



РОПНИЗ
Российское общество профилактики
неинфекционных заболеваний



ПРОФИЛАКТИКА В СХЕМАХ И ТАБЛИЦАХ

Учебно-методическое пособие



Под редакцией О.М. Драпкиной,
С.А. Шальной

Москва 2023

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
"Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины"
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

"УТВЕРЖДАЮ"

академик РАН, профессор,
директор ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России,
главный внештатный специалист по терапии
и общей врачебной практике Минздрава России

 /О.М. Драпкина/
"17" октября 2023 г.

ПРОФИЛАКТИКА В СХЕМАХ И ТАБЛИЦАХ

*Учебно-методическое пособие
под редакцией О. М. Драпкиной, С. А. Шальной*

Москва
2023

УДК 613.2, 614.2, 616-084, 616.1
ББК 5, 51.1
Б 1

Авторы: Баланова Ю. А., Гоманова Л. И., Евстифеева С. Е., Имаева А. Э., Капустина А. В., Карамнова Н. С., Котова М. Б., Максимов С. А., Муромцева Г. А., Швабская О. Б., Шепель Р. Н.

Рецензенты: **Евгений Владимирович Филиппов** – д.м.н., профессор, главный внештатный кардиолог Минздрава Рязанской области, заведующий кафедрой поликлинической терапии и профилактической медицины ФБГОУ ВО "РязГМУ им. акад. И.П. Павлова" Минздрава России (Рязань, Россия). **Галина Николаевна Соболева** д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела ангиологии НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ "НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова" Минздрава России (Москва, Россия).

Баланова Ю. А., Гоманова Л. И., Евстифеева С. Е., Имаева А. Э., Капустина А. В., Карамнова Н. С., Котова М. Б., Максимов С. А., Муромцева Г. А., Швабская О. Б., Шепель Р. Н. Профилактика в схемах и таблицах: учебно-методическое пособие под ред. О.М. Драпкиной, С.А. Шальной – М.: РОПНИЗ, ООО "Силицея-Полиграф", 2023. – 52 с. ISBN: 978-5-6051340-6-0. doi:10.15829/ROPNIZ-b1-2023. EDN GFYDXV

Учебно-методическое пособие "Профилактика в схемах и таблицах" предназначено для ординаторов, аспирантов, слушателей дополнительного профессионального образования по специальностям "Терапия", "Кардиология", "Организация здравоохранения и общественное здоровье", постдипломного образования врачей по специальностям "Терапия", "Кардиология", "Организация здравоохранения и общественное здоровье". Пособие также может быть использовано в практической работе врачей первичного звена здравоохранения, руководителей и сотрудников центров медицинской профилактики, руководителей и сотрудников органов управления здравоохранением. Пособие разработано с целью систематизации основных схем и шкал и формирования рекомендаций по профилактике хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития. В пособии представлены ситуационные задачи, позволяющие на конкретных примерах продемонстрировать особенности применения шкал и схем.

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 17 октября 2023 года).

ISBN: 978-5-6051340-6-0



ISBN 978-5-6051340-6-0



© Коллектив авторов, 2023
© ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2023
© РОПНИЗ, 2023

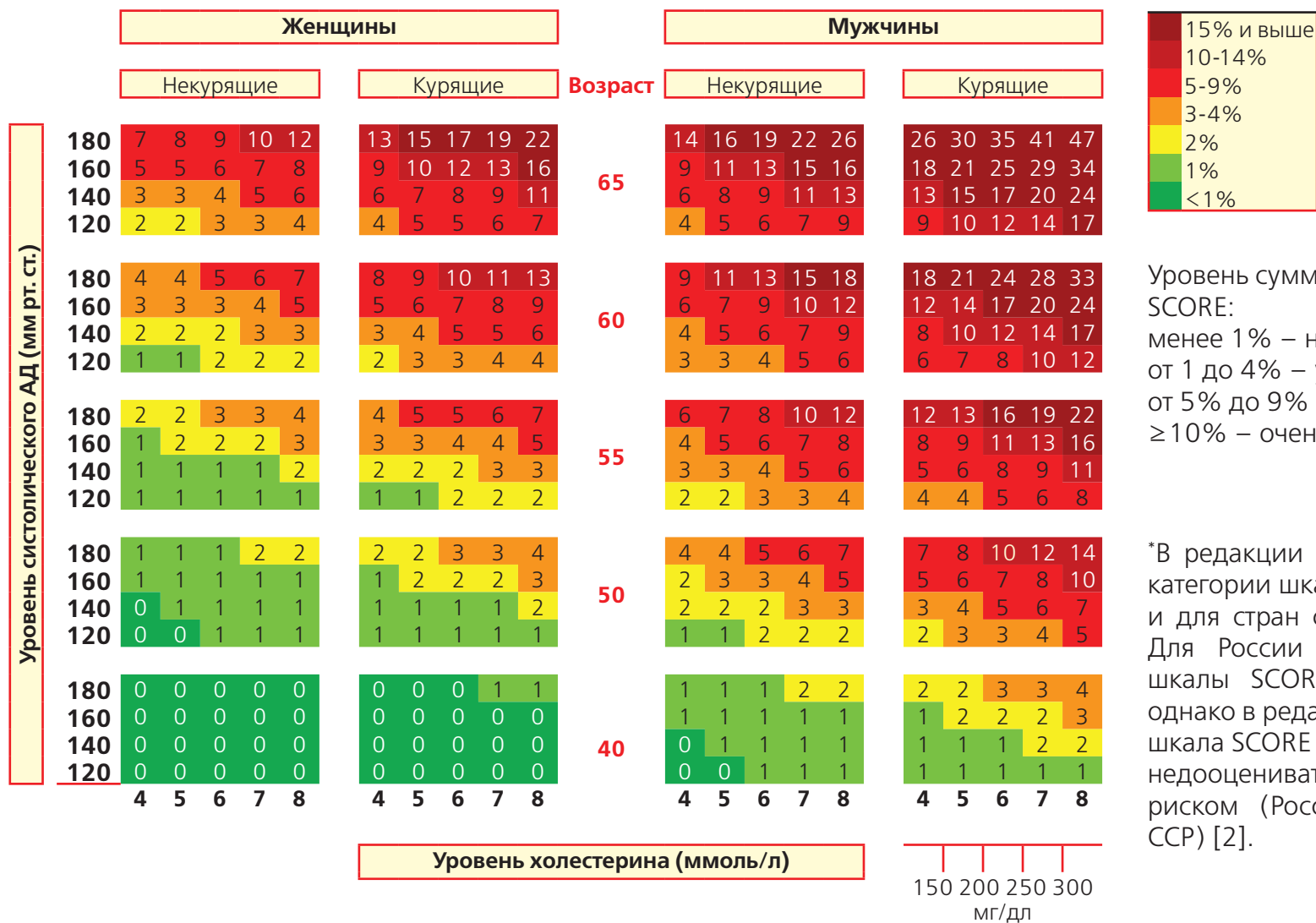
СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	3
Схемы и таблицы.....	4-38
Список литературы.....	39-40
Ситуационные задачи.....	41-50

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия	САД – систолическое артериальное давление
АД – артериальное давление	СГХС – семейная гиперхолестеринемия
АКС – ассоциированное клиническое состояние	СД – сахарный диабет
АСБ – атеросклеротическая бляшка	СКФ – скорость клубочковой фильтрации
АССЗ – атеросклеротическое сердечно-сосудистое заболевание	СМАД – суточное мониторирование артериального давления
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения	СРБ – С-реактивный белок
ГБ – гипертоническая болезнь	ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ДАД – диастолическое артериальное давление	ССР – сердечно-сосудистый риск
ДМАД – домашнее мониторирование артериального давления	ст.л. – столовая ложка
ЗОЖ – здоровый образ жизни	ТГ – триглицериды
ИБС – ишемическая болезнь сердца	ТЖК – транс-изомеры жирных кислот
ИМТ – индекс массы тела	ТИА – транзиторная ишемическая атака
ККТА – коронарная компьютерная томографическая ангиография	ФА – физическая активность
КШ – коронарное шунтирование	ФК – функциональный класс
ЛП(а) – липопротеин (а)	ФР – фактор риска
ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс	ХБП – хроническая болезнь почек
МЕТ – метаболический эквивалент	ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания
МКБ – Международная классификация болезней	ХС – холестерин
МНЖК – мононенасыщенные жирные кислоты	ХС ЛВП – холестерин липопротеинов высокой плотности
МС – метаболический синдром	ХС ЛНП – холестерин липопротеинов низкой плотности
НЖК – насыщенные жирные кислоты	ХС нелВП – холестерин, не относящийся к липопротеинам высокой плотности
НТГ – нарушенная толерантность к глюкозе	ч.л. – чайная ложка
ОКС – острый коронарный синдром	ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство
ОТ – окружность талии	ЭхоКГ – эхокардиография
ОХС – общий холестерин	DASH – Dietary Approaches to Stop Hypertension
п – порция	HbA_{1c} – гликированный гемоглобин
ПГТТ – пероральный глюкозотолерантный тест	SCORE – Systematic COronary Risk Evaluation / SCORE2 – Systematic COronary Risk Evaluation2 / SCORE2-OP – Systematic COronary Risk Evaluation2-OP (Older Persons)
ПНЖК – полиненасыщенные жирные кислоты	VO₂ – потребление кислорода
ПОМ – поражение органов-мишеней	
РФ – Российская Федерация	

ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕГО РИСКА РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ШКАЛЕ SCORE ДЛЯ СТРАН ВЫСОКОГО РИСКА* [адаптировано из 1, 2]



Уровень суммарного ССР по шкале SCORE:

- менее 1% – низкий;
- от 1 до 4% – умеренный;
- от 5% до 9% – высокий;
- ≥ 10% – очень высокий.

*В редакции 2003 и 2016 гг. выделено две категории шкалы SCORE – для стран с низким и для стран с высоким уровнем ССР [1, 2]. Для России рекомендуется использование шкалы SCORE для стран высокого риска, однако в редакции 2016 г. оговаривается, что шкала SCORE для стран высокого риска может недооценивать риск в странах с очень высоким риском (Россия – страна очень высокого ССР) [2].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ [адаптировано из 2]

Рекомендации	Класс ^а	Уровень ^б
Систематическая оценка риска ССЗ рекомендуется пациентам с повышенным риском ССЗ, т.е. с семейным анамнезом преждевременных ССЗ, СГХС, основными ФР ССЗ (например, курение, повышенное АД, СД или повышение уровня липидов) или сопутствующими заболеваниями, повышающими риск ССЗ.	I	C
Определение суммарного ССР с использованием шкалы SCORE рекомендуется у взрослых старше 40 лет, без документированных ССЗ, СД, ХБП или СГХС.	I	C
Рекомендуется повторять оценку риска ССЗ каждые 5 лет и чаще для лиц с рисками, близкими к пороговым значениям, требующим лечения.	I	C
Систематическая оценка риска ССЗ может быть рассмотрена у мужчин старше 40 лет и у женщин старше 50 лет или в постклимактерический период без известных ФР ССЗ*.	IIb	C
Систематическая оценка риска ССЗ у мужчин <40 лет и женщин <50 лет без известных ФР ССЗ не рекомендуется*.	III	C

Примечание: ^а — класс рекомендаций, ^б — уровень

*В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 № 404н "Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно определение относительного ССР проводится 1 раз в год, у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно определение абсолютного ССР проводится включительно 1 раз в год (ССР определяется по шкале ССР SCORE, при этом у граждан, имеющих ССЗ атеросклеротического генеза, СД 2 типа и ХБП, уровень абсолютного ССР по шкале риска SCORE не определяется и расценивается как очень высокий вне зависимости от показателей шкалы).

ОЦЕНКА ФАТАЛЬНОГО И НЕФАТАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА, ОПРЕДЕЛЯЕМОГО ПО ШКАЛЕ SCORE2, У ЛИЦ 40-69 ЛЕТ В ПОПУЛЯЦИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА [адаптировано из 3]

Уровень систолического АД (мм рт. ст.)	Женщины				Возраст	Мужчины							
	Некурящие		Курящие			Некурящие		Курящие					
	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9		3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9				
160-179	27	28	30	31	65-69	26	28	30	32	36	39	42	44
	22	23	24	26		22	24	26	27	31	33	36	38
	18	19	20	21		18	20	21	23	26	28	30	33
	15	16	16	17		15	17	18	19	22	24	26	28
140-159	20	21	22	24	60-64	20	23	25	27	31	33	36	40
	16	17	18	19		17	19	20	22	25	28	31	33
	12	13	14	15		14	15	17	18	21	23	25	28
	10	11	11	12		11	12	14	15	17	19	21	23
120-139	14	15	17	18	55-59	16	18	20	23	25	28	32	35
	11	12	13	14		13	14	16	18	21	23	26	29
	8	9	10	11		10	11	13	15	17	19	21	24
	7	7	8	9		8	9	10	12	13	15	17	19
100-119	10	11	12	14	50-54	12	14	16	19	21	24	28	31
	8	9	9	11		10	11	13	15	17	19	22	25
	6	6	7	8		7	9	10	12	13	15	17	20
	4	5	5	6		6	7	8	9	10	12	14	16
160-179	7	8	9	10	45-49	9	11	13	16	17	20	24	28
	5	6	7	8		7	8	10	12	13	16	18	22
	4	4	5	6		5	6	8	9	10	12	14	17
	3	3	4	4		4	5	6	7	8	9	11	13
140-159	5	6	7	8	40-44	7	9	11	13	14	17	20	24
	4	4	5	6		5	6	8	10	11	13	16	19
	3	3	3	4		4	5	6	7	8	10	12	14
	2	2	2	3		3	4	4	5	6	7	9	11

Страны с очень высоким риском: Алжир, Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Бывшая Югославская республика (Македония), Грузия, Египет, Киргизия, Латвия, Ливан, Ливия, Литва, Монтенегро, Марокко, Молдавия, Румыния, **Россия**, Сербия, Сирия, Тунис, Украина и Узбекистан.

У относительно здоровых лиц <70 лет без установленного АССЗ, СД, ХБП, генетических/редких нарушений липидного обмена или АГ показана оценка 10-летнего риска фатальных и нефатальных ССЗ по шкале SCORE2 [4].

	<50 лет	50-69 лет
Зеленый	<2,5%	<5%
Желтый	2,5 до <7,5%	5 до <10%
Красный	≥7,5%	≥10%

ОЦЕНКА ФАТАЛЬНОГО И НЕФАТАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА, ОПРЕДЕЛЯЕМОГО ПО ШКАЛЕ SCORE2-OP, У ЛИЦ ≥70 ЛЕТ В ПОПУЛЯЦИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА [адаптировано из 5]

Уровень систолического АД (мм рт. ст.)	Женщины				Мужчины																																														
	Некурящие		Курящие		Возраст	Некурящие		Курящие																																											
	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9		3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9																																										
160-179	62	63	64	65	65	66	67	68	85-89	49	54	59	64	49	54	59	64																																		
																		140-159	60	61	62	63	63	64	65	66	48	53	58	63	48	53	58	63																	
																																			120-139	58	59	60	61	61	62	63	65	47	52	56	61	47	52	56	61
160-179	53	54	55	57	59	60	62	63	80-84	44	48	52	56	47	51	55	59																																		
																		140-159	50	51	52	54	56	57	59	60	42	46	49	53	45	49	52	56																	
																																			120-139	47	48	49	51	53	54	56	57	40	43	47	51	43	46	50	54
160-179	44	46	47	48	53	55	56	58	75-79	40	42	45	48	45	48	51	54																																		
																		140-159	41	42	43	45	49	51	52	53	37	39	42	44	42	44	47	50																	
																																			120-139	37	39	40	41	46	47	48	49	34	36	39	41	39	41	44	47
160-179	37	38	39	41	48	49	51	52	70-74	35	37	39	40	43	45	47	49																																		
																		140-159	33	34	35	36	43	44	46	47	32	33	35	36	39	41	42	44																	
																																			120-139	29	30	31	32	39	40	41	43	28	30	31	33	35	36	38	40

ХС нелВП (ммоль/л)

150 200 250
мг/дл

Страны с очень высоким риском: Алжир, Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Бывшая Югославская республика (Македония), Грузия, Египет, Киргизия, Латвия, Ливан, Ливия, Литва, Монтенегро, Марокко, Молдавия, Румыния, **Россия**, Сербия, Сирия, Тунис, Украина и Узбекистан.

У относительно здоровых лиц ≥70 лет без установленного АССЗ, СД, ХБП, генетических/редких нарушений липидного обмена или АГ показана оценка 10-летнего риска фатальных и нефатальных ССЗ по шкале SCORE2-OP [4].

≥70 лет	
<7,5%	
7,5 до <15%	
≥15%	

ШКАЛА ГЛОБАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ 10-ЛЕТНЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С УЧЕТОМ ШКАЛЫ SCORE2 и SCORE2-OP [адаптировано из 6, 7]

ССР	Характеристика
Низкий	<ul style="list-style-type: none"> SCORE2 для лиц в возрасте 40-69 лет < 1% SCORE2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет < 1%
Умеренный	<ul style="list-style-type: none"> Молодые пациенты (СД 1 типа моложе 35 лет, СД 2 типа моложе 50 лет) с длительностью СД < 10 лет без ПОМ и ФР SCORE2 для лиц в возрасте < 50 лет < 2,5% SCORE2 для лиц в возрасте 50-69 лет < 5% SCORE2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет < 7,5%
Высокий	<ul style="list-style-type: none"> Значимо выраженный ФР – ХС > 8 ммоль/л и/или ХС ЛНП > 4,9 ммоль/л и/или АД $\geq 180/110$ мм рт.ст. СГХС без ФР СД без ПОМ, СД ≥ 10 лет или с ФР Умеренная ХБП с СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м² SCORE2 для лиц в возрасте < 50 лет $\geq 2,5\%$-<7,5% SCORE2 для лиц в возрасте 50-69 лет $\geq 5\%$-<10% SCORE2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет $\geq 7,5\%$-<15% Гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стеноз(-ы) > 25-49%)

<p>Очень высокий</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Документированное АССЗ, клинически или по результатам обследования, включая перенесенный ОКС, стабильную стенокардию, ЧКВ, КШ или другие операции на артериях, инсульт/ТИА, поражения периферических артерий • АССЗ по данным обследований – значимая АСБ (стеноз >50%) • СД + ПОМ, ≥3 ФР, а также раннее начало СД 1 типа с длительностью >20 лет • Выраженная ХБП с СКФ <30 мл/мин/1,73 м² • SCORE2 для лиц в возрасте <50 лет ≥7,5% • SCORE2 для лиц в возрасте 50-69 лет ≥10% • SCORE2-OP для лиц в возрасте ≥70 лет ≥15% • СГХС в сочетании с АССЗ или с ФР
<p>Экстремальный</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Сочетание клинически значимого ССЗ¹, вызванного атеросклерозом, с СД 2 типа и/или СГХС или два сердечно-сосудистых события (осложнения) в течение 2-х лет² у пациента с ССЗ, вызванным атеросклерозом, несмотря на оптимальную гиполлипидемическую терапию³ и/или достигнутый уровень ХС ЛНП ≤1,5 ммоль/л

¹ИБС: стенокардия напряжения 3-4 ФК, нестабильная стенокардия, перенесенный ИМ, ишемический инсульт, ЧКВ, операция КШ, ангиопластика сонных артерий или артерий нижних конечностей, каротидная эндартерэктомия, подвздошнобедренное, бедренно-подколенное шунтирование.

²ИМ, нестабильная стенокардия, перемежающаяся хромота, ТИА/ишемический инсульт.

³Назначение статинов в максимально переносимых дозах в сочетании с эзетимибом.

ФАКТОРЫ РИСКА, ОБЩИЕ ДЛЯ ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
[адаптировано из 8]

ФР	ССЗ	СД 2 типа	Онкологические заболевания	Бронхолегочные заболевания
Курение	+	+	+	+
Потребление алкоголя	+		+	
Нерациональное питание	+	+	+	+
Недостаточная ФА	+	+	+	+
Избыточная масса тела / ожирение	+	+	+	+
Повышенное АД	+	+		
Повышенный уровень глюкозы крови	+	+	+	
Повышенный уровень ХС	+	+	+	
Психосоциальные факторы	+	+	+	

**ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ЛИПИДНЫХ ПАРАМЕТРОВ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАТЕГОРИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА
[адаптировано из 6]**

Липидные параметры	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск
ОХС, ммоль/л [9]	≤5,5	≤5,0	≤4,5	≤4,0
ХС ЛНП, ммоль/л	<3,0	<2,6	<1,8*	<1,4*
ХС ЛВП, ммоль/л	мужчины > 1,0 женщины > 1,2			
ХС неЛВП, ммоль/л			<2,6	<2,2
ТГ, ммоль/л	<1,7			
ЛП(а), мг/дл	<50		<30	

*И снижение уровня ХС ЛНП >50% по сравнению с исходным уровнем.

Уровень ХС ЛНП (в ммоль/л) рассчитывается по формуле Фридвальда: $ХС\ ЛНП = ОХС - (ХС\ ЛВП + ТГ / 2,2)$. Это основной показатель для определения целевого уровня терапии. Формулой Фридвальда можно пользоваться если уровень ТГ <4,0 ммоль/л.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ [адаптировано из 10, 11]

Категория	САД (мм рт.ст.)		ДАД (мм рт.ст.)
Оптимальное	<120	и	<80
Нормальное	120-129	и	80-84
Высокое нормальное	130-139	и/или	85-89
АГ 1-й степени	140-159	и/или	90-99
АГ 2-й степени	160-179	и/или	100-109
АГ 3-й степени	≥ 180	и/или	≥ 110
Изолированная систолическая АГ	≥ 140	и	<90
Изолированная диастолическая АГ	<140	и	≥ 90

Офисное АД – АД, измеренное в медицинском учреждении.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ: ОФИСНОЕ, СМАД ИЛИ ДМАД [адаптировано из 10]

Категория		САД (мм рт.ст.)		ДАД (мм рт.ст.)
Офисное АД		≥ 140	и/или	≥ 90
Амбулаторное АД	Дневное (или в период бодрствования), среднее	≥ 135	и/или	≥ 85
	Ночное (или во время сна), среднее	≥ 120	и/или	≥ 70
	Среднее за 24 часа	≥ 130	и/или	≥ 80
	Среднее при домашних измерениях	≥ 135	и/или	≥ 85

СМАД – суточное мониторирование артериального давления.

ДМАД – домашнее мониторирование артериального давления.

ЦЕЛЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ [адаптировано из 10, 12]

Возраст	Целевое значение офисного САД (мм рт.ст.)					Целевое значение офисного ДАД (мм рт.ст.)
	АГ	+СД	+ХБП	+ИБС	+Инсульт ¹ / ТИА	
18-69 лет ⁴	≤130 при переносимости не <120	≤130 при переносимости не <120	≤130 при переносимости ²	≤130 при переносимости не <120	≤130 при переносимости не <120	70-79
≥70 лет ⁴	130-139 при переносимости	130-139 при переносимости	≤130 при переносимости ³	130-139 при переносимости	130-139 при переносимости	70-79
Целевое значение офисного ДАД (мм рт.ст.)	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	

¹ Относится к пациентам с инсультом в анамнезе, а не к показателям АД в остром периоде инсульта.

² Кроме пациентов с ХБП моложе 50 лет.

³ Относится к пациентам с ХБП старше 50 лет и моложе 90 лет.

⁴ Целевые значения могут меняться у пожилых пациентов с синдромом старческой астении.

КЛАССИФИКАЦИЯ СТАДИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, НАЛИЧИЯ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА, ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, И НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ [адаптировано из 10]

Стадия ГБ	Другие ФР, ПОМ или заболевания	АД, мм рт.ст.			
		Высокое нормальное давление САД 130-139 мм рт.ст. ДАД 85-89 мм рт.ст.	АГ 1 степень САД 140-159 мм рт.ст. ДАД 90-99 мм рт.ст.	АГ 2 степень САД 160-179 мм рт.ст. ДАД 100-109 мм рт.ст.	АГ 3 степень САД ≥ 180 мм рт.ст. ДАД ≥ 110 мм рт.ст.
Стадия I	Нет других ФР	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
	1-2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск/ высокий риск	Высокий риск
	≥ 3 ФР	Низкий/ умеренный риск	Умеренный риск/ высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия II	ПОМ, ХБП стадия 3 или СД без ПОМ	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Стадия III	Установленное ССЗ, ХБП стадия ≥ 4 или СД с ПОМ	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

НАЧАЛО АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ [адаптировано из 10]

Категория	САД (мм рт.ст.)		ДАД (мм рт.ст.)	Алгоритм действий
Оптимальное	<120	и	<80	Поддерживать ЗОЖ [12]
Нормальное	120-129	и	80-84	Поддерживать ЗОЖ [12]
Высокое нормальное	130-139	и/или	85-89	Изменение образа жизни Оценка целесообразности начала лекарственной терапии у больных очень высокого риска с ССЗ, особенно с ИБС
АГ 1-й степени	140-159	и/или	90-99	Изменение образа жизни Немедленное начало лекарственной терапии у больных высокого и очень высокого риска с ССЗ, заболеваниями почек или ПОМ Начало лекарственной терапии у больных низкого/умеренного риска без ССЗ, заболеваний почек или ПОМ через 3-6 месяцев, если не удалось достичь контроля АД
АГ 2-й степени	160-179	и/или	100-109	Изменение образа жизни Немедленное начало лекарственной терапии всем больным Достижение контроля АД в течение 3 месяцев
АГ 3-й степени	≥ 180	и/или	≥ 110	Изменение образа жизни Немедленное начало лекарственной терапии всем больным Достижение контроля АД в течение 3 месяцев

СКРИНИНГ И ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ [адаптировано из 10]

Категория	САД (мм рт.ст.)		ДАД (мм рт.ст.)	Алгоритм действий
Оптимальное	<120	и	<80	Контроль АД не реже, чем каждые 5 лет
Нормальное	120-129	и	80-84	Контроль АД не реже, чем каждые 3 года
Высокое нормальное	130-139	и/или	85-89	Исключить маскированную АГ* Провести СМАД или ДМАД Контроль АД не реже, чем ежегодно
АГ (≥ 1-й степени)	≥140	и/или	≥90	Повторные визиты для оценки офисного АД и ДМАД или СМАД или ДМАД или СМАД

*Маскированная АГ – форма АГ, особенностью которой являются нормальные показатели офисного АД (<140/90 мм рт.ст.) и повышенные – по данным СМАД и/или ДМАД.

КЛАССИФИКАЦИЯ МАССЫ ТЕЛА (ВЕЛИЧИНА ИНДЕКСА КЕТЛЕ) И РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ [адаптировано из *]

	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	Рост (см)
125	63,8	59,5	55,6	52,0	48,8	45,9	43,3	40,8	38,6	36,5	34,6	32,9	31,3	
120	61,2	57,1	53,3	49,9	46,9	44,1	41,5	39,2	37,0	35,1	33,2	31,6	30,0	
115	58,7	54,7	51,1	47,9	44,9	42,2	39,8	37,6	35,5	33,6	31,9	30,2	28,8	
110	56,1	52,3	48,9	45,8	43,0	40,4	38,1	35,9	34,0	32,1	30,5	28,9	27,5	
105	53,6	49,9	46,7	43,7	41,0	38,6	36,3	34,3	32,4	30,7	29,1	27,6	26,3	
100	51,0	47,6	44,4	41,6	39,1	36,7	34,6	32,7	30,9	29,2	27,7	26,3	25,0	
95	48,5	45,2	42,2	39,5	37,1	34,9	32,9	31,0	29,3	27,8	26,3	25,0	23,8	
90	45,9	42,8	40,0	37,5	35,2	33,1	31,1	29,4	27,8	26,3	24,9	23,7	22,5	
85	43,4	40,4	37,8	35,4	33,2	31,2	29,4	27,8	26,2	24,8	23,5	22,4	21,3	
80	40,8	38,0	35,6	33,3	31,3	29,4	27,7	26,1	24,7	23,4	22,2	21,0	20,0	
75	38,3	35,7	33,3	31,2	29,3	27,5	26,0	24,5	23,1	21,9	20,8	19,7	18,8	
70	35,7	33,3	31,1	29,1	27,3	25,7	24,2	22,9	21,6	20,5	19,4	18,4	17,5	
65	33,2	30,9	28,9	27,1	25,4	23,9	22,5	21,2	20,1	19,0	18,0	17,1	16,3	
60	30,6	28,5	26,7	25,0	23,4	22,0	20,8	19,6	18,5	17,5	16,6	15,8	15,0	
55	28,1	26,2	24,4	22,9	21,5	20,2	19,0	18,0	17,0	16,1	15,2	14,5	13,8	
50	25,5	23,8	22,2	20,8	19,5	18,4	17,3	16,3	15,4	14,6	13,9	13,1	12,5	
45	23,0	21,4	20,0	18,7	17,6	16,5	15,6	14,7	13,9	13,1	12,5	11,8	11,3	
40	20,4	19,0	17,8	16,6	15,6	14,7	13,8	13,1	12,3	11,7	11,1	10,5	10,0	

*Кривонос О.В., Бойцов С.А., Еганян Р.А., Измайлова О.В., Карамнова Н.С., Калинина А.М. Тутельян В.А. Методические рекомендации "Оказание медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела", утв. Минздравсоцразвитием России 23.04.2012.

ИНДЕКС КЕТЛЕ И РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ [адаптировано из * и 13]

Масса тела	Индекс Кетле (кг/м ²)	Риск ССЗ
Дефицит массы тела	< 18,5	Низкий риск
Нормальная масса тела	18,5-24,9	Среднепопуляционный
Избыточная масса тела	25,0-29,9	Повышенный
Ожирение 1 степень	30,0-34,9	Высокий
Ожирение 2 степень	35,0-39,9	Очень высокий
Ожирение 3 степень	≥ 40,0	Чрезвычайно высокий

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ [адаптировано из * и 12]

Масса тела		Абдоминальное ожирение	Высокий риск ХНИЗ
		Повышенный риск ХНИЗ	
ОТ, см	Мужчины	≥ 94 см	≥ 102 см
	Женщины	≥ 80 см	≥ 88 см
Рекомендации		Контроль массы тела, профилактика повышения массы тела	Снижение массы тела

*Кривонос О.В., Бойцов С.А., Еганян Р.А., Измайлова О.В., Карамнова Н.С., Калинина А.М. Тутельян В.А. Методические рекомендации "Оказание медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела", утв. Минздравсоцразвитием России 23.04.2012.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ [адаптировано из 6]

	Уровень ХС ЛНП у пациента, не получавшего гиполипидемической терапии (ммоль/л)					
ССР	<1,4	1,4 <1,8	1,8 <2,6	2,6 <3,0	3,0 <4,9	≥4,9
Первичная профилактика						
Низкий						
Умеренный						
Высокий						
Очень высокий						
Вторичная профилактика						
Очень высокий						

- Лечение не требуется, рекомендуется поддержание ЗОЖ и контроль ФР
- Рекомендуется поддержание ЗОЖ и, возможно (по решению врача), назначение липидснижающей терапии, если целевой уровень ХС ЛНП не достигнут
- Рекомендуется поддержание ЗОЖ и одновременное назначение липидснижающей терапии

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА [адаптировано из 13, 14]

Критерий	Характеристика
ОТ* (см)	≥ 80 для женщин ≥ 94 для мужчин
АД (мм рт.ст.)	≥ 140 / ≥ 90
ТГ (ммоль/л)	≥ 1,7
ХС ЛВП (ммоль/л)	< 1,0 для мужчин < 1,2 для женщин
ХС ЛНП (ммоль/л)	> 3,0
Гипергликемия натощак (ммоль/л)	Глюкоза в плазме крови натощак ≥ 6,1
НТГ (ммоль/л) [14]	Глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах ≥ 7,8 и < 11,1

*Основной критерий – центральный (абдоминальный) тип ожирения.

Наличие у пациента центрального ожирения и 2-х из дополнительных критериев является основанием для диагностирования у него МС.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ДРУГИХ НАРУШЕНИЙ ГЛИКЕМИИ (Всемирная организация здравоохранения, 1999-2013) [адаптировано из 15]

Время определения	Концентрация глюкозы, ммоль/л (1)	
	Цельная капиллярная кровь	Венозная плазма (2)
Норма		
Натощак	<5,6	<6,1
Через 2 часа после ПГТТ	<7,8	<7,8
Сахарный диабет*		
Натощак	≥6,1	≥7,0
Через 2 часа после ПГТТ	≥11,1	≥11,1
Случайное определение**	≥11,1	≥11,1
Нарушенная толерантность к глюкозе[#]		
Натощак (если определяется)	<6,1	<7,0
Через 2 часа после ПГТТ	≥7,8<11,1	≥7,8<11,1
Нарушенная гликемия натощак[#]		
Натощак	≥5,6<6,1	≥6,1<7,0
Через 2 часа после ПГТТ (если определяется)	<7,8	<7,8

Норма у беременных

Натошак		<5,1
Через 1 час после ПГТТ		<10,0
Через 2 часа после ПГТТ		<8,5

Гестационный сахарный диабет

Натошак		$\geq 5,1 < 7,0$
Через 1 час после ПГТТ		$\geq 10,0$
Через 2 часа после ПГТТ		$\geq 8,5 < 11,1$

(1) Диагностика проводится на основании лабораторных определений уровня гликемии.

(2) Возможно использование сыворотки.

*Диагноз СД всегда следует подтверждать повторным определением гликемии в последующие дни, за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или с очевидными симптомами. Диагноз гестационного СД может быть поставлен на основании однократного определения гликемии.

**При наличии классических симптомов гипергликемии.

#Предиабет – это нарушение углеводного обмена, при котором не достигаются критерии СД, но превышены нормальные значения глюкозы крови.

Предиабет включает любое из нарушений:

- нарушенная гликемия натощак (код по МКБ-10 R.73.9 Гипергликемия неуточненная)
- нарушенная толерантность к глюкозе (код по МКБ-10 R.73.0 Отклонения результатов нормы теста на толерантность к глюкозе)

В 2011 г. ВОЗ одобрила возможность использования HbA_{1c} для диагностики СД.

В качестве диагностического критерия СД выбран уровень $Hb_{1c} \geq 6,5\%$ (≥ 48 ммоль/моль).

Нормальным считается уровень $HbA_{1c} \leq 6,0\%$ (≤ 42 ммоль/моль). Согласно рекомендациям ВОЗ, уровень $HbA_{1c} > 6,0$ и $< 6,5\%$ (> 42 и < 48 ммоль/моль) сам по себе не позволяет ставить какие-либо диагнозы, но не исключает возможности диагностики СД по уровню глюкозы крови [9 и 15].

©Клинические рекомендации "Сахарный диабет 2 типа у взрослых". Разраб.: Российская ассоциация эндокринологов". 2022.

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК И ПРИМЕРЫ АБСОЛЮТНОГО И ОТНОСИТЕЛЬНОГО УРОВНЕЙ ИНТЕНСИВНОСТИ [адаптировано из * и 8]

Абсолютная интенсивность			Относительная интенсивность
Интенсивность	МЕТ	Примеры	"Тест разговора"
Легкая	1,1-2,9	Ходьба <4,7 км/ч, легкая работа по дому	
Умеренная (средняя)	3,0-5,9	Ходьба в умеренном или быстром темпе (4,8-6,5 км/ч), медленная езда на велосипеде (15 км/ч), ремонтные работы (малярные работы/декорирование), уборка, стирка, глажка, садоводство, посадка и сбор урожая, гольф, настольный теннис, бадминтон, пилатес, йога, уход за животными, танцы, верховая езда	Дыхание учащенное, но пациент может говорить полными предложениями
Высокая	≥6,0	Быстрая ходьба на беговой дорожке, бег трусцой или обычный бег, езда на велосипеде > 15 км/ч, сельскохозяйственные работы (копание земли, работа мотыгой), строительные работы, теннис, футбол, баскетбол, быстрое плавание, активная аэробика, бальные танцы	Дыхание очень тяжелое, пациенту некомфортно говорить

МЕТ (метаболический эквивалент) оценивается как энергопотребление данной деятельности, деленное на энергопотребление покоя: 1 МЕТ соответствует 3,5 мл O₂ /кг/мин, где VO₂ — потребление кислорода.

*WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

*Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>, доступ 16.07.2023

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ [адаптировано из 8]

Фактор	Рекомендация
Курение	Отказ от курения.
Потребление алкоголя	Не существует безопасного уровня потребления алкоголя применительно к онкологическим заболеваниям*. Не рекомендуется с целью профилактики ХНИЗ.
Здоровое питание	<p>≥ 400 г овощей и фруктов ежедневно.</p> <p>Включение в рацион бобовых, цельнозерновых продуктов, семян и орехов.</p> <p>Потребление рыбы не реже 2 раз в неделю.</p> <p>Потребление молочных продуктов низкой жирности.</p> <p>Ограничение потребления переработанного красного мяса.</p> <p>Ограничение потребления соли < 5 г в сут.</p> <p>Ограничение потребления свободных сахаров < 25-50 г в сут.</p>
ФА	Не менее 150-300 мин средней интенсивности в неделю или 75-150 мин высокой интенсивности в неделю (аэробная ФА). Лицам с ХНИЗ следует начинать с небольших физических нагрузок и со временем постепенно повышать их регулярность, интенсивность и продолжительность. Перед началом интенсивной ФА при исходно малоподвижном образе жизни курящие лица; пациенты с ССЗ; лица, имеющие 2 или более ФР ССЗ должны проходить медицинское обследование (включая тест с физической нагрузкой).
Сон	Не менее 7 часов в сут.
Стресс	Профилактика стресса и обучение техникам управления стрессом. Консультация психолога, психотерапевта.

*Алкоголь и онкологические заболевания в Европейском регионе ВОЗ. Призыв к более активной профилактике. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO/EURO:2020-1435-41185-56124.

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ [адаптировано из 8]

Фактор	Рекомендация	Комментарий
	Использование Средиземноморской, Скандинавской диет и их аналогов.	Основа питания – продукты растительного происхождения.
		Потребление большего количества растительной пищи, богатой пищевыми волокнами, включая цельнозерновые продукты, фрукты, овощи, бобовые, орехи и семена.
≥ 200 г овощей в день (≥ 2-3 порций).		
≥ 200 г фруктов в день (≥ 2-3 порций).		
	Ограничение НЖК и ТЖК.	30 г несоленых и несладких орехов в день.
		< 30% от суточной калорийности на общие жиры. < 10% суточной калорийности рациона на НЖК < 7% при наличии гиперхолестеринемии [16]). Замена НЖК на ПНЖК и МНЖК. < 1% суточной калорийности на ТЖК до полного исключения из рациона.
	Ограничение потребления переработанного красного мяса. Потребление рыбы, преимущественно жирных сортов.	10-15% общей калорийности на общий белок. 350-500 г в неделю красного мяса с сокращением переработанного
		Не реже 2 раз в неделю, из них 1 порция – жирной жиры.
	Ограничение потребления соли.	< 5 г поваренной соли в сутки (< 1 ч.л.).
	Ограничение потребления свободных сахаров, в том числе за счет сахаросодержащих напитков.	≥ 55% общей энергоценности на общие углеводы. < 10% от общей калорийности рациона на свободные сахара, желателен – < 5%. Ограничить потребление добавленного сахара < 25-50 г в сутки (< 5-10 ч.л.), сахаросодержащих напитков, фруктовых соков до 1 порции и менее в неделю.

*Алкоголь и онкологические заболевания в Европейском регионе ВОЗ. Призыв к более активной профилактике. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO/EURO:2020-1435-41185-56124.

ТАРЕЛКА ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ



Растительное масло

Используйте растительные масла (оливковое, рапсовое, подсолнечное) для приготовления пищи и для салатов.

Избегайте использования сливочного масла и животных жиров.



Напитки

Пейте воду, чай или кофе (без/или с небольшим количеством сахара). Ограничьте потребление молока (1-2 порций в день).

Избегайте потребления сладких напитков.



Адаптировано из источника: Официальный сайт Гарвардской школы общественного здравоохранения <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/russian/>, доступ 16.07.2023

ДИЕТА DASH (the Dietary Approaches to Stop Hypertension; Диетические подходы к контролю артериальной гипертензии) [адаптировано из * и 17-21]

Продукты	Потребление (порция) в день	Пример одной порции	Рекомендация
Молочные продукты низкой жирности	2-3 в день	1 чашка молока (йогурта) 30 г сыра, 50 г творога	18% от общей калорийности рациона на долю общего белка. Выбирать продукты с наименьшим содержанием НЖК, холестерина и натрия. Рыба рекомендуется не реже 2 раз в неделю, из них 1 порция – жирной жиры.
Мясо, птица, рыба, морепродукты	≤6 в день	1 яйцо 25-30 г красного мяса, птицы, рыбы	
Зерновые	6-8 в день	1 кусок хлеба 30 г крупы ½ десертной тарелки каши, риса	≥ 30 г пищевых волокон в день, предпочтительно из цельнозерновых продуктов. Выбирать цельнозерновые продукты (хлеб грубых сортов с семенами, нерафинированные крупы, макаронные изделия из твердых сортов пшеницы).
Овощи	4-5 в день	½ тарелки овощного салата	≥ 200 г овощей в день. ≥ 200 г фруктов в день. Потреблять свежие, замороженные или сушеные, но не консервированные овощи и фрукты.
Фрукты	4-5 в день	1 средний фрукт или ¼ стакана сухофруктов	
Орехи, семена, бобовые	4-5 в неделю	½ десертной тарелки бобовых, стручковых 15-20 г семян, горсть орехов	

Масла, жиры	2-3 в день	1 ч.л. раст. масла, 1 ст.л. мягкого маргарина	<p>≤27% от суточной калорийности на общие жиры.</p> <p>≤6% суточной калорийности рациона на НЖК.</p>
Сахар, сладости	4-5 в неделю	1 ст.л. сахара (джем, мед, варенье)	<p>>55% общей энергоценности на общие углеводы.</p> <p>Ограничить потребление сахара, джема, меда, варенья, мороженого, сладких напитков и других сладостей.</p>
Соль (натрий), Калий, Магний, Кальций	<p>Содержание натрия в рационе не более 2300 мг/сут.</p> <p>Содержание калия в рационе не менее 4700 мг/сут.</p> <p>Содержание магния в рационе не менее 500 мг/сут.</p> <p>Содержание кальция в рационе не менее 1250 мг/сут.</p>		<p>Выбирать продукты с наименьшим содержанием натрия. Исключить экстрактивные вещества, острые специи, жареные и консервированные блюда, поваренную соль для кулинарных целей.</p> <p>Увеличить потребление продуктов, богатых калием (урюк, курага, фасоль, морская капуста, чернослив, изюм, картофель печеный в "мундире", абрикосы, персики) и магнием (отруби, фасоль, овсянка, чернослив, морская капуста, пшено).</p>

*Официальный сайт Института сердца, легких и крови, США <https://www.nhlbi.nih.gov/education/dash/following-dash>, доступ 13.07.2023

СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ ДИЕТА (The Mediterranean diet)



п – порция

Адаптировано из источника: Mediterranean diet pyramid: a lifestyle for today. Barcelona: Mediterranean Diet Foundation; 2017 (<https://dietamediterranea.com/en/nutrition/>), доступ 16.07.2023. и Renzella J., Townsend N., Jewell J., et al. Какие инициативы на национальном или субнациональном уровнях, основанные на использовании средиземноморской и скандинавской диет, рекомендуются к внедрению в Европейском регионе ВОЗ, и существуют ли доказательства их эффективности для противодействия неинфекционным заболеваниям? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (Сводный доклад №58 Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)).

Не существует безопасного уровня потребления алкоголя применительно к онкологическим заболеваниям*, не рекомендуется с целью профилактики ХНИЗ [8].

*Алкоголь и онкологические заболевания в Европейском регионе ВОЗ. Призыв к более активной профилактике. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO/EURO:2020-1435-41185-56124.

СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ ДИЕТА (The Mediterranean diet) [адаптировано из 22]

Продукты	Потребление (порция) в день	Пример одной порции	Рекомендация
Молочные продукты	2-3 в день	50 мл молока, 50 г йогурта 30 г сыра	16,5% общей калорийности на долю общего белка.
Мясо, птица	≤2 в неделю	100 г красного мяса 50 г переработанного мяса 1 яйцо	Отдавать предпочтение рыбе, птице, морепродуктам. Рыба рекомендуется не реже 2 раз в неделю. Выбирать преимущественно белое мясо (птица).
Яйца	2-4 в неделю		
Рыба, морепродукты	≥2 в неделю	100 г рыбы	Ограничить потребление переработанного мяса ≤1 раз в неделю.
Зерновые	6 в день	30 г (цельнозерновой хлеб, бурый рис, макароны твердых сортов пшеницы)	>48 г пищевых волокон в день, отдавать предпочтение нерафинированным крупам.
Овощи, фрукты	6 в день	100 г овощей/фруктов	Потреблять свежие, замороженные или сушеные, но не консервированные овощи и фрукты. Разнообразие цвета потребляемых овощей и фруктов.
Картофель	≤3 в неделю	100 г картофеля	
Бобовые	≥2 в неделю	50-100 г бобовых	
Орехи, семена	1-2 в день	15 г орехов, семян	
Масла (преимущественно оливковое)	3-4 в день	10 г	<32% от суточной калорийности на общие жиры. <6% суточной калорийности рациона на НЖК. Рекомендуются растительные масла, преимущественно оливковое масло.
Сахар, сладости	≤2 в неделю	25 г	>51,5% общей энергоценности на общие углеводы.
Соль	Ограничить потребление соли <5 г в сутки, отдавать предпочтение специям, зелени, чесноку, луку.		
Вода	Не менее 1,5-2,0 л в день.		

СКАНДИНАВСКАЯ ДИЕТА (The Baltic Sea Diet Pyramid) [адаптировано из * и 23]



*Renzella J., Townsend N., Jewell J., et al. Какие инициативы на национальном или субнациональном уровнях, основанные на использовании средиземноморской и скандинавской диет, рекомендуются к внедрению в Европейском регионе ВОЗ, и существуют ли доказательства их эффективности для противодействия неинфекционным заболеваниям? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (Сводный доклад №58 Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)).

СКАНДИНАВСКАЯ ДИЕТА (The New Nordic Diet) [адаптировано из * и 24]

Продукты	Рекомендация
Молочные продукты	Не менее 17% общей калорийности на долю общего белка. 500 мл молока и молочных продуктов низкой жирности в день.
Мясо, птица, яйца, рыба, морепродукты	25 г сыра в день. 1 яйцо в день. 85-100 г мяса и птицы в день (<350 г красного мяса в неделю) с ограничением переработанного мяса. >43 г рыбы и морепродуктов в день (~300 г в неделю).
Морские водоросли	5 г в день.
Цельные злаки	>75 г цельных злаков в день. >41 г пищевых волокон в день.
Овощи, капуста, листовая зелень, травы	>400 г овощей в день. >29 г капусты в день.
Картофель, корнеплоды, бобовые, грибы (дикоросы)	Листовая зелень, травы – как можно больше. >140 г картофеля в день. >150 г корнеплодов в день. >30 г бобовых в день.
Фрукты, ягоды	5 г грибов и дикоросов в день. >300 г фруктов в день. 50-100 г ягод в день.
Орехи, семена	>30 г в день
Масла, жиры	<32% от суточной калорийности на общие жиры. <10% суточной калорийности рациона на НЖК. Замена НЖК на ПНЖК и МНЖК. Ограничение ТЖК (<1% суточной калорийности) до полного исключения. Предпочтительно рапсовое масло [18].
Сахар, сладости	>51% общей энергоценности на общие углеводы. <4% от общей калорийности рациона на свободные сахара.

*Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2023

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ СТРЕССА [адаптировано из 25]

- Коррекция образа жизни (организация режима труда и отдыха, коррекция питания, наличие хобби);
- Контролируемая ФА;
- Регулярные занятия спортом;
- Освоение техник управления стрессом;
- Обучение техникам релаксации (дыхательные, музыкотерапия, визуализация, ароматерапия);
- Обучение навыкам медитативных практик (дыхательные техники, йога, тренинг внимательности, "медитация осознанности");
- Аутогенная тренировка;
- Освоение навыков позитивного мышления;
- Когнитивно-поведенческая терапия;
- Консультация психолога;
- Консультация психотерапевта.

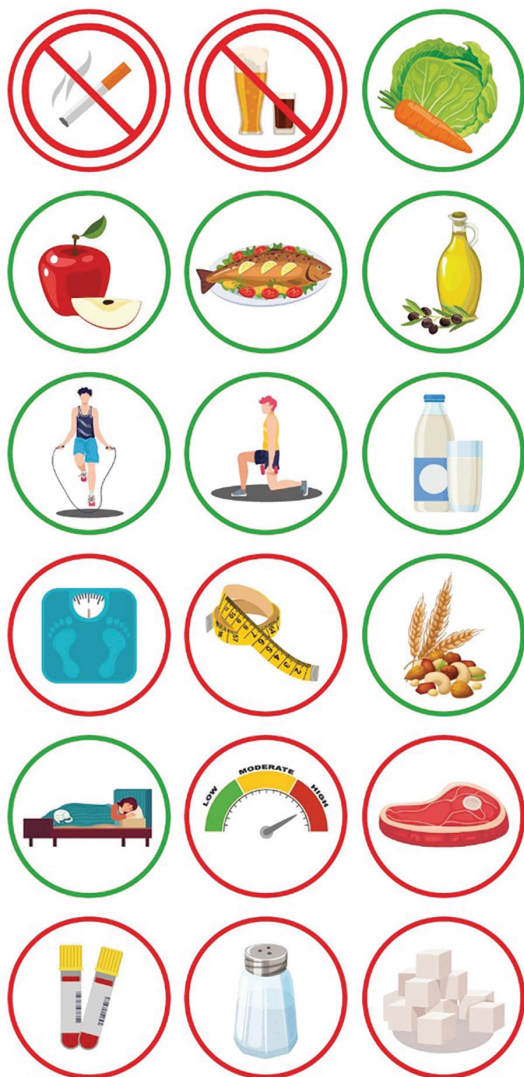
КОЛИЧЕСТВО (ДОЛЯ) ГРАЖДАН, ПРИВЕРЖЕННЫХ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ [адаптировано из 26, 27]

Для оценки доли граждан (%), приверженных ЗОЖ, был предложен индекс приверженности ЗОЖ, разработанный сотрудниками ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России на основе рекомендаций ВОЗ и Европейского общества по профилактике ССЗ в первичном звене здравоохранения. Данный индекс является условной характеристикой ЗОЖ и включает несколько компонентов.

Степени приверженности ЗОЖ:

- Низкая – наличие курения, либо отсутствие ≥ 2 других компонентов ЗОЖ
- Удовлетворительная – отсутствие курения, при этом может отсутствовать один любой другой компонент ЗОЖ
- Высокая – отсутствие курения при наличии всех компонентов ЗОЖ

"КАРТА ЗДОРОВЬЯ"



Курение	Полное прекращение
Алкоголь	Потребление должно быть сведено к минимуму или исключено из рациона
Физическая активность	Не менее 150-300 мин средней интенсивности в неделю или 75-150 мин высокой интенсивности в неделю (аэробная физическая активность)
Антропометрия	Придерживайтесь ИМТ <25,0; ОТ <94 см у мужчин, ОТ <80 см у женщин
Артериальное давление	САД <140 мм рт.ст., ДАД <90 мм рт.ст
Углеводный профиль	Уровень глюкозы венозной плазмы/сыворотки натощак <6,1 ммоль/л, через 2 часа после ПГТТ – <7,8 ммоль/л
Липидный профиль	Зависит от уровня ССР. Например, низкий ССР – уровень ХС ЛНП <3,0 ммоль/л, очень высокий ССР – <1,4 ммоль/л
Рацион здорового питания	Потребление ≥400 г овощей и фруктов ежедневно, включение в рацион бобовых, цельнозерновых продуктов, семян и орехов. Потребление рыбы не реже 2 раз в неделю. Потребление молочных продуктов низкой жирности. Ограничение потребления переработанного красного мяса
Сахар	<25-50 г в сутки (<5-10 ч.л.). Ограничить потребление свободных сахаров, в том числе за счет сладостей и сахаросодержащих напитков
Соль	<5 г в сутки (<1 ч.л.). Исключить досаливание пищи и потребление солений
Сон	Не менее 7 часов в сутки
Стресс	Организация режима труда и отдыха, наличие хобби

"КАРТА ЗДОРОВЬЯ"



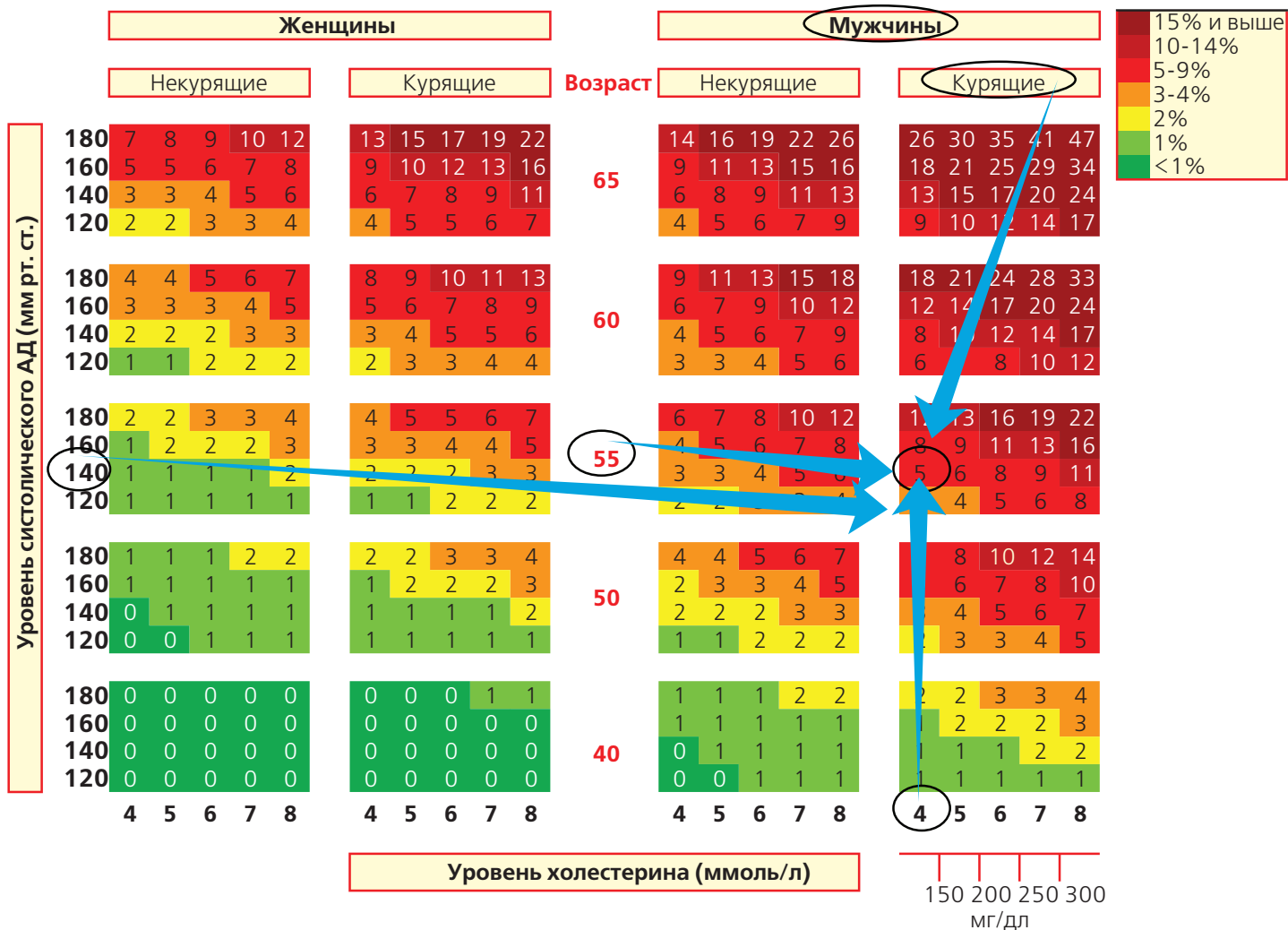
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J.* 2003;24(11):987-1003. doi:10.1016/s0195-668x(03)00114-3
2. 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). *Russian Journal of Cardiology.* 2017;6(146):7-85. (In Russ.) Шестой совместный пересмотр клинических рекомендаций рабочей группой европейского общества кардиологов (ЕОК) и других обществ по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (составлен представителями десяти обществ и приглашенными экспертами). Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016). *Российский кардиологический журнал.* 2017;6(146):7-85. doi:10.15829/1560-4071-2017-6-7-85
3. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J.* 2021;42(25):2439-2454. doi:10.1093/eurheartj/ehab309
4. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Russian Journal of Cardiology.* 2022;27(7):5155. (In Russ.) 2021 Рекомендации ESC по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике. *Российский кардиологический журнал.* 2022;27(7):5155. doi:10.15829/1560-4071-2022-5155
5. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J.* 2021;42(25):2455-2467. doi:10.1093/eurheartj/ehab312
6. Ezhov M.V., Kukharchuk V.V., Sergienko I.V., et al. Disorders of lipid metabolism. *Clinical Guidelines 2023. Russian Journal of Cardiology.* 2023;28(5):5471. (In Russ.) Ежов М.В., Кухарчук В.В., Сергиенко И.В. и др. Нарушения липидного обмена. *Клинические рекомендации 2023. Российский кардиологический журнал.* 2023;28(5):5471. doi:10.15829/1560-4071-2023-5471
7. Kryuchkova O.N., Itskova E.A., Lutay U.A., et al. Draft Updated Clinical Recommendations "Arterial Hypertension in Adults 2022" Main New Positions. *Crimean Journal of Internal Diseases.* 2022;4:35-41. Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А. и др. Проект обновленных клинических рекомендаций "Артериальная гипертензия у взрослых 2022". Основные новые позиции. *Крымский терапевтический журнал.* 2022;4:35-41.
8. Drapkina O.M., Kontsevaya A.V., Kalinina A.M., et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. *National guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. *Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235
9. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. *Российский кардиологический журнал.* 2012;(4s1):4-32.
10. Kobalava Zh.D., Konradi A.O., Nedogoda S.V., et al. Arterial hypertension in adults. *Clinical guidelines 2020. Russian Journal of Cardiology.* 2020;25(3):3786. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. *Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал.* 2020;25(3):3786. doi:10.15829/1560-4071-2020-3-3786
11. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023;41(12):1874-2071. doi:10.1097/HJH.0000000000003480
12. Boytsov S.A., Pogosova N.V., Ansheles A.A., et al. Cardiovascular prevention 2022. *Russian national guidelines. Russian Journal of Cardiology.* 2023;28(5):5452. (In Russ.) Бойцов С.А., Погосова Н.В., Аншелес А.А. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2022. *Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал.* 2023;28(5):5452. doi:10.15829/1560-4071-2023-5452
13. Dedov I.I., Mokrysheva N.G., Mel'nichenko G.A., et al. Obesity. *Clinical guidelines. Consilium Medicum.* 2021; 23(4):311–325. (In Russ.) Дедов И.И., Мокрышева Н.Г., Мельниченко Г.А. и др. Ожирение. *Клинические рекомендации. Consilium Medicum.* 2021; 23(4):311–325. doi:10.26442/20751753.2021.4.200832

14. Mychka V.B., Vertkin A.L., Vardaev L.I., et al. Experts' consensus on the interdisciplinary approach towards the management, diagnostics, and treatment of patients with metabolic syndrome. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2013;12(6):41-82. (In Russ.) Мычка В.Б., Верткин А.Л., Вардаев Л.И. и др. Консенсус экспертов по междисциплинарному подходу к ведению, диагностике и лечению больных с метаболическим синдромом. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2013;12(6):41-82.
15. Standards of specialized diabetes care, Edited by Dedov I.I., Shestakova M.V., Mayorov A.Yu., 11th Edition, Moscow. (In Russ.) Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 11-й выпуск. – М.; 2023. doi:10.14341/DM13042
16. Mach F, Baigent C., Catapano A.L., et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(5):3826. (In Russ.) Mach F, Baigent C., Catapano A.L. и др. 2019 Рекомендации ESC/EAS по лечению дислипидемий: модификация липидов для снижения сердечно-сосудистого риска. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(5):3826. doi:10.15829/1560-4071-2020-3826
17. Drapkina O.M., Karamnova N.S., Kontsevaya A.V., et al. Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases (ROPNIZ). Alimentary-dependent risk factors for chronic non-communicable diseases and eating habits: dietary correction within the framework of preventive counseling. *Methodological Guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(5):2952. (In Russ.) Драпкина О.М., Карамнова Н.С., Концевая А.В. и др. Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ). Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования. *Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(5):2952. doi:10.15829/1728-8800-2021-2952
18. Shvabskaia O.V., Karamnova N.S., Izmailova O.V. Healthy Diet: New Rations for Individual Use. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2020;16(6):958-965. (In Russ.) Швабская О.В., Карамнова Н.С., Измайлова О.В. Здоровое питание: новые рационы для индивидуального использования. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2020;16(6):958-965. doi:10.20996/1819-6446-2020-12-12
19. Blumenthal JA, Babyak MA, Hinderliter A, et al. Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study. *Arch Intern Med*. 2010;170(2):126-135. doi:10.1001/archinternmed.2009.470
20. Sacks FM, Appel LJ, Moore TJ, et al. A dietary approach to prevent hypertension: a review of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Study. *Clin Cardiol*. 1999;22(7 Suppl):III6-III10. doi:10.1002/clc.4960221503
21. Svetkey LP, Sacks FM, Obarzanek E, et al. The DASH Diet, Sodium Intake and Blood Pressure Trial (DASH-sodium): rationale and design. *DASH-Sodium Collaborative Research Group. J Am Diet Assoc*. 1999;99(8 Suppl):S96-S104. doi:10.1016/s0002-8223(99)00423-x
22. D'Alessandro A, Lampignano L, De Pergola G. Mediterranean Diet Pyramid: A Proposal for Italian People. A Systematic Review of Prospective Studies to Derive Serving Sizes. *Nutrients*. 2019;11(6):1296. doi:10.3390/nu11061296
23. Kanerva N, Kaartinen NE, Schwab U, et al. The Baltic Sea Diet Score: a tool for assessing healthy eating in Nordic countries. *Public Health Nutr*. 2014;17(8):1697-1705. doi:10.1017/S1368980013002395
24. Mithril C, Dragsted LO, Meyer C, et al. Dietary composition and nutrient content of the New Nordic Diet. *Public Health Nutr*. 2013;16(5):777-785. doi:10.1017/S1368980012004521
25. Drapkina O.M., Shishkova V.M., Kotova M.B. Psychoemotional risk factors for non-communicable diseases in outpatient practice. *Guidelines for internists. Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(10):3438. (In Russ.) Драпкина О.М., Шишкова В.Н., Котова М.Б. Психоэмоциональные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике. *Методические рекомендации для терапевтов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(10):3438. doi:10.15829/1728-8800-2022-3438
26. Shalnova S.A., Balanova Iu.A., Deev A.D., et al. Integrated assessment of adherence to a healthy lifestyle as a way of monitoring the effectiveness of preventive measures. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2018;21(4):65-72. (In Russ.) Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Деев А.Д. и др. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер. *Профилактическая медицина*. 2018;21(4):65-72. doi:10.17116/profmed201821465
27. Shalnova S.A., Maksimov S.A., Balanova Yu.A., et al. Adherence to a healthy lifestyle of the Russian population depending on the socio-demographics. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(2):2452. (In Russ.) Шальнова С.А., Максимов С.А., Баланова Ю.А. и др. Приверженность к здоровому образу жизни в российской популяции в зависимости от социально-демографических характеристик населения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(2):2452. doi:10.15829/1728-8800-2020-2452

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Перед Вами мужчина 55 лет, курящий, с уровнем систолического артериального давления 140 мм рт.ст. и диастолического артериального давления 85 мм рт.ст., с уровнем общего холестерина 4 ммоль/л. Определите по шкале SCORE суммарный сердечно-сосудистый риск.



Ответ:

1. Сначала необходимо убедиться, что у пациента нет документально подтвержденных сердечно-сосудистых заболеваний или других состояний высокого риска, таких как сахарный диабет, семейная гиперхолестеринемия, генетических или других редких нарушений липидного обмена и артериального давления, хронической болезни почек.

2. Для того, чтобы определить 10-летний риск развития сердечно-сосудистой смерти у конкретного пациента, необходимо определить в таблице его пол, статус курения и возраст. Внутри шкалы найти клетки, максимально близкие к показателям артериального давления и общего холестерина данного пациента. Если пациент находится между возрастными категориями, следует отнести его к более старшему возрасту.

3. В данном случае у пациента риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет составляет 5%, что свидетельствует о высоком сердечно-сосудистом риске.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.

Перед Вами мужчина Н. 60 лет с сахарным диабетом 2 типа без поражения органов-мишеней, диагноз сахарного диабета 2 типа впервые установлен в 48 лет. Дополнительно известно, что у него обнаружен гемодинамически незначимый атеросклероз некоронарных артерий (стеноз 40%).

К какой категории сердечно-сосудистого риска относится пациент?

Ответ:

У пациента сахарный диабет 2 типа без поражения органов-мишеней, однако длительность заболевания составляет более десяти лет (12 лет). Обращаясь к шкале глобальной оценки десятилетнего сердечно-сосудистого риска, учитывая данные анамнеза, определяем, что пациент Н. относится к группе высокого сердечно-сосудистого риска.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.

На приеме у Вас женщина М. 55 лет. Известно, что она курит с 30 лет, по выходным потребляет 2 бокала красного сухого вина, предпочитает досаливать готовую пищу не пробуя. Из анамнеза известно, что 5 лет назад впервые был диагностирован сахарный диабет 2 типа. Рост М. составляет 165 см, масса тела – 80 кг.

1. Перечислите факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у пациента.
2. Укажите, какие другие неинфекционные заболевания (помимо сахарного диабета 2 типа) могут развиваться у пациента при длительном и непрерывном комплексном воздействии данных факторов риска.

Ответ:

1. Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний: курение, потребление алкоголя, нерациональное питание (избыточное потребление соли), избыточная масса тела.
2. Сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, бронхолегочные заболевания, ожирение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.

На приеме у Вас мужчина А. 45 лет. Из привычек питания известно, что он предпочитает красное мясо с преобладанием мясных переработанных продуктов (колбаса, сосиски, сардельки). Свежим овощам А. предпочитает консервированные и маринованные овощи. В качестве десертов выбирает пирожные и мучные изделия.

Какие рекомендации здорового питания Вы предложите пациенту А. для профилактики развития неинфекционных заболеваний?

Ответ:

1. Основа питания – продукты растительного происхождения. Потребление не менее 400 г свежих овощей и фруктов в день с включением в ежедневный рацион цельнозерновых продуктов, бобовых, орехов и семян.
2. Потребление красного мяса 350-500 г в неделю с резким ограничением переработанного красного мяса.
3. Потребление рыбы, преимущественно жирных сортов, не реже 2 раз в неделю.
4. Исключение досаливания пищи, а также потребления солений.
5. Ограничение потребления свободного сахара, включая содержащийся в сладостях, до 25-50 г в сут.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.

Оцените приверженность здоровому образу жизни пациента Д., если известно, что он не курит и не потребляет алкоголь, не досаливает пищу и не потребляет соленья, предпочитает потреблять свежие овощи и фрукты более 400 г ежедневно, однако из-за своего графика работы (офисный сотрудник) редко занимается физической активностью (максимум 60 минут физической нагрузки средней интенсивности в неделю). Что Вы порекомендовали бы изменить в образе жизни Д.?

Ответ:

У пациента Д. присутствует 4 компонента из индекса приверженности здоровому образу жизни (включая отсутствие курения), что свидетельствует об удовлетворительном индексе приверженности здоровому образу жизни. Рекомендация – увеличить длительность физических нагрузок средней интенсивности до 150 минут в неделю (аэробная нагрузка) или придерживаться 75 минут в неделю физической активности высокой интенсивности (аэробная нагрузка).

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Баланова Ю.А., Гоманова Л.И., Евстифеева С.Е., Имаева А.Э., Капустина А.В., Карамнова Н.С., Котова М.Б., Максимов С.А., Муромцева Г.А., Швабская О.Б., Шепель Р.Н.

ПРОФИЛАКТИКА В СХЕМАХ И ТАБЛИЦАХ

Учебно-методическое пособие
под редакцией О. М. Драпкиной, С. А. Шальной

Редактор, корректор Е. А. Рыжов
Дизайн макета Д. В. Никонов
Дизайн обложки М. В. Авакова
Подготовка к печати Е. Ю. Добрынина

Подписано к печати 25.12.2023
Формат издания 60x84/8
Гарнитура Newton
Тираж 1000 экз.

Российской общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ)
10100, г. Москва, Петроверигский пер, д. 10, стр. 3

e-mail: info@ropniz.ru
www.ropniz.ru


Издатель: ООО "Силицея-Полиграф"
119049, г. Москва, ул. Шаболовка, 23-254
e-mail: cardio.nauka@yandex.ru
www.roscardio.ru


Типография: "One-book"
г. Москва, Волгоградский пр., д. 42, корп. 5
"Технополис Москва"
+7 495 545-37-10
+7 499 550-60-32
e-mail: info@onebook.ru



Федеральное государственное бюджетное учреждение
«**НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Наши контакты:

 Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3
Москва, Китайгородский пр., д. 7

 7 (495) 212-07-13

 www.gnicpm.ru