – соответственно 1272,1 и 1680,9.

Выявлению распространенности факторов риска, их стратификации придается особое значение [1–5], поскольку это позволяет получить представление о некоторых патогенетических механизмах, лежащих в основе развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений, а также более конкретно планировать и осуществлять лечебно-профилактические мероприятия на сельском врачебном участке.

В решении задач по выявлению и коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у жителей села большая роль принадлежит средним медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов, офисов

(кабинетов) врачей общей практики, участковых больниц. Руководство их работой осуществляет врач сельского врачебного участка (участковый терапевт, врач общей практики). Согласно приказу Минздрава РФ №869н от 26.10.17 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта являются:

- на 1-м этапе диспансеризации – индивидуальное профилактическое консультирование для граждан в возрасте до 72 лет с относительно высоким, высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, и (или) ожирением, и (или) гиперхолестеринемией с уровнем общего холестерина  $\geq 8$  ммоль/л, и (или) курящих  $>20$  сигарет в день; направление указанных граждан на углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование вне рамок диспансеризации;
- углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование на 2-м этапе диспансеризации для граждан:
  - в возрасте до 72 лет с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;
  - с выявленным по результатам опроса (анкетирования) риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
  - для всех граждан в возрасте  $\geq 75$  лет в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении.

### Сидячий образ жизни и повышение физической активности (ФА)

#### Ключевые положения:

- регулярная ФА является основой профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и уменьшает сердечно-сосудистую смертность и смертность от всех причин [6];
- ФА оказывает положительное действие на многие факторы риска – уровни артериального давления (АД), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС не-ЛП высокой плотности, массу тела и уровень сахара в крови.

При консультировании граждан по вопросам ФА необходимо придерживаться следующего алгоритма действия:

- провести оценку повседневной ФА с помощью опросников при каждой консультации и диспансерном наблюдении;
- исключить противопоказания для занятий ФА;
- предоставить структурированные рекомендации по ФА.
- направить пациентов с недостаточным уровнем ФА или желающих поддерживать достигнутый уровень ФА для занятий в оздоровительные, лечебно-профилактические, лечебно-физкультурные и медицинские учреждения;
- оценить динамику ФА (результат) и внести необходимые изменения в тактику коррекции ФА при каждом последующем визите; повторять рекомендации, уточнять график повторных визитов и одобрять позитивные изменения.

### Табакокурение

#### Ключевые положения:

- отказ от курения – самая экономически эффективная мера профилактики ССЗ [7];
- пассивное курение чревато значительным риском развития хронических неинфекционных заболеваний.

#### Работа с курящими пациентами:

- зафиксируйте в медицинской документации число выкуриваемых сигарет в сутки, стаж курения, число попыток отказа от табака;
- дайте короткий совет и объясните, почему важно бросить курить;
- определите препятствия для отказа от курения, оказывайте поддержку;
- помогите составить план отказа от этой привычки, снабдите пациента буклетами и брошюрами.

Оценка табакокурения проводится по индексу курящего человека (ИК), который рассчитывается по следующей формуле:

$ИК = (\text{число сигарет, выкуриваемых за день}) \times 12$ ;  $ИК > 140$  – риск развития хронических обструктивных болезней легких крайне высок.

Если пациент не хочет отказываться от курения, необходимо:

- определить возможные препятствия (боязнь неудачи, удовольствие от курения и др.);
- предупреждать о негативных последствиях курения при каждом визите;
- описать преимущества отказа от табака;
- повторять мотивационную информацию при каждой встрече.

#### Задачи средних медицинских работников:

- снижать число новых курильщиков, особенно среди подростков и женщин;
- оказывать консультативную помощь всем курящим;
- проводить профилактику возврата к курению после отказа от него (особенно в течение 1-го года, когда высока вероятность рецидива);
- быть примером: самому не курить.

### Потребление алкоголя

#### Ключевые положения:

- злоупотребление спиртными напитками пока еще остается в России одной из самых острых медико-социальных проблем [9, 10];
- ежегодно от последствий, вызываемых злоупотреблением спиртным, умирают 500 тыс. человек.

Роль фельдшера, участкового врача, фельдшера (врача) кабинета профилактики определяется уровнем риска для данной группы населения (табл. 1). Для населения с *низкой степенью риска* основная мера воздействия – *первичная профилактика* с помощью санитарного просвещения и пропаганды здорового образа жизни. В отношении людей из группы *повышенного риска*, вызванного потреблением алкоголя, задача специалиста первичной медико-санитарной помощи состоит не только в выявлении проблемы, но и в оценке ее сложности, а также в проведении *краткой консультации* с последующим наблюдением. Лиц из группы *высокого риска*, вызванного потреблением алкоголя, или тех, у кого имеются серьезные проблемы, связанные с алкоголем, необходимо направить к наркологу для проведения *специализированного лечения*. Поэтому в функции первичной медицинской помощи входят лишь выявление проблемы, оценка ее сложности, направление к специалистам и последующее наблюдение.

На амбулаторном этапе необходимо использовать опросники в рамках проведения диспансеризации населения, а также количественно-частотные опросники по потреблению алкоголя или AUDIT [7–9].

Меры в отношении лиц, имеющих проблемы с алкоголем, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи

Риск (группы населения)	Метод	Роль работника первичной медико-санитарной помощи
Низкий (лица с низким уровнем потребления алкоголя)	Первичная профилактика	Санитарное просвещение; пропаганда; собственный пример
Повышенный (лица, потребляющие алкоголь в опасных или вредных дозах)	Краткое воздействие	Выявление проблемы; оценка ее сложности; краткая консультация; дальнейшее наблюдение
Высокий (лица, зависимые от алкоголя)	Специализированное лечение	Выявление проблемы; оценка ее сложности; направление к специалисту; дальнейшее наблюдение

### Вопросы здорового питания

#### Ключевые положения:

- характер питания влияет на риск развития ССЗ и других хронических заболеваний, например онкологических;
- калорийность питания должна быть ограниченной и достаточной для поддержания (или достижения) нормальной массы тела, индекс массы тела (ИМТ) – 20–25 кг/м<sup>2</sup>;
- при соблюдении перечисленных правил здорового питания никакой специальной диеты не требуется.

#### Характеристики здорового питания:

- насыщенные жирные кислоты – <10% суточной калорийности и замещаются полиненасыщенными жирными кислотами;
- транс-ненасыщенные жирные кислоты: резко ограничить потребление, предпочтительно не использовать при приготовлении пищи;
- <5 г поваренной соли в день;
- 30–45 г пищевых волокон в день, предпочтительно – из цельнозерновых продуктов;
- ≥200 г фруктов в день (2–3 порции);
- ≥200 г овощей в день (2–3 порции);
- рыба 1–2 раза в неделю; в 1 из приемов пищи – жирная рыба;
- 30 г несоленых орехов в день;
- употребление алкогольных напитков должно быть ограничено 2 бокалами в день (20 г алкоголя) для мужчин и 1 бокалом в день (10 г алкоголя) для женщин;
- употребление подслащенных безалкогольных и алкогольных напитков не рекомендуется.

### Контроль массы тела

#### Ключевые положения:

- избыточная масса тела и ожирение увеличивают риск смерти от ССЗ и общую смертность;
- достижение и поддержание нормальной массы тела оказывает положительное действие на метаболические факторы риска (АД,

уровень липидов в крови, толерантность к глюкозе) и снижает сердечно-сосудистый риск.

При оценке массы тела используется расчетный ИМТ, определяемый по формуле: масса тела (кг)/рост (м<sup>2</sup>). Мужчинам с окружностью талии (ОТ) ≥94 см и женщинам с ОТ ≥80 см рекомендуется не набирать вес, мужчинам с ОТ ≥102 см и женщинам с ОТ ≥88 см рекомендуется снижать массу тела.

Основные направления лечения ожирения – диета, физические упражнения и изменение образа жизни, чего часто недостаточно для достижения долгосрочных результатов. Дополнением может служить применение орлистата и (или) бариатрической хирургии.

### План ведения пациентов с ожирением

*Этап 1-й.* Оценка реалистичности поставленных целей. Возможно снижение массы тела на 5–15% от исходной в течение 6 мес. Снижение калорийности рациона.

*Этап 2-й.* Оценка пищевых привычек. Для оценки характера питания используются записи в 3-, 7-дневном дневнике питания или опрос пациента с применением частотного метода полукваликативной оценки.

*Этап 3-й.* Расчет энергетической ценности рациона. В среднем редуцированный рацион питания для женщин составляет 1200–1500 ккал/сут, для мужчин – 1500–1800 ккал/сут.

*Этап 4-й.* Построение рациона: редукция жирового компонента за счет насыщенных жиров и углеводного компонента за счет простых сахаров. Исключаются из рациона: мяскоколбасные изделия; консервированная и маринованная продукция; сладкие газированные напитки; кондитерские изделия; выпечка; соусы; алкогольные напитки. Рацион должен быть обеспечен полноценным белком (нежирное красное мясо, птица, рыба, яйца, обезжиренные и низкожировые молочные продукты) и пищевыми волокнами (овощи, салатные травы, крупы, бобовые, грибы, ягоды и несладкие фрукты). Режим питания должен включать в себя 3 основных приема пищи: обязательный завтрак,

## Целевые уровни основных факторов риска развития ССЗ

Курение	Не допускается употребление табака в любой форме
Диета	Диета с низким содержанием насыщенных жиров с акцентом на зерновые, овощи, фрукты и рыбу
ФА	2,5–5 ч умеренной ФА в неделю или 30–60 мин в день
Масса тела	ИМТ 20–25 кг/м <sup>2</sup> ; ОТ <94 см (мужчины), <80 см (женщины)
АД	<140/90 мм рт. ст.
ХС ЛПНП как первичная мишень	Очень высокий риск: ХС ЛПНП <1,8 ммоль/л (70 мг/дл) или снижение по меньшей мере на 50%; высокий риск: ХС ЛПНП <2,6 ммоль/л (100 мг/дл) или снижение по меньшей мере на 50%; умеренный и низкий риск: ХС ЛПНП <3 ммоль/л (115 мг/дл)
Диабет	HbA1c <7%

обед и ужин. Оптимальный интервал между завтраком и ужином – 10–11 ч.

Этап 5-й. Ежедневный прием поливитамино-минерального комплекса в дозе, не превышающей суточную потребность. При выявлении дефицита или недостаточности витамина D проводится медикаментозная коррекция. Увеличение двигательной и ФА – обязательная часть редукции массы тела. Контроль массы тела и ОТ достаточно осуществлять 1 раз в неделю с внесением записи в дневник самоконтроля. Эффективность вмешательства оценивается через 12 нед.

### Контроль дислипидемий

#### Ключевые положения:

- повышенный уровень ХС ЛПНП в плазме крови является причиной атеросклероза;
- снижение уровня ХС ЛПНП уменьшает риск развития ССЗ (табл. 2).

### Как контролировать профилактическую деятельность

Ключевое положение: стандарты эффективности профилактики ССЗ могут служить фактором, ускоряющим перевод научных данных в клиническую практику.

Примеры эффективной работы по профилактике ССЗ:

- помощь в отказе от курения лицам, идентифицированным как потребители табака;
- рекомендации по увеличению ФА лицам с сидячим образом жизни;
- консультации по улучшению диеты лицам с нездоровой диетой/пищевыми привычками;
- консультации по способам нормализации массы тела лицам с массой тела и ИМТ и(или) ОТ больше нормы;
- выявление лиц старше 40 лет, у которых в течение последних 5 лет определялся хотя бы 1 липидный показатель;
- выявление пациентов моложе 60 лет с гипертензией (без сахарного диабета – СД), у которых

зафиксировано АД<140/90мм рт.ст на последнем приеме врача;

- выявление пациентов с СД, у которых зарегистрирован HbA1c<7% при последнем визите к врачу;
- выявление пациентов с подходящим событием/диагнозом, которые были направлены в стационарную/амбулаторную программу кардиореабилитации перед выпиской из стационара.

### Литература

1. Бойцов С.А., Оганов Р.Г. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний. Российский кардиологический журнал. 2014; 102 (4): 6.
2. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (Пересмотр 2016). Российский кардиологический журнал. 2017; 6 (146): 7–85.
3. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur. Heart J. 2016; 37 (29): 2315–81. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>. Epub 2016 May 23.
4. Бойцов С.А., Самородская И.В. Факторы, влияющие на смертность населения. Вестник Российской академии наук. 2016; 86 (12): 1089–97.
5. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А. и соавт. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. Профилактическая медицина. 2014; 17 (5): 42–53.
6. Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Бойцов С.А. Методические рекомендации «Обеспечение физической активности у граждан, имеющих ограничения в состоянии здоровья». Москва, 2015; 95.
7. FDA Statement. Statement from FDA Commissioner Scott Gottlieb, M.D., on pivotal public health step to dramatically reduce smoking rates by lowering nicotine in

combustible cigarettes to minimally or non-addictive levels. March 15. 2018.

8. Колбасников С.В., Белова Н.О., Кононова А.Г., Нилова О.В., Давыдова И.Б., Авакова В.Э. Организация первичной медико-санитарной помощи на сельских врачебных участках. Методические рекомендации для обучающихся по дополнительной образовательной программе (повышения квалификации, профессиональной переподготовки) по специальностям «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Терапия». Тверь: Мир полиграфии, 2018; 72.

9. Колбасников С.В., Белова Н.О., Кононова А.Г., Нилова О.В., Авакова В.Э., Чеснова В.И., Волоскова И.М. Организация профилактических мероприятий на участках врачей первичного звена для лиц с риском пагубного потребления алкоголя. Методические рекомендации для обучающихся по дополнительной образовательной программе (повышения квалификации, профессиональной переподготовки) по специальностям «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Терапия». Тверь: Мир полиграфии, 2017; 38.

10. Об утверждении Концепции по информированию населения Российской Федерации о вреде злоупотребления алкоголем: приказ Минздрава России от 30.06.16 №448.

## THE ROLE OF MID-LEVEL MEDICAL PERSONNEL IN THE PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Prof. S.V. Kolbasnikov, MD; O.V. Nilova, Cand. Med. Sci.; A.G. Kononova, Cand. Med. Sci.; N.O. Belova, Cand. Med. Sci.

Tver State Medical University,

4, Sovetskaya St., Tver 170100, Russian Federation

**The paper presents provisions for the prevention and correction of major risk factors for cardiovascular diseases (CVD), which can help nurses who conduct conversations about the cardiovascular risk and the benefits of a healthy lifestyle and early modification of the risk of CVD.**

*Key words:* primary health care; prevention of cardiovascular diseases; risk factors.

**For reference:** Kolbasnikov S.V., Nilova O.V., Kononova A.G., Belova N.O. The role of mid-level medical personnel in the prevention of cardiovascular diseases. *Meditsinskaya Sestra*. 2018; 20 (7): 3–7. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-08-01>