



31 МАЯ – ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БЕЗ ТАБАКА!

Девиз: «МОПОДЕЖЬ БЕЗ ТАБАКА!»

Во всем мире табак является одной из наиболее важных причин недееспособности, заболеваемости и преждевременной смерти. В целом во всем мире табак убивает одного из десяти взрослых людей. Эпидемиологические исследования показали, что в конце прошлого века в 44 индустриальных развитых странах курение явилось причиной 24% всех смертей мужчин, из них 35% смертей мужчин среднего возраста. Средняя потеря жизни у курящих людей составляет 8 лет, а для тех, кто умирает в среднем возрасте, эта цифра равна 22 годам. Россия входит в число стран с высокой распространенностью табакокурения, более 50% у мужчин и 30% у женщин. Уровень распространенности табакокурения среди подростков значительно вырос в середине 90-х и в последние 10 лет продолжает нарастать. В среднем уровень распространенности табакокурения среди мальчиков составляет 40,6% и в разных социальных группах колеблется от 16% (учащиеся) до 100% (бездомные подростки). Среди девочек табакокурение колеблется от 19% до 100%. Возраст приобщения к табакокурению составляет для мальчиков 10 лет, для девочек – 11 лет. Чем раньше человек начинает курить, тем выше вероятность формирования у него серьезной зависимости от табака. Оказание помощи в прекращении курения тем, кто начал курить в подростковом возрасте, является актуальным. Анализ проспективных исследований показывает, что спонтанно прекращают курить лишь незначительное число курящих подростков. Однако около половины курящих подростков хотели бы бросить курить.

Основная задача работы с подростками – разработка правильных психологических подходов и мероприятий, помогающих подросткам отказаться от вредной привычки, но и сформировать личностный иммунитет или устойчивость к стрессовым ситуациям, провоцирующим начало курения и формирование в дальнейшем табачной зависимости, а также повысить самооценку, статус в группе. Лечение табакокурения предусматривает **три основных этапа**: диагностический, профилактический и этап поддержки и контроля.

Табак является уникальной проблемой общественного здоровья. Он является единственным опасным продаваемым продуктом, смертельным, даже если используется точно по инструкции производителей. Табак опасен в любых дозах.

Диагностика осуществляется с помощью набора анкет и опросников (социальная ситуация курения, тест Хорна, психологическая готовность к отказу от курения, опросник Фагерстрема).

Этап профилактики включает индивидуальное консультирование, немедикаментозные методы, обучение приемам преодоления абстинентного синдрома, релаксационные методики, аутогенную тренировку, групповые методы, электроакупунктуру.

Этап поддержки и контроля. Около года необходима психологическая поддержка в период отказа от курения. Первые успехи в отказе от курения должны быть закреплены на этом этапе. Целесообразно проводить регулярный мониторинг результатов через 1,3,6 месяцев и 1 год.

Применение данной методики позволит повысить эффективность работы службы по борьбе с табакокурением в целом. Можно ожидать снижение частоты курения среди детей и подростков.

Советы для родителей. Если подросток начал курить?

1. Является ли наказание средством борьбы с курением?

Наказание не устраняет причину раннего курения! Оно только наносит ущерб доверию ребенка к родителям.

2. Следует ли пугать последствиями курения?

Не надо запугивать подростка, информация о вреде курения должна быть достоверной и актуальной.

3. Почему подростки нарушают запрет на курение?

- когда запрет имеет внешний, формальный характер: нельзя курить дома, в школе, а на улице, во дворе-можно, там никто не сделает замечание;

- когда запрет не мотивирован. Часто взрослые не берут на себя труд обосновать свои требования.

- когда запрет имеет «несправедливый» характер. Нередко родители и учителя призывают к взрослости подростка и в тоже время курят при нем. Курение делается в их глазах атрибутом взрослости.

4. Какое влияние оказывают курящие родители на начало курения детей?

80% курильщиков выросли в семьях, где родители курили. Ребенок стремится подражать родителям, перенимает их реальное бытовое отношение к курению.

Взрослые не уронят своего авторитета, если откровенно признаются детям в своей слабости: сами они курят потому, что не в силах избавиться от этой пагубной привычки. Это создаст у детей правильное отношение к курению и повысит доверие к родителям.

5. Что делать, если подросток все-таки начал курить?

- Задуматься о конкретных причинах появления этой вредной привычки.

- Ознакомиться с доступной литературой с достоверной информацией о вреде курения на здоровье подростка.

- Создать и беречь обстановку доверительности в отношениях с сыном или дочерью. Выбрать подходящий момент в спокойной доверительной беседе попытаться обсудить с ним возникшую проблему.

- Запрет курения должен быть аргументирован научно и житейски. Эмоциональный взрыв может привести к тому, что подросток замкнется и помочь станет значительно труднее.

- Курение в подростковом возрасте нередко свидетельствует о неблагополучии в семье.

- Обратит пристальное внимание на отношения подростка со сверстниками, стараться оберегать его влияния курящих друзей.

- Помнить, что преодолеть эту привычку удастся не сразу.

- Если сами курите, не явились ли вы примером для своего ребенка?

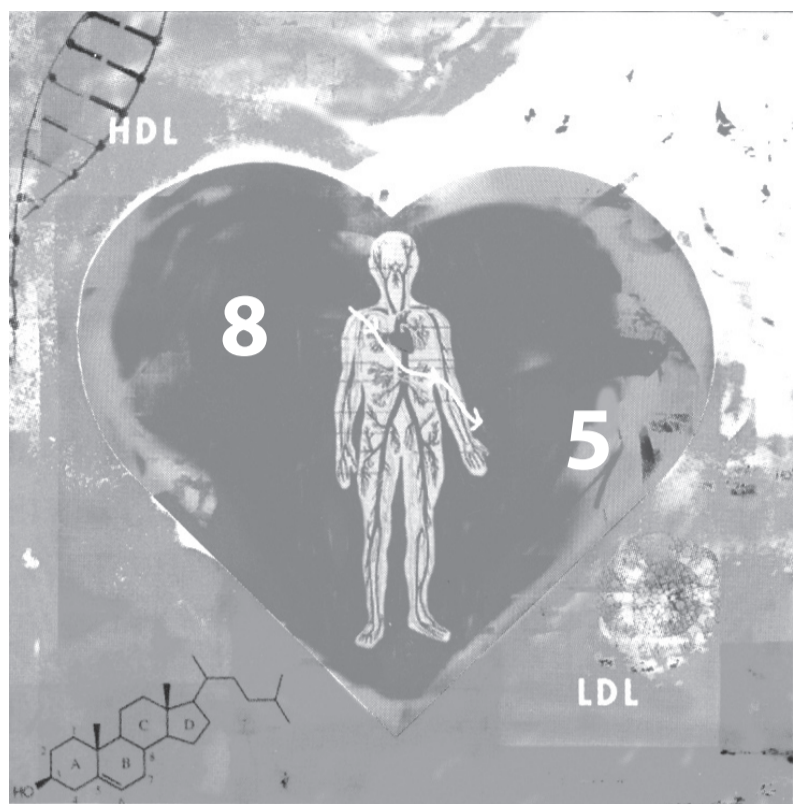
6. Что отвечать на вопрос «Почему же взрослые курят, если это так вредно?»

Это вредная привычка, от которой не удастся избавиться. У тех лиц, которые начинают курить с детства, развивается слишком большая зависимость от сигареты. Почти 80% курильщиков делали попытки бросить курить, но безуспешно.

Курящие приносят тройной вред: себе, окружающим и тем, кого вовлекают в курение.



Коррекция факторов риска – главная цель диспансеризации.



Сердечно-сосудистые заболевания – многофакторные по этиологии. Существует синергизм во взаимовлиянии факторов риска. У каждого человека часто имеются несколько факторов риска, которые со временем могут изменяться в разных направлениях. Распространенность ССЗ, в основном, зависит от особенностей образа жизни и связанных с ним факторов риска. Модификация образа жизни и снижение уровней факторов риска может замедлить развитие заболевания как до, так и после появления клинических симптомов.

Диспансеризация предусматривает определение группы риска возникновения фатальных осложнений в течение 10 лет по таблице SCORE лицам старше 45 лет до 65 лет. Определение группы риска осуществляется по данным: возраст, пол, систолическое артериальное давление, холестерин, факт курения. Высокий риск фатальных осложнений определяется при определении 5% и более, очень высокий риск более 10%. Кроме этого в настоящее время можно визуализировать проявления атеросклероза. У бессимптомных пациентов выявленные атеросклеротические бляшки при МРТ, коронарные кальцификаты при КТ, превышение толщины интимы-медиа (ТИМ) при УЗИ, гипертрофия левого желудочка на ЭКГ, ЭХО-кардиографии позволяют отнести этих пациентов к группе высокого риска.

Стратегия высокого риска – предупреждения возникновения заболеваний путем активной коррекции факторов риска лицам с группы высокого риска. Лицам с наличием сердечно-сосудистых заболеваний проводится вторичная профилактика, коррекция факторов риска необходима для предупреждения рецидивов, повышения качества жизни, снижения смертности и продолжительности жизни.

Для коррекции факторов риска необходимо использовать полный комплекс по изменению образа жизни и медикаментозное лечение, коррекцию стрессов и психосоциальных факторов. Эффективность профилактических мероприятий определяется при изменении поведения, повышения приверженности к здоровому образу жизни. На все это направлено профилактическое консультирование, обучение пациентов в школах здоровья с привлечением в некоторых случаях специалистов по питанию, медицинских сестер, психологов. Стратегически важно создать терапевтический союз с пациентом, добиться понимания пациентом связи

между поведением, здоровьем и болезнью, помочь пациентам осознать препятствия к изменению поведения. На все необходимо согласие пациента на изменение поведения, пациенты должны быть вовлечены в выявление и отбор факторов риска, которые следует устранить. С пациентом необходимо разработать план изменения образа жизни с постоянным контролем за прогрессом при последующем наблюдении.

Считаются эффективными результаты при достижении целевых показателей:

- прекращение курения у 48% пациентов,
- выполнение регулярных физических нагрузок 34% пациентами, снижение массы тела с достижением индекса массы тела (ИМТ) <25кг/м² у 18% пациентов, окружности талии 94 см у мужчин у 25%, 80 см у женщин у 12%
- стабильное снижение АД <140\90 мм. рт. ст у 50%,
- стабильное снижение холестерина <4,5 ммоль/л у 49%, ЛПНП <2,5 ммоль/л у 55%,
- При сахарном диабете 2 типа достижение у 27% пациентов гликемии натощак <7ммоль/л, гликированного гемоглобина 6,5%

Основные положения коррекции артериальной гипертонии:

- **Изменение образа жизни:** контроль веса, повышение физической активности, умеренное потребление алкоголя, ограничение количества соли, увеличение потребления овощей, фруктов, молочных продуктов.
- **Применение медикаментов,** учитывая что группы антигипертензивных препаратов не различаются по эффективности. Обязательный прием ингибиторов АПФ при СД.
- **Проведение стратификации риска при помощи шкалы SCORE** у каждого пациента
- Незамедлительно начинать медикаментозное лечение при 3 степени АГ, при высоком или очень высоком риске с 1 и 2 степенях АГ

Коррекция факторов риска важна для снижения заболеваемости неинфекционными заболеваниями, снижения преждевременной смертности и увеличения продолжительности жизни. Концепция факторов риска – научная основа профилактики неинфекционных заболеваний. Факторов риска насчитывается более 200. Но вклад 7 ведущих факторов риска в преждевременную смертность по России значительный, доказано что повышенное артериальное давление вносит вклад – 35,5%, гиперхолестеринемия – 23%, курение – 17,1%, недостаточное употребление фруктов и овощей – 12,9%, избыточная масса тела и ожирение – 12,5%, алкоголь – 11,9%, гиподинамия – 9,0%.

- Применение антитромбоцитарной терапии при сердечно-сосудистых событиях в анамнезе.

Коррекция повышенного уровня холестерина.

- Повышенные уровни ХС >5 ммоль/л, ХС-ЛПНП >3мм/л в плазме относятся к основным факторам риска развития ССЗ
- Гипертриглицеридемия >1,7ммоль/л и низкий уровень ХС-ЛПВП <1,0 ммоль/л являются независимыми факторами риска ССЗ.
- **Терапия статинами** оказывает благоприятное действие на исходы ССЗ, обусловленных атеросклерозом.
- **Алгоритм действий** при выявлении повышенного уровня холестерина зависит от группы суммарного риска <5% или >5%.

При умеренном и низком риске <5% назначается изменение образа жизни: диетотерапия, физическая активность, борьба со стрессами. Контроль ХС через 3 месяца, при уменьшении холестерина менее 5 ммоль/л, повторный контроль через 3 года. Если ХС не снижается в результате изменения образа жизни, назначается медикаментозная терапия.

• **При высоком риске >5%** определяется липидный профиль с определением ХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, триглицеридов, коэффициента атерогенности. Дальнейшие профилактические мероприятия проводятся под контролем уровня ХС-ЛПНП. Изменение образа жизни + медикаментозное лечение. Контроль через год.

- **Целевой уровень ХС-ЛПНП <3ммоль/л при высоком риске**
- При вторичной профилактике ХС-ЛПНП <1,8ммоль/л.

Здоровое питание – основа профилактики заболеваний.

При соблюдении следующих правил нет необходимости в специальных диетах.

- **Насыщенные жирные кислоты** составляют 10% суточной калорийности и замещаются полиненасыщенными жирными кислотами
- **Трансизомеры жирных кислот** в суточной калорийности не более 1%
- **5 г поваренной соли в день**
- **30-45 г пищевых волокон в день**
- **200 г фруктов, 200 г овощей в день**
- **Рыба 2 раза в неделю**
- **Ограничение алкоголя** (20 г для мужчин, 10 г для женщин в день)