

# Школа здоровья для лиц с факторами риска развития ИБС

Выполнили: Аникеенко Н.  
Дерли О.



# Введение

Болезни системы кровообращения относятся к хроническим неинфекционным заболеваниям и являются одной из основных причин инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации. Снижение смертности, в том числе населения трудоспособного возраста, от сердечно–сосудистых заболеваний и повышение качества и доступности помощи больным с сердечно–сосудистыми заболеваниями – первостепенная задача, стоящая перед первичной медико–санитарной помощью. Важную роль в решении этой задачи выполняет вторичная профилактика, главным элементом которой является обучение пациентов. Доказано, что у пациентов, прошедших обучение по структурированным программам, снижаются уровни и частота факторов риска, определяющих прогноз сердечно–сосудистых осложнений. Поэтому обучение больных с сердечно–сосудистыми заболеваниями в школах для пациентов является необходимым условием оздоровления поведенческих привычек, лежащих в основе многих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.



# Определение.

Школа для пациентов как комплексная медицинская профилактическая услуга представляет собой совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков, приверженности к лечению заболевания, соблюдению рекомендаций врача для повышения качества жизни, продления жизни, сохранения и восстановления трудоспособности и активного долголетия.

Школа способствует формированию у больных адекватных представлений о причинах заболевания и факторах, влияющих на прогноз, значительно повышает приверженность больных и их близких следовать рекомендациям и назначениям врача, позволяет обучить больных навыкам, помогающим преодолеть сложившиеся годами патогенные (негативные для здоровья) стереотипы поведения.



Участие в групповом обучении не только дает необходимые больным знания, но и обеспечивает так необходимую им социальную поддержку как со стороны медицинских работников, так и со стороны других пациентов.

Методика обучения пациентов в Школе включает групповое обсуждение большинства проблем, актуальных для больных ИБС, представление необходимой медицинской информации, советов и практических рекомендаций в определенном алгоритме обучения. Информация представляется в доступной, эмоционально-привлекательной форме, иллюстрируется практическими примерами, что делает ее убедительной и доступной для понимания. Однако суть методики не исчерпывается подачей грамотной медицинской информации.

В ходе обучения пациент активно привлекается к обсуждению проблем его личного здоровья, обучается навыкам анализа собственных факторов риска, неблагоприятно влияющих на здоровье. Начиная с первого занятия в Школе, пациент с помощью врача постепенно выстраивает план собственных шагов к оздоровлению, основанный на его собственных представлениях о важности и реалистичности этих шагов. Такое сочетание информационного воздействия с активным обучением, основанное на унифицированном подходе, позволяет сформировать систему информационно-мотивационного воздействия и обеспечить достижение цели обучения (схема 1).



Схема 1. Обучение в Школе: информационно-мотивационная технология

## Основные задачи:

- повысить информированность пациентов о причинах и симптомах обострений заболевания, влияние поведенческих факторов риска на здоровье;
- обучить пациентов основам самоконтроля, средствам и навыкам доврачебной самопомощи при обострении и развитие осложнений заболевания, основам здорового образа жизни и принципам лечебного питания.





# Программа обучения:

**Занятие 1.** Основные представления об ИБС, факторах риска, методах лечения

**Занятие 2.** Курение и ИБС. Методы отказа от курения

**Занятие 3.** Нарушение жирового обмена. Избыточная масса тела. Здоровое питание.  
Как нормализовать уровень липидов

**Занятие 4.** Низкая физическая активность и ИБС

**Занятие 5.** Артериальная гипертензия и ИБС

**Занятие 6.** Психологические факторы и ИБС. Методы преодоления негативных переживаний

**Занятие 7.** Восстановление активной жизни. Вопросы трудоспособности.

## **Занятие 1:**

**Основные  
представления об ИБС,  
факторах риска,  
методах лечения**

### **Цель занятия:**

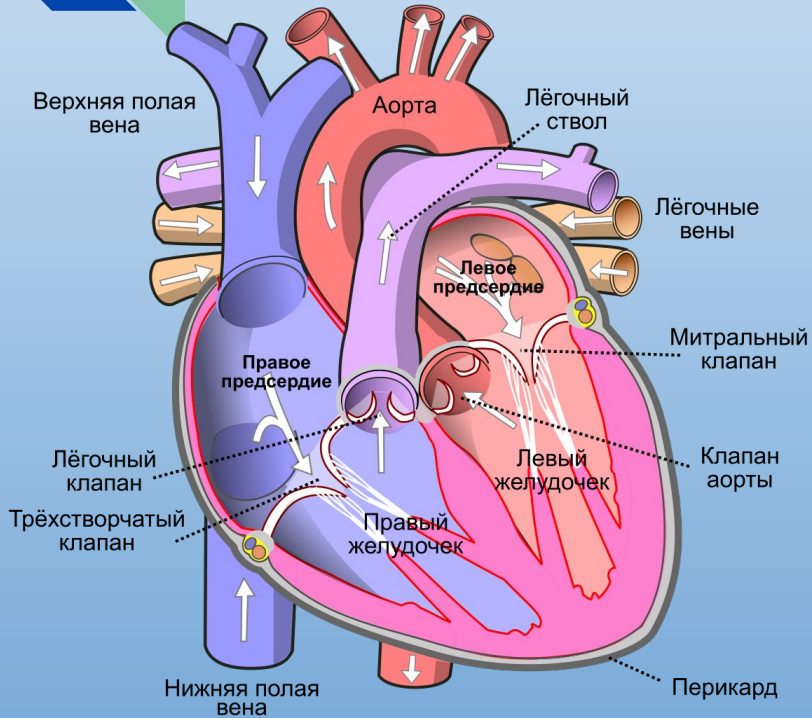
предоставить пациентам информацию о природе ИБС, факторах, влияющих на прогноз; кратко описать современные методы лечения; начать формировать совместно с пациентами индивидуальные планы оздоровления поведенческих привычек.



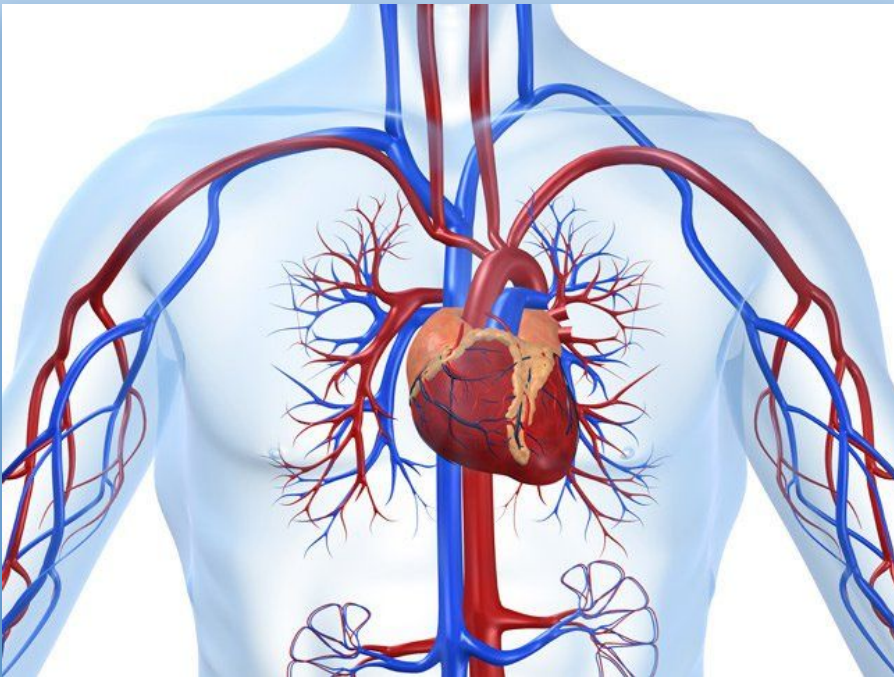


## Инструкция

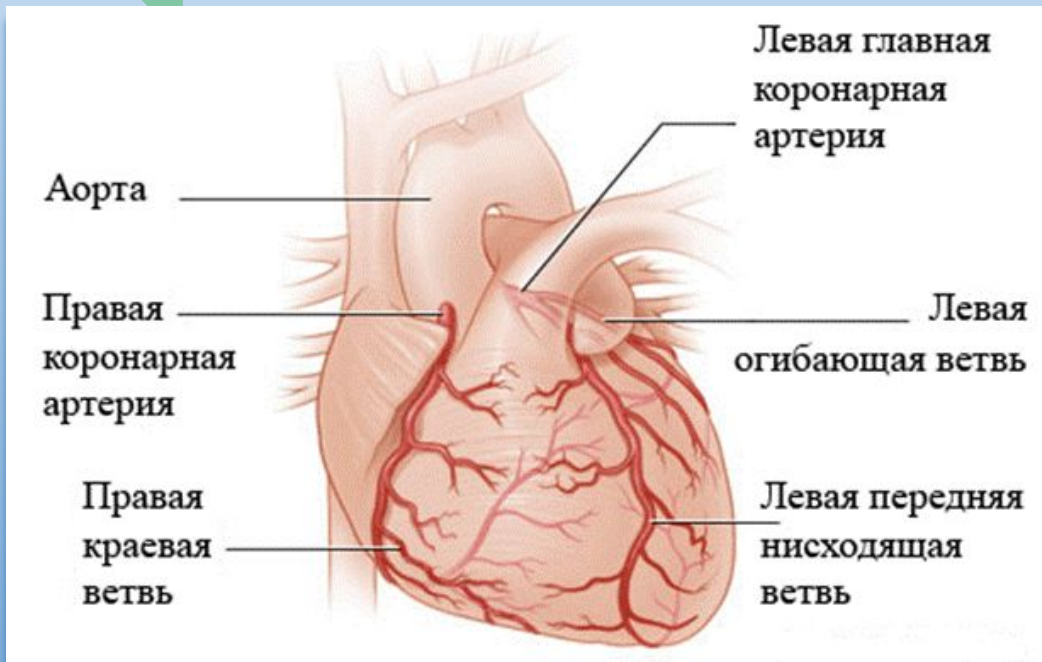
На первом занятии больным даются сведения о структуре, функции сердечно-сосудистой системы и сущности их основного заболевания. Ниже приводится примерное содержание сообщения по этой теме. Прежде чем перейти к содержанию занятия, предложите пациентам своеобразный словарь терминов или давайте пояснение терминов по мере изложения материала.



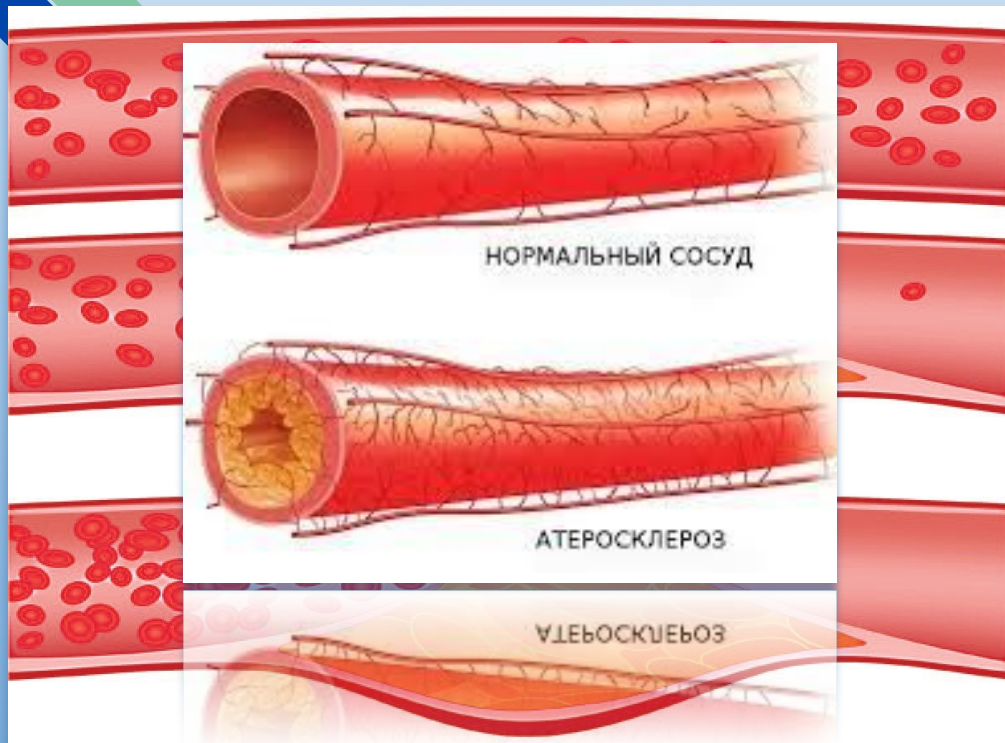
Сердце — это центр системы кровообращения. Расположено оно не строго в левой части груди, а скорее посередине, между легкими. Весит около 300 г, а размеры его примерно равны размерам кулака. Сердце состоит в основном из мышечной ткани, которую врачи называют миокардом. Делится оно на левую и правую камеры, каждая из которых, в свою очередь, состоит из двух камер — предсердия и желудочка. Камеры сердца сообщаются между собой, а также сосудами с помощью створчатых клапанов, пропускающих кровь в одном направлении.



По сути, сердце — это насос, мышечная помпа. Работает оно так: вначале расслабляется и всасывает порцию крови из вен, а потом сокращается и выбрасывает эту порцию в артерии. Длится этот сердечный цикл менее 1 секунды. В норме за минуту сердце сокращается 70–80 раз и «прокачивает» около 5 литров крови. Вначале кровь поступает в самую крупную артерию — аорту. Именно давление крови в аорте мы называем кровяным или артериальным давлением (АД). Из аорты кровь, попадая во все более мелкие артерии, достигает капилляров. Здесь кровь отдает растворенный в ней кислород и питательные вещества и, собрав «шлаки» и углекислоту, по системе вен поступает в правое сердце. Отсюда бедная кислородом кровь перекачивается в сосуды легких, чтобы насытиться кислородом, вернуться в левое сердце и вновь поступить в аорту.



Для того чтобы исправно работать, сердце само нуждается в кислороде и питательных веществах. Кровоснабжение сердца осуществляется через артерии, охватывающие сердце, подобно короне, и потому названные коронарными. Слева располагается левая коронарная артерия и ее ветви — передняя межжелудочковая и огибающая, справа — правая коронарная артерия, переходящая на задней поверхности сердца в заднюю межжелудочковую ветвь. В коронарные артерии кровь поступает из аорты, после чего по более мелким сосудам она доставляется к работающим клеткам миокарда. Диаметр коронарных артерий совсем небольшой — они не толще соломинки для коктейля (3—5 мм), но нарушение их проходимости способно нанести серьезный ущерб здоровью.



Основная причина нарушения проходимости артерий — это **атеросклероз** (от греческих слов «атер» — каша и «склерозис» — затвердение). Название точно отражает суть процесса — накопление на стенках артерий мягких отложений липидов (жиров, таких как холестерин), последующее разрастание соединительной ткани и кальциноз. В результате артерии теряют свою эластичность и становятся жесткими. Выбухающие в просвет сосудов липидные (жировые) отложения, называемые атеросклеротическими бляшками, приводят к сужению просвета или закупорке артерий.

# ЧТО ПРОВОЦИРУЕТ ОТЛОЖЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА НА СТЕНКАХ АРТЕРИЙ?

До сих пор не до конца прояснены механизмы ранних стадий развития

атеросклероза.

Тем не менее

эндотелий

поврежден

в частности

психосоциальными

наследственными

факторами

## Что такое эндотелий?

Стенка артерии состоит из трех слоев: интимы, меди и адвентиции. Внутренний слой артерии (интима) изнутри выстлан одним слоем клеток, который называют эндотелием. Именно эндотелий — та «сцена», на которой развиваются основные события атеросклеротического процесса.

сосуда. Поврежденные клетки эндотелия начинают продуцировать фактор,

способствующий миграции из крови в интиму особых клеток крови — макрофагов и

моноцитов (разновидность лейкоцитов). Эти клетки, заполненные липидами (жирами), — и

есть начало атеросклеротической бляшки.

е сосудов.

ждение

чин, в

и АД,

т роль и

икновение

на в стенку



## ЧТО ПРОВОЦИРУЕТ ОТЛОЖЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА НА СТЕНКАХ АРТЕРИЙ?

Сужение (стеноз) одной или нескольких коронарных артерий атеросклеротической бляшкой (бляшками) более 50–70% значительно уменьшает поступление крови и кислорода к сердечной мышце и вызывает ишемию миокарда (от греческих слов «ише» — задерживаю и «гемо» — кровь). В некоторых случаях (например, при высоком болевом пороге или при поражении чувствительных нервных окончаний на фоне сахарного диабета) ишемия может быть «немой», т.е. никак не проявляться клинически, что, тем не менее, не делает ситуацию менее опасной.



# Факторы риска ИБС

## ИНСТРУКЦИЯ

На этом этапе занятия можно предложить пациентам провести анализ факторов (условий, привычек и проч.), по их собственному мнению, негативно влияющих на здоровье (описание методики см. в разделе «Мотивационные технологии обучения» во вступительной части к Школе). При этом надо рекомендовать пациентам сформулировать индивидуальные факторы риска. Постараться вместе определить среди них легко и трудно изменяемые факторы и выстроить индивидуальный план действий. Этот этап занятия может занять не менее 20—25 мин. Поэтому заранее спланируйте ход занятия и определите его структуру.





# КОРОТКО О МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

## ИНСТРУКЦИЯ

Этот раздел занятия может быть сокращен или расширен в соответствии с пожеланиями пациентов. Наиболее рационально провести обсуждение вопросов лечения в форме «вопросов—ответов». Такая тактика обеспечит максимальный интерес. Специально рекомендуется обсудить следующие вопросы: принципы самоконтроля, побочные действия лекарств, развитие толерантности, негативные взаимодействия препаратов между собой и с другими факторами (курение, алкоголь и проч.), режим приема и т.д. Нет необходимости рассказывать в деталях о препаратах, дозах, показаниях и проч., особенно, если среди обучаемых нет больных, принимающих те или иные препараты. То же относится и к методам оперативного лечения.



## Заключительная часть занятия

Занятие завершается ответами на вопросы, которые остались неясными для пациентов в ходе проведенного обсуждения. Анонсируется тема следующего занятия, уточняются дата и время его проведения.

## Цель занятия:

дать представление о влиянии курения на течение ИБС и кратко описать современные методы отказа от курения (лечение табакокурения).

# Занятие 2: Курение и ИБС. Методы отказа от курения



# Инструкция

Данное занятие в наибольшей степени актуально для курящих пациентов. Некурящим участникам Школы можно предложить пригласить на это занятие родственников и близких, которые курят и в окружении которых часто находится пациент.



# ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ ОПАСНО КУРЕНИЕ?

- Курение сокращает продолжительность жизни в среднем на 7 лет.
- Риск смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы у курящих в 2 раза выше по сравнению с некурящими. Особенно четко эта зависимость прослеживается в молодом возрасте.
- Примерно 30% всех смертей от ИБС и 30% всех смертей от рака связаны с курением.
- Риск развития ИМ у курящих выше в 2 раза.
- Курильщик, заболевший ИМ, имеет меньше шансов на благополучное выздоровление по сравнению с некурящим человеком.
- У курильщиков в 2—4 раза выше риск внезапной сердечной смерти (в том числе внезапной остановки сердца).
- Курение увеличивает риск развития артериальной гипертонии.




# ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ ОПАСНО КУРЕНИЕ?

- Курение многократно повышает риск развития заболеваний легких, особенно хронической обструктивной болезни легких (в 13 раз) и рака легкого (в 10—30 раз).
- Курение значительно повышает риск злокачественных опухолей и других локализаций (полости рта, гортани, пищевода, почек и мочевого пузыря, поджелудочной железы, молочной железы, толстого кишечника).
- Окклюзионные поражения периферических сосудов верхних и нижних конечностей встречаются практически только у курильщиков.
- Курение повышает вероятность развития импотенции.
- Курящие женщины имеют повышенный риск остеопороза и переломов костей в пожилом возрасте.
- Курение наносит вред не только самому курящему, но и его близким, особенно детям. Важно отметить, что последствия курения являются дозозависимыми: риск возрастает пропорционально количеству выкуриваемых сигарет.

# КОМПОНЕНТЫ ТАБАЧНОГО ДЫМА





**Прекращение курения приводит к целому ряду положительных сдвигов в состоянии здоровья. Уже в первые недели и месяцы после отказа от этой вредной привычки у пациентов:**

- снижается уровень артериального давления;
- урежается пульс;
- нормализуется газовый состав крови (уменьшается содержание оксида азота и увеличивается содержание кислорода);
- уменьшается характерный утренний кашель; о функция легких возрастает на 30%;
- уменьшаются одышка, слабость и утомляемость;
- увеличивается выносливость к физическим нагрузкам;
- улучшается периферическое кровообращение (в сосудах верхних и нижних конечностей); » восстанавливается способность чувствовать запах и вкус;
- улучшается цвет лица, состояние кожи;
- «проясняется» голова, улучшается память, повышается умственная работоспособность.
- улучшается также состояние здоровья окружающих (детей, супруги/ супруга).
- прекращение курения выгодно и с финансовой точки зрения.





## МОЖЕТ ЛИ НАНЕСТИ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ РЕЗКОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ КУРЕНИЯ?

Нередко больные оправдывают свое нежелание отказаться от курения даже после ИМ или операции на сосудах сердца тем, что резкое прекращение курения может им повредить. Это хоть и расхожее, но абсолютно неверное утверждение. Фремингемское исследование убедительно показало, что У мужчин, у которых стенокардия началась в возрасте до 60 лет, прекращение курения в 4 раза снижает риск развития ИМ!

**Отказ от курения  
после перенесенного  
ИМ существенно  
увеличивает  
продолжительность  
жизни.**



# Инструкция

Рекомендуется всем участникам Школы, которые курят, провести анализ индивидуальных характеристик курительного поведения. Такой анализ предполагает выяснение:

- причин курения (курение — дань моде: «курят все»; курение — средство успокоения и снятия стрессов; курение — способ повышения работоспособности; курение — средство поддержания веса; курение — неотъемлемая часть существования);
- характера курения (количество сигарет; частота курения; ситуации, способствующие курению);
- степени никотиновой зависимости.

### Тест Фагерстрема (оценка никотиновой зависимости)

Вопрос	Ответы	Баллы
Как скоро после того как вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 мин В течение 6–30 мин	3 2
Сложно ли для вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да Нет	1 0
От какой сигареты вы не можете легко отказаться?	Первой (утром) Всех остальных	1 0
Сколько сигарет вы выкуриваете в день?	10 или менее 11–12 21–30 31 и более	0 1 2 3
Вы курите более часто в первые часы утром, когда просыпаетесь, или в течение последующего дня?	Да Нет	1 0
Курите ли вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да Нет	1 0

Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов:


- 8–10 — очень высокая зависимость;
- 6–7 — высокая зависимость;
- 5 — средняя зависимость;
- 3–4 — слабая зависимость;
- 0–2 — очень слабая зависимость.



**Суть никотинзаместительной терапии** — в использовании различных лекарственных форм (жевательная резинка, пластырь, ингалятор), содержащих никотин, в количестве, достаточном для уменьшения симптомов абстиненции, возникающих при прекращении курения. В рамках никотинзаместительной терапии предусмотрен постепенный переход от лекарственных форм с более высоким содержанием никотина к формам с меньшим содержанием никотина.

Все больные ИБС, выразившие желание отказаться от курения с помощью фармакологических методов, должны находиться под наблюдением врача в течение всего курса лечения.





# КОНКРЕТНЫЕ СОВЕТЫ ПАЦИЕНТУ ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ

- Желательно составить список доводов в пользу отказа от курения (используя информацию, полученную в Школе) и повесить его на видном месте.
- Необходимо проанализировать частоту курения, провоцирующие курение факторы или ситуации. Для этого в течение одного дня желательно записывать каждую выкуренную сигарету, время, когда захотелось ее выкурить, и насколько сильным было желание закурить. Это поможет выделить те сигареты, которые были выкурены автоматически и без которых можно было вполне обойтись.
- Затем необходимо наметить день отказа от курения. Это может быть и выходной, и рабочий день. Важно только, чтобы в этот день не было никаких стрессовых ситуаций.
- Первая ступенька в процессе прекращения курения — не курить в течение суток. Если эта ступенька преодолена, есть шанс благополучно завершить программу.
- Следующая ступенька — продержаться неделю. Желательно вознаграждать себя чем-то приятным за каждую преодоленную ступеньку.
- Очень важно избегать общества курящих людей.
- Преодолеть желание закурить помогает занятость, увлеченность какой-либо деятельностью.
- Хорошо отвлекает от курения физическая активность (прогулки, занятия на тренажере, спортивные игры, плавание и т.д.). Если желание закурить становится нестерпимым, можно прибегнуть к помощи никотинзаместительных препаратов.
- Многим пациентам помогает аутогенная тренировка, в ходе которой необходимо фиксировать внимание на положительных моментах, связанных с отказом от курения («Я спокоен и уверен в своих силах», «Сигареты мне безразличны», «Без курения я чувствую себя гораздо лучше во всех отношениях»).
- Если, несмотря на все усилия, произошел срыв, не стоит отчаиваться. Было показано, что при повторных попытках бросить курить шансы на успех возрастают, так как человек учитывает те ошибки, которые он допустил в предыдущие разы. Таким образом, в этой ситуации просто нужно начать сначала.



## Заключительная часть занятия

Занятие завершается ответами на вопросы, которые остались неясными для пациентов в ходе проведенного обсуждения. Анонсируется тема следующего занятия, уточняются дата и время его проведения.

## **Занятие 3:**

**Нарушение жирового обмена. Избыточная масса тела. Здоровое питание. Как нормализовать уровень липидов**

### **Цель занятия:**

дать представление о влиянии привычек питания и состава пищи на здоровье. Разъяснить роль нарушений обмена в развитии и прогрессировании ИБС. Составить индивидуальные планы оздоровления привычек питания.



# Инструкция

Это занятие может проводиться преимущественно в активной форме. Если среди пациентов есть желающие поделиться конкретными советами и опытом оздоровления пищевых привычек, необходимо вовлечь их в обсуждение и обмен этим опытом. Однако перед занятием внимательно ознакомьтесь с предлагаемым текстом занятия и определите ключевые вопросы, которые должны быть обязательно обсуждены на занятии. Эти вопросы отражены в информационных материалах данного занятия.



# ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ О ХОЛЕСТЕРИНЕ?


Являясь жироподобным веществом, нерастворимым в воде, холестерин транспортируется по кровеносным сосудам только в составе комплексов с белками. Эти комплексы называют липопротеидами. Существует несколько разновидностей липопротеидов, которые

отлича  
атерос  
плотно  
липопр  
холест  
основн

**Поддержание низкого уровня общего холестерина и холестерина ЛПНП, а также высокого уровня холестерина ЛПВП оказывает наибольшее защитное действие в отношении профилактики сердечнососудистых осложнений.**

высокой плотности (плотность белка намного выше, чем плотность липидов, отсюда и название). Холестерин ЛПВП принято называть «хорошим» холестерином, так как его повышенный уровень коррелирует с низким риском развития атеросклероза. Основная функция ЛПВП – транспортировать излишки холестерина из клеток обратно в печень, где холестерин либо вторично используется, либо выводится из организма.

ли  
кой  
сть  
х




Еще один вид липидов, играющий роль в развитии атеросклероза, — это триглицериды. Если холестерин — это «строительный материал» для организма, то триглицериды, являясь в химическом отношении жирами, служат в качестве «клеточного топлива». Триглицериды содержат жирные кислоты, которые транспортируются к мышцам, накапливаются там в виде жира и при необходимости расщепляются, становясь источником энергии. Повышенный уровень триглицеридов в крови не столь однозначно ассоциируется с повышенным риском атеросклероза, как гиперхолестеринемия. Однако в совокупности с другими нарушениями липидного обмена гипертриглицеридемия может ускорять развитие атеросклероза и его клинических проявлений.



## КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ СЧИТАЮТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМИ?

**Для взрослых без клинических признаков атеросклероза нормальными считаются следующие уровни липидов:**

- общий холестерин < 190 мг/дл (< 5,0 ммоль/л);
- холестерин ЛПОНП < 36 мг/дл (< 0,9 ммоль/л);
- холестерин ЛПНП < 115 мг/дл (< 3,0 ммоль/л);
- холестерин ЛПВП > 40 мг/дл (> 1,0 ммоль/л);
- триглицериды < 200 мг/дл (< 2,3 ммоль/л).



В соответствии с рекомендациями Национальной образовательной программы США по холестерину (Ю Ж Ж Р – US National Cholesterol Education Program) от 2001 г. и дополнениями к ней от 2004 г., а также Рекомендациями Европейского общества кардиологов от 2007 г. у больных с установленной ИБС целевым является уровень холестерина ЛПНП менее 100 мг/дл.

**«Целевые» уровни липидов для больных ИБС следующие:**

- общий холестерин < 175 мг/дл (< 4,5 ммоль/л);
- холестерин ЛПНП < 100 мг/дл (< 2,5 ммоль/л);
- холестерин ЛПВП > 40 мг/дл (> 1,0 ммоль/л);
- триглицериды < 150 мг/дл (< 1,7 ммоль/л).

# КАК ПРАВИЛЬНО ОЦЕНИТЬ НАДЛЕЖАЩУЮ МАССУ ТЕЛА?

**Индекс МТ =  
масса тела  
(кг): рост (м)<sup>2</sup>  
(кг/м<sup>2</sup>)**

ФОРМУЛА РАСЧЕТА ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА:

$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост}^2 \text{ (м)}$$

ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	МАССА ТЕЛА
<18,5	недостаточная
18,5 - 24,9	нормальная
25,0 - 29,9	избыточная
30,0 - 34,9	ожирение I степени
35,0 - 39,9	ожирение II степени
40,0 и выше	ожирение III степени

Больным ИБС необходимо свести к минимуму или исключить из рациона продукты, богатые холестерином и насыщенными жирами:

- субпродукты (печень, почки, мозги, икра);
- яичный желток (не более 1–2 в неделю);
- жирную говядину, баранину, свинину;
- жирные сорта мяса (баранина, свинина);
- жирные сорта рыбы (лосось, тунец, сардины, сельдь, скумбрия, морскую рыбу);
- живое животное масло (сливочное, топленое);
- пальмовое и кокосовое масла;
- жирные молочные продукты (сливки, цельное молоко, сметана, жирные ряженка, кефир, творог, сыры, сливочный йогурт);
- майонез и соусы на основе майонеза;
- сладости с высоким содержанием жира (пудинги, кондитерские изделия с масляным или сметанным кремом, сливочное мороженое, шоколад, какао).

**Поваренная соль – не более 5 г в сутки**

Необходимо шире включать в рацион следующие продукты:

- любые овощи, фрукты и ягоды;
- зелень (зеленый салат, петрушка, укроп, шпинат, сельдерей), зеленый лук, чеснок;
- постное мясо и птицу (курица и индейка без кожицы, желативно белое мясо);
- яичный белок;
- морскую рыбу (лосось, тунец, сардины, сельдь, скумбрия, моллюски, но не трюфель);
- грибы;
- растительные масла (оливковое, рапсовое, кукурузное, подсолнечное, соевое, хлопковое) в общем количестве не более 3 ст. ложек в день, включая приготовление пищи;
- мягкие маргарины (не более 1 ст. ложки в день);
- молочные продукты (молоко, творог, кефир, йогурт) с пониженным содержанием жира (0,5–1,0%);
- каши из круп (особенно овсянка), отруби, хлеб из муки грубого помола;
- грецкие орехи (под контролем калорийности); в бобовые (белая и красная фасоль, горох), соя;
- зеленый чай.

## **Занятие 4: Низкая физическая активность и ИБС**

### **Цель занятия:**


дать представление о влиянии низкой физической активности на риск развития и прогрессирования ИБС. Выявить возможности включения в повседневную жизнь элементов повышения двигательной активности.



# Инструкция

Данное занятие служит образовательной частью обучения в Школе по вопросу повышения физической активности. При возможности желательно внедрение в работу медицинского учреждения программы контролируемых длительных физических тренировок.




- 
- Больным ИБС рекомендуются тренировки с повышением ЧСС до 50–70% от индивидуальной пороговой. Эту частоту принято называть тренировочной ЧСС.
  - В некоторых руководствах по физической реабилитации, особенно американских, рекомендуются более высокие уровни тренировочных нагрузок для больных ИБС. Однако исследования, проведенные в нашей стране и ряде европейских стран, свидетельствуют, что эффект низких и умеренных тренировочных нагрузок равносителен эффекту высоких уровней нагрузок (Аронов Д.М., 1983; Goble A., 1999). Кроме того, низкие и умеренные нагрузки безопасны, не требуют сложных методов контроля, их гораздо легче внедрять в клиническую практику. При отсутствии данных нагрузочной пробы врач может определить допустимый вид и объем физической активности пациента исходя из функционального класса ИБС (табл. 3).

**Таблица 3.** Допустимые виды и объем двигательной активности больных ИБС различного функционального класса<sup>2</sup>

Вид активности	I ФК	II ФК	III ФК	IV ФК
Бег трусцой	++	+	—	—
Ходьба:				
— быстрая (130 шагов в мин);	+++	++	—	—
— средняя (100–120 шагов в мин);	+++	+++	++	—
— медленная (< 80–90 шагов в мин)	+++	+++	+++	—
Подъем по лестнице (число этажей)	5 и более	до 5	2–3	—
Ношение тяжестей (кг)	15–16	8–10	3	—
Половой акт	+++	++	+	—
Пилка (дров)	+	—	—	—
Работа ручной дрелью:				
— удобная поза;	++	+	—	—
— неудобная поза	++	—	—	—

Вид активности	I ФК	II ФК	III ФК	IV ФК
Работа пылесосом	++	+	-	-
Мытье отвесных поверхностей (окон, стен, автомашин):				
– удобная поза;	++	+	-	-
– неудобная поза	+	-	-	-
Протирка пыли	+++	+++	++	+
Мытье посуды	+++	+++	++	+
Стирка:				
– удобная поза	++	+	-	-
– неудобная поза	+	-	-	-
Шитье, вышивание	+++	++	+	-

Примечание: (+) — активность разрешается, количество знаков (+) отражает допустимый объем или интенсивность выполнения нагрузки; (-) — активность не разрешается.



**Если пациент занимается дозированной ходьбой самостоятельно (без контроля со стороны врача), он должен придерживаться следующих правил.**

1. Нагрузка не должна вызывать болей и неприятных ощущений в области сердца, перебоев в работе сердца, сильной одышки, удушья. При возникновении таких симптомов ходьбу следует прекратить и обратиться к врачу.

2. На начальном этапе ЧСС следует увеличивать не более чем на 10–15 ударов в мин. По мере повышения тренированности ЧСС можно постепенно увеличивать до 60% от максимальной (максимальная ЧСС = 220 – возраст). Повышения пульса можно добиться за счет ускорения темпа ходьбы.

3. Не рекомендуется заниматься ходьбой при температуре ниже –15°C, а также при сильном дожде и ветре.

4. Во время ходьбы категорически запрещается курить.

## **Занятие 5: Артериальная гипертония и ИБС**

### **Цель занятия:**

дать представление о роли АГ в развитии ИБС и ее осложнений. Обучить пациентов основным принципам контроля АД и методам профилактики осложнений.



# Инструкция

Этот раздел занятия может быть сокращен или расширен в соответствии с пожеланиями пациентов. Наиболее рационально провести обсуждение вопросов лечения в форме «вопросов—ответов».

Необходимо обучить пациентов правильно измерять АД. Описание процедуры измерения можно проводить по ходу практической демонстрации. Для этого можно пригласить одного из участников Школы и продемонстрировать на его примере все этапы измерения.

# КАКОЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МОЖНО СЧИТАТЬ НОРМАЛЬНЫМ, А КАКОЙ ПОВЫШЕННЫМ?

Таблица 5. Классификация уровней артериального давления<sup>3</sup>

Артериальное давление, мм рт.ст.	Систолическое АД, мм рт.ст.	Диастолическое АД, мм рт.ст.
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	< 130	< 85
Высокое нормальное	130–139	85–89
<b>Артериальная гипертензия</b>		
I степень	140–159	90–99
II степень	160–179	100–109
III степень	> 180	> 110
Изолированная систолическая гипертензия	> 140	< 90

Таким образом, различают три степени тяжести гипертензии:

- I степень — с уровнем АД 140–159/90–99 мм рт.ст.;
- II степень — АД 160–179/100–109 мм рт.ст.;
- III степень — АД  $\geq$  180/110 мм рт.ст.



## КАКИЕ СИМПТОМЫ ОБЫЧНО УКАЗЫВАЮТ НА ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ?

- Чаще всего это головная боль (преимущественно в затылочной области), повышенная возбудимость, раздражительность, нарушения сна, снижение работоспособности, в том числе умственной. Могут отмечаться носовые кровотечения. При умеренной и тяжелой формах АГ больные также жалуются на боли в области сердца, тахикардию, нарушения ритма, головокружения, снижение памяти, зрения. Однако наличие этих симптомов необязательно. У значительной части пациентов повышение давления не сопровождается какими-либо субъективными ощущениями, а значит, есть только один надежный способ контроля за уровнем АД — его регулярное измерение.
- Согласно современным рекомендациям (JNC 7), здоровым взрослым людям старше 18 лет следует измерять АД хотя бы 1 раз в 2 года, если их исходное АД < 120/80 мм рт.ст., а при регистрации цифр в диапазоне 120-139/80-89 мм рт.ст. — ежегодно. Для больных ИБС, которые уже перенесли коронарные инциденты или подверглись оперативным вмешательствам на сосудах сердца, этот совет особенно актуален.





# НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Методы немедикаментозной коррекции АГ достаточно эффективны в начальной стадии болезни и используются в качестве дополнения к медикаментозной терапии при высоких цифрах АД. Немедикаментозные методы лечения гипертонии основаны на изменении образа жизни больных. Они включают:**

- ограничение потребления соли (до  $<2,5$  г/сут, включая приготовление пищи, что соответствует натрия  $<1500$  грамм/сут);
- снижение избыточной массы тела (оптимально ниже  $25,0$  кг/м<sup>2</sup>);
- повышение физической активности (при ИБС индивидуально в соответствии с рекомендацией врача);
- прекращение курения; о умеренность в потреблении алкогольных напитков ( $<1$  стандартной дозы алкоголя в сутки для женщин,  $<2$  стандартных доз для мужчин);
- диета DASH;
- достаточный ночной сон;
- повышение устойчивости к стрессовым воздействиям (выработка навыков рационального отношения и регулирования психоэмоциональных перегрузок, обучение методам преодоления и предотвращения стрессовых состояний).

**Занятие 6:  
Психологические  
факторы и ИБС.  
Методы преодоления  
негативных  
переживаний.**

**Цель занятия:**

дать представление о влиянии психологических факторов на развитие, течение ИБС и риск осложнений. Рассказать об особенностях психологического состояния пациентов после перенесенного ИМ и хирургического вмешательства на сосудах сердца. Сформировать у больных адекватное отношение к своему заболеванию. Обучить пациентов основам релаксационной техники.

Нельзя лечить тело,  
не леча душу.  
Сократ



# Инструкция

Занятия может проводиться как психотерапевтом, так и врачом-кардиологом, прошедшим специальную подготовку. Необходимо заранее распланировать данное занятие, которое должно состоять из теоретической части (представляется и обсуждается изложенный информационный материал) и практической части (врач обучает пациентов основам релаксационной техники). Очевидно, что в рамках одного занятия невозможно осуществить весь сложный комплекс мер по психологической реабилитации пациентов, играющей ключевую роль в выздоровлении больных после перенесенного ИМ и операции КШ. При возможности рекомендуется проведение регулярных практических занятий, включающих сеансы релаксации и психологическое консультирование.

**Таблица 6. Критерии депрессии по DSM-IV, 1994**


1. Подавленное настроение (на протяжении большей части дня).
2. Снижение интересов и способности испытывать удовольствие.
3. Значительное снижение или повышение аппетита и веса тела.
4. Нарушения сна (бессонница или сонливость).
5. Психомоторное возбуждение или заторможенность.
6. Повышенная утомляемость, упадок сил.
7. Ощущение собственной бесполезности или идеи виновности.
8. Снижение способности к концентрации внимания, принятию решений.
9. Повторяющиеся мысли о смерти, суицидальные попытки.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th ed.)

## ОПРОСНИК УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА<sup>4</sup>

*Оцените, пожалуйста, насколько вы согласны с каждым из перечисленных утверждений и отметьте кружочком номер соответствующей категории ответа.*

Утверждения	Да, согласен	Скорее согласен	Скорее не согласен	Нет, не согласен
1. Пожалуй, я человек нервный	1	2	3	4
2. Я очень беспокоюсь о своей работе	1	2	3	4
3. Я часто ощущаю нервное перенапряжение	1	2	3	4
4. Моя повседневная деятельность вызывает большое напряжение.	1	2	3	4
5. Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение	1	2	3	4
6. К концу дня я совершенно истощен физически и психически	1	2	3	4
7. В моей семье часто возникают напряженные отношения	1	2	3	4



Теперь просуммируйте полученные ответы и определите уровень стресса по следующей Шкале.


### Шкала уровня психологического стресса<sup>5</sup>

Уровень стресса	Средний балл	
	Мужчины	Женщины
Высокий	1,0–2,0	1,0–1,82
Средний	2,01–3,0	1,83–2,82
Низкий	3,01–4,0	2,83–4,0

**Занятие 7:  
Восстановление  
активной жизни.  
Вопросы  
трудоспособности**

**Цель занятия:**

дать представление пациенту, перенесшему острый коронарный синдром или оперативное вмешательство на коронарных сосудах, о безопасном уровне бытовых и житейских нагрузок, которые являются неотъемлемым компонентом здоровой жизни (половая активность, работоспособность, трудоспособность и проч.).



Участников Школы, пребывающих в сомнениях по поводу того, стоит ли им работать после перенесенного ИМ или операции на сосудах сердца, необходимо правильно сориентировать по этой важной для них теме.

- Большинству больных, перенесших острые коронарные синдромы или операции на сосудах сердца, рекомендуется вернуться к трудовой деятельности.
- Выполнение работы, соответствующей физическому состоянию больного, намного полезнее, чем бездеятельность.
- Возвращение к труду положительно влияет на динамику основных показателей реабилитации.
- Больные, вернувшиеся к работе, получают от этого психологическую, социальную и финансовую выгоду.

Определение состояния трудоспособности производится с учетом всей совокупности клинических, инструментальных, биохимических обследований, а также психологических и социальных характеристик каждого конкретного больного.





# Заключение

Необходимо выразить надежду, что рекомендации, предоставленные всем участникам Школы в отношении методов модификации поведения, психологических факторов и некоторых привычек, способствующих прогрессированию ИБС, помогут больным, перенесшим острые коронарные синдромы или операции на сосудах сердца, справиться с негативными переживаниями, улучшат общее клиническое состояние больных и будут способствовать продлению жизни при максимально возможном улучшении ее качества.



## Список литературных источников:

- Школа здоровья. Ишемическая болезнь сердца : руководство для врачей / под ред. Р.Г. Оганова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 112 с.
- <https://rclfk.med.cap.ru/UserFiles21/rclfk/sitemap/doc/d318bfb2-2770-43eb-b262-b06048f17105/materiali-dlya-pacienta-ishemicheskaya-bolezni-ser.pdf>

The background consists of several overlapping geometric shapes in shades of blue, green, and yellow. A large light blue shape is in the upper right, a darker blue shape is in the lower right, and a yellow shape is in the lower left. A green shape is in the upper left, and a dark blue shape is in the lower left. The text is centered in the middle of the image.

**Спасибо за внимание!**