Министерство здравоохранения Красноярского края Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики»

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского»

ШКОЛЫ ПАЦИЕНТА/ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТЬ II

Учебно-методическое пособие

Под редакцией Кутумовой О. Ю.

УДК 613.97(07) ББК 51.204.0.1 Ш 67

Составители:

Кононова Л.И., канд. мед. наук, доц.; Демко И.В., д-р мед. наук, проф.; Соловьева И.А., д-р мед. наук, доц.; Крапошина А.Ю., канд. мед. наук, доц.; Гордеева Н.В., канд. мед. наук, доц.; Горный Б.Э., канд. мед. наук; Крижановская Е.В.; Семенов А.А., Николаева Л.В., канд. мед. наук, доц.; Ланг А.А.; Войлова С.С.; Пухова Э.П.

Под редакцией Кутумовой О.Ю., канд. мед. наук, доц.

Рецензент:

Петрова М.М., д-р мед. наук, проф.

Ш67 Школы пациента/школы здоровья : учебно-методическое пособие / сост. Кононова Л.И., Демко И.В. [и др.]; под ред. Кутумовой О.Ю. – Красноярск : тип. , 2022. – 226 с.

Настоящее учебно-методическое пособие «Школы пациента/Школы здоровья», часть 11, является продолжением одноименного учебно-методического пособия, часть 1, разработанного в 2020 г.

Пособие включает вопросы методологии проведения группового углубленного профилактического консультирования граждан с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Пособие предназначено для врачей и средних медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению: сотрудников центров здоровья, отделений и кабинетов медицинской профилактики, участковых терапевтов, врачей общей практики, медицинских сестер участковых и общей практики, фельдшеров ФАПов.

Утверждено к печати	ШКМС Кр	асГМУ (п	іротокол №	OT ≪	»	2022 г.

УДК 613.97(07) ББК 51.204.0

- © Министерство здравоохранения Красноярского края, 2021
- © КГБУЗ «ККЦОЗ и МП», 2021
- © ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецког Минздрава России, 2021
- © КГБУЗ «КККОД им. А.И. Крыжановского», 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
Введение	3
Глава 1.Критерии здорового образа жизни и факторы риска	6
неинфекционных заболеваний	
Глава 2. Школа здоровья по снижению веса	10
Глава 3. Школа здорового питания	62
Глава 4. Школа здоровья по отказу от курения	101
Глава 5. Школа здоровья для граждан с риском пагубного потребления алкоголя	146
Глава 6. Школа здоровья по оптимизации физической активности	169
Глава 7. Школа здоровья по управлению стрессами	201

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

АГ – артериальная гипертония

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГГК – гипергликемия

ГХС - гиперхолестеринемия

ДАД – диастолическое артериальное давление

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИК - индекс курения

ИМТ – индекс массы тела

ИПЛ – индекс пачек-лет

КЖСТ – толщина кожно-жировой складки трицепса

КЖС – кожно-жировая складка

ЛПВП – липопротеины высокой плотности

ЛПНП – липопротеины низкой плотности

МНЖК – мононенасыщенные жирные кислоты

МО – медицинская организация

НИЗ – неинфекционные заболевания

НЗТ – никотин- заместительная терапия

ОО – основной обмен

ОТ – окружность талии

ОП – окружность плеча

ОМП – окружность мышц плеча

ОХС – общий холестерин крови

ОТ – объем талии

ОБ – объём бедер

ПНЖК – полиненасыщенные жирные кислоты

САД – систолическое артериальное давление

СД – сахарный диабет

СД 2 – типа сахарный диабет 2 типа

ССЗ – сердечно- сосудистые заболевания

ТГ – триглицериды

ФА – физическая активность

XE – хлебные единицы

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ЦНС – центральная нервная система

ЧД – частота дыхания

ВВЕДЕНИЕ

Школа здоровья и Школа пациента (далее — Школа) являются организационной формой углубленного группового профилактического консультирования (класс XXI, Z70 — Z76 МКБ X). Перечень «Школ пациента/Школ здоровья» входит в номенклатуру медицинских услуг (приказ Минздрава России № 804н от 13.10. 2017 г.).

«Школы пациента» для граждан с различными хроническими заболеваниями и «Школы здоровья» для лиц с высоким риском их развития являются одними из обязательных составляющих 11 этапа диспансеризации взрослого населения и диспансерного наблюдения за гражданами 2 и 3 групп Работа «Школ пациента»/«Школ здоровья» регламентирована здравоохранения Российской приказами Министерства Федерации профилактике неинфекционных заболеваний, диспансеризации профилактических медицинских взрослого И осмотрах населения, диспансерном наблюдении (№ 1177н от 29.10.2020; № 404н от 27.04.2021; № 173н от 29.03.201; № 1115 от 01.02.2022; №140н от 21.02.2021, а также приказом министерства здравоохранения Красноярского края № 31-орг. от 13.01.2022.

В течение последних 3-х лет в Красноярском крае резко снизилось число обученных в Школах и по данным отчетной формы №30, составляет ежегодно 58770 - 28440 - 35691 человек (7,6% - 4,2% - 5,0%) от численности диспансерной группы).

Из числа пациентов, обученных в Школах здоровья, доля обученных в центрах здоровья составила за последние 3 года 15,4% - 14,5% - 11,9% (8304 – 8516 – 3384 человек ежегодно), а доля граждан, которым проведено групповое углубленное профилактическое консультирование в рамках 11 этапа диспансеризации, составило всего 7,7% - 11,2% - 0,14% (4153 – 6600 – 960 человек).

Среди случаев углубленного профилактического всех консультирования, проведенного на 11 этапе диспансеризации, доля группового профилактического консультирования занимает не более 3,8%, индивидуального – более 96%. Это показывает, что в то время как при ограниченном времени на терапевта индивидуальное прием y углубленное профилактическое консультирование чаще всего подменяется кратким.

Учет посещений в Школы пациента/Школы здоровья ведется только в центрах здоровья и в рамках 11 этапа диспансеризации. При этом, наибольшую часть обученных в Школах составляют пациенты диспансерной

группы, с которыми проведены групповые занятия не в центрах здоровья и вне рамок 11 этапа диспансеризации ($43\ 654\ -\ 24\ 086\ -\ 18\ 110$ человек), их доля составила по годам 76,8% - 74,3% - 84,7%. Эти посещения в Школы редко учитываются.

Вместе с тем, нуждается в обучении в целом по краю около 700 тысяч пациентов диспансерной группы, из них более 600 тысяч пациентов с ХНИЗ, состоящих на диспансерном учете у врачей-специалистов, и около 100 тысяч пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смерти, отнесенных к 11 группе здоровья, которые находятся на учете в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики и у врачей-терапевтов. В 2022 году, по предварительным данным, нуждаются в обучении 712 593 пациента диспансерной группы.

В приказе Минздрава России о диспансерном наблюдении за взрослыми (№ 1115 от 01.02.2022) предусмотрено «обучение пациентов навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья, определённых врачом - терапевтом (фельдшером) или врачом-специалистом, осуществляющим диспансерное наблюдение, и алгоритмам действия в случае развития жизнеугрожающих состояний» (цит.).

Расчеты показали, что каждый врач (участковый терапевт, врач по медицинской профилактике) должен обучить 15 пациентов диспансерной группы в неделю. При отклике пациентов на обучение около 30% это число может снизиться до 5 человек в неделю. Каждый врач вполне может подготовить одну тему и проводить обучение в рамках единого графика проведения занятий в медицинской организации.

Красноярском краевым Центром общественного здоровья и медицинской профилактики подготовлено 2 учебно-методических пособия «Школы пациента/Школы здоровья» (Часть 1 и Часть 11).

В Части 1 изложены общие положения об организации работы «Школ пациента / Школ здоровья», а также методология проведения занятий в «Школах пациента»: с артериальной гипертонией, с сердечной недостаточностью, с сахарным диабетом, с бронхиальной астмой, с хронической обструктивной болезнью легких.

Часть 11 - настоящее учебно-методическое пособие - включает методологию проведения углубленного группового профилактического консультирования граждан с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

По-новому представлена методология проведения занятий в «Школе здоровья по снижению веса», «Школе отказа от курения», «Школе здоровья для граждан с риском пагубного потребления алкоголя», а также в «Школе

оптимизации физической активности», «Школе по управлению стрессами», «Школе рационального питания».

Учебно-методическое пособие предназначено для врачей и средних медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению Красноярского края: для сотрудников центров здоровья, отделений и кабинетов медицинской профилактики, врачейтерапевтов и узких специалистов, участвующих в проведении «Школ пациента/Школ здоровья», фельдшеров ФАПов и здравпунктов.

Целями обучения в «Школах здоровья» являются мотивирование участников Школы к изменению поведения и повышение приверженности здоровому образу жизни.

При групповом обучении создается атмосфера коллектива, улучшается эмоциональный контакт. Эффективность повышается за счет обмена опытом между пациентами, примеров из их жизни. Доходчивое объяснение в форме взаимного обсуждения повышает мотивацию к изменению поведенческих привычек и стереотипов в сторону здорового образа жизни.

По предложению Красноярского краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики министерством здравоохранения Красноярского края принято решение о планировании посещений в Школы пациента/Школы здоровья и доработке программы qMs для возможности внесения в реестр посещений в Школы пациента/Школы здоровья.

Главный внештатный специалист по медицинской профилактике министерства здравоохранения Красноярского края, к.м.н., доц.

О.Ю. Кутумова

ГЛАВА 1. КРИТЕРИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кутумова О.Ю., Кононова Л.И., Пухова Э.П.

Здоровье человека, по определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) - состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Вклад образа жизни в состояние здоровья составляет более 50%. Именно поэтому возможность сохранения здоровья зависит от выбора человеком правильных стратегий поведения — т.е. здорового образа жизни с исключением пагубных привычек и пристрастий.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — образ жизни человека, помогающий сохранить здоровье и снизить риск неинфекционных заболеваний (НИЗ) путём контроля над поведенческими факторами риска.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ здоровый образ жизни включает в себя: здоровое питание, достаточную физическую активность, отсутствие вредных привычек.

Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний

Нездоровый образ жизни во многом обуславливают факторы риска, приводящие к развитию хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, хронических обструктивных болезней легких, сахарного диабета, злокачественных опухолей) и которые наибольшим образом влияют на смертность населения от перечисленных групп заболеваний.

Говоря о факторах риска, следует особо выделять факторы поведенческого характера или управляемые факторы риска, на которые можно воздействовать путем изменения образа жизни и таким образом улучшить здоровье и увеличить продолжительность жизни тех людей, которые этого хотят и предпринимают к этому усилия.

К основным «управляемым» факторам риска НИЗ относятся:

Повышенное АД — расценивается как фактор риска сердечнососудистых заболеваний при впервые обнаруженном АД выше 140/90 мм рт. ст. и при уже установленном диагнозе гипертонической болезни или вторичной артериальной гипертонии.

Нерациональное питание (нездоровые привычки питания) — недостаточное ежедневное потребление фруктов и овощей (менее 400 г), избыточное потребление жирной пищи (отсутствие контроля за жирностью

пищевых продуктов), избыточное потребление поваренной соли (привычка досаливать пищу, не пробуя), избыточное ежедневное потребление сахара.

Курение (ежедневное выкуривание 1 сигареты и более),

Избыточная масса тела — устанавливается при индексе массы тела (индексе Кетле) от 25 до 29,9 кг/м2 (индекс массы тела = отношение массы тела в кг к росту в м2),

Ожирение — индекс массы тела 30 кг/м2 и более,

Повышенный уровень холестерина (XC) в крови более 5 ммоль/л; Дислипидемия (ДЛП) нарушение структуры холестерина —одного или нескольких фракций липидного спектра: ОХС более 5 ммоль/л; ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) у женщин менее 1,0 ммоль/л, у мужчин менее 1,2 ммоль/л; ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) 3 ммоль/л и более; триглицеридов (ТГ) более 1,7 ммоль/л;

Низкая физическая активность (Н Φ A) — ходьба в умеренном темпе менее 30 минут в день, без выполнения каких-либо других физических работ и упражнений);

Подозрение на пагубное потребление алкоголя (высокая вероятность зависимости от алкоголя) —по результатам вопросника RUS-AUDIT.

Выявление факторов риска НИЗ проводится в большинстве медицинских организаций нашей страны в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения в поликлиниках, амбулаториях фельдшерско-акушерских пунктах.

Кроме «управляемых» факторов риска, в прогнозе развития заболеваний и смертности имеют значение и те факторы риска, на которые мы не можем влиять — «неуправляемые» факторы риска - это наследственная предрасположенность, возраст, пол. С неуправляемыми факторами риска связана большая продолжительность жизни женщин по сравнению с мужчинами, а также долгожителей горных районов.

Критерии, по которым оценивается наличие факторов риска у человека, подробно изложены в главах настоящего учебно-методического пособия о проведении Школ здоровья (Школа рационального питания, Школа по снижению веса, Школа здоровья для граждан с риском пагубного потребления алкоголя, Школа по отказу от курения, Школа оптимальной физической активности, Школа по управлению стрессами).

Следует отметить низкий уровень выявления факторов риска НИЗ при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослого населения, которые не соответствуют истинной распространенности среди населения. Во многом это связано с низкой

укомплектованностью кадрами, с недостаточной подготовкой среднего медицинского персонала, формальным отношением медицинских работников к диагностике факторов риска НИЗ.

В центрах здоровья, где на одного пациента предусмотрено достаточное количество времени, уровень выявляемости факторов риска НИЗ значительно выше, чем при проведении диспансеризации и медицинских осмотров, и приближается к популяционному.

По данным социологического опроса квотной выборки взрослого населения Красноярского края за 2021 год, распространенность факторов риска XHИЗ высокая.

Первое место занимает нерациональное питание за счет недостаточного употребления овощей и фруктов. Только 42,8% ежедневно употребляют овощи и фрукты в количестве 400 граммов, а 73% респондентов употребляют овощи и фрукты менее 400 граммов в день.

Второе место занимают психосоциальные факторы. Признаки тревоги и депрессии встречаются у 47,3% жителей края, в том числе у 12,6% - клинически выраженные признаки депрессии и у 19,6% - аномальная форма тревожности.

На третьем месте по распространенности факторов риска находится избыточная масса тела и ожирение (40,6%),

на четвертом месте - курение (34,2%), при этом 37,4% курящих пытались бросить курить в течение последнего года.

Пятое место по распространенности факторов риска занимает низкая физическая активность (30,0%),

шестое – пагубное потребление алкоголя (1,2%). Последний фактор риска с большой долей вероятности занижен из-за возможного сокрытия респондентами истинных фактов употребления алкоголя.

По данным официальной статистики, на диспансерном учете в медицинских организациях края состоит более 700 тысяч граждан с хроническими неинфекционными заболеваниями, и у каждого из них есть факторы риска ХНИЗ, которые нуждаются в коррекции.

Кроме того, согласно данным диспансеризации взрослого населения, не менее 10% граждан, у которых не выявлены хронические неинфекционные заболевания, имеют высокий риск развития ХНИЗ, и они отнесены к 2 группе здоровья.

Это обосновывает потребность в углубленном профилактическом консультировании граждан, имеющих факторы риска ХНИЗ.

Проведенные социологические опросы показывают, что граждане России, в том числе и Красноярского края, в большинстве мотивированы к ведению здорового образа жизни.

На основе данных опросов населения о соблюдении условий ЗОЖ (правильное питание, достаточная физическая активность, отсутствие курения и употребление алкоголя не чаще 1 раза в месяц) рассчитан кумулятивный показатель ЗОЖ. В 2017 году этот показатель составлял 50,2%, в 2018 году - 57,6%, и в 2019 году -58,6%.

ФГБУ «Медицинский Национальный исследовательский центр терапии и профилактической медицины» разработана интегральная оценка приверженности к здоровому образу жизни: выделены удовлетворительный и высокий индексы приверженности ЗОЖ.

Удовлетворительному индексу приверженности ЗОЖ соответствует главный критерий - отсутствие курения, при этом может отсутствовать любой другой из компонентов ЗОЖ.

Высокому индексу приверженности ЗОЖ соответствует отсутствие всех факторов риска НИЗ, т.е. человек правильно питается, достаточно физически активен и не имеет вредных привычек.

По данным социологических опросов, в Красноярском крае ведут здоровый образ жизни, не курят, но имеют хотя бы 1 фактор риска НИЗ 27% мужчин и 38,5% женщин.

Частота удовлетворительного индекса приверженности ЗОЖ у мужчин Красноярского края на 1,5% превышает среднероссийский показатель (27,0% и 25,5% соответственно). У женщин Красноярского края, напротив, частота удовлетворительного индекса приверженности ЗОЖ ниже на 2,7% в сравнении со среднероссийским показателем (38,5% и 41,7% соответственно).

К сожалению, частота **индекса высокой приверженности ЗОЖ** низкая как по России в целом, так и по Красноярскому краю. У мужчин этот показатель составляет по России в среднем 6,9% - что ниже, чем по Красноярскому краю (10,2%). У женщин индекс высокой приверженности ЗОЖ выше по России (13,3%), чем по Красноярскому краю (11,9%).

Приведенные данные показывают, что половина взрослых жителей Красноярского края частично ведут здоровый образ жизни, при этом факторы риска XHИЗ имеют около 2/3 взрослого населения.

Углубленное профилактическое консультирование в группах, где имеется возможность общения и взаимоподдержки, является одним из эффективных методов повышения мотивации к ведению здорового образа жизни и индекса приверженности ЗОЖ.

«ШКОЛА ПАЦИЕНТА ПО СНИЖЕНИЮ ВЕСА»

Составители: Крижановская Е.В., Кононова Л.И., Войлова С.С.

Групповое профилактическое консультирование по коррекции питания показано всем пациентам, желающим снизить избыточную массу тела (ИМТ).

Согласно рекомендациям Российского эндокринологического научного центра, **отбор пациентов** в Школу по снижению веса **проводится по следующим критериям**:

индекс массы тела (ИМТ) с 27 до 40 кг/м, сохранный интеллект, наличие мотивации к снижению массы тела.

Противопоказания для обучения в Школе по снижению веса:

- нестабильное психическое состояние,
- острые соматические заболевания или обострение хронических,
- остеопороз, сердечная недостаточность
- синдром мальабсорбции,
- беременность, лактация

Пациентам с эндокринными формами ожирения консультирование по питанию и лечение проводится эндокринологом индивидуально на приеме по основному заболеванию .

Цель «Школы по снижению веса» - формирование новых принципов образа жизни – сочетание рационального питания с оптимальной физической активностью.

Задачи обучения пациентов в школе по снижению веса:

- повышение информированности пациентов об алиментарно-зависимых факторах риска основных неинфекционных заболеваний,
- повышение мотивации к снижению избыточной массы тела и изменению пищевого поведения, выполнению рекомендаций по питанию и физическим нагрузкам,
- формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за количеством и качеством питания, по составлению меню и разгрузочных диет.

Снижение избыточной массы тела, особенно ожирения, требует высокой степени мотивации и колоссальных волевых усилий самого пациента.

Целевые показатели коррекции избыточной МТ при ожирении

- снижение массы тела на 5-10% от исходных величин на протяжении 3-12 месяцев, в дальнейшем - стабилизация достигнутых результатов.

Оценка результата на период 3 – 6 месяцев: результат может считаться удовлетворительным при снижении массы тела на 5-10%.

Темы занятий:

Занятие 1.

Избыточная масса тела и ее влияние на состояние здоровья. Пищевой статус и его оценка. Принципы рационального питания. Место физических нагрузок в немедикаментозной терапии ожирения.

Занятие 2.

Диетотерапия как основной метод снижения веса и лечения ожирения. Суточный рацион для снижения веса при избыточной массе тела и ожирении.

Занятие 3.

Адекватный контроль суточного рациона при ведении дневника питания. Оценка адекватности заполнения дневника.

Занятие 4.

Психологические приемы формирования стереотипа пищевого поведения человека с нормальным весом. Анализ индивидуальных психологических установок, поддерживающих лишний вес, формирование конструктивных установок на изменение образа жизни в направлении снижения веса.

Профилактика «срывов» при выполнении программы.

Структура занятия

- вводная часть
- информационная часть (2 части)
- интерактивная часть (2 части) с контролем выполнения домашних заданий

Форма представления материала:

Каждый раздел содержит справочный информационный материал по избыточному весу и ожирению для медицинского работника, проводящего занятие, и учебный прикладной материал для активной части занятий (таблицы, опросники и др.).

Важно донести до пациентов, что контроль избыточной массы тела и нормализация пищевого поведения - это не "курсы лечения", а новый образ жизни, повседневное более здоровое пищевое поведение.

Для занятий в школе снижения веса рекомендуется использовать подготовленный презентационный материал в виде слайдов, видеопрограмм.

В начале и по окончании Школы рекомендуется провести опрос с целью оценки исходного и конечного уровня знаний и навыков по тематике школы.

Необходимое оснащение «Школы по снижению веса

Весы, ростомер, сантиметровая лента, калькуляторы для каждого участника, таблицы калорийности продуктов, ручка, блокнот. Участники могут использовать личные персональные компьютеры – ноутбуки, планшеты.

По окончании Школы участники должны знать:

- причины и последствия избыточного веса и ожирения,
- методы оценки избыточного веса и ожирения,
- тактику постепенного умеренного снижения веса,
- принципы рационального питания при избыточном весе и ожирении.

По окончании школы участники должны уметь:

- рассчитать свой индекс массы тела, окружность талии и определить тип ожирения,
- оценить свой пищевой статус,
- вести пищевой дневник, составлять меню для снижения веса,
- проанализировать индивидуальные психологические установки, поддерживающие лишний вес,
- контролировать свои показатели здоровья при снижении веса.

Занятие 1.

Тема занятия: Избыточная масса тела и ее влияние на состояние здоровья. Пищевой статус и его оценка.

Цель занятия: информирование об избыточной массе тела как алиментарно - зависимом факторе риска неинфекционных заболеваний. Обучение самоанализу собственных факторов риска, связанных с пищевыми привычками

На первом занятии слушателям Школы по снижению веса предлагается заполнить опросники о характере питания (диетанамнез), которые позволят оценить нарушения в пищевом поведении, а также о готовности снизить свою массу тела. Желательно, чтобы слушатели имели данные своего обследования: антропометрия, АД, биохимические анализы крови (определение глюкозы, холестерина, липидный спектр (липопротеиды высокой и низкой плотности, триглицериды). Это поможет провести самооценку показателей своего здоровья и степень риска развития неинфекционных заболеваний. Кроме того, необходимо будет завести дневник питания.

После 1-го занятия слушатели должны знать:

- причины и последствия избыточного веса и ожирения,
- нормативы индекса массы тела и окружности талии,
- особенности своего питания

Слушатели должны уметь:

- рассчитать свой индекс массы тела и оценить риск развития неинфекционных заболеваний, ассоциированных с избыточным весом,
- рассчитать свои энергозатраты и суточную калорийность пищевого рациона, исходя из реальной массы тела с учетом пола, возраста и уровня физической активности,
 - оценить характер своего питания на основании опросника.

Информационная часть №1

В России, как и в большинстве экономически развитых стран мира, отмечается рост распространенности избыточной массы тела и ожирения, которая в настоящее время превышает 50%.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в России распространенность ожирения составляет 24,5 %, и по этому показателю наша страна занимает 8-е место в мире. Распространенность избыточной массы тела высокая как у женщин, так и у мужчин (59% и 54% соответственно). Ожирение встречается чаще у женщин, чем у мужчин (28,5% и 15,0% соответственно). Количество людей с ожирением увеличивается приблизительно на 1% в год, особенно плохие перспективы по росту числа детей с избыточным весом.

В Красноярском крае, по данным социологического опроса квотной выборки взрослого населения, за последние 5 лет наметилась тенденция к снижению распространенности избыточной массы тела (31,5% - в 2017 г. и 26,5% - в 2021 г.) и тенденция к снижению распространенности ожирения (16,0% - в 2017 г. и 15,1% - в 2021 г.).

В многочисленных эпидемиологических исследованиях выявлена связь избыточной массы тела и ожирения с риском развития целого ряда неинфекционных заболеваний и смертностью от них - артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2 типа, некоторых онкологических заболеваний - рака толстой кишки, молочной железы), желчнокаменной болезни, деформирующего остеоартроза и других.

Среди всех случаев избыточной массы тела ожирение выделяется в отдельную нозологическую единицу — как хроническое заболевание, основным признаком которого является избыточное накопление жировой ткани в организме: у мужчин более 10—15%, у женщин более 20—25% от нормальной массы тела. Ожирение является независимым фактором риска неинфекционных заболеваний и формирует каскад вторичных факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальную гипертонию,

дислипидемию, гипергликемию). Имеются четкие медицинские доказательства, что нормализация массы тела ведет к снижению риска сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, сахарного диабета.

Ожирение не является эндокринологической проблемой. Это хроническое мультифакторное заболевание. В лечении пациентов с этой патологией необходим междисциплинарный подход с участием различных специалистов - диетологов, психологов, специалистов по медицинской профилактике, но прежде всего терапевтов.

Наиболее часто избыточная масса тела и ожирение имеют алиментарное происхождение, то есть накопление жира происходит по причине, когда поступление энергии с пищей превышает энергетические траты человека. Следовательно, речь идет о нерациональном питании и низкой физической активности как атрибутах нездорового образа жизни.

Среди пациентов, имеющих избыточную массу тела и ожирение, широко распространена иллюзия, что ожирение — это следствие гормональных нарушений. Это верно лишь для 3-4%, большинство эндокринологических и метаболических проблем у людей с избыточным весом является его следствием, а не причиной. Основная причина накопления жировой массы в организме заключается в отрицательном балансе между поступлением и расходом энергии - в переедании в сочетании с недостаточной физической активностью. Наследственность в развитии ожирения является предрасполагающим фактором, причём решающую роль играют особенности питания в семье.

Многие недооценивают вредные последствия ожирения и поэтому своевременно не принимают действенных мер для сохранения нормальной массы тела и нередко считают, что полнота является признаком здоровья и человеческой доброты. На самом же деле — это лишь оправдание своего бездействия по изменению пищевых привычек и малоподвижного образа жизни. Действительно, чтобы снизить вес, нужна мощная мотивация и сила воли, и людям с избыточным весом, как правило, нужна помощь психолога.

В государственных поликлиниках, оказывающих первичную медицинскую помощь, психологи работают в центрах здоровья, и то не во всех. Именно поэтому люди, имеющие избыточный вес и твердое намерение похудеть, обращаются в частные центры. Заплатив деньги, у людей появляется мотив к действиям, чтобы деньги не были потрачены впустую.

По данным ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России (в настоящее время – НМИЦ терапии и профилактической медицины), среди пациентов с избыточной массой тела выявлена высокая частота алиментарных нарушений в пищевых привычках (пищевом поведении)

– у 76,5% - чрезмерное потребление простых углеводов, у 59-62% - повышенное потребление жира. Алиментарные нарушения сопровождала низкая информированность об алиментарно-зависимых факторах риска неинфекционных заболеваний и принципах здорового питания.

Это указывает на необходимость обучения пациентов с избыточной массой тела и ожирением с целью повышения не только их информированности, но и мотивации к готовности выполнения профилактических и лечебных мероприятий. Именно готовность пациентов к изменениям образа жизни является наиболее важным фактором эффективности обучающих профилактических программ.

Обучение пациентов с избыточной массой тела и ожирением признано одним из основных методов формирования приверженности пациентов выполнению врачебных назначений и самоконтролю массы тела; создания мотивации к изменению пищевых привычек, формирующих алиментарнозависимые факторы риска неинфекционных заболеваний, которые и влияют на возникновение и развитие сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний.

При обучении пациентов необходимо сделать акцент на постановку реальных и достижимых целей, темпе похудания. Участники Школы должны понимать, что после достижения цели похудания необходимо еще и удержать вес на достигнутом уровне – т.е. пациент должен пройти 2 последовательных этапа похудания – снижение массы тела и ее стабилизацию.

Каждый пациент составляет свою индивидуальную программу снижения веса с помощью специалиста – модератора Школы.

Для снижения веса при избыточной массе тела и ожирении основным методом является диетотерапия, и изменение характера и режима питания — трудный и длительный процесс. Трудность заключается не только в потере лишних килограммов, но и в поддержании достигнутого эффекта.

Диагностика избыточной массы тела и ожирения

Избыточная масса тела — избыточное накопление жира в организме человека, которое развивается при превышении количества поступления энергии с пищей над энергетическими тратами человека. Возникновение избыточной массы тела и ожирения напрямую связаны с повышенным потреблением легкоусвояемых углеводов и снижением физической активности. Часто это связано с нездоровыми привычками питания в семье.

Ожирение – самая высокая степень избыточной массы тела, ожирение классифицируется как болезнь обмена веществ, обменно-алиментарное хроническое заболевание, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, и которую нужно лечить.

Для оценки избыточной массы тела и ожирения наиболее распространенным показателем является индекс массы тела (ИМТ) или индекс Кетле.

ИМТ = **Macca тела (кг)** / **poct (м²).** Единица измерения – кг/м2.

Нормальная масса тела соответствует ИМТ 18,5-24,9 кг/м2.

При величине индекса MT $\geq 25,0$ -29,9 кг/м2 масса тела оценивается как избыточная, а $\geq 30,0$ — как ожирение, таблица 1.

Таблица 1. Клиническая классификация значений ИМТ

ИМТ, кг/м ²	Классификация	Риск заболеваемости
Менее 18,5	Дефицит массы тела	Повышенный
18,5-24,9	Нормальная масса тела	Минимальный
25,0-29,9	Избыточная масса тела	Повышенный
30,0-34,9	Ожирение I степени	Высокий
35,0-39,9	Ожирение II степени	Очень высокий
Свыше 40	Ожирение III степени	Чрезмерно высокий

Определение индекса массы тела для установления избыточной массы тела по указанной выше таблице неприменимо у лиц старше 65 лет из-за возможной саркопении, у спортсменов ввиду избыточной мышечной массы, у беременных женщин.

Ниже приводится таблица 2 нормальных значений ИМТ в зависимости от возраста, на которую могут ориентироваться участники Школы снижения веса старше 65 лет,

Таблица 2. Нормальные значения ИМТ в зависимости от возраста

Возрастная группа	Нормальные значения индекса
19 – 24 года	Менее 20
25 – 34 года	20 – 25
35 – 44 года	21 – 26
45 – 54 года	22 – 27
55 – 64 года	23 – 28
Более 65 лет	24 – 29

Различают 2 типа ожирения – по мужскому типу (тип «яблоко») и по женскому типу (тип «груша»).

Ожирение по мужскому типу характеризуется особым отложением жировой ткани в пределах верхней части туловища и живота абдоминальное ожирение. Этот тип ожирения чаще приводит к нарушениям липидного спектра - снижению «хорошего» холестерина (липопротеидов высокой плотности) и повышению «плохого» холестерина (липопротеидов высокой плотности). Развивается гипертония, атеросклероз и сахарный диабет, что характеризует так называемый метаболический синдром; риск инфаркта миокарда, инсульта, сердечной и в итоге повышается и почечной недостаточности, нарушения кровообращения в артериях нижних конечностей, других осложнений сахарного диабета. Ожирение по женскому типу связано с отложением жира в пределах нижних частей туловища (бедро, голень). К типичным осложнениям для данного типа ожирения относится выраженные обменные (дегенеративные) изменения суставов и позвоночника и патология вен.

Простым методом выявления пациентов с абдоминальным типом накопления жира является определение величины окружности талии. Показатель окружности талии (ОТ) признан достоверным маркером риска развития большинства патологических состояний, связанных с ожирением, в том числе и риска повышенной смертности.

Риск сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета возрастает уже при окружности талии ≥ 80 см у женщин и ≥ 94 см - у мужчин. Если окружность талии у женщин достигает и превышает 88 см, а у мужчин — 102 см, то риск сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета расценивается как высокий (таблица 3).

Таблица 3. Риск неинфекционных заболеваний в зависимости от окружности талии

Риск НИЗ (АГ, СД,	Повышенный	Высокий
ИБС, МИ и др.)		
Мужчины	≥ 94 см	≥ 102 cm
Женщины	≥ 80 см	≥ 88 cm

Более точно судить о степени ожирения позволяет биоимпедансная оценка жировой массы. Биоимпедансметрия устанавливает содержание жировой массы, мышц, мозга, внутренних органов, нервных клеток, внеклеточной (кровь, лимфа) и внутриклеточной жидкостей и общей воды. Рассчитывается индекс массы тела и сравнивает полученные показатели

с нормой, учитывая пол, возраст, вес. Величина жировой массы тела в норме не должна превышать у мужчин 15-16%, у женщин - 25%.

Биоимпедансметрия доступна для всех граждан, обратившихся в центры здоровья.

Активная часть №1

- 1. Расчет индекса массы тела (ИМТ) на основании роста и веса.
- 2. Оценка сердечно-сосудистых рисков на основании окружности талии.

Как правильно измерить окружность талии:

- -Расстегнуть ремень, поднять или снять рубашку.
- -Положение тела: стопы на ширине плеч, руки скрещены перед грудью или свободно свисают, локти под углом примерно 30 градусов.
- -По бокам туловища найти точку, равно удаленную от последнего ребра (край последнего ребра) и самой верхней частью подвздошной кости (гребень подвздошной кости).
- -Измерить окружность талии (OT) дважды на уровне этих точек сразу же после естественного выдоха.
- 3. Записать в дневник данные веса, роста в м, индекса массы тела, окружности талии, тип ожирения и оценку риска неинфекционных заболеваний на основании ИМТ и ОТ.
- 4. Обсуждение в группе результатов оценки индекса массы тела и окружности талии.

Информационная часть №2.

Понятие об энергетическом балансе. Нарушение энергетического баланса как причина избыточного веса и ожирения.

Многие пациенты создают себе иллюзию, что избыточный вес и ожирение — это следствие гормональных нарушений и отягощенной наследственности. На самом деле, с позиций врача, избыточная масса тела и ожирение — это результат отрицательного баланса между поступлением и расходом энергии.

Вся необходимая организму энергия поступает из пищи. Продукты различаются по количеству компонентов и по содержанию калорий.

Калория — это единица энергии, которую несет в себе 1 г. вещества. Все, что мы едим и пьем, обладает калорийностью и поставляет в организм энергию. При «сгорании» 1 г белков выделяется 4 ккал, 1 г жиров — 9 ккал, 1 г углеводов — 4 ккал. Для обеспечения энергетического равновесия потребление энергии должно быть равно ее затратам.

Индивидуальный расход энергии человека зависит от 3-х факторов.

Первый фактор – **основной обмен**, пропорциональный массе и поверхности тела, соответствующий затратам энергии на поддержание основных физиологических функций в стандартных условиях в течение суток (состояние покоя и бодрствования в тепле). Расход энергии на основной обмен в среднем составляет около 60% общих энергетических затрат человека (рис. 1).

Основной обмен «стандартного» мужчины (возраст 30 лет, масса тела 65 кг) равен 1570 ккал, а «стандартной» женщины (30 лет, масса тела 55 кг) – 1260 ккал (т.е. на 20 % меньше). Основной обмен достигает максимума в 18-19 лет, затем постепенно снижается, особенно после 60 лет.

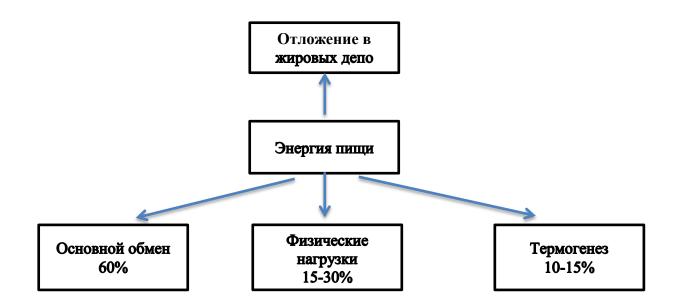


Рис. 1. Энергетический баланс в норме и при избыточной массе тела

Второй фактор – термогенный эффект (специфическое динамическое действие пищи), составляющий примерно 5 – 10% общей затраты энергии (у лиц с высокой физической активностью – до 15%), связанный с дополнительным расходом энергии на пищеварение и со стимуляцией обменных процессов - метаболизма.

Третий фактор – физическая активность, обуславливающий наибольший и значительно варьирующий расход энергии. В среднем энергозатраты на физические нагрузки у человека, не занимающегося спортом и тяжелым физическим трудом, составляют 10-30% от общих энергозатрат (рис. 1).

У спортсменов диапазон колебаний энергозатрат между состоянием покоя и максимальной физической активностью может достигать 10-кратной

величины. При очень тяжелом физическом труде величина основного обмена в зависимости от её интенсивности может увеличиваться от 40 до 240%.

Умственная активность также требует затрат энергии и увеличивает основной обмен, но в меньшей степени.

Если обобщить все виды расхода энергии, то окажется, что у мужчин со среднетяжелым физическим трудом среднесуточные энергозатраты равны 2500-2800 ккал, для женщин той же группы - 2100-2200 ккал. Для людей умственного труда энергозатраты будут ниже: для мужчин 2100-2400 ккал/сутки, для женщин — 1800-2000 ккал/сутки. Расчеты показывают, что при постоянном превышении суточной калорийности пищи над энерготратами на 300 ккал (это примерно 1/10 суточной калорийности или стограммовая сдобная булочка) увеличивается накопление резервного жира на 15-30 г в день (5,4-10,8 кг в год).

Ориентируясь на таблицу средних энергозатрат «стандартного» человека при различных видах деятельности (ккал/час), можно рассчитать собственную потребность в энергозатратах (в ккалориях за сутки) (табл. 4).

Таблица 4. Энерготраты «стандартного» человека (массой 60 кг) при различных видах деятельности, ккал/час

Сон	50
Отдых лежа без сна	65
Чтение вслух	90
Делопроизводство	100
Работа в лаборатории сидя	110
Домашняя работа (мытье посуды, уборка, глажение)	120-240
Работа в лаборатории стоя	160-170
Спокойная ходьба	190
Быстрая ходьба	300
Бег трусцой	360
Ходьба на лыжах	420
Плавание	180-400
Езда на велосипеде	210-540

При кратковременном недостатке калорийной пищи организм частично расходует запасные вещества (жир и гликоген).

При кратковременном избытке пищи её относительная усвояемость и утилизация уменьшаются, увеличиваются каловые массы и выделение мочи.

При длительном недостатке энергетически ценной пищи организм расходует не только резервные углеводы и жиры, но и белки, что, прежде всего, приводит к уменьшению мышечной ткани, и происходит снижение интенсивности метаболизма и других жизненно важных функций (например, иммунитета).

При продолжительном избыточном потреблении калорийной пищи часть жиров и углеводов, не израсходованная организмом, откладывается в виде подкожного жира. Нарастание веса — это результат процесса, при котором поступление энергии, которое можно измерить в виде калорий пищи превышает ее расход, в результате избыток энергии откладывается в виде жиров.

Активная часть №2

Расчет скорости основного обмена каждым участником.

Для составления диеты с целью снижения потребления энергии из пищи и повышения ее расхода необходим расчет скорости основного обмена.

Каждому участнику школы нужно самостоятельно определить скорость своего основного обмена.

1-й шаг: провести индивидуальный подсчет калорийности суточного рациона с учетом массы тела, пола, возраста и физической активности по формуле, предложенной ВОЗ:

Для этого сначала рассчитывается теоретическая скорость основного обмена (табл. 5).

Таблица 5. Расчет теоретической скорости основного обмена с учетом рассчитанных коэффициентов в зависимости от пола, возраста и реальной массы тела

Женщины	18 – 30 лет	0,0621 х реальная масса тела + 2,0357
	31 – 60 лет	0,0342 х реальная масса тела + 3,5377
	> 60 лет	0,0377 х реальная масса тела + 2,5745
Мужчины	18 – 30 лет	0,0630 х реальная масса тела + 2,8957
	31 – 60 лет	0,0484 х реальная масса тела + 3,6534
	> 60 лет	0,0491 х реальная масса тела + 2,4587

Полученный результат умножается на 240 для перевода из мДж как единицы энергии системы СИ в ккал, используемые в диетологии.

2-й шаг: рассчитать суммарный суточный расход энергии.

Для этого полученная величина умножается на коэффициент, соответствующий уровню физической активности:

- на 1,1 для лиц с низким уровнем физической активности,
- на 1,3 с умеренным уровнем физической активности,
- на 1,5 с высоким уровнем физической активности.

Для определения своего уровня физической активности можно использовать критерии, приведенные ниже (табл. 6).

Таблица 6. Критерии для оценки уровня физической активности

Вид деятельности	Нет	< 0,5 Часов	0,5-1 Час	1-2 Yaca	> 2 Часов	Сумма баллов
Баллы	0	1	2	3	4	
Хожу пешком до						
работы и за покупками						
ежедневно						
Занимаюсь физической						
культурой ежедневно						
Нахожусь в движении						
на работе						
Количество баллов						

Результаты теста:

- 0–5 баллов низкая физическая активность,
- 6–9 баллов средняя физическая активность,
- 10–12 баллов достаточная физическая активность,
- более 12 баллов высокая физическая активность.

Активная часть №3. Заполнение опросника по питанию

Опросник по питанию помогает выявить нездоровые привычки в питании и определить, что необходимо изменить в питании в первую очередь. Кроме того, опрос по питанию способствует формированию сотрудничества и взаимопонимания между врачом и пациентом.

Чтобы понять, соблюдается ли у конкретного участника Школы баланс поступления и расхода энергии, нужно проанализировать свое реальное энергопотребление в килокалориях в виде съеденных белков, жиров и углеводов за сутки (на основании составленного привычного суточного

рациона питания). Сразу станет понятно, соблюдается ли первый принцип рационального питания -баланс энергии.

Участникам Школы предлагается заполнить следующий опросник:

№	Содержание вопроса	Выбор ответа	Число
Π/Π	, î		баллов
1.	Сколько раз в день вы принимаете пищу?	3-4 раза	0
		2-3 раза	1
		Один раз	2
		5 раз и более	3
2.	За сколько часов до сна вы принимаете	Не ужинаю	0
	пищу?	Более, чем 2 часа	1
		2 часа и менее	2
3.	Сколько кусков (чайных ложек) сахара Вы	0 кусков	0
	обычно потребляете за день с чаем или	1-5 кусков	1
	кофе?	6-9 кусков	2
	_	10 кусков и более	3
4.	Как часто Вы пьете компоты и сладкие	Никогда	0
	газированные напитки (фанту, пепси-колу	1 раз в неделю и реже	1
	и др.)?	2-3 раза в неделю	2
		4-6 раз в неделю	3
		Несколько раз в день	4
5.	Добавляете ли Вы соль в уже	Нет, никогда	0
	приготовленную пищу?	Да, иногда	1
		Да, обычно	2
6.	На каком жире у Вас дома обычно жарят	Не жарю	0
	пищу?	Растительное масло	1
		Маргарин	2
		Сливочное масло	3
		Животный жир	4
		(говяжий, бараний)	
		На всех жирах	5
7.	Как часто Вы едите овощи и фрукты?	Несколько раз в день	0
	117	4-6 раз в неделю	1
		2-3 раза в неделю	2
		1 раз в нед. и реже	3
		Никогда	4
8.	Чем вы дома преимущественно	Ничем	0
	заправляете салаты?	Растительное масло	1
	-	Сметана	2
		Майонез	3
		Всем	4
9.	Сколько яиц Вы съедаете в неделю, в т.ч.	До 3-х	0
	яйца для приготовления пищи?	3-4	1
	,	5 и более	2

Оценка о нарушениях рационального питания (результат по сумме баллов в перечисленных вопросах):

Сумма баллов	Оценка о нарушениях рационального питания
0-5	нарушения отсутствуют (отлично)
6-10	незначительные нарушения (хорошо)
11-15	умеренные, отдельные нарушения (удовлетворительно)
16 баллов и более	выраженные нарушения (плохо)

Задание на дом: каждому участнику Школы рассчитать скорость индивидуального основного обмена, суммарный суточный расход энергии и требуемую суточную калорийность для снижения массы тела, данные записать в дневник.

ЗАНЯТИЕ № 2

Тема занятия: Диетотерапия как основной метод лечения ожирения

Цели занятия:

- Ознакомить слушателей с основными принципами рационального питания
- Разъяснить основные компоненты питания (белки, жиры, углеводы, витамины, минералы).
- Разъяснить основные принципы снижения калорийности рациона.

После занятия слушатели должны знать основные принципы рационального питания при ожирении,

д**олжны уметь** вести пищевой дневник, составлять меню на 3-4 приема пищи с необходимым количеством калорий, составлять меню и планировать питание для членов своей семьи,

проводить замену блюд, снижать калорийность за счет объема пищи и подбора блюд.

Активная часть №1 - оценка домашнего задания

Оцениваются результаты домашнего задания — расчет скорости индивидуального основного обмена и суммарного расхода энергии. Оценивается рассчитанная оптимальная калорийность суточного рациона для снижения массы тела на основании этих показателей.

Пример: женщина 62 года, масса тела 96 кг. Занимается ежедневно физической культурой (утренняя зарядка) менее 30 минут (1 балл – низкая физическая активность).

Теоретическая скорость основного обмена = $(0,0491 \times 96 + 2,4587) \times 240 = 1721,35$ ккал.

Суммарный суточный расход энергии= 1721,35 х 1,1 = 1893,5 ккал

Для создания отрицательного энергетического баланса необходимо уменьшить суточную калорийность на 20% или на 500 ккал (при этом для женщин она должна быть не менее 1200 ккал/сутки, для мужчин — 1500 ккал/сутки).

В приведенном примере:

1893,5 - 500 = 1393,5 ккал, что при округлении составит 1390 ккал.

По мере снижения массы тела суточная калорийность рациона должна снижаться. Именно отсутствие поддержания низкой калорийности питания и возврат к прежней высококалорийной пище является причиной отрицательного результата и неудач. Так, при снижении массы на 10 кг до 86 у данной пациентки, ей следует питаться на 1266 ккал в сутки и в дальнейшем поддерживать калорийность 1250-1300 ккал в сутки.

Таким образом, после снижения массы тела всегда следует пересчитывать суточную калорийность, что необходимо для последующего удержания достигнутого результата.

Информационная часть №1. Основные принципы диетотерапии (рационального питания) при избыточной массе тела и ожирении

Пациенты с избыточной массой тела и ожирением имеют длительно существующий положительный энергетический баланс, когда количество поступающей энергии с пищей превышает энергетические траты организма. Это приводит к накоплению избыточной жировой массы.

Важно понимать, что ожирение является хроническим заболеванием, соответственно лечить его необходимо длительно. При этом не надо стремиться к быстрой потере веса, что зачастую приводит к рецидиву заболевания, саркопении, а также к развитию целого ряда неблагоприятных для организма последствий.

Диетотерапия — основной метод немедикаментозного лечения избыточного веса и ожирения.

Современные представления о диетотерапии подразумевают соблюдение принципов рационального питания.

Рациональное питание – это соблюдение трех основных принципов:

1. Равновесие между энергией, поступающей с пищей, и энергией, расходуемой человеком во время жизнедеятельности.

- 2. Удовлетворение потребности человека в определенном количестве и соотношении пищевых веществ, то есть балансе веществ.
 - 3. Соблюдение режима питания.

Изменение характера питания рекомендуется как первый и обязательный этап лечения ожирения.

Пища — главный источник макронутриентов (белков, жиров, углеводов), витаминов, минеральных веществ и микроэлементов для организма.

Белки являются необходимым компонентом пищи. Суточная потребность в них составляет в среднем 1,0 - 1,5 г на килограмм массы тела. При сбалансированном питании за счет белков пищи должно обеспечиваться 10-15% энергетических потребностей организма.

Биологическая ценность пищевых белков зависит в основном от содержания и соотношения входящих в их состав незаменимых аминокислот. Из 20 аминокислот, образующихся при гидролизе белков, 8 (валин, лейцин, изолейцин, треонин, фенилаланин, триптофан, метионин, лизин) не синтезируются в организме человека, и поэтому они составляют незаменимые компоненты рациона питания. Другие аминокислоты могут претерпевать в организме взаимопревращения. Белки мяса, яиц и молока наиболее близки к «идеальному» пищевому белку. Однако смесь продуктов более полноценна благодаря взаимному обогащению одних белков аминокислотами других. По скорости расщепления ферментами быстрее расщепляются рыбные и молочные белки; менее быстро – белки мяса; далее белки хлеба и круп.

В организме здорового человека должен соблюдаться баланс между количеством поступающих белков и выводящихся продуктов распада, т.е. количество азота, полученного с белками пищи, должно соответствовать количеству азота, выводимого с мочой (в виде мочевины, мочевой кислоты, креатинина) и калом. Белковые продукты животного происхождения часто содержат «скрытый» жир, в связи с чем их энергетическая ценность выше, чем белковых продуктов растительного происхождения (соя, фасоль, горох, грибы), содержащих также клетчатку.

Жиры являются наиболее энергоемким компонентом пищи: в 1 г жира содержится 9 ккал. Жиры— не только наиболее энергоемкие макронутриенты пищи, но и источники жирорастворимых витаминов и незаменимых жирных кислот.

Пищевые жиры классифицируют на растительные и животные.

Пищевые жиры являются триглицеридами, состоящими из глицерина и жирных кислот. Выделяют насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты.

В насыщенных жирных кислотах каждый атом углерода связан с двумя атомами водорода (в углеродной цепи отсутствуют двойные связи). Источниками насыщенных продукты жиров являются происхождения — сливочное и топленое масло, сало, мясо, птица, рыба, колбасные изделия, молочные продукты. Они при комнатной температуре находятся в твердом состоянии. При наличии двойных связей жирные кислоты называют ненасыщенными: при наличии одной двойной связи мононенасыщенными, при наличии двух и более двойных связей полиненасыщенными. Две жирные кислоты — линолевая и линоленовая являются незаменимыми (не синтезируются в организме и должны обязательно поступать с пищей). Ненасыщенные жирные содержатся в основном в жидких растительных маслах (за исключением тропических — кокосового и пальмового), а также в семенах, орехах и авокадо, и в них нет холестерина. Есть исключения из этого правила: жиры рыб, как правило, жидкие, а пальмовое масло при комнатной температуре находится в твердом состоянии.

О пальмовом масле разговор особый. Эксперты ВОЗ пришли к выводам, что употребление в пищу пальмового масла ведет к ожирению и развитию хронических заболеваний в глобальном масштабе. Полученное путём гидрогенизации масло является практически твёрдым продуктом, напоминающим воск или парафин. Полезных для человека витаминов в нём уже почти нет. Зато с избытком насыщенных жирных кислот, способствующих развитию атеросклероза и риску возникновения множества опасных заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистых. И вот именно это гидрогенизированное пищевое пальмовое масло, самое дешёвое из всех, и применяется обычно при производстве «сметаны», «сливок», «мороженого» и «сыров». Поэтому при выборе продуктов нужно обращать внимание на наличие «растительного на этикетках молочных и кондитерских продуктов.

Органолептически невозможно точно определить количество жира в молоке, сыре, кондитерских изделиях, готовых блюдах. Даже самое постное мясо содержит около 10% жира. Энергетическая ценность жиров колеблется от 5,5 до 9,35 ккал на 1 г (для практических расчетов используют значение 9 ккал). Повышенное потребление жиров с пищей приводит к избыточному поступлению энергии, и далее — к ее накоплению в виде жировых депо.

Углеводы составляют наибольшую часть (до 55–60%) рациона человека. Они являются обязательным компонентом пищи и важнейшим источником энергии, энергетическая ценность 1 г углеводов пищи составляет

4 ккал. Углеводы поступают с пищей в виде простых углеводов (моносахаридов) и сложных углеводов (олигосахаридов и полисахаридов).

Простые углеводы обладают сладким вкусом в отличие от сложных, медленно усвояемые сложные углеводы составляют человека. Продукты рационального питания полного переваривания углеводов (глюкоза, галактоза и фруктоза) быстро всасываются в желудочнокишечном тракте, поступают в кровь, затем в клетки органов и тканей, где вовлекаются в процессы окисления. Глюкоза — основной моносахарид, образующийся в результате переваривания углеводов. Дисахариды (сахароза и лактоза) наполовину построены из глюкозы. Транспорт глюкозы из крови воздействием инсулина, клетки происходит под повышающего проницаемость плазматической мембраны клеток для глюкозы. После приема пищи содержание глюкозы в крови повышается, а затем постепенно снижается до исходной концентрации в результате утилизации. Основные направления использования глюкозы: окисление для получения энергии и депонирование в виде гликогена и жира. Головной и спинной мозг расходует около 140 г глюкозы, эритроциты крови — 40 г глюкозы в сутки.

Важнейшие перевариваемые полисахариды ПИЩИ и гликоген. Крахмал — резервный полисахарид, главный компонент зерна и продуктов его переработки, а также картофеля и овощей. Конечный продукт гидролиза крахмала — глюкоза. Крахмал сырых продуктов трудно переваривается, так как он находится внутри растительных клеток, имеющих стенки. При приготовлении ПИЩИ клеточные мембраны прочные разрываются, и крахмал становится доступным для ферментов.

Гликоген — мобильное «депо» углеводов в организме человека. Основной запас гликогена находится в печени (1/3 всего запаса) и мышцах (2/3 запаса), представляющих наиболее активных потребителей энергии. 350 среднем организме содержится гликогена. около При возникновении потребности в энергии из гликогена образуется глюкоза. Если в пище нет углеводов, депо гликогена иссякает через 12–18 ч, в этом случае активизируются процессы окисления жирных кислот. Неперевариваемые пищевые полисахариды (растительные волокна) входят в состав клеточных оболочек растений. В процессе пищеварения они увеличивают чувство насыщения и наполнения желудка, стимулируют перистальтику кишечника, способствуют формирования каловых масс и выведению из организма недоокисленных продуктов пищеварения, чужеродных веществ и избытка холестерина. Богатая растительными волокнами пища содержит меньше калорий, но достаточное количество витаминов и микроэлементов.

Регулярное употребление пищевых волокон снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, некоторых форм рака. Рекомендуемое потребление пищевых волокон — 20–30 г в день. Чем лучше качество хлеба (т.е. чем больше он очищен от отрубей), тем меньше в нем пищевых волокон.

Источниками основных пищевых волокон являются балластные вещества и ряд продуктов питания:

Балластные вещества	Продукты питания
Целлюлоза	Фрукты, овощи, стручковые
Гемицеллюлоза	Зерновые
Лигнин	Фрукты, овощи
Пектины	Фрукты
Растительные слизи	Льняное семя

В период снижения массы тела питание должно быть с ограничением калорийности (гипокалорийным), а на этапе поддержания массы тела с нормальной калорийностью (эукалорийным), при этом должно обеспечиваться достаточное поступление витаминов и микроэлементов.

Снижение калорийности питания на 500-1000 ккал в сутки от расчетного приводит к уменьшению массы тела на 0,5-1,0 кг в неделю.

<u>При поэтапном, правильном снижении массы тела потеря веса</u> по 0,5—1 кг в неделю происходит преимущественно за счет жировой ткани. Успешным считается снижение жировой массы на 2,5 кг в месяц.

При условии сохранения низкокалорийного питания такие темпы снижения массы тела сохраняются в течение 3-6 месяцев. Важно понять, что в процессе снижения массы тела проводится перерасчет суточной калорийности в сторону ее снижения на 40-100 килокалорий по тем же самым таблицам.

Очень важно сохранять и далее сниженную калорийность суточного рациона. Иначе - при переходе на прежнее питание - вес не просто стабилизируется, но будет нарастать. На фоне уменьшения общей массы, в которую включена тощая – мышечная - происходит некоторое энергозатрат, примерно на 16 ккал/кг в сутки у мужчин снижение и на 12 ккал/кг в сутки у женщин, в результате потеря массы тела приостанавливается – пациент выходит на так называемое «плато», время наступления которого индивидуально для каждого. В этой стадии наряду со снижением калорийности следует увеличить физическую активность или добавить медикаментозное лечение ПО рекомендации специалиста.

Регулярная и достаточная физическая активность рекомендуется как неотъемлемая часть лечения ожирения и поддержания достигнутой в процессе лечения массы тела.

Если расширение режима физической активности невозможно в связи с наличием патологии сердечно-сосудистой системы и опорнодвигательного аппарата, то это указывает на неправильный отбор пациентов на занятия. Таким пациентам нужны индивидуальные консультации специалиста.

Активная часть №2. Обучение ведению дневника питания.

Дневник питания обеспечивает:

- анализ пищевого рациона человека количество реально съедаемой пищи,
- периодичность питания и ситуации, провоцирующие лишние приемы пищи,
- формирование осознанного отношения к питанию,
- выявление нарушений в питании, которые привели к увеличению веса,
- определение изменений, которые необходимо ввести в рацион питания,
- планирование индивидуального пищевого рациона.

Правила ведения дневника питания

Дневник представлен таблицей, в которой указываются продукты или блюда, их вес в граммах, вычисляется калорийность и содержание ингредиентов, из которых обязательным является содержание жира, и желательно — углеводов и белков, указывается время приема еды (рис.2). Съеденное записывается сразу после еды, а не вечером перед сном или на следующий день. Указывается количество выпитой жидкости, отмечается физическая нагрузка, а также особенности эмоционального состояния.

Возможно вести дневник он - лайн в таблицах Excel.

Рис. №2. Образец заполнения дневника питания

Эмоциональное состояние				Есть не	хотелось													
Физическая нагрузка							В 18 часов	плавал в	бассейне 50	минут в	умеренном	темпе –	расход 350	ккал				
Вода (кол-во	250 F	250 r					250 r											
Кол-во калорий	351	79	272	118			922			132			91			869		
Вес компонентов (кол-во граммов)	белки – 14 г жиры – 15 г. углеводы – 41 г	белки – 6 г жиры – 6 г	белки – 8 г жиры – 10 г. углеводы – 41 г	белки – 1 г	жиры – 1 г.	углеводы – 25 г	белки – 36 г	жиры – 80 г.	углеводы — 16 г	белки – 1 г	жиры – 11 г.	углеводы – 7 г	белки – 2 г	жиры – 7 г.	углеводы — 5 г	белки – 33 г	жиры – 61 г.	углеводы – 4 г
Перечень продуктов,	BCEFO 480 F.	яйцо куриное 50 г	каша гурьевская 180 г	Яблоки	250 г		Всего 750 г			Морковный салат	150 г		Суп грибной	картофельный 200 г		Шашлык из	говядины 150 г	
Время	9.00			11.30			13.30											
	Завтрак			Перекус	(второй	завтрак)	Обед											

				Было скучно, за компанию с пришедшим с ночной смены родственником решил поесть	
	200 r	T			
	56	344	106		
белки – 11 г жиры – 12 г. углеводы – 67 г	углеводы – 14 г	белки – 11 г жиры – 12 г. углеводы – 53 г	белки – 5,8 г жиры – 5 г. углеводы – 8 г	белки – 32 г жиры – 12 г. углеводы – 66 г	
Всего 350 граммов	Чай заваренный с лимоном 200 г	Пудинг ореховый 150 г	Кефир 2,5% 200 мл	Сырники из творога 200 граммов 3 штуки	
18.00					
Ужин			Перекус за 2 часа до сна	Ночью в 23-30 во время просмотр а фильма	Итого за

Начать вести дневник питания с оценкой суточной калорийности ежедневного рациона. Задание на дом –

Информационная часть №2. Составление диетического рациона питания

Важной составляющей программы по снижению массы тела является режим питания. Рекомендуется 3 основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) и 1-2 перекуса в день. Ужин рекомендуется не позднее, чем за 3-4 часа до сна. Оптимальный интервал между ужином и завтраком - 10 часов.

Уменьшение поступления энергии с пищей должно происходить в первую очередь за счет сокращения содержания жиров - оно должно снизиться до 30% от суточной калорийности. Практически все продукты с высоким содержанием жира (майонез, сливки, орехи, семечки, жирные сыры, рыбные консервы в масле, торты, пирожные, домашняя выпечка, ветчина, грудинка, чипсы и т.д.) должны быть исключены из рациона. Предпочтение должно отдаваться нежирным продуктам 0.5% - 1.5%, кефир 1% - 1.8%, творог 0% - 2%, молочные йогурты, сметана 10-15%, постные сорта мяса и рыбы, сыры с содержанием жира менее 30% (осетинский, адыгейский и др. сорта), из растительных – бобовые, грибы. Важно не только правильно выбирать, но обрабатывать и готовить продукты (не жарить, а тушить; заправлять салаты низкокалорийными приправами, а не майонезом).

Полезно некоторое количество животных белков, примерно 1/3 заменить на растительные. Это позволяет уменьшить калорийность пищи и увеличить поступление балластных веществ, способствующих наполнению желудка и улучшению работы кишечника.

Доля углеводов в суточном рационе должна составлять 55—60%, поскольку они являются основным источником энергии. В 1 грамме углеводов содержится 4 ккал. Резкое ограничение углеводов нецелесообразно, так как это приводит к замещению их доли в рационе продуктами, содержащими жиры. Необходимо ограничить продукты, содержащие легко усваиваемые углеводы: сахар, варенье, кондитерские изделия, сладкие напитки, из фруктов — дыня, виноград, бананы, финики.Предпочтение необходимо отдавать сложным углеводам, содержащим пищевые волокна (хлеб грубого помола, крупы, макаронные изделия, овощи, бобовые, фрукты, ягоды).

Следует знать, что широко распространенное мнение о высокой калорийности углеводов и об отказе от «белого хлеба, макарон и картофеля» как способе снижения массы тела является ошибочным. Так, энергетическая ценность 100 г. белого пшеничного хлеба составляет всего 238 ккал, а 100 г. картофеля – 80 ккал (для сравнения – калорийность 100 г. овсяной крупы составляет 303ккал.).

Целесообразно включать в рацион овощи 3—4 раза в день в сыром или приготовленном виде, фрукты не менее 2—3 раз в день.

Для снижения веса не рекомендуется использовать широко рекламируемые виды диет: голодание, раздельное питание, вегетарианство, «питание по группам крови», «кремлевская диета» и т. д.

- Голодание диета с калорийностью 800-1000 ккал в сутки. Установлено, что голодание не приводит к формированию навыков рационального питания. Оно плохо переносится, и отмечены побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта: например, изменение свойств желчи с развитием желчнокаменной болезни, нарушения белкового обмена, электролитного баланса гипокалиемии, сидеропеничекого синдрома (дефицита железа), гиповитаминоза полиневритами. При выходе из голода развиваются с В-дефицитными проблемы с контролем веса, который, как правило, набирается еще больше, чем был до соблюдения диеты.
- **2. Интервальное голодание** обычно используется непостоянно, перерывы в приемах пищи до14-16 часов. Это способствует снижению массы тела ввиду уменьшения потребления пищи и суточной калорийности, но может привести к заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

3. Низкоуглеводные диеты.

Диета Аткинса - построена на строгом ограничении углеводов, вследствие чего источником энергии становятся жиры. Снижение потребления углеводов препятствует выработке инсулина (вместо «гиперинсулинемии»). Аналогична и так называемая, "Кремлевская диета".

В этих диетах нарушен один из основных принципов здорового питания - принцип сбалансированности. Недостаток углеводов может вызвать сдвиг кислотно-щелочного равновесия в организме, развитие кетоза, ацидоза; при диете Аткинса повышается риск остеопороза и мочекаменной болезни. В "Кремлевской диете" повышена атерогенность: доля жира в суточной калорийности в два раза (до 60-64%) выше рекомендуемых значений (ВОЗ, 2003), почти в 4 раза повышено содержание пищевого холестерина.

4. **Раздельное питание** - чаще всего не сбалансировано, его нельзя использовать длительное время. Раздельного питания в природе не существует, в любом продукте (мясе, молоке и др.) содержатся и белки, и жиры, и углеводы. Смешанное питание является наиболее сбалансированным.

Требования к составлению диеты при ожирении более жесткие, чем при избыточной массе тела.

Принципы построения рациона при ожирении следующие:

- 1. Резкое ограничение потребления легкоусвояемых углеводов, сахаров не более 10-15 г (3 куска или чайные ложки) в сутки. Здесь имеется в виду не только сахар в чистом виде, который используют для подслащивания чая, кофе, но и сладости в виде варенья, джема, меда; сахар, содержащийся в компотах, конфетах. Еще лучше обычный сахар исключить, заменив его на натуральные сахарозаментели стевия, эритрит, сукралозан. Кондитерские изделия, содержащие к тому же высококалорийный жир, а также сладкие газированные напитки необходимо исключить полностью. Ограничение крахмалсодержащих продуктов: хлеба, блюд из круп, картофеля. В день рекомендуется употреблять до 3-х кусков хлеба. Можно съесть порцию каши и/или порцию картофеля.
- 2. Рекомендовано достаточное потребление белковой пищи (до 250—300 г в сутки): мяса, рыбы, птицы, яиц, молочных продуктов. Но при выборе сортов отдают предпочтение менее жирным (калорийность таких продуктов намного ниже). Если нет выбора, следует срезать видимый жир, снять кожицу с курицы, убрать пенку с молока.
- 3. Включение в рацион большое количество овощей (кроме картофеля) и фруктов. ВОЗ рекомендует не менее 400 граммов в сутки овощей и фруктов, потому что эти продукты и блюда, приготовленные из них, низкокалорийные и в то же время создают чувство сытости за счет большого объема пищи.
- 4. Снижение потребления поваренной соли (для нормализации водносолевого обмена). Необходимо ограничить соль как в чистом виде (меньше класть в кастрюлю, убрать солонку со стола), так и в виде употребления соленых продуктов (соления, маринады, соленая рыба и т.д.). Ограничивают потребление возбуждающих аппетит острых закусок, соусов, пряностей.
 - 5. Достаточное потребление пищевых волокон не менее 25 г. в сутки
- 6. Рекомендуются частые приемы пищи небольшими порциями до 5-6 раз в день.

Активная часть №3. Составление суточного рациона питания.

На примере предложенного меню (приложение 1) составить свой суточный рацион питания на один день, используя таблицы калорийности готовых блюд (приложение 3).

По окончании занятия пациент должен уметь вести пищевой дневник, составлять меню на 3-4 приема пищи с необходимым количеством калорий, проводить замену блюд, снижать калорийность за счет объема пищи и подбора блюд.

Задание на дом

Продолжить заполнение дневника питания с оценкой суточной калорийности ежедневного рациона и оценкой пищевого поведения.

Приложение 1 к занятию №2. Пример меню на 1200 калорий

Блюда	Масса, г/мл	Калории
	 Завтрак	
Персиковый сок	150	80
Вареная говядина	75	145
Овощной салат	80	80
Кофе	200	25
Всего калорий		150
•	Второй завтрак	·
Виноград	130	125
Зеленый чай	200	25
Всего калорий		150
	Обед	
Щи	250	110
Запеканка с капустой	150	120
Салат из огурцов и лука	120	80
Компот	200	60
Всего калорий		370
	Полдник	
Груша	1 шт	70
Йогурт	125	70
Всего калорий		140
	Ужин	
Творог	75	90
Овощной салат	120	95
Кофе	200	25
Всего калорий		210
Всего калорий за день		1200

После случаев переедания можно использовать разные варианты разгрузочных дней:

Приложение 2 к занятию №2. Варианты разгрузочных дней

Творожный	500 г 9%-го творога с двумя стаканами кефира на 5 приемов
Кефирный	1,5 литра кефира на 5 приемов в течение дня
Арбузный	1,5 кг арбуза без корки на 5 приемов в день
Яблочный	1,5 кг яблок (других ягод или фруктов) в 5 приемов
Калиевый	500 г кураги и чернослива (размоченной) на 5 приемов
Молочный	6 стаканов молока теплого на весь день
Рыбный	400 г отварной рыбы в течение дня на 4 приема с капустным листом
Мясной	400 г отварного нежирного мяса (говядина, телятина, курица) с салатным листом в 4 приема

Приложение 3 к занятию №2. Таблица калорийности готовых блюд

Блюдо	Килокалорий на 100 г
Калорий	ность супов
Борщ из свежей капусты (на 500 г)	116
Борщ из квашеной капусты (на 500 г)	156
Бульон мясной	20
Картофельный суп	233
Суп с макаронами	247
Суп молочный с макаронами	390
Суп молочный рисовый	379
Суп гороховый	242
Окрошка мясная	269
Расольник	246
Лапша домашняя	431
Щи из свежей капусты	88
Калорийност	ъ мясных блюд
Гуляш говяжий	180
Гуляш свиной	355

Биточки говяжьи	235
Печень говяжья жареная	200
Плов говяжий	359
Мясо тушеное	175
Сердце в соусе	168
Шницель	168
Студень говяжий	40
Калорийност	ь рыбных блюд
Биточки рыбные	133
Отварная рыба (судак, щука)	70
Осетрина, севрюга	270
Рыба тушеная с овощами	220
Филе морского окуня	140
Калорийн	ость салатов
Винегрет	128
Салат из редьки	128
Салат из редиса	117
Салат из капусты	63
Салат из квашеной капусты	69
Салат из свеклы	67
Салат мясной	385
Салат из огурцов	76
Салат из помидоров	108
Калорий	ность каши
Каша гречневая	197
Каша пшенная	168
Каша рисовая	152
Каша перловая	137
Каша ячневая	141
Каша пшеничная	167
Калорийності	ь овощных блюд
Картофельные оладьи	662
Картофель отварной с маслом	126
Картофель отварной со сметаной	117
Картофель отварной с соусом	90
Икра баклажанная	91
Икра кабачковая	90
Пюре с маслом	141
Пюре морковное	147
Калорийност	ь мучных блюд

Блины с маслом	235
Блины с творогом	195
Вареники с картофелем	221
Вареники с творогом	235
Вареники с творогом и сметаной	347
Макароны	153
Калорийн	ость блюд из яиц
Омлет	250
Яйца вареные (2 шт)	126
Яйца жареные (2 шт)	201
Калорий	ность напитков
Какао без сахара	60
Кисель из свежих ягод	105
Компот из сухофруктов	170
Кофе растворимый без сахара	2
Кофе черный с сахаром	10
Кофе с молоком без сахара	40
Кофе со сливками без сахара	59
Кофе с молоком и сахаром	77
Кофейный напиток	80
Напиток из сиропа	141
Сок яблочный	44
Сок сливовый	66
Сок абрикосовый	55
Сок вишневый	54
Сок виноградный	72
Сок апельсиновый	54
Чай без сахара	2
Чай с сахаром	29
Чай с лимоном и сахаром	30
Чай с молоком и сахаром	44
Чай со сливками и сахаром	71

Таблицы содержания белков, жиров, углеводов и энергетической ценности на 100 г продукта

Мука, крупа, хлеб

wiyka, kpyna, Anco				
Продукт (на 100 г продукта)	Белки (г)	Жиры (г)	Углеводы (г)	Энергоценность (ккал)
Крупа гречневая ядрица	12,60	3,26	54,30	335,00
Крупа рисовая	7,00	1,00	73,20	330,00
Крупа манная	10,30	1,00	67,70	328,00
Крупа перловая	9,30	1,13	67,50	320,00
Крупа "Геркулес"	11,00	6,20	49,24	305,00
Крупа овсяная	11,0	6,10	49,94	303,00
Хлеб пшеничный, в.с.	7,59	0,81	50,15	238,00
Хлеб пшеничный зерновой	8,13	1,38	45,62	195,00
Мясо, птица				
Свинина жирная	11,70	33,30	0,00	491,00
Говядина	18,50	16,00	0,00	218,00
Баранина	15,60	16,30	0,00	209,00
Конина	19,50	8,30	0,00	167,00
Мясо кроликов	21,10	15,00	0,00	183,00
Мозги говяжьи	11,70	8,60	0,00	124,00
Печень говяжья	17,90	3,70	0,00	105,00
Колбаса полукопченая	16,50	63,60	0,00	376,00
Сосиски молочные	11,00	22,80	1,60	266,00
Колбаса докторская	12,80	22,20	1,50	257,00
Свинина тушеная	14,90	32,20	0,00	349,00
Говядина тушеная	16,80	16,00	0,00	220,00
Куры.	18,20	18,40	0,70	241,00
Яйцо куриное	12,70	11,50	0,70	157,00
Рыба, морепродукты				
Треска (печень)	16,00	0,60	0,00	136,00
Ставрида	18,50	4,50	0,00	114,00
Кальмар	18,00	4,20	0,00	110,00
Сардины в масле (консервы)	16,00	17,70	0,00	223,00
Молочные продукты				
Сливки сухие	23,00	42,70	26,38	579,00
Молоко сгущенное с сахаром	7,20	8,50	56,00	320,00
Молоко коровье	3,20	3,60	5,16	61,00
Сметана, 30% жирности	2,40	30,00	3,18	294,00

Творог жирный	14,00	18,00	2,85	232,00
Сливки, 20% жирности	2,80	20,00	4,50	206,00
Сливки, 10% жирности	2,80	10,00	4,80	118,00
Простокваша	2,80	3,20	4,18	58,00
Кефир жирный	2,80	3,20	3,61	56,00
Сыр "Российский"	23,00	29,00	0,00	360,00
Сыр "Пошехонский"	26,00	26,50	0,00	350,00
Сыр плавленый	22,00	27,00	0,00	340,00
Брынза	17,90	20,10	0,00	260,00
Масло бутербродное	2,50	61,50	1,70	566,00
Мороженое сливочное	3,30	10,00	20,18	179,00
Овощи		•		
Горошек зеленый	5,00	0,20	13,80	73,00
Томаты грунтовые	1,10	0,20	5,00	23,00
Картофель	2,00	0,40	18,10	80,00
Баклажаны	1,20	0,10	6,90	24,00
Капуста цветная	2,50	0,30	5,40	30,00
Капуста белокочанная ранняя	1,80	0,20	6,80	27,00
Капуста квашеная	1,80	0,00	3,20	19,00
Лук репчатый	1,40	0,00	10,40	41,00
Лук зеленый	1,30	0,00	5,20	19,00
Огурцы грунтовые	0,80	0,10	3,80	14,00
Огурцы парниковые	0,70	0,10	2,70	11,00
Огурцы соленые	0,80	0,10	2,30	13,00
Редис	1,20	0,10	3,80	21,00
Салат	1,50	0,20	3,10	17,00
Свекла	1,50	0,10	12,80	42,00
Шпинат	2,90	0,30	2,50	22,00
Фрукты				
Изюм	1,80	0,00	66,00	262,00
Виноград	0,60	0,20	16,80	65,00
Груши	0,40	0,30	10,90	49,00
Яблоки летние	0,40	0,40	11,80	45,00
Яблоки зимние	0,40	0,40	11,80	45,00
Персики	0,90	0,10	11,30	43,00
Апельсины	0,90	0,20	10,30	40,00
Арбуз	0,70	0,20	7,90	38,00
Грейпфруты	0,90	0,20	10,30	35,00

Другие продукты

Масло подсолнечное	0,00	99,90	0,00	899,00
Масло оливковое	0,00	99,80	0,00	898,00
Фундук	16,10	66,90	9,90	707,00
Орехи грецкие	15,60	65,20	0,00	646,80
Caxap	0,00	0,00	99,80	379,00
Кофе в зернах	13,90	14,40	15,00	248,00
Чай	20,00	5,10	15,00	186,00
Сок виноградный	0,40	0,00	14,00	54,00

Таблица «Энерготраты при различных видах деятельности».

Виды физической активности	Расход энергии, ккал/час
Приготовление пищи	80
Одевание	30
Вождение автомобиля	50
Вытирание пыли	80
Еда	30
Работа в саду	135
Глажение белья	45
Глажение белья	45
Уборка постели	130
Хождение по магазинам	80
Сидячая работа	75
Колка дров	300
Мытье полов	130
Секс	100-150
Аэробные танцы низкой интенсивности	215
Аэробные танцы высокой интенсивности	485
Бадминтон (в умеренном темпе)	255
Бадминтон (в напряженном темпе)	485
Баскетбол	380
Езда на велосипеде (9 км.ч)	185
Езда на велосипеде (15 км/ч)	320
Езда на велосипеде (20 км/ч)	540
Гимнастические упражнения	150
Бальные танцы	275
Современные танцы	240
Хоккей на траве	490

Фехтование	210
Футбол	450
Занятия гимнастикой	240
Спортивная тиренировка	455
Гандбол	485
Спокойная прогулка	150
Пеший туризм (4 км/ч)	235
Езда верховая	255
Фигурное катание	250
Спортивная ходьба	416
Прыжки через скакалку	540
Гребля академическая (4 км/ч)	210
Бег (11 км/ч)	485
Бег (16 км/ч)	750
Бег по пересеченной местности	600
Бег вверх по ступенькам	900
Бег вверх и вниз по ступенькам	540
Ходьба на лыжах	485
Скоростной спуск на лыжах	270
Плавание (0,4 км/ч)	210
Плавание (2,4 км/ч)	460
Настольный теннис (одиночный)	315
Настольный теннис (парный)	205
Волейбол	255
Ходьба (4 км/ч)	130
Ходьба (6 км/ч)	215
Силовая тренировка на тренажерах	520
Сон	50

ЗАНЯТИЕ № 3

Тема занятия: Ведение пищевого дневника как основа контроля за рациональным питанием.

Цели занятия:

- Закрепить у слушателей основные принципы рационального питания и принципы снижения калорийности рациона
- Представить основные правила и частые ошибки при ведении дневников питания

После занятия слушатели должны уметь адекватно вести пищевой дневник, самостоятельно составлять низкокалорийное меню, проводить замену блюд при питании вне дома, уметь ориентироваться в ассортименте блюд и объеме пищи.

Активная часть - оценка ведения пищевого дневника и разбор примера нерационального питания по представленному образцу (рис.2).

При обсуждении представленного дневника следует помочь выработать линию поведения, во главу угла которой была бы поставлена глобальная цель сокращения калорий.

быть При ведении дневника питания пациенты должны скрупулезными - аккуратно и тщательно отмечать детали приготовления пищи: начинки, приправы, соусы использовались т.д.; правдивыми - указывать абсолютно все, что съедено, ничего не пропускать; точными - должны вписываться размеры порции, детали этикеток; последовательными - всегда, в любом случае дневник питания должен быть с человеком, соблюдающим диету; легче вести записи на смартфоне, который всегда с вами.

Отдельное внимание уделяется питанию вне дома, при котором мы не можем контролировать компоненты, способы приготовления пищи, размеры порций и собственно аппетит. Предпочтение должно быть отдано домашней кухне и регулярному режиму питания.

Разбор примеров предлагаемых пищевых дневников из рис 2.

Участникам Школы предлагается познакомиться с одним из вариантов ведения дневника питания. Проверяется правильность подсчета калорийности питания. Данные дневника питания помогут определить, как снизить калорийность суточного рациона. Приобретаются навыки замены высококалорийных продуктов на аналогичные, но менее калорийные.

1.Обсуждение правдивости и точности указанной информации.

В представленных дневниках отмечается высокая калорийность фастфуда, меню ужина в ресторане. Делается акцент на особенности питания вне дома. Как недостаток следует отметить отсутствие точности информации.

В дневник питания для анализа следует вносить всю информацию. Особенно вносить все перекусы, поскольку порой на перекусы приходится половина еды. Обязательно указывать вес пищи, иначе невозможно уточнить, каким же образом — за счет снижения объема пищи или ассортимента — следует менять калорийность.

Если пациент ест вне дома – представить, насколько нерационально питание, сложно. Следует использовать таблицы, данные меню. Калорийность салатов, супов нужно оценивать в процессе приготовления, складывая данные инградиентов.

2. Акцент на особенности фастфуда

В подавляющем большинстве видов фастфуда используется много вкусовых добавок, которые вредны сами по себе, а еще насыщены солью, в них содержится много углеводов и почти нет клетчатки.

Предлагаемые блюда несбалансированные по питательным веществам - при незначительном количестве белков, витаминов и микроэлементов они являются высокоуглеводной пищей и богаты жирами. Причем сахар добавляется даже в те блюда, где ему быть совсем необязательно.

В том же Макдональдсе сахар добавляется не только в сладкие коктейли и пирожки, но и во все соусы, в булочки, в салаты, и даже в картофель фри. Сахар и жир содержится в чипсах, орешках и всех тех готовых продуктах, какие мы покупаем в киосках. Даже безобидные на вид овощные салаты в фаст-фуде часто заправляются жирными соусами с добавлением сахара.

Повышают калорийность еды и сладкие напитки (соки, кола), которые часто принято подавать к фаст-фуду. Пища щедро сдабривается жиром, сахаром, а также солью и улучшителями вкуса: это позволяет сделать вкус блюда более интенсивным и привлекательным для клиентов. Ведь в "быстром питании" едва ли кто-то оценит хорошую кухню, тонкий аромат или изысканный вкус - вот и приходится прибегать к простым и незатейливым приемам, усиливающим вкусовые ощущения.

Регулярное потребление продукции фастфуда неминуемо вызывает привыкание из-за всевозможных пищевых добавок, которые воздействуют на вкусовые рецепторы, снижая тем самым восприимчивость к обычной пище, которая после фастфуда кажется уже невкусной, а все разговоры

и проведенные клинические тесты не могут убедить любителей гамбургеров в опасности их употребления для здоровья. Многие продукты фастфуда готовятся из полуфабрикатов, которые подлежат длительному хранению, и за этот период теряют большинство витаминов и микроэлементов.

В составе продуктов, предлагаемых фастфудом, содержится большое количество химических пищевых добавок, красителей, стабилизаторов, ароматизаторов – потенциальных аллергенов и канцерогенов.

Большинство предлагаемых продуктов обжарены или приготовлены во фритюре, а основным маслом, на котором готовятся котлеты и картофель, является растительное — пальмовое с примесями трансжиров - маргаринов, в котором при длительном использовании возрастает концентрация вредных веществ, а именно трансизомеров и насыщенных жирных кислот. Против фастфуда говорит и содержание в нем «вредного» фосфора, который приводит к заболеванию почек и постепенной атрофии мышц.

Типы фастфуда

- **1.** Блюда, которые готовятся в закусочных, ресторанах быстрого питания и уличных киосках. Обычно это еда системы "тесто с мясопродуктами": гамбургеры, чисбургеры, хот-доги, пицца, шаурма, блины с начинками, а также картофель фри и готовые салаты в контейнерах.
- 2. Все продукты быстрого приготовления, которые нужно развести горячей водой: лапша, картофельное пюре, супы.
- 3. То, что можно купить в уличном киоске: чипсы, сухарики, орешки, поп-корн, печеньки, сладкие батончики. а также газированные напитки и пакетированные соки.

Это продукты длительного хранения, не требующие ни малейшей готовки, ни каких-то особых условий хранения: купил, в любой момент открыл и съел/выпил на ходу. Со здоровым человеком нормального веса ничего страшного не случится, если 1-2 раза в месяц он пообедает гамбургером или перекусит чипсами с кока-колой. Главное – помнить о их неполезности и не перебарщивать.

На занятии обсуждается использование альтернативных блюд для замены, которые готовятся в домашних условиях. Вместо фаст-фуда нужно заботиться о приеме пищи заранее: брать из дома контейнер с супом, с котлетой, кусочком мяса и/или овощами, для перекуса прекрасно подходят фрукты и орехи.

Примером того, как важно иметь информацию о калорийности и составе еды, является **продукт фаст-фуда – гранола**, поэтому слушателям предлагается информация об этом продукте.

Гранола — это сложный, высоко энергетический (высоко калорийный продукт), в котором содержаться злаки, орехи, ягоды, мёд. В 100 граммах гранолы, в зависимости от рецепта, от 300 до 400 калорий. Потому одна порция гранолы на среднестатистического взрослого человека — это 40 грамм (три — четыре столовые ложки). Подобной порции гранолы хватает на три — четыре часа сытости. Довольно часто гранолу едят с молоком, кефиром или йогуртом, что отнюдь не снижает ее калорийность. Гранола высокоэнергетична, она содержит многие витамины и микроэлементы, а в сочетании с молочными продуктами - и все аминокислоты, Если она употребляется на завтрак с йогуртом, то нет необходимости есть что-то еще. Количество гранолы в упаковке всегда кратно 40 г (80 г / 280 г.

Далее разбирается возможность выбора вида фаст-фуда для снижения калорийности.

В любом ресторане быстрого питания легко можно найти салат на любой вкус. Он может быть с помидорами, зеленью, а в некоторых местах даже с морепродуктами. Можно выбрать салат с курицей, это будет вкусно и относительно полезно по сравнению с другой едой из фастфуда. Лучше, чтобы в салате была заправка на основе уксуса, а не вредного майонеза.

Салаты можно приготовить самим и брать на работу или учебу.

Салат "Пекинский". Основой здесь является одноименная капуста. Все ингредиенты берутся в произвольных количествах, чтобы удовлетворяло вашим запросам. В салат входит твердый сыр, капуста, апельсины, лук, сельдерей. Для лучшего вкуса добавляется кунжут, растительное масло, лимонный сок, перец, имбирь.

Витаминный салат из редьки и капусты - в равных количествах нашинковать соломкой капусту и натереть редьку. Добавить натуральный йогурт для заправки.

Салат « Морковное чудо". Нашинковать соломкой морковь. Ее нужно слегка помять, чтобы салат был нежней, нарезать тонкой соломкой яблоки, можно использовать терку. Их следует сбрызнуть лимонным соком, чтобы не чернели. Отличный вариант для перекуса, особенно если добавить немного грецкого ореха.

Полезный фастфуд должен удовлетворять потребностям организма и покрывать потребность в питательных веществах. Йогурт найдется в любом ресторане быстрого питания. Он не заменит полноценный обед, но на некоторое время есть не захочется. У натурального йогурта короткий срок годности. Если на баночке написано, что йогурт может храниться месяц и дольше, в таком продукте содержатся консерванты.

Супы. Речь не идет о тяжелой, наваристой похлебке на свиной косточке. Никаких мясных и рыбных бульонов, только вода и овощи. Можно сдобрить их сливками, сыром, специями. Вариантов может быть масса:

Крем-суп из цветной капусты, из чечевицы и моркови, картофельно-сельдерейная похлебка, томатный гаспачо или тыквенно-кукурузный.

Многие рестораны быстрого питания стараются угодить клиентам с разными вкусами, например вегетарианцам. Поэтому во многих можно купить фруктовые дольки или овощные палочки. Можно взять несколько порций моркови с каким-нибудь соусом.

Ролл с лавашем - тонкий лаваш из рисовой или кукурузной муки - это источник ценных углеводов. Это не сдобная булочка, которая дает огромное количество калорий. Конечно, роллы полезны только при использовании качественных ингредиентов для начинки.

Мясные продукты. Предпочтение нужно отдавать **мясу на гриле или вареному**, добавить свежих овощей, пучок салата и другой зелени. Жареная курица и майонез, даже с зеленью и овощами - это плохой вариант.

3. Обсуждение ужина в ресторане - как подойти к выбору блюд при посещении ресторана и кафе.

При запланированном посещении ресторана в этот день стоит снизить потребление калорий на 200-400. Следует заказывать блюда с низким содержанием углеводов, избегать гарнира из риса или лапши.

При непредвиденном посещении ресторана или кафе проявить интерес и к ингредиентам, входящим в заказ. Обязательно поинтересуйтесь, нет ли в соусе сахара, муки или крахмала. Попросите официанта, чтобы Ваш салат заправили не майонезом, а маслом, лимонным соком.

К блюдам с низким содержанием белка закажите дополнительно блюда, богатые белком. Салат можно заказывать как отдельное блюдо и в качестве гарнира. На десерт заказать не торт, а фруктовый салат.

Из алкогольных напитков следует отдать предпочтение сухим винам. От блюд в кляре и жаренных на сковороде лучше отказаться.

Трапеза в ресторане — это повод собраться вместе и обменяться новостями, отметить приятное событие. И главное здесь — не калории, а эмоции. Вот на этом следует сосредоточиться. Чаще откладывайте столовые приборы и больше уделяйте внимание поддержанию беседы и возможности движения - танцу.

Задание на дом.

Каждый участник школы составляет меню на будний и на выходной день.

Рис. 2. Пример пищевых дневников при нерациональном питании (для обсуждения к занятию №3)

	Время	Перечень продуктов,	Вес компонентов	Кол-во	Жидкость	Физичес	Эмоционально
	приема пищи	Кол-во г	(кол-во граммов)	калорий		кая нагрузка	е состояние
Завтрак	00.60	Капучино Айс	Белки - 6	169	300 MJI		Куплен по пути
1		McDonalds	жиры –4,5 г.				на работу
			углеводы – 25,5 г				
Перекус	12.00	Батончик «Сникерс»	белки – 9,3г	256			Хотелось есть
(второй			жиры – 27,7 г.				
завтрак)			углеводы — 55 г				
	12.50	Кофе «3 в одном»	белки – 3г	420	250		Вместе с
			жиры – 8 г.				сотрудниками
			углеводы – 86 г				офиса
Обед	16.30	СУШИ Калифорния 4 штуки	По 49 ккал	436	280 r +		
		и Филадельфия 4 штуки	По 60 ккал		200 мл		
		Сок апельсиновый	белки – 1,4 г	06			
		свежевыжатый 200	жиры — $0,4 \Gamma$.				
			углеводы – 20 г				
Ужин	21.00	СУШИ Калифорния 2 штуки	По 49 ккал	218			Доедал суши из
		и Филадельфия 2 штуки	По 60 ккал				сета
		Чай заваренный с лимоном и	углеводы — 14 г	56	$200 \mathrm{r}$		Хотелось есть
		ложкой сахара 200 г					после суши –
		2 бутерброда с красной	белки – 15 г	250			нет ощущения
		икрой по 20 граммов и	жиры – 15 г.				сытости
		сливочным маслом по 5	углеводы – 25 г				
		граммов					
Итого				1895			

Дневник №2	Nº2						
	Время	Перечень продуктов, кол-во г	Вес компонентов (кол-во граммов)	Кол-во калорий	Жидкост ь	Физ. нагрузка	Эмоциональное состояние
Завтрак	07.00	Капучино	Белки - 5, жиры –5 г. углеводы – 7 г	94	300 мл		
		Круассан 2 штуки	белки – 7 г., жиры – 23 г. утлеводы – 53 г	430			
2 завтрак	12.50	Банан 200 гр	белки – 3г, жиры – 1 г. углеводы – 41 г	185			Вместе с сотрудниками
Обед	14.30	Заваренная лапша «Ролтон»	белки – 1,6 г,жиры – 0,3 г. углеводы – 44 г	280	400 мл		
		Сок томатный 200 граммов	6елки – 1,6 г, жиры – 0,2 г. углеводы –8 г	34			
Ужин	19.00	Шашлык из куриного филе 300 граммов	белки – 61 г, жиры – 10 г. углеводы -	315		Танеп в	Ужин в ресторане
		Спагетти с сыром 200 граммов	белки – 15 г, жиры – 8 г. углеводы – 31 г	250		ресторане	
		Салат из свежих овощей 200 граммов	белки – 2 г. жиры – 0,5 г. углеводы – 5 г	48			
		Белое столовое вино	Углеводы 7 г	168			
		Мороженое пломбир 100 граммов	белки – 3 г, жиры – 15 г. углеводы – 25 г	230			
		Вода минеральная			400 мл		
Итого				2034			

Занятие 4.

Психологические приемы формирования стереотипа человека с нормальным весом. Анализ поведения индивидуальных установок, поддерживающих лишний психологических Bec, формирование конструктивных установок на изменение образа жизни направлении снижения веса. Профилактика «срывов» при выполнении программы.

Цель: Формирование устойчивой мотивации к снижению веса и поддержанию его оптимального состояния в последующем

После 3-го занятия слушатели должны знать:

- возможные психологические причины появления и поддержания избыточного веса,
 - способы индивидуальной мотивации для снижения веса.

слушатели должны уметь:

- сформировать представления о результате, к которому каждый участник Школы хочет прийти (образ себя, оптимальный вес)
- анализировать дневники питания, в том числе причины нарушения пищевого поведения по данным представленных дневников с акцентом на психологические факторы, вызывающие нарушение пищевого поведения.

Информационная часть №1.

Психологические факторы, вызывающие лишний вес

Формирование устойчивого лишнего веса может быть связана с рядом психологических факторов:

1. Заедание стресса.

Например, если в детстве плачущему ребенку сразу предлагали что-то сладкое, это действие закрепляется в подсознании как эффективное средство для успокоения и расслабления. Взрослый человек также при негативных эмоциях старается съесть что-то вкусное, чтобы поднять настроение. Чаще это сладости, фастфуд, алкоголь, которые ведет к набору веса из-за высокой калорийности.

2. Заниженная самооценка.

Восприятие себя как малозначимого человека порождает неуверенность в себе, что активирует избыточное потребление пищи и приводит к лишнему весу. Так люди становятся более заметными для окружающих, но продолжают жить с низкой самооценкой.

3. Защита от окружающего мира.

Потребление большого количества пищи и наращивание веса позволяет скрыться, выстроить ощутимый барьер. Это наблюдается как у стеснительных людей, так и у жертв физического или психического насилия.

4. Дефицит внимания в детстве.

Эта психологическая причина связана с желанием стать более заметным для родителей, которые не уделяют достаточно времени ребенку. Замужние женщины иногда начинают набирать вес, когда у супруга исчезает к ним интерес;

- 5. У женщин могут быть свои специфические причины для набора веса при нежелании нравиться противоположному полу, например:
- в детстве, когда девочке навязывали ложные стереотипы поведения, ограничивали общение с юношами или внушали, что красота и сексуальность это плохо. Подсознательно девушка начинает менять свое тело, скрывая его под слоем жира.
- при попытке или факте изнасилования, в результате чего подсознательно формируется стремление к непривлекательности, чтобы избежать повторения неприятных событий.

Психологические установки сознания человека как фактор лишнего веса. Выявление негативной индивидуальной психологической установки, поддерживающей лишний вес

Истоки избыточного веса и ожирения часто берут свое начало в детстве. Это и низкая культура питания в родительской семье (привычка есть за компанию, расслабляться после напряженного дня едой, есть перед телевизором, есть от скуки, и т.д.), семейные традиции с возведением еды в ранг культа, и привычка «заедать» стресс.

Младенец, прильнувший к материнской груди, понимает еду как любовь: мама кормит его — значит, любит. Кормящая женщина обычно испытывает к малышу более сложные чувства. Бывает, что она не в силах справиться с раздражением, которое вызывает плачущий ребенок, и дает малышу грудь или бутылочку. Так и продолжается: огорченному ребенку предлагают конфету, заболевшего кормят особой пищей, праздники сводятся к приготовлению и употреблению огромного количества еды.

Привыкая к тому, что любовь, утешение и понимание равны еде, человек начинает «заедать» сложные моменты жизни, иногда даже не замечая этого. Многие люди с лишним весом привыкают «заедать» свой эмоциональный голод, и со временем привычка закрепляется: эмоциональный дискомфорт — еда — душевный покой. Еда, любимые

продукты становятся одним из главных способов получения удовольствия, а отказ от них — тяжелым испытанием.

Родители, бабушки и дедушки часто внушают своим детям мысль о том, что тот, кто хорошо ест и все съедает со своей тарелки, заслуживает одобрения и похвалы. Естественное желание ребенка — быть хорошим. Поэтому они, желая соответствовать ожиданиям взрослых, будут съедать все, что им подают, в любом количестве. А если это еще и подкрепляется конфетой/мороженым после съеденного обеда, то в итоге у ребенка формируется стойкая программа — «чем больше я съем, тем скорее меня похвалят и вознаградят». «Я много ем, значит я хороший».

И вот эти, заложенные в детстве установки, часто остаются с нами на всю жизнь. Мамы, умом понимая «неправильность» этой системы, бессознательно могут требовать ее выполнения от своего ребенка.

Кроме этого, часто люди с лишним весом вспоминают родительские внушения: мама, папа, бабушка, дедушка, учительница в школе, всерьез или в шутку говорили: «ах ты мой толстячок», «ты неуклюжий, как слон», «вот ты у меня и корова» и т.п. Ребенок склонен верить и волей-неволей бессознательно стремится соответствовать этому ярлыку, повешенному на него значимыми взрослыми в детстве.

Так формируются жизненные сценарии — на основе родительских запретов (не чувствуй!, не радуйся!, не будь собой!, не делай! и т.д.) и предписаний (радуй других, будь совершенным, старайся, торопись и т.д).

Необходима трансформация ограничивающих убеждений, трансформация разрушительных программ и пищевых привычек, чтобы изменить сценарии и сформировать новое экологичное поведение.

Позитивная жизненная установка – фундамент образа жизни стройного человека.

При формировании позитивной установки важно постепенно перестраивать свои негативные установки, применяя, например, аффирмации (позитивные утверждения) для успешного похудения.

Для формирования мотивации на похудение необходимо для начала освободиться от прошлых установок. Также необходимо отказаться от самокритики и научиться спокойно воспринимать критику других людей. А для этого важно научиться **хвалить себя** - даже за самые простые достижения.

Активная часть № 1.

Для освобождения от прошлого рекомендуется каждое утро и/или вечер повторять следующие установки:

- «Я отпускаю от себя прошлое и полностью сосредотачиваю внимание на настоящем. Каждое мгновение неповторимо, и я радуюсь ему!»;
 - «Наступает новый день. Такого дня у меня никогда еще не было.
- Я живу в настоящем и радуюсь каждому мгновению!»;
- «Я освобождаю Себя от прошлого и прощаю всех, кто причинил мне боль. Они свободны, и я свободен (свободна) и готов(а) идти вперед и радоваться жизни!»

Можно повторять одну из предложенных установок, можно – все. Повторять каждую аффирмацию рекомендуется 7, 14 или 21 раз (можно больше, число повторений должно быть кратно 7).

Для позитивного настроя и поддержания оптимизма рекомендуются следующие аффирмации:

- Мое тело совершенное творение природы, и значит, его надо питать только лучшими, полезными продуктами.
- Я спокойно и в подходящем для моего организма темпе избавляюсь от лишних килограммов.
- Я все больше люблю свое тело, и оно в ответ становится все прекраснее.
- Я ем столько, сколько мне действительно надо.
- У меня достаточно времени, чтобы есть спокойно, без спешки, получая удовольствие от каждого кусочка еды.
- Я тщательно пережевываю пищу, и это позволяет мне ярче ощутить вкус той замечательной еды, которую я ем.
- Научившись есть медленно, осознанно, концентрируя внимание на еде, я насыщаюсь меньшим количеством пищи.
- Я двигаюсь к тому весу, который мне нравится, и что об этом думают окружающие, мне безразлично.
- Мой организм работает все более четко и правильно, и я уже ощущаю все более позитивные результаты от правильного питания.

• Аффирмации для женщин:

- С каждым ушедшим килограммом лишнего веса я становлюсь все более здоровой, красивой, счастливой и сексуальной.
- Я люблю свое тело и работаю над тем, чтобы оно стало еще прекраснее.
- Я твердо решила питаться правильно, поэтому я обязательно достигну своего идеального веса кг.
- Я разрешаю себе выглядеть красивой, стройной и сексуальной, поэтому мое тело избавляется от жира, скрывавшего мою красоту.

- «Я люблю Себя, я люблю Свое тело, я позволяю Своему телу приобретать красивые формы».
- «Мое красивое тело становиться с каждым днем все более стройным и изящным».

Информационная часть №2 Психосоматические причины чрезмерно большого веса (ожирения) и конструктивные установки

Психосоматическая причина	Конструктивная установка
Опасения и страхи. Желание почувствовать защиту, неготовность принять себя. Отсутствие целеустремленности.	Я в гармонии и безопасности. Я люблю себя таким, какой есть и я стараюсь быть лучше.
Повышенная чувствительность. Беззащитность перед окружающим миром. Злость.	Жизнь любит меня и мне нечего бояться. Я учусь контролировать свою жизнь. Я умею заменять зло добром.
Психологическая травма, полученная в детстве.	Я забываю прошлое. Я примиряюсь с тем, что было. Я живу сегодняшним днем.
Злопамятность.	Я прощаю все обиды, причиненные мне. Я живу дальше.
Недовольство, обусловленное отсутствием духовного развития.	Я в гармонии. Я развиваю свою душу. Я расту.
Злость из-за неразделенной любви.	Любовь прекрасна. Я открыт(а) для новой любви.

Активная часть №2 Переформатирование негативной установки в конструктивную

Задание:

- 1 часть: определить вариант возможной причины наличия лишнего веса;
- 2 часть: определить для себя подходящую установку (можно взять из списка выше);
- 3 часть: повторить ее про себя 12 раз для запоминания (с закрытыми глазами, под музыку);
- 4 часть: поделиться в группе результатами (что чувствовали, получилось ли принять ее «своей?»

Изучение упражнения «Моделирование образа стройности» с использованием визуализации.

Подготовка:

- отключите всю свою технику. Обеспечьте себя тишиной и спокойствием;
- одежда, в которой вы будете заниматься, должна быть удобная и свободная;
- для лучшего эффекта подойдет изолированная комната, и чтобы никто вас не тревожил во время сеанса;
- если есть возможность, проветрите комнату, в которой будете находиться;

Инструкция:

1 часть. Приняв удобное положение, делайте глубокий вдох и выдох около 1-2 минуты.

Затем постарайтесь представить себя в каком-либо образе. Он может быть любым, главное — вы должны видеть себя таким(ой), каким(ой) вы хотите стать в скором будущем. Продумайте все до мелочей: внешний вид, одежду, прическу, аксессуары. Также вообразите и место действия. Им может быть, к примеру, тренажерный зал, ночной клуб или театральная сцена. Полностью погрузитесь в этот мир на 20-30 минут.

2 часть. После практики визуализации создаем коллаж с помощью ватмана, ножниц, клея и вырезок из журналов с картинками стройных персонажей – воплощаем тот образ который был создан и смоделирован.

Подведение итогов занятия. В группе предложить по очереди поделиться полезными для себя выводами из занятия.

Домашнее задание:

1. Ежедневно проводить практику «медитация стройности».

Медитацию можно проводить как 5-10 минут, так и полчаса.

Техника выполнения:

- 1. Исходная поза удобная сидячая. Важно максимально расслабиться.
- 2. Сделайте вдох, одновременно втягивая живот. Женщинам нужно дополнительно напрячь бедра и ягодицы.
 - 3. Задержите дыхание на 10 счетов.
 - 4. Начинайте медленно выдыхать, расслабляя напряженные мышцы.
- 5. Думайте о похудении позитивно, представляйте имеющиеся успехи и будущие. Дышите ровно. Метод будет укреплять вашу мотивацию и уверенность.
 - 2. Продолжить ведение дневника питания.

Информационная часть №3

Психологические приемы формирования стереотипа пищевого поведения человека с нормальным весом. Самопринятие и позитивное самоотношение.

Профилактика «срывов» (возвращение к прежнему образу жизни) при выполнении программы. Закрепление достигнутых результатов и преодоление возникающих трудностей на пути к нормализации веса

Пищевое поведение человека — это совокупность всех принципов и установок, с которыми он подходит к **приему** пищи, поведенческая реакция организма на употребление еды.

Психологи различают адекватное и неадекватное (девиантное) отношение к питанию.

При адекватном **пищевом поведении** пища воспринимается как способ насытиться, и употребляется в необходимом количестве только при ощущении голода.

При девиантном **пищевом поведении человек** подходит к вопросу питания иррационально, формируя пищевую зависимость.

Пищевая зависимость — вид психологической **зависимости**, при котором пища используется не для утоления голода, а с целью поднятия себе настроения, уменьшения тревоги, поощрения своего труда, и выражается в трудности противостояния тяге к приему пищи. Поглощение пищи становиться сверхценностью, которая вытесняет остальные потребности человека на второй план.

Продукты питания у **людей** с эмоциогенным **пищевым поведением** являются своеобразным лекарством, так как действительно приносят этим **людям** не только насыщение, но и успокоение, удовольствие, релаксацию, снимают эмоциональное напряжение, повышают настроение.

Обычно выделяют пять эмоциональных состояний, приводящих к перееданию: страх, тревога, печаль, скука, одиночество.

30% Эмоциогенное пищевое поведение наблюдается любого представителей абсолютно весом, пола нормальным наиболее характерно ДЛЯ полных эмоциональных женщин, а у пациентов с ожирением встречается в 60 % случаев.

Кроме этого, есть ряд факторов, формирующих нарушение пищевого поведения, направленных на:

общение, когда еда связана с пребыванием в коллективе;

• самоутверждение, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи;

- поддержание определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции);
- компенсацию неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, заботе и т. д.);
- награду или поощрение за счет вкусовых качеств пищи;
- удовлетворение эстетической потребности.

Поэтому важно сделать анализ роли питания в увеличении массы тела в жизни человека: какую роль играют неадекватные стереотипы пищевого поведения, и как их изменить.

Психологические приемы формирования стереотипа пищевого поведения человека с нормальным весом.

Рекомендации, которые целесообразно использовать:

1. Ведение дневника, где происходит описание поведения во время еды.

Необходимо подробно записывать время приемов пищи, количество съеденного, где и в чьем обществе происходили приемы пищи, ощущения при приеме пищи.

- 2. Контроль стимулов, предшествующих приему пищи. Следует выявлять и устранять провоцирующие еду стимулы: легкодоступные запасы сладостей, высококалорийной еды. Следует ограничивать количество подобных продуктов в свободном доступе.
- 3. Замедление процесса еды. Тщательное пережевывание пищи, за счет чего происходит насыщение за счет меньшего, чем раньше, количества пищи.
- 4. Обучение навыку контроля процесса приема пищи. Для этого требуется подсчитывать каждый кусок во время еды. После каждого съеденного третьего куска следует откладывать столовые приборы до полного пережевывания и проглатывания этого куска. Со временем паузы в процессе приема пищи удлиняются.
- 5. Формирование системы поощрений себя за изменение пищевого поведения и похудение. Каждое достижение в сфере изменения и контроля пищевого поведения подсчет кусков, ведение дневника, паузы при приеме пищи награждается определенным количеством очков.
- 6. Исключение эпизодов «модных» диет. Достижение максимального разнообразия в питании.
- 7. Восстановление здоровых пищевых навыков: прием пищи только при чувстве голода. Обучение чувствовать сытость и останавливаться при его наступлении.
 - 8. Воспитание позитивного мышления

- 9. Коррекция образа «Я» в сторону принятия и достижение объективности самооценки. Отсоединение самооценки от веса и формы тела. Преодоление страхов, самокритики и самообвинений, обретение уверенности в себе.
- 10. Коррекция системы ценностей, потребностей, их иерархии, приведение притязаний в соответствие с психофизическими возможностями.
- 11. Коррекция отношения к другим, увеличение способности к эмпатии (чувствительности) и пониманию переживаний других.
- 12. Приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов.
- 13. Активизация социальных контактов, интересов, занятий, поиск методов и способов для реализации своего творческого потенциала.

Активная часть №3

Упражненение «Самопринятие».

Инструкция для участников:

«Встаньте перед большим зеркалом и внимательно рассмотрите свое тело. Отметьте, какие вы в это время испытываете чувства.

- Комфортно ли вам?
- Увиденное беспокоит или расстраивает вас?
 - Это вызывает неприятные мысли, эмоции?
- Возможно, вам хочется спастись бегством от осознания, и не наблюдать некоторые особенности своего тела и внешности?

И все же, еще несколько мгновений не отводите взгляда от своего отражения, сказав себе:

• «Каковы бы ни были мои недостатки и несовершенства, я принимаю себя целиком и безоговорочно».

Сохраняйте сосредоточенность, дышите глубоко и спокойно, повторяйте эти слова снова и снова в течение двух минут. Прочувствуйте их глубинное значение.

Возможно, ваше внутреннее «я» запротестует:

• «Но мне не нравится мое тело! Как же мне принять его целиком и безоговорочно?».

Помните: «принять» не означает «любить». Принятие не означает, что мы не можем воображать или желать изменений и улучшений. Оно лишь означает: факт есть факт, и не надо его отрицать и избегать. В нашем случае это означает принять свои свое тело в зеркале. Оно такое, какое есть.

Если вы перестанете сопротивляться реальности, откроетесь осознанию (а именно это, в конечном счете, и означает принятие), то, возможно, почувствуете легкое расслабление. Вам стало немного комфортнее наедине с собой.

Теперь вы способны сказать: «Здесь и сейчас — это я. И я не отрицаю это. Я принимаю себя». Это и есть уважение к реальности» **Комментарии ведущего к упражнению**:

«Выполняя данное упражнение в течение двух минут каждое утро и каждый вечер в течение двух недель, мы начинаем ощущать взаимосвязь между самопринятием и самооценкой.

Разве можно вообразить, будто мы себя любим, если презираем свое отражение в зеркале? Появляются более гармоничные отношения с собой, растет самоэффективность и самоуважение, обретение сильной мотивации к изменениям.

Нет стимула менять то, реальность чего мы отрицаем. Приняв событие или явление, мы становимся сильнее и сосредоточеннее. Проклиная же и сопротивляясь, мы лишаем себя силы»

Сбор обратной связи от проведения упражнения и установка участникам – в течение двух недель делать это упражнение дома (желательно, полностью обнажившись перед зеркалом).

Заключительная часть:

Обсудить с участниками анализ достигнутых результатов и возникающих трудностей: «Что удалось осознать? Что было полезного? Что готовы сделать прямо сейчас в направлении «стройного образа жизни»?

Список используемой литературы

- 1. Дедов И.И., Балаболкин М.И., Марова Е.И. Болезни органов эндокринной системы. 2000,
- 2. Старостина Е.Г. Ожирение как психосоматическое заболевание. Журнал «Ожирение и метаболизм», 2005; 2(3), 18-23
- 3. Чарльз В. Ван Вэй III, Кэрол Айертон-Джонс. Секреты питания. Диалект. Биом, 2006
- 4. Кеннеди Ли, Басу А. Диагностика и лечение в эндокринологии. Проблемный подход. ГЭОТАР-Медиа, 2010
- 5. Еганян Р.А., Калинина А.М., «Школа здоровья «Избыточная масса тела и ожирение», руководство для врачей, (под редакцией акад. РАМН Р.Г. Оганова), ГЭОТАР-Медиа, 2016.

- 6. Недогода С.В. Ожирение в практике терапевта, ЭКСМО, 2017.
- 7. Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний, Национальные клинические рекомендации. Санкт-Петербург, 2017.
- 8. Ожирение: Клинические рекомандации Российской Ассоциации Эндокринологов, 2019.
- 9. Аметов А.С. Тертычная В.М., Литвиненко Е.А. Ожирение. Современный взгляд на патогенез и терапию. ГЭОТАР-Медиа, 2019.
- 10.Калашников Д.Г. Основы_фитнес_диетологии_и_нутрициологии, Практическая медицина, 2019.
 - pdf https://cloud.mail.ru/stock/5FKQHTPfCEZunMVh8rAKJ5xB

ГЛАВА 3. «ШКОЛА ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ»

Составители: Ланг А.А., Кононова Л.И., Николаева Л.В., Крижановская Е.В.

Цель занятий в школе «Здорового питания»:

Формирование представлений о правильном питании, ведущее к изменению пищевого поведения и улучшению состояния здоровья.

Задачами школы «Здорового питания» являются:

- Понимание и приятие пациентами ответственности за свое питание
- Мотивация к здоровому образу жизни
- Отказ от нерациональных пищевых стереотипов
- Приобретение и использование навыков здорового образа жизни.

Форма организации учебного процесса: семинар-тренинг.

Темы занятий:

- Занятие 1. Что такое здоровое (рациональное) питание. Современный взгляд на основные принципы здорового питания.
- Занятие 2. Суточный рацион здорового питания.
- Занятие 3. Здоровое питание профилактика избыточного веса.

Рекомендуемое число занятий - 1 раз в неделю, с численным составом группы — 10-15 человек, причем слушатель может присоединиться к группе на любом занятии.

В начале и по окончании Школы рекомендуется провести краткий опрос с целью оценки исходного и конечного уровня знаний и навыков по тематике школы.

Продолжительность одного занятия – 1-1,5 часа.

По окончании Школы участники должны знать:

- Что такое здоровое (рациональное) питание.
- Основные принципы рационального питания
- Какие питательные вещества относятся к белкам, жирам, углеводам.
- Какие бывают витамины, макро и микроэлементы, и в каких продуктах они содержатся.
- Средние потребности взрослого человека в пищевых веществах
- Методику расчета калорийности рациона своего рациона.
- Распределение поступления пищевых веществ в течение дня (режим питания).
- Что такое адекватное питание и пищевой статус.

По окончании Школы участники должны уметь:

- Оценить продукт или блюдо и отнести его к определенному виду питательных веществ.
- Применять на практике принципы рационального питания.
- Рассчитать калорийность своего рациона с учетом физической активности.
- Рассчитать и оценить свой ИМТ и выбрать оптимальный метод оценки своего пищевого статуса.
- Составить суточный рацион здорового питания.

ЗАНЯТИЕ 1

Тема занятия: Что такое здоровое (рациональное) питание. Современный взгляд на основные принципы здорового питания.

Цели 1-го занятия:

- Ознакомить слушателей с понятием здорового (рационального) питания.
- Разъяснить основные принципы здорового питания.
- Разъяснить основные виды питательных веществ (белки, жиры углеводы, витамины, микроэлементы).
- Показать средние потребности взрослого человека в пищевых веществах в соответствии с формулой сбалансированного питания.

Информационная часть №1

Питание является важной составляющей образа и качества жизни. В процессе жизнедеятельности человек постоянно совершает работу. Даже в состоянии сна он продолжает работать: сокращается сердце, дышат легкие, не прекращается клеточный обмен. Для этой работы нужны энергия и строительный материал, которые мы получаем в результате питания.

Питание является сложным процессом поступления, переваривания, всасывания и усвоения в организме пищевых веществ, необходимых для покрытия энергетических затрат, построения и обновления клеток и тканей тела. Здоровое (рациональное, адекватное) питание подразумевает употребление натуральных продуктов, которые приносят организму только пользу. Очень важно обеспечить поступление в организм необходимых пищевых веществ в оптимальном количестве и в нужное время.

Сегодня — это в большинстве случаев неидеальное питание. Поэтому задача сводится к формированию реального рационального питания, которое необходимо постоянно совершенствовать. Таким образом, мы говорим о идее

рационального питания как о компромиссе между оптимальными нормами и ограниченными реальными возможностями.

При формировании индивидуального рациона питания должны учитываться индивидуальные предпочтения. Жесткие диетические ограничения сложно реализовать на долгосрочной основе, они применяются в основном в лечебно-профилактическом питании – как при различных заболеваниях, так и при определенных условиях жизни (профессиональная деятельность, спорт),

Наконец, питание является также существенным элементом релаксации (расслабления), своеобразным тайм-аутом в напряженной жизни человека, переполненной различными стрессами. Благоприятные, спокойные условия питания необходимы как для нормального усвоения пищи, так и для поддержания нормального ритма жизни. Это следует иметь ввиду при организации не только всех форм общественного, но и домашнего питания.

Рациональное питание — это соблюдение трех основных принципов питания:

- 1. Равновесие между энергией, поступающей с пищей, и энергией, расходуемой человеком во время жизнедеятельности.
- 2. Удовлетворение потребности человека в определенном количестве и соотношении пищевых веществ, то есть баланс веществ.
 - 3. Соблюдение режима питания.

Рациональное питание — это физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда, обеспечивающее рост, нормальное развитие и жизнедеятельность человека, способствующее укреплению его здоровья и профилактике заболеваний. Здоровое и сбалансированное питание особенно важно для развития детей, в том числе и для матери при планировании и во время беременности.

С хорошим общим состоянием здоровья и со сниженным риском заболеваний ассоциируется богатая хронических диета, фруктами, овощами, цельным зерном, бобовыми, орехами и рыбой, потребления уровнем насыщенных жиров, трансжиров, caxapa и ограниченным потреблением соли. Здоровая диета предполагает низкий уровень потребления продуктов из белых зёрен, мяса и подслащенных продуктов.

Нарушение принципов рационального питания неизбежно приводит к развитию заболеваний, которые снижают качество жизни.

Основные компоненты питания

Состав разнообразного, сбалансированного и здорового питания зависит от индивидуальных особенностей организма, но основные принципы здорового питания остаются одинаковыми.

В рацион человека, который хочет питаться по принципу здорового питания, должны входить блюда, в которых насчитывается нужное количество основных компонентов питания:

Речь идет о следующих составляющих:

- вода;
- белки;
- жиры;
- углеводы;
- витамины;
- микроэлементы.

Вода

Составляет основную долю массы тела человека, поэтому для нормальной жизнедеятельности необходимо поддерживать водный баланс из расчета 30 мл на 1 кг идеальной массы тела.

Потребность в жидкости (воде), в первую очередь, связана с энергетическим обменом, а также с интенсивностью потери жидкости организмом, которая зависит от условий окружающей среды (температура, относительная влажность и скорость движения воздуха, атмосферное давление) и уровня физической активности.

В нормальных условиях потребность взрослого человека в воде составляет 1,0-1,5 мл/ккал. Наибольшее количество воды поступает в организм в виде питьевой воды и жидкостей в составе блюд и готовых напитков (чай, кофе, компоты и морсы, супы) (~ 60 %) и с твердой пищей (~ 40 %).

Дополнительным механизмом физиологической регуляции водносолевого обмена является чувство жажды, возникающее вследствие недостатка воды в организме при интенсивной физической нагрузке и/или в жаркое время года. В этих условиях соблюдение питьевого режима имеет большое значение, позволяющее компенсировать потерю жидкости.

Белки

Аксиома «жизнь – есть форма существования белковых тел» отражает состав жизненно важных органов человека. Мышцы, сердце, мозг состоят из белков, которые участвуют во всех важнейших процессах жизнедеятельности. Все ферменты содержат в своей основе белок; многие

гормоны являются белками; антитела, обеспечивающие иммунитет, представляют собой белки; белки гемоглобина выполняют функцию переносчика кислорода к органам и тканям. Значение белков определяется не только многообразием их функций, но и незаменимостью другими пищевыми веществами. Если жиры и углеводы, в той или иной степени взаимозаменяемы, то белки компенсировать чем-либо невозможно.

Белки представляют собой сложные высокомолекулярные соединения, состоящие из 20 основных аминокислот. Большинство аминокислот могут синтезироваться нашим организмом из расщепленных пищевых белков — так называемые заменимые аминокислоты. Но **8 аминокислот**: изолейцин, лейцин, лизин, метионин, фенилаланин, триптофан, треонин и валин **нашим организмом не синтезируются и должны поступать с белками пищи — это незаменимые аминокислоты.**

Белок, который содержал бы все незаменимые и заменимые аминокислоты в оптимальном соотношении (идеальный белок) в природе не встречается. Однако белки животного происхождения (мяса, рыбы, птицы, яиц, молока) считаются полноценными, потому что незаменимых кислот в них столько же, сколько в идеальном белке или даже больше.

Основными источниками белка в питании являются мясные, рыбные, молочные и зернобобовые продукты (соя, горох, фасоль, чечевица).

 \mathbf{C} пищей обязательно должны поступать все незаменимые аминокислоты, дефицит хотя бы одной из них может привести к гибели организма, так как каждая ИЗ незаменимых аминокислот на определенные его функции.

Если принять ценность белков молока (в нем имеются все незаменимые аминокислоты) за 100, то биологическую ценность мяса и рыбы можно выразить числом 95, картофеля – 85, ржаного хлеба – 75, риса – 58, гороха – 55, пшеницы – 50.

Недостаток белка существенно сказывается на состоянии организма. У детей при белковой недостаточности замедляется рост, нарушается костеобразование, замедляется умственное развитие. У детей и взрослых нарушается кроветворение, обмен жиров и витаминов (развивается гиповитаминоз), снижается сопротивляемость к инфекциям, другим заболеваниям. Кроме того, белки обладают способностью к детоксикации некоторых ядовитых веществ в результате связывания их в трудноусвояемые комплексы.

Большинство **растительных белков** имеют недостаточное содержание незаменимых аминокислот и, кроме того, хуже усваиваются организмом.

Длительное использование в питании только растительной пищи ведет к дисбалансу, нехватке незаменимых аминокислот. В результате страдают память, умственные способности, иммунитет и т.д. Особенно чувствительны к недостатку белка дети – задерживаются рост и умственное развитие.

Вот почему несбалансированные вегетарианские диеты нежелательны, а применительно к детям — совершенно недопустимы. У строгих вегетарианцев и людей, подвергающих себя самолечению голоданием, могут появиться признаки белковой или белково-калорийной недостаточности, ведущей к развитию различных заболеваний.

Вместе с тем, известно и отрицательное влияние избытка белков в питании. В первую очередь страдают печень и почки: печень перегружается чрезмерным количеством поступающих в неё аминокислот, а почки страдают от выделения с мочой повышенного количества продуктов обмена белков. Кроме того, избыточное поступление белков, особенно животного происхождения, приводит к накоплению продукта обмена пуринов – мочевой кислоты и развитию подагры (болезнь «аристократов»).

Избыток белка в питании также может привести к ожирению, так как часть белков начинает использоваться организмом для образования жиров.

Каковы же нормы потребления белка? Для взрослых достаточно 1-1,4 г белка в день на 1 кг массы тела, что соответствует около 75 г в день для среднего взрослого человека (от 75 до 114 г/сутки для мужчин и от 60 до 90 г/сутки для женщин).

Учитывая, что растительные белки менее полноценны, чем животные, совершенно необходимо потреблять определенное количество животных белков. Для взрослого человека доля животных белков в среднем должна составлять 55% от общего количества белков в рационе.

Жиры (липиды)

Прежде всего, жиры — поставщики энергии (калорий). Липиды обладают высокой калорийностью (1 г жиров дает 9 ккал — это более чем в 2 раза выше калорийности белков и углеводов) и составляют более 80 % энергетических запасов в организме.

Так же, как и белки, жиры — незаменимые факторы питания и строительный материал клеток. Они участвуют в обмене других пищевых веществ, например, способствуют усвоению жирорастворимых витаминов А, Д, Е, а животные жиры являются источником этих витаминов.

Избыток жиров в питании крайне нежелателен: нарушается обмен холестерина, повышается свертываемость крови, развивается ожирение, атеросклероз, увеличивается вероятность возникновения инфарктов, инсультов, желчнокаменной болезни.

Недостаток жиров приводит к дефициту витаминов, нарушению работы нервной и гормональной систем.

Пищевые жиры представлены в организме в основном триглицеридами (соединениями глицерина и жирных кислот).

Пищевые жиры классифицируют на растительные и животные.

Животные и растительные жиры обладают различными физическими свойствами и составом.

Животные жиры – это твердые вещества, в состав которых входит значительное количество насыщенных жирных кислот, имеющих высокую температуру плавления. Источники животных жиров – шпик свиной (90-92% жира), сливочное масло (72-82%), жирная свинина (49%), колбасы (20-40%), сметана (30%), сыры (15-30%).

Растительные жиры — как правило, жидкие вещества, содержащие в основном полиненасыщенные жирные кислоты с низкой температурой плавления. Источники растительных жиров — растительные масла (99,9% жира), орехи (53-65%), овсяная (6,2%) и гречневая (3,2%) крупы.

Основной компонент жиров — жирные кислоты. Они делятся на **насыщенные и ненасыщенные**.

В насыщенных жирных кислотах каждый атом углерода связан с двумя атомами водорода (в углеродной цепи отсутствуют двойные связи). Источниками насыщенных жиров являются продукты животного происхождения — сливочное и топленое масло, сало, мясо, птица, рыба, колбасные изделия, молочные продукты. Они при комнатной температуре находятся в твердом состоянии (пальмитиновая, стеариновая, масляная, капроновая и др.)

двойных При наличии связей жирные кислоты называют ненасыщенными (к ним относятся олеиновая, линолевая, арахидоновая жирные кислоты. Они содержатся преимущественно в растительных маслах (оливковое, льняное, подсолнечное, кунжутное, льняное, и др.). При наличии двойной связи ненасыщенные жирные кислоты называются мононенасыщенными, при наличии двух и более двойных связей полиненасыщенными.

Самая распространенная мононенасыщенная жирная кислота – олеиновая— содержится в оливковом масле (65%), маргаринах (43-47%), свином (43%) и говяжьем (37%) жире, сливочном масле (23%).

Совершенно особое значение имеют полиненасыщенные жирные кислоты (линолевая, линоленовая, арахидоновая), которые входят в состав клеточных мембран и других структурных элементов тканей, выполняют

в организме ряд важных функций, в том числе обеспечивают нормальный рост и обмен веществ, эластичность сосудов и пр.

Полиненасыщенные жирные кислоты не могут синтезироваться в организме человека и поэтому являются незаменимыми, как и некоторые аминокислоты и витамины. При полном отсутствии их в питании наблюдается прекращение роста, некротические поражения кожи, изменения проницаемости капилляров. Полиненасыщенные жирные кислоты, в отличие от насыщенных, способствуют удалению холестерина из организма.

Потребление жиров для взрослых должно составлять не более 30 % от калорийности суточного рациона. Необходимо учитывать, что среди потребляемых жиров животные должны составлять всего четверть, остальные должны быть растительными. Физиологическая потребность в жирах – от 72 до 127 г/сутки для мужчин и от 57 до 100 для женщин.

Сократить потребление жиров можно заменой продуктов на менее жирные и обезжиренные виды, жаренье заменить тушением, варкой, грилем или готовить на пару.

Углеводы

Это основной источник энергии, они питают не только мозг, но и обеспечивают выносливость организма в целом. Главным образом углеводы находятся в растительных продуктах и в меньшей степени – в животных (гликоген печени -до 10% и мышц - до 1%).

Углеводы поступают с пищей в виде **простых сахаров – быстрых углеводов** и **сложных – медленных углеводов** (табл. 1).

Таблица 1. Классификация углеводов

Простые (быстрые)	Сложные (медленные)
Сахар (включая мед, сладкие	Различные цельнозерновые крупы
газировки, соки, конфеты, торты)	
Джемы, варенье, мармелад и прочие	Макароны из твердых сортов
сладости	пшеницы и цельнозерновой хлеб
Хлеб и всевозможная выпечка из	Овощи (капуста, морковь, огурцы,
белой муки (булки, пицца)	помидоры, брокколи и т.д.).
Большинство сладких фруктов	Умеренно сладкие фрукты(вишня,
(бананы, виноград, дыня)	киви, грейпфрут, апельсин, абрикосы,
	яблоки, персики, черная смородина),
Белый рис	Бурый рис
	Фасоль и прочие бобовые

Быстрые углеводы представляют собой моносахариды (глюкоза, фруктоза, сахароза, лактоза, ксилоза, арабиноза) и дисахариды (например, сахароза и лактоза, которые наполовину построены из глюкозы). Они быстро повышают содержание сахара в крови и приводят к мощному выбросу инсулина, повышающего проницаемость плазматической мембраны клеток для глюкозы.

Медленные углеводы не приводят к резкому увеличению уровня глюкозы, они перевариваются медленно, так как предварительно должны расщепиться до простых сахаров. К ним относятся полисахариды (крахмал, гликоген, целлюлоза, пектиновые вещества, декстраны и декстрины) и олигосахариды (содержащие молекулы сахарозы, мальтозы, лактозы, стахиозы, раффинозы).

С точки зрения усвояемости углеводы разделяют на *усвояемые* и *неусвояемые* (перевариваемые и неперивариваемые).

Простые углеводы легче всего усваиваются. Из простых сахаров основное значение в питании имеет сахароза. Это, по существу, тот сахар, который продается в магазинах. Она является основным углеводным компонентом конфет, пирожных, тортов. В меде (75%) и винограде (16%) – смесь глюкозы и фруктозы.

Быстрые углеводы (табл. 1) мы получаем из: изделий из муки высшего сорта; сахара, кондитерских изделий, меда, некоторых фруктов, сладких газировок (в одном стакане содержится до 6 чайных ложек сахара). Добавленный в продукты сахар может иметь иные названия: сахароза, мальтоза, кукурузный сироп, патока, фруктовый концентрат и др.).

Глюкоза — основной моносахарид, образующийся в результате переваривания углеводов. После еды уровень глюкозы в крови повышается, а затем постепенно снижается до исходной концентрации в результате утилизации и депонирования в виде гликогена и жира.

Из других простых сахаров выделим лактозу — молочный сахар, которой много в молоке. Однако, у довольно большого количества взрослых людей нет фермента лактазы, расщепляющей лактозу. Поэтому они не переносят молоко, однако благополучно потребляют кефир, где этот вид сахара уже частично потреблен кефирными дрожжами.

Питание преимущественно быстрыми углеводами, которые наш организм стремительно превращает их в глюкозу, а затем в подкожный жир, является одним из основных причин избыточного веса и ожирения которые, в свою очередь, способствуют развитию сахарного диабета и атеросклероза...

Усвояемые углеводы – основные поставщики энергии. Физиологическая потребность в усвояемых углеводах для взрослого человека составляет 56—58 % от энергетической суточной потребности: от 301 до 551 г/сутки для мужчин и от 238 до 435 г/сутки для женщин.

Взрослый человек при умеренных физических нагрузках должен потреблять 320-410 г усвояемых углеводов в день, в т.ч. 50-100 г (не более!) простых сахаров

Медленно усвояемые сложные углеводы составляют основу рационального питания человека (табл. 1).

Из *усвояемых полисахаридов* основное значение в питании имеет крахмал и гликоген. Крахмал —главный компонент зерна и продуктов его переработки, а также картофеля и овощей. Крахмал содержится в больших количествах в крупах, макаронах, бобовых, хлебе, картофеле. Следует отметить, что не все переносят бобовые, черный хлеб, содержащие много рафинозы и стахиозы.

Конечный продукт гидролиза крахмала — глюкоза. Крахмал сырых продуктов трудно переваривается, так как он находится внутри растительных клеток, имеющих прочные стенки. При приготовлении пищи клеточные мембраны разрываются, и крахмал становится доступным для ферментов.

Гликоген — мобильное «депо» углеводов в организме человека. Основной запас гликогена находится в печени (1/3 всего запаса) и мышцах (2/3 запаса), представляющих наиболее активных потребителей энергии. В среднем в организме содержится около 350 г гликогена. При возникновении потребности в энергии из гликогена образуется глюкоза. Если в пище нет углеводов, депо гликогена иссякает через 12–18 ч, в этом случае активизируются процессы окисления жирных кислот.

Напротив, систематический избыток усвояемых углеводов, наряду с простыми углеводами (чрезмерное потребление сахарозы и крахмала типа картофельного) способствует накоплению избыточной массы тела.

Поэтому, ограничивая потребление углеводов, надо прежде всего ограничить потребление сахара, кондитерских изделий, каш и картофельных блюд.

И наконец, о *неусвояемых* углеводах. К ним относятся гемицеллюлоза, целлюлоза, лигнин — вещества, объединяемые под единым названием **клетчатка**, а также пектиновые вещества, декстраны.

Неперевариваемые пищевые полисахариды (растительные волокна) входят в состав клеточных оболочек растений. В процессе пищеварения они увеличивают чувство насыщения и наполнения желудка, стимулируют перистальтику кишечника, способствуют формирования каловых масс

и выведению из организма недоокисленных продуктов пищеварения, чужеродных веществ и избытка холестерина. Хотя грубые волокна в тонком кишечнике не усваиваются, нормальное пищеварение без них невозможно. Они нормализуют деятельность полезной кишечной микрофлоры, способствуют (вместе с пектином) выведению из организма холестерина. Они же снижают аппетит и создают чувство насыщения.

Богатая растительными волокнами пища содержит меньше калорий, но достаточное количество витаминов и микроэлементов. Регулярное употребление пищевых волокон снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, некоторых форм рака.

Рекомендуемое потребление пищевых волокон — 20–30 г в день. Чем лучше качество хлеба (т.е. чем больше он очищен от отрубей), тем меньше в нем пищевых волокон. Источниками основных пищевых волокон являются балластные вещества, содержащиеся в ряде продуктов питания (табл. 2):

Таблица 2. Источники пищевых волокон

Балластные вещества	Продукты питания
Целлюлоза	Фрукты, овощи, стручковые
Гемицеллюлоза	Зерновые
Лигнин	Фрукты, овощи
Пектины	Фрукты
Растительные слизи	Льняное семя

Витамины

- пищевые вещества, источником которых являются продукты питания растительного и животного происхождения, с которыми они и поступают Образование некоторых витаминов частично происходит в организме, в частности, при участии микробов, обитающих в толстой кишке. Польза овощей, фруктов и ягод дополняется тем, что они содержат витамины - С, группы В, Р и другие. Флаваноиды овощей и фруктов, являющиеся природными антиоксидантами, защищают организм старения. Предпочтение стоит отдавать свежезамороженным овощам, фруктам и ягодам, сырым или обработанным щадящими методами.

Следует считать абсолютно необоснованным бытующее представление о безвредности витаминов. Бесконтрольное применение витаминов в больших дозах может привести к интоксикации организма с развитием гипервитаминоза, кроме того, вызвать аллергическую реакцию, вплоть до развития анафилактического шока.

Основные витамины - это B1, B2, B6, B12, PP, фолиевая кислота, пантотеновая кислота, биотин. Эти витамины в качестве коферментов участвуют в углеводном, энергетическом обмене.

Вторую группу формируют витамины-биоантиоксиданты, которые нейтрализуют активные формы кислорода:

Витамин C (аскорбиновая кислота), который действует в водных средах организма.

Витамин Е, или токоферол, находящийся в оболочке клеток, которая тоже очень сильно подвержена повреждающему действию кислорода.

В эту же группу входят каротиноиды, в частности бета-каротин.

Третья группа - это прогормоны, то есть витамины, из которых образуются некоторые гормоны. В их числе витамины \mathbf{D} , \mathbf{A} и другие.

К ним можно добавить витаминоподобные вещества: липоевую кислоту, холин, инозин, биофлавоноиды (ниацин-витамин РР) и ряд других.

По своей химической природе все витамины делятся на две большие группы - жирорастворимые и водорастворимые.

Водорастворимые витамины - это витамин С и витамины группы В. Водорастворимые витамины не накапливаются в организме и выводятся из него в течение нескольких дней, поэтому организм нуждается в ежедневном приеме пищи, содержащей эти витамины.

Жирорастворимые витамины A, D, E и K накапливаются в печени и жировой ткани и поэтому сохраняются в организме в течение более длительного времени.

Макроэлементы — это все биоэлементы, содержание которых в организме превышает 0,1 % массы тела. Большей частью они представлены в клетках ионами.

К макроэлементам относятся: углерод, водород, кислород, азот, фосфор, калий, кальций, магний, сера и некоторые другие. В теле взрослого человека содержится порядка 4 г железа, 100 г натрия, 140 г калия, 700 г фосфора и 1 кг кальция.

Макроэлементы человек получает в основном из растений, в которых они содержатся в больших количествах. Макроэлементы принимают непосредственное участие в построении органических и неорганических соединений растения, составляя основную массу его сухого вещества. Содержание таких веществ в растениях варьирует от сотых долей процента до нескольких десятков процентов.

Микроэлементы – другое их название – микронутриенты. Среди различных видов химических соединений, находящихся в организме человека, 30 полностью состоят из микроэлементов. К ним относятся:

железо, медь, селен, йод, хром, цинк, фтор, марганец, кобальт, молибден, кремний, бром, ванадий, бор.

Содержание микроэлементов в организме человека составляет мизерные количества -0.01 до 0.00001% (от нескольких г до нескольких мг). Микроэлементы не являются поставщиком энергии, но участвуют в химических реакциях, жизненно важных для организма. Микроэлементы содержатся во многих продуктах питания — как животных, так и растительных (табл. 2)

Активная часть:

1. Знакомство с нормами потребностей человека в пищевых веществах (раздаточный материал: Приложение)

Задание на дом.

1.Записать свое привычное дневное меню, которое будет обсуждаться на 2-м занятии после заполнения опросника по питанию.

ЗАНЯТИЕ 2

Тема: Суточный рацион здорового (рационального) питания.

Цель 2-го занятия:

- Ознакомить слушателей с понятием энергетического баланса, с принципами рационального питания,
- Научить слушателей составлению рациона здорового питания.

Информационная часть №1. Понятие об энергетическом балансе

Вся необходимая организму энергия поступает из пищи. Для обеспечения энергетического равновесия потребление энергии должно быть равно ее затратам. Продукты различаются по количеству компонентов и по содержанию калорий.

Калория — это единица энергии, которую несет в себе 1 г. вещества. При «сгорании» 1г белков выделяется 4 ккал, 1г жиров — 9 ккал, 1г углеводов — 4 ккал. Индивидуальный расход энергии зависит от 3-х факторов.

Первый фактор – **основной обмен** – это затраты энергии на поддержание основных физиологических функций человека в течение суток (состояние покоя и бодрствования в тепле). Расход энергии на основной обмен составляет около 60% общих энергетических затрат.

Второй фактор – **термогенный эффект** - связан с дополнительным расходом энергии на пищеварение и со стимуляцией метаболизма.

Он составляет примерно 5 - 10% общей затраты энергии (у лиц с высокой физической активностью – до 15%).

Третий фактор – **физическая активность,** обуславливающий значительно варьирующий расход энергии (около 30% всех затрат).

Энергозатраты организма зависят от:

- Пола у женщин они на 10% ниже, чем у мужчин;
- Возраста у пожилых людей они на 7% ниже в каждом десятилетии;
- Физической активности, профессии. Расход энергии при различных видах деятельности показан в табл. 3.

Таблица 3. Энергозатраты человека при различных видах деятельности.

Виды физической активности	Расход энергии, ккал/час
Приготовление пищи	80
Одевание	30
Вождение автомобиля	50
Вытирание пыли	80
Еда	30
Работа в саду	135
Глажение белья	45
Уборка постели	130
Хождение по магазинам	80
Сидячая работа	75
Мытье полов	130
Секс	100-150
Аэробные танцы низкой интенсивности	215
Езда на велосипеде (9 км/ч)	185
Гимнастические упражнения	150
Бальные танцы	275
Спортивная тренировка	455
Спокойная прогулка	150
Пеший туризм (4 км/ч)	235
Спортивная ходьба	416
Бег (11 км/ч)	485
Бег по пересеченной местности	600
Ходьба на лыжах	485
Плавание (0,4 км/ч)	210
Настольный теннис (парный)	205
Волейбол	255
Ходьба (4 км/ч)	130
Ходьба (6 км/ч)	215
Силовая тренировка на тренажерах	520
Сон	50

В среднем энергозатраты на физические нагрузки у человека, не занимающегося спортом и тяжелым физическим трудом, составляют 10-30% от общих энергозатрат.

У мужчин со среднетяжелым физическим трудом среднесуточные энергозатраты равны 2500-2800 ккал, для женщин той же группы - 2100-2200 ккал., а для лиц, занимающихся тяжелым физическим трудом и спортсменов, она может достигать 4000 – 5000 ккал/сут.

Для людей умственного труда энергозатраты будут ниже: для мужчин 2100-2400 ккал/сутки, для женщин – 1800-2000 ккал/сутки.

Таблица 4. Энергетическая ценность 100 г съедобной части продуктов.

Энергоценность, ккал	Продукты
Очень большая (450—900)	Масло (растительное, топленое, сливочное), шоколад, орехи, пирожные с кремом, халва, свинина жирная, колбаса и грудинка сырокопченые, конфеты шоколадные, печенье сдобное
Большая (200-449)	Сливки, сметана (20% и более жирности), творог жирный, сыр, мороженое пломбир, свинина мясная, колбасы вареные, сардельки, сосиски, сельдь жирная, утки, гуси, семга, сайра, икра рыб, крупы, хлеб, макаронные изделия, сахар, варенье, мед, конфеты помадные, ирис, мармелад
Умеренная (100—199)	Творог полужирный, мороженое молочное, говядина, баранина, мясо кролика, курицы, яйца, сардины, судак, ставрида, скумбрия, дальневосточная сельдь нежирная
Малая (30—99)	Молоко, кефир, творог нежирный, треска, хек, карп, камбала, щука, фрукты, ягоды, картофель, свекла, морковь, зеленый горошек
Очень малая (менее 30)	Капуста белокочанная, репа, редис, салат, кабачки, помидоры, перец сладкий, тыква, клюква, свежие грибы

Информационная часть №2. Принципы рационального питания

Энергетическая ценность рациона должна обеспечиваться преимущественно за счет углеводов, преимущественно сложных. Как уже говорилось, имеет значение для здоровья ограничение быстрых (простых) углеводов.

Особо отмечается необходимость высокого потребления овощей и фруктов, что позволяет включить в рацион требуемое количество клетчатки.

Ежедневная норма употребления белка составляет 1 г. на 1 кг веса, а для физически активных людей – до 2 г. на 1 кг веса.

Для здорового питания не нужно существенно ограничивать жиры, поскольку они выполняют в организме энергетическую, пластическую, защитную функции. В рационе должно присутствовать сливочное и растительное масло (кроме пальмового, содержащего насыщенные твердые жиры).

Согласно рекомендациям ВОЗ по здоровому питанию (2000 г.), для поддержания нормальной массы тела ежедневная доля белков должна составлять 10-15% суточного рациона, доля жиров – менее 30% рациона (в том числе насыщенных жиров – менее 10%), и доля углеводов – около 55% (табл. 5). Из минеральных веществ придается большое значение снижению потребления натрия (поваренной соли) и достаточному поступлению в организм йода.

Таблица 5. Рекомендации ВОЗ по соотношению основных пищевых ингредиентов при здоровом питании

Индекс массы тела (ИМТ)	21-22 кг/м2 (для популяции)
Физическая активность (РЭ/УОО)	1,75*
Общие жиры	Меньше 30%**
Жирные кислоты насыщенные	Меньше 10%
ПНЖК	6-10%
Общие углеводы	Около 55%**
Caxap	Меньше 4%
Фрукты и овощи	400 граммов
Пищевые волокна	Не менее 25гр.
Белок	10-15%**
Соль	Менее 6 гр.
Йод	150 мг

^{*}РЭ/УОО – отношение расхода энергии к уровню основного обмена.

Указан % от энергетической ценности рациона.

Для людей, которые хотят питаться правильно для поддержания нормального веса и сохранения здоровья, нет необходимости проводить расчет ежедневно потребляемых калорий. Вполне достаточно соблюдать основные принципы здорового (рационального) питания.

Расчет калорий для составления меню обязателен для тех людей, которые страдают ожирением и которые поставили себе цель похудеть. Методика расчета подробно изложена в главе «Школа по снижению веса»

Простые принципы питания

1.Питание должно быть дробным (3-5 раз в сутки), регулярным (желательно в одно и тоже время) и равномерным, последний прием пищи не позднее, чем за 2-3 часа до сна.

При 3-x - разовом питании время между завтраком и обедом, обедом и ужином должно составлять около 5 часов, интервал между ужином и началом сна -3-4 часа.

При более предпочтительном – 5 - разовом питании - три основных приема пищи и два перекуса. При этом процент распределения съеденной пищи примерно такой:

- Завтрак 25%
- Перекус 10%
- Обед 35 %
- Полдник 10%
- Ужин 20%

2. Завтрак обязателен.

Люди, пренебрегающие завтраком, в среднем на 30% чаще имеют избыточную массу тела. Часто люди, которым не хочется есть утром, плотно ужинают непосредственно перед сном, что входит в привычку и не добавляют здоровья.

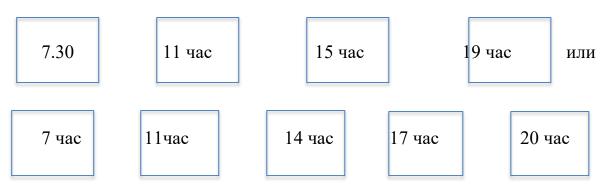
Поэтому нужно выработать привычку завтракать. Завтрак запускает метаболизм, ускоряет основной обмен и убережет от безудержного поедания всего съедобного во второй половине дня.

Завтрак должен обязательно включать белки, т.е. любой белковый продукт из мяса, рыбы, птицы, яиц, молочных продуктов, включая сыры, творог и другие. Белковая еда позволяет контролировать чувство насыщения, она практически не требует выработки инсулина и запускает выработку ферментов, необходимых для эффективного переваривания пищи.

Если человек не привык есть утром, но хочет научиться питаться правильно, сначала можно съесть и без аппетита пару яиц.

Кроме того, завтрак хорош тем, что это именно то самое время, когда можно позволить себе простые (быстрые) углеводы, проще говоря, все, что вредно, но вкусно и сладко: булочки, тосты, хлеб, пирожные, конфеты, варенье, печенье. Только эти простые углеводы не должны быть первым и единственным блюдом, съеденным на завтрак.

Примерный график приема пищи выглядит так:



Это только пример. Каждый строит свой собственный график с соблюдением данного принципа. В любом случае не стоит есть чаще 5 раз в день (исключение — люди с сахарным диабетом и ожирением, которым рекомендуется 6- разовое питание малыми порциями).

3. Все, что можно не съесть сладкого, нужно не съесть!

Конечно, трудно удержаться от сладкого, и можно сделать исключение и съесть (пирожное, булочку и т.д.) – лучше утром, как уже было сказано, после белков. Но исключение не должно превращаться в правило. Каждый день не надо, для худеющих – максимум 2 раза в неделю.

4. Необходимо правильно распределить продукты в течение дня.

Углеводы желательно есть в первой половине дня, а начиная с обеда и вечером отдавать предпочтение белковой пище. Тем, кто работает над снижением веса, углеводы показаны примерно до 12 часов, при этом нужно помнить, что прием углеводов должен быть только после употребления белков, а не отдельной едой. Для тех, кто поддерживает нормальный вес, углеводы достаточно убрать после 15 часов (это примерные временные границы).

5. Очень важным является употребление достаточного количества клетчатки. Клетчатка — это сырые овощи, зелень, фрукты. ВОЗ рекомендует не менее 400 г в сутки овощей и фруктов для взрослых. Клетчатка необходима для нормальной работы кишечника, который является к тому же отдельной иммунной системой (микробиот). Клетчатка обеспечивает чувство насыщения и, как следствие, снижение общей калорийности питания. Кроме того, клетчатка — очень важный источник витаминов и микроэлементов.

6. Едим только тогда, когда голодны.

Если нет чувства голода, лучше воздержаться от еды «за компанию» или когда еда красиво выглядит и вкусно пахнет.

7. Используем правильные перекусы.

Если кратность приема пищи 4 - 5 раз в день, перекусы не нужны.

Но если нет возможности поесть нормально, перекусы помогут утолить голод и воздержаться от переедания вечером. Для перекусов подойдет банан, орехи, сыр, протеиновые батончики.

8. Не досаливаем готовые блюда

Соль – достаточно мощный усилитель вкуса. А вкусную еду хочется съесть в большем количестве. Кроме того, есть доказанная взаимосвязь между употреблением соли и артериальной гипертонией.

Поэтому для начала не досаливаем готовые блюда. А со временем можно приучить себя класть меньше соли при приготовлении пищи.

9. Ужин не позже чем за три часа до сна, но не позже 21.00.

Нет необходимости соблюдать правило «не есть после 18.00». Голодный человек не может уснуть и начинает есть на ночь.

10. Все молочные продукты стараться есть до 18.00, так как они обладают высоким инсулиновым индексом. Их употребление в вечерние часы тормозит процесс жиросжигания. Исключение – сыры.

11. Поддерживаем оптимальный питьевой режим.

Организм взрослого человека состоит из воды на 60-70%. В процессе старения клетки нашего организма теряют воду. Вода – это не только жизнь, но и молодость. Вода поступает в организм человека с жидкой и с твердой пищей, а также вырабатывается в процессе жизнедеятельности. Средние физиологические потери воды составляют 2,5 л. Эти расходы связаны с дыханием, потоотделением, мочеиспусканием и дефекацией.

Поддержание водного баланса крайне важно. Патологические процессы запускаются при потере 10% от общего количества воды в организме. Нет единого мнения, сколько воды в сутки нужно пить. Правило «восьми стаканов» (2 литра) - наиболее распространенный вариант.

Итак – когда и как пить? Ответ: когда захочется. Организм сам даст знать. Главное – чтобы для конкретного человека воды было достаточно. Это зависит от условий (еды, погоды, физической нагрузки).

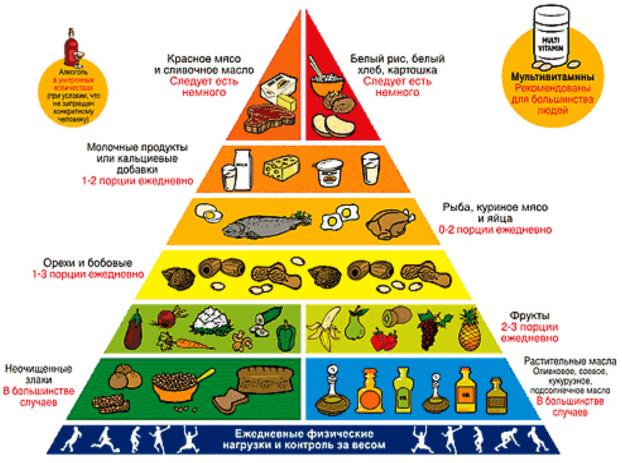
Чувство жажды – не единственный симптом обезвоживания. Другими симптомами могут быть: неприятный запах изо рта, тяга к сладкому, сухость кожи, снижение работоспособности, усталость, снижение настроения, запоры.

Все перечисленные правила — это не диета. Это постоянное пищевое поведение. Можно себе позволить маленькие срывы, отклонения и послабления. Главное, чтобы это не было системой.

В помощь при составлении суточного рациона здорового питания ВОЗ была создана наглядная и удобная в применении «пирамида питания», включающая 5 групп продуктов.

Деление продуктов на группы было произведено в зависимости от того, преимущественным источником каких нутриентов они являются (рис. 1).

Рисунок 1. Пирамида здорового питания ВОЗ.



Первая группа — самая большая составляющая (до 40 %) включает крупы, рис, картофель, хлеб и макароны, 4—5 блюд и более ежедневно. Предпочтительнее нешлифованные крупы с большим содержанием пищевых волокон или хлеб грубого помола.

Вторая группа (35 %) — овощи и фрукты, требующиеся в объеме 400 г в сутки. Сюда не включаются консервированные солью огурцы, помидоры и т. д. В любом другом виде — замороженном, сушеном, вареном — овощи и фрукты абсолютно приемлемы. При этом рекомендуется в течение дня употреблять как овощи, так и фрукты.

Третья группа — еще менее весомая (20 % от всего объема) — белковая, примерно 200 г любых продуктов: курицы, рыбы, мяса, яиц и альтернативных продуктов (бобовых, орехов). Рекомендуется выбирать продукты низкой жирности.

Четвертая группа — молочные продукты (молоко, сыр, кисломолочные продукты), потребляются примерно в том же объеме. Также рекомендуется выбирать продукты низкой жирности.

Пятая группа — все виды жиров и сладостей — самая маленькая, представляет жиры, масла, продукты с высоким содержанием жира (колбасы, жирное мясо, сдобная выпечка и др.), а также сахар и продукты с большим содержанием сахара (сладости, подслащенные напитки, сиропы и др.). Доля этой группы не должна превышать 5 %.

Примеры продуктов, отнесенных к перечисленным группам, и их рекомендуемое суточное количество приведены в таблице 6.

Таблица 6. Виды и количество продуктов для рационального питания

Параметры	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
Вид	хлеб,	Фрукты,	молоко,	мясо, рыба,	жиры,
продукта	зерновые,	овощи	молочные	альтернати	жирные
	картофель		продукты	ВЫ	и сладкие
					продукты
Наименова-	хлеб,	свежие,	молоко,	мясо,	масло растит.
ние	каши,	мороженые,	йогурт,	птица,	и сливочное,
продукта	макароны,	консервиро-	кефир,	рыба,	маргарин,
	рис,	ванные	простокваша,	яйца,	майонез,
	кукуруза,		творог	орехи,	кремы,
	греча,		нежирный,	бобовые,	бисквит,
	овес,		сыр с	стручковые	печенье,
	просо		содержанием		пирожные,
	пресное		жира до 40%		сладкие
	печенье				напитки
Количество	5 порций	5 порций	2 порции	2 порции	немного
порций	в день	в день	в день	в день	и нечасто
	(или больше)	(или			
		больше)			
Состав	углеводы:	антиоксидан	кальций,	железо,	Незаменимые
	крахмал,	ты,	белок,	белок,	жирные
	пищевые	витамин С,	витамин А,	витамины	кислоты,
	волокна;	бета-	витамин Е,	группы В,	немного
	кальций	каротины,	витамины В,	цинк,	витаминов
	магний,	фолиевая	рибофлавин	магний,	А,Д,Е,К
	железо,	кислота,	(B_2)	селен	и сахара
	тиамин (B_1) ,	пищевые			
	никотиновая	волокна,			
	к-та-вит.РР	калий			

Пояснения к таблице 6. Что такое «порция».

1-я группа продуктов.

Для зерновых продуктов (хлеб, каши, макароны) «1 порция» означает:

- 1 кусочек хлеба 30 грамм
- 30 г готовой каши, хлопьев, готовых завтраков,
- 1/2 чашки готового риса, гречи, овса или макарон.

Если представить себе 5 порций из 1-ой группы продуктов (зерновые, картофель), то это может означать 150 г каши в день, или 90 г каши (3 порции) и 2 кусочка хлеба в день.

Можно представить и так: 2 картошки (120 г) и 1 кусочек хлеба.

2-я группа продуктов.

Для овощей «1 порция» означает:

- —1 чашка свежих листовых овощей,
- 1/2 чашки других овощей вареных или сырых измельченных.

Для фруктов «1 порция» означает:

- 1 среднее яблоко, банан, апельсин,
- 1/2 чашки нарезанных, вареных, консервированных фруктов,
- 3/4 чашки фруктового сока.

Пять порций этой группы - это салат, хотя бы 1 раз в день, 1 раз в день овощной гарнир и хотя бы 1 яблоко в день, и компот из фруктов.

3-я группа продуктов.

Для молочных продуктов «1 порция» означает следующее:

- 1 чашка молока, кефира или йогурта,
- 45 г натурального сыра (творога),
- 60 г ферментированного (твердого) сыра.

При этом обычная стандартная чашка содержит 240 мл жидкости, то есть: две порции молочных продуктов - это 1 чашка молочнокислого продукта на ночь, утром блюдце творога, каша на молоке.

4-я группа продуктов.

Мясо, бобовые, яйца, орехи - для этих продуктов «1 порция» означает:

- ~ 60—90 г вареного тощего мяса, птицы или рыбы:
- 1/2 чашки вареных бобов (фасоли, гороха и т.д.),
- 1/3 чашки орехов,
- -30 г (1 унция) яиц (1 яйцо весит без скорлупы около 40-42 г).

5-я группа продуктов.

Употребление продуктов этой группы должно быть ограничено:

- 2 столовые ложки растительного масла,
- 15-20 грамм сливочного масла.

Желательно исключить маргарин и майонез.

В приведенной выше таблице 6 не указан кофе. Однако, кофе является самым распространенным напитком в мире благодаря содержанию в нем кофеина, который вызывает чувство бодрости.

Кофеин также содержится в черном и зеленом чае, однако. Стимулирующие эффекты кофеина в чае не настолько ярко выражены из-за вещества под названием теанин, который является природным стимулятором мозга. Безопасной дозой для здоровья считается примерно 4 чашки кофе.

Метаанализ законченного в 2017 году в 10 европейских странах когортного исследования (наблюдение более 16 лет) показало достоверное снижение риска смертности участников исследования, употреблявших от одной до трех чашек кофе в день.

При употреблении кофе стоит обратить внимание на качество напитка, а также научиться пить кофе без сахара с добавлением молока с низким содержанием жира (не сливок).

Нужно быть осторожными с соками. В соках, в том числе и свежевыжатых. много сахара в виде фруктозы и полное отсутствие клетчатки. Витамины лучше получать из цельных овощей и фруктов или принимать биодобавки.

Категорически не рекомендуется включать в свой рацион популярные газированные безалкогольные напитки! В их состав входит очищенная газированная вода, сахар, красители, кофеин, а также держащийся в строгом секрете состав натуральных специй. Мы не знаем, что мы пьем! Не покупайте их и не разрешайте детям. Это самый короткий путь к ожирению.

Питание в случаях праздничного застолья, на банкетах

Эти события являются неотъемлемой частью нашей жизни. Невозможно участвовать в застольях и ничего не есть. Кроме того, действия происходят, как правило, во второй половине дня, и чаще – вечером. В таком случае можно постараться делать это с минимальным вредом для своего организма.

Во-первых, прийти на банкет или на торжество не голодным. Голодному человеку не избежать переедания и быстрого опъянения на банкете, к тому же легко съесть трехсуточную норму калорий. Поэтому за 2,5 - 3 часа должен быть полноценный прием пищи. Это позволит прийти на мероприятие почти сытым или слегка голодным. Ведь цель любого банкеты – это прежде всего общение и отдых, а не переедание.

На банкете лучше выбирать блюда без простых углеводов либо съесть содержимое (тарталеток, бутербродиков), избегая теста.

Что касается алкоголя — выпить придется. В таком случае нужно выпить не на голодный желудок, а сначала перекусить. Алкоголь на голодный желудок вызовет быстрое опьянение и раздражение желудка, а это — риск обострения для людей с язвенной болезнью и гастритом.

Из алкогольных напитков лучше выбирать несладкие: сухие вина, водку, текилу, коньяк. Конечно, речь не идет о большом количестве алкогольных напитков. Нужно помнить о «безопасной» дозе алкоголя (об этом есть подробная информация в главе «Школа здоровья по теме «Риск пагубного потребления алкоголя». Даже самый качественный алкоголь вызывает обезвоживание органов и тканей. Сначала страдает головной мозг – появляются головные боли. Поэтому имеет смысл запивать алкоголь водой в пропорции не менее один к одному (но не сладким соком).

Активная часть.

Проводится обсуждение домашнего задания - одного-двух привычных дневных меню, составленных слушателями. Оценивается соотношение основных питательных веществ и наличие групп продуктов, ориентируясь на «пирамиду» здорового питания и на таблицу 5.

Задание на дом

Составить суточное меню для своей семьи, отвечающее принципам здорового питания

ЗАНЯТИЕ № 3

Особенности питания в зависимости от массы тела, физической активности, возраста, наличия патологии сердечно-сосудистой системы. Концепции диет

В качестве высокоинформативного и простого показателя, отражающего состояние питания, используется **индекс массы тела** (ИМТ) или индекс Кетле, определяемый как отношение массы тела (в кг) к росту (в м), возведенному в квадрат.

ИМТ = **Macca тела (кг)** / **poct (м²).** Единица измерения – кг/м2.

Нормальная масса тела соответствует ИМТ 18,5-24,9 кг/м2.

При величине индекса MT $\geq 25,0$ кг/м2 масса тела оценивается как избыточная, а $\geq 30,0-$ как ожирение, таблица 7.

Таблица 7. Классификация значений ИМТ

ИМТ, кг/м ²	Классификация	Риск заболеваемости
Менее 18,5	Дефицит массы тела	Повышенный
18,5-24,9	Нормальная масса тела	Минимальный
25,0-29,9	Избыточная масса тела	Повышенный
30,0-34,9	Ожирение I степени	Высокий
35,0-39,9	Ожирение II степени	Очень высокий
Свыше 40	Ожирение III степени	Чрезмерно высокий

Определение ИМТ по указанной таблице неприменимо у лиц старше 65 лет из-за возможного снижения объема мышечной массы, у спортсменов ввиду избыточной мышечной массы, у беременных женщин.

Ниже приведены нормальные значения индекса массы тела в зависимости от возраста (табл.8).

Таблица 8. Нормальные значения ИМТ в зависимости от возраста

Возрастная группа	Нормальные значения индекса
19 – 24 года	Менее 20
25 – 34 года	20 – 25
35 – 44 года	21 – 26
45 – 54 года	22 – 27
55 – 64 года	23 – 28
Более 65 лет	24 – 29

При избыточной массе тела или при ее дефиците желательно провести исследование методом биоимпедансметрии. Биоимпедансметрия устанавливает содержание жировой массы, мышц, мозга, внутренних органов, нервных клеток, внеклеточной (кровь, лимфа) и внутриклеточной жидкостей и общей воды. Рассчитывается индекс массы тела, полученные показатели сравниваются с нормой, учитывая пол, возраст, вес.

На основании полученных данных можно более целенаправленно составить диету при ожирении и дефиците массы тела.

Биоимпедансметрия доступна для всех граждан, обратившихся в центры здоровья.

Диета при избыточной массе тела и ожирении

подробна описана в главе «Школа здоровья по снижению веса». Уменьшение поступления энергии с пищей должно происходить в первую очередь за счет сокращения содержания жиров - до 30% от суточной калорийности. Практически все продукты с высоким содержанием жира (майонез, сливки, жирные сыры, рыбные консервы в масле, торты, пирожные, домашняя выпечка, ветчина, чипсы и т.д.) исключаются из рациона. Примерно 1/3 количества животных белков рекомендуется заменить на растительные.

Доля углеводов в суточном рационе должна составлять 55—60%, поскольку они являются основным источником энергии. Резкое ограничение углеводов нецелесообразно, так как это приводит к замещению их доли в рационе продуктами, содержащими жиры. Ограничиваются продукты, содержащие легко усваиваемые углеводы. Не нужен отказ от белого хлеба, макарон и картофеля как способе снижения массы тела из-за их невысокой калорийности.

Целесообразно включать в рацион овощи 3—4 раза в день в сыром или приготовленном виде, фрукты не менее 2—3 раз в день.

Для снижения веса не рекомендуется использовать широко рекламируемые виды диет: голодание, раздельное питание, вегетарианство, «питание по группам крови», «кремлевская диета» и т. д.

Информация о возможном применении ряда диет

Необходимо уделить внимание разнообразным «модным» диетам, которые часто применяют люди для снижения веса, черпая информацию из интернета и из рекламных роликов. Как правило, все предлагаемые диеты — нефизиологичны. А поскольку они используются кратковременно и не могут стать образом жизни человека, то после прекращения этих диет, как правило, вес наращивается в еще большей степени.

1. Низкоуглеводная диета - построена на строгом ограничении углеводов, основана на расходовании собственных жировых запасов в качестве топлива организма. Этот процесс называется кетоз, он же лежит в основе известной кетодиеты.

При обычном сбалансированном питании первым источником энергии являются углеводы: их запасы невелики, но они быстро окисляются с выделением энергии. Запасы жира в организме почти неисчерпаемы, но переработать его в энергию гораздо сложнее. Поэтому жиры почти не тратятся и откладываются про запас. Когда организм не получает углеводы, он примерно за сутки тратит свои запасы гликогена и обращается к резервному источнику энергии — жирам.

Низкоуглеводные диеты могут быть эффективны в краткосрочной перспективе, но долгосрочное соблюдение режима с пониженным содержанием углеводов является проблемой.

Снижение потребления углеводов препятствует выработке инсулина и вызывает повышение уровня глюкозы натощак. Недостаток углеводов может вызвать сдвиг кислотно-щелочного равновесия в организме, развитие кетоза, ацидоза; повышается риск остеопороза и мочекаменной болезни.

2. Аналогична и высокобелковая, "Кремлевская диета".

Она строится на следующих постулатах:

- Простые углеводы исключаются полностью.
- Белки составляют 60 % ежедневного рациона.
- Жиры (исключительно растительные) присутствуют в минимальном количестве.
- Белковая пища для лучшего пищеварения дополняется небольшим количеством овощей и фруктов.

Результатом этой диеты является потеря веса, сопоставимая со стандартным режимом ограничения углеводов и/или жиров.

Диета с высоким содержанием белка способствуют насыщению и предотвращают потерю мышечной массы, в том числе и возрастную. Однако, такая диета трудна для соблюдения в долгосрочной перспективе и потенциально опасна для пациентов с нарушением функции почек или другими проблемами со здоровьем.

В "Кремлевской диете", как и в низкоуглеводной диете, нарушен один из основных принципов здорового питания - принцип сбалансированности.

Побочные эффекты зависят от преобладания жиров или углеводов в рационе. В "Кремлевской диете" повышена атерогенность: доля жира в суточной калорийности в два раза (до 60-64%) выше рекомендуемых значений (ВОЗ, 2003), почти в 4 раза повышено содержание пищевого холестерина.

Для некоторых людей высокобелковая диета вызывает сильные головные боли и тошноту. Эта диета противопоказана беременным, кормящим матерям, пожилым людям и лицам, страдающих болезнями почек или печени.

Средиземноморская диета.

Этот термин ввел в 50-х годах прошлого столетия доктор Ансель Кейс, заметивший, что в нищих странах послевоенной Европы, особенно в Италии, уровень сердечно-сосудистых заболеваний и поражений органов пищеварения чрезвычайно низок, в то время как в благополучной Америке число заболеваний со смертельным исходом постоянно повышалось.

Он проанализировал меню итальянцев и других жителей средиземноморского региона и пришел к выводу, что их отменное здоровье обусловлено исключительно правильным питанием, исторически сложившимся в странах Средиземноморья.

Правильнее говорить о средиземноморском стиле питания. Общие принципы питания в средиземноморских странах едины:

- преобладание растительной пищи над животной,
- использование разнообразных круп и макаронов из твердых сортов пшеницы в большом количестве,
 - применение для готовки оливкового масла,
 - предпочтение рыбы и морепродуктов,
 - ограниченное употребление красного мяса,
- употребление в умеренных дозах качественных натуральных виноградных вин,
 - введение в меню кисломолочных продуктов йогуртов и сыров.

Таким образом, средиземноморская диета представляет собой хорошо сбалансированный тип питания, который может использоваться как базовая основа обычного, постоянного меню любого человека. Гармоничное сочетание всех компонентов и очень богатый выбор блюд, отменный их вкус делает такую диету приятной и необременительной.

Средиземноморский тип питания идеально подходит всем людям, которые хотят заботиться о своей внешности и здоровье.

Благодаря использованию большого количества овощей и круп ее можно отнести к низкожировой углеводной диете, в которой имеется отличный баланс питательных веществ.

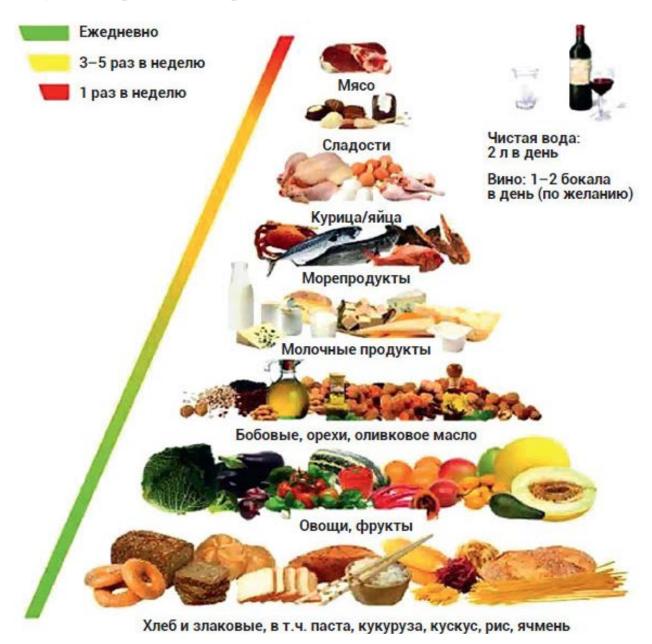
Овощи и в основном несладкие фрукты насыщают организм витаминами и полезными минеральными веществами, крупы дают сытость, а оливковое масло холодного отжима добавляет достаточное количество жиров растительного происхождения.

Обилие рыбы и морепродуктов обогащает диету рыбьим жиром, а это чрезвычайно полезные для красоты и здоровья омега-3-полиненасыщенные кислоты — незаменимые аминокислоты, которые являются прекрасным антиоксидантом и средством профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Для жителей России – это любая рыба, фрукты — не экзотические, а местные фрукты и ягоды, полезные для нашего здоровья. Здоровому человеку не повредит и сухое красное вино крымского производства.

Принцип средиземноморской диеты отражен на рисунке 2.

Рисунок 2. Средиземноморская диета.



Активная часть №1

Участникам школы предлагается сделать расчет своего индекса массы тела и оценить наличие или отсутствие избыточной массы тела.

Информационная часть №2.

Особенности рационального питания работников физического труда

Особенностями физического труда являются высокие энергозатраты. При физическом труде энерготраты рабочих на выполнение производственных операций составляют 3000 – 5000 ккал. Поэтому в питании увеличивается содержание белков, жиров и углеводов.

Потребность в белках составляет 2-2,5 г/кг массы тела, на долю животных белков должно приходиться 60%.

Потребность в жирах- 1,5-2 г/кг массы тела, на долю растительных жиров должно приходиться 20-30%.

Потребность в углеводах составляет 5-6 г/кг массы тела, на долю сложных углеводов должно приходиться 80%.

Потребность в витаминах и минеральных веществах увеличивается, так как при напряженном физическом труде значительно возрастает потоотделение, что ведет к потерям с потом водорастворимых витаминов и минеральных веществ. Чем интенсивнее и продолжительнее труд, тем выше потребность в витаминах.

Рекомендуется четырехразовое питание при следующем распределении калорийности по приемам пищи: завтрак -25%, обед -40%, ужин -25%, легкий ужин -10%.

В связи с тем, что физическая работа вызывает торможение пищеварительной системы, основной по энергетической ценности прием пищи должен осуществляться через 1—2 ч после окончания работы, а во время обеденного перерыва нужно потреблять легкоусвояемые продукты.

Особенности рационального питания работников умственного труда

Наиболее рациональным режимом питания для лиц умственного труда является 4-5 разовое питание. Интервалы между очередными приемами пищи не должны превышать 5 часов.

Первый завтрак должен обеспечивать 25 % суточной калорийности, второй — 15-20%. С целью обеспечения высокого уровня работоспособности в меню завтрака должны входить тонизирующие напитки (чай, кофе, какао). Возбуждающим влиянием на нервную систему обладают также сыры.

Обед обеспечивает 35% суточной потребности в энергии. В меню следует включать салат или закуску, горячее первое блюдо (для женщин — половину порции), мясное или рыбное блюдо. Заканчивают обед сладким напитком или третьим блюдом — муссом и др.

Если в рацион вводится не второй завтрак, а полдник (фрукты, соки), то он должен содержать до 15% суточной потребности в энергии.

Ужин должен обеспечивать 20-25% суточной калорийности и содержать легкоусвояемые блюда и продукты из рыбы, яиц, овощей, молока, фруктовые, ягодные и овощные соки, молочнокислые напитки.

В каждый прием пищи целесообразно включать 100-150 г хлеба пшеничного из муки 2-го сорта или ржаного хлеба. Дополнительно

рекомендуется включать, в качестве второго ужина, фрукты или кисломолочные продукты и булочные или кондитерские изделия без крема.

Среди способов технологической обработки продовольственных продуктов предпочтение следует отдать варке, приготовлению на пару, тушению и запеканию.

Особенности питания в пожилом возрасте

Каждые 7—10 лет у человека падает потребность в энергии примерно на 10%, это является приспособительной реакцией. В пожилом и старческом возрасте замедляется обмен веществ, возникают различные заболевания, и организм человека переходит на экономный режим расходования энергии. Это необходимо учитывать при выборе и составлении рациона питания.

Нормы потребностей в энергии для лиц пожилого возраста составляют: для мужчин в возрасте 60—74 лет - 2300 ккал, для женщин - 1975 ккал, а для лиц старческого возраста 75 лет и старше - для мужчин 1950 ккал, для женщин 1700 ккал.

Сохранение возрасте калорийности пожилом ПИЩИ способствует «тридцатилетнем развитию на уровне» ожирения, ишемической атеросклероза, болезни сердца (ИБС), гипертонии, болезни, желчнокаменной инсулин-независимого сахарного диабета, подагры, онкологических заболеваний и других.

Недостаток клетчатки увеличивает риск развития рака толстого кишечника, поскольку в этом случае увеличивается время прохождения пищи по кишечнику и длительность контакта стенки кишечника с эндогенными канцерогенами.

Избыток поваренной соли повышает риск развития гипертонической болезни и атрофического гастрита (вследствие повреждающего действия на сосуды и слизистую желудка).

Недостаток витаминов и микроэлементов приводит к увеличению расстройств обмена веществ.

Одиночество и перемены в образе жизни часто ведут к повышению аппетита и энергопотребления. Удовольствие от потребления пищи, особенно углеводной, снимает депрессию и притупляет чувство тоски.

Питание пожилых людей, учитывая наличие целого «букета» заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистых, должно быть:

- разнообразным и сбалансированным, с содержанием в рационе всех незаменимых пищевых веществ;
 - продукты и готовые блюда должны быть достаточно легко

перевариваемыми и способствовать сохранению и улучшению состава кишечной микрофлоры;

- содержать нужную концентрацию белка не менее 1-1,5г на 1кг веса в сутки и витаминов.
- Нужны и животные жиры как источник энергии, например, в небольшом количестве сливочное масло),
- режим питания должен построен таким образом, чтобы прием пищи был равномерно распределен в течение дня, не реже 4-5 приёмов пищи.

Немаловажно соблюдать объём съедаемой пищи в один приём. Переедание ведёт к избыточному наполнению желудка, что способствует подъёму диафрагмы и, как следствие, отрицательно влияет на работу сердца.

В рацион необходимо включать продукты с высоким содержанием калия и магния. которые способствуют улучшению сократительной способности сердца и кровообращению. Наибольшее содержание калия и магния в бобовых и кураге, второе место по содержанию калия и магния занимает морская капуста, третье – гречка и кешью. В меньших количествах содержат калий и магний мясо, рыба, овощи, фрукты, грибы.

Обязательны продукты с высоким содержанием пищевых волокон –это фрукты и большинство овощей, зелень.

Важно также употреблять достаточное количество воды — не менее 1 л и больше, в зависимости от потребностей.

Рекомендуемый перечень продуктов питания и блюд для граждан пожилого возраста

- 1. Хлебобулочные изделия: хлеб из отрубей, выпекается без соли; сухари из черного или серого хлеба.
- 2. Супы: главное соблюдение объёмов, 250 300 мл за приём. Супы могут быть овощные, постные, на нежирном мясе и с небольшим содержанием соли.
- 3. Мясо и рыба: только нежирные сорта (говядина, курица, телятина, кролик, индейка, судак, хек, треска, щука, навага) в вареном или паровом виде.
- 4. Гарнир: овощи в отварном и сыром виде, различные каши с добавлением молока, пудинги, макаронные изделия твердых сортов. Исключение составляют бобовые культуры в связи с повышенным газообразованием.
- 5. Блюда из яиц: не более 3 штук в неделю. Если используются только яичные белки, то количество яиц в неделю можно увеличить до 6 штук. Предпочтительнее употреблять запеченные белковые меренги и омлеты.

- 5. Молочные продукты: здесь нет исключений, в пищу можно употреблять кисломолочные продукты (кефир, ряженка, простокваша, сметана), молоко (при переносимости), творог, сливки небольшой жирности, сыр.
- 6. Сладкие блюда: главное правило, чтобы среднесуточное количество сахара не превышало 30 грамм (6 чайных ложек). Сюда относится мёд, пастила, сахар, варенье, зефир, мармелад, бисквит, карамель и т.д.
- 7. Фрукты и ягоды: компоты, морсы, кисели, желе, соки, муссы, печеные яблоки.

Чай и кофе в некрепком виде, отвар шиповника, малины, чёрной смородины.

Что не рекомендуется:

- крепкий чай, кофе, какао,
- свинина, сало, бараний и говяжий жир,
- пряные и копченые продукты (корейка, колбаса, сосиски, сардельки, соусы),
- продукты, вызывающие метеоризм (бобовые, свежая капуста),
- консервы,
- крепкие мясные и рыбные бульоны,
- алкоголь,
- жареные и острые продукты,
- жирные десерты,
- майонез,
- изделия из белой пшеничной муки.

Для более существенного результата стоит отказаться от чая, молока и компота в пользу простой питьевой воды.

В целом, не существует запретов на те или иные продукты, главное – ограничить соль, животные жиры, сахар и другие быстрые углеводы.

Примерное меню на день:

Завтрак: Каша (овсянка, гречка, рис бурый или дикий, пшёнка) – 6-9 столовых ложек на один стакан молока;

или творог, сырники или пудинг из творожной массы.

Стакан сладкого некрепкого чая с бутербродом из зернового хлеба и маслом.

Второй завтрак: Любые фрукты – яблоко свежее или запеченное с мёдом и изюмом, груша, апельсин, банан или 6-7 штучек кураги.

Обед: Суп (вегетарианский или на нежирном мясе, рыбе). Гарнир - тушеные овощи или салат из помидоров с огурцами и оливковым маслом. Один стакан морса, компота или киселя.

Полдник: Любой фрукт или горстка орехов с сухофруктами.

Ужин: не позже семи часов вечера. Отварная рыба с запеченным картофелем – 1-2 штуки. Фруктовая запеканка или каша с ломтиком сыра.

Перед сном: стакан кефира, простокваши, ряженки или небольшой фрукт.

Таким образом, подведем итоги и составим краткие советы по питанию для граждан пожилого возраста, в том числе при сердечно-сосудистых заболеваниях:

- Ограничение потребления соли (не более 5 г в сутки 1 чайная ложка без горки),
- Ограничение быстрых углеводов («свободных» сахаров);
- Ограничение животных жиров, с частичной заменой на растительные масла (20–30 г/сут.), содержащие полиненасыщенные жирные кислоты,
- Отдавать предпочтение тощим сортам мяса, нежирным кисломолочным продуктам
- потребление 2–3 раза в неделю жирной морской рыбы;
- Потребление ежедневно 400–500 г фруктов и овощей (не считая картофеля),
- Предпочтительное потребление цельнозерновых продуктов (хлеб, крупы).
- Следует отдавать предпочтение приготовлению продуктов на пару, путем отваривания, запекания.
- Полное исключение алкогольных напитков.

Активная часть:

Составить корзину здоровых продуктов для покупки в магазине для человека пожилого возраста

Подведение итогов занятия №3:

Вопросы-ответы

Приложение 1. Практические рекомендации по здоровому питанию Фрукты и овощи

1. Ежедневное потребление, по меньшей мере, 400 г, или пяти порций, фруктов и овощей, всегда включать в рацион овощи. Употреблять в качестве закуски свежие фрукты и овощи. Потреблять сезонные фрукты и овощи.

Жиры

Снижение общего потребления жиров менее 30% от общей калорийности суточного рациона, потребления насыщенных жиров менее 10%, потребления транс-жиров менее 1%.

Замещение насыщенных жиров и транс-жиров полиненасыщенными.

Для снижения потребления жиров, особенно насыщенных жиров и трансжиров промышленного производства, рекомендуется:

- готовить пищу на пару или варить, а не жарить и не запекать;
- заменять сливочное масло, свиное сало на растительные масла, богатые полиненасыщенными жирами, такие как подсолнечное, оливковое, соевое, кукурузное,
- употреблять в пищу молочную продукцию со сниженным содержанием жиров, постное мясо или обрезать видимый жир с мяса;
- -ограничивать потребление запеченных и жареных продуктов, а также заранее приготовленных закусочных и других продуктов (например, пончиков, кексов, пирогов, печенья и вафель), содержащих трансжиры промышленного производства.

Соль, натрий и калий

Сокращение потребления соли до 5 г в день и менее, не досаливать готовые блюда.

Потребление соли можно сократить следующими путями:

- ограничить количество соли и приправ с высоким содержанием натрия (например, соевого соуса, рыбного соуса и бульона), добавляемых во время приготовления еды,
 - не ставить на стол соль и соусы,
 - выбирать продукты с низким содержанием натрия.
- увеличить поступление в организм калия путем потребления свежих фруктов и овощей.

Углеводы

Потребление сахаров уменьшить до 10% от общей калорийности рациона.

Приложение 2. Нормы физиологических потребностей взрослого человека в пищевых веществах (для сведения о содержании микроэлементов и витаминов)

Наименование		Суточные нормативы	
1.0		1750 2200	
1.Вода (мл)		1750-2200 мл	
	ом числе: питьевая вода, чай, кофе и др. 800–1000 мл		
супы		250–500 мл	
жидкие продукты пи	тания	700 80–100 г	
2. Бе.	Tran (5)		2011 7272)
2. De.	лки (г)	(0,75 - 1,0 г на 1 кг массы тела)	
в том числе: Животн	ые	50 г	
в том числе	Аминокислоты	(r)	
	Незаменимые аминокис	лоты (г):	
Триптофан	1	Треонин	2–3.
Лейцин	4–6	Лизин	3–5
Изолейцин	3–4	Метионин	2–4
Валин	3–4	Фенилаланин	2–4
	Заменимые амин	юкислоты (г):	
Гистидин	1,5–2	Серин	3
Аргинин	5–6	Глутаминовая кислота	16
Цистин	2–3	Аспарагиновая кислота	6
Тирозин	3–4	Пролин	5
Аланин	3	Гликокол	3
		400–500	
3. Углевод	ы (г):		
в том числе: Крахмал	I	400–450	
Caxap		50–100	
Органические кислот	гы (г): в том числе:	2	
лимонная, молочная	и др.		
		25	
4. Балластные	` '		
клетчатка, пектин и	и др.	00 100	
5. Жиры (г):		80–100	
в том числе: Растите.	льные	20–25 .	
Незаменимые поли	ненасыщенные жирные	2–3.	
ки	слоты		
Холестерин		0 ,3–0, 06	
Фосфолипиды		5	
6.	Минеральные	вещества (г):	
Макро	Макроэлементы:		
Ка	льций	800-1000	
Ф	осфор	1000-1500	
Н	атрий	4000-6000	
Калий		2500-5000	
Хлориды		5000-7000	

	Магний	300-500
	Микроэлементы:	
Железо		15
	Цинк	10-15
	Марганец	5-10
	Хром	2-2,5
	Медь	2
	Кобальт	0,1-0,2
	Молибден	0,5
	Селен	0,5
	Фториды	0,5-1,0
	Иодиды	0,1-0,2
7.	Витам	ины (мг):
	Водорастворимые:	
С	Аскорбиновая кислота	50-70
B1	Тиамин	1,2-2,0
B2	Рибофлавин	2,0-2,5
PP	Ниацин	15-25
В3	Пантотенат	5-10
B4	Холин	500-100
В6	Пиридоксин	2-3
B8	Инозит	0,5 -1,0 (г)
B9	Фолацин	0,2-0,4
B12	Кобаламин	0,002-0,005
P	Рутин	25
Н	Биотин	0,15-0,30
N	Липоевая кислота	0,5
Жирорастворимые:		
A	Ретинол	1,5 -2,5
D	Кальциферол	0,0025-0,1 (100-400 ME)
Е	Токоферол	10-20 (5-30)
К	Филлохинон	0,2-0,3

Приложение 3. Суточные потребности взрослого человека в питательных веществах

Основные источники витаминов (продукты растительного и животного происхождения)			
Витамины Продукты		Содержание витаминов в 100 г продукта	
Тиамин	Проростки пшеницы Отруби Хлеб, крупы, соя	2,0 0,9 0,1-0,6	
Рибофлавин	Печень Яйца, творог, отруби	2,2-4,4 0,4-0,8	
Ниацин	Отруби	30	

(вит РР)	Печень	9-12
	Яйца, орехи, овес	4-10
	Печень	5-7
Пантотенол	Яйца, орехи, овес	1,2-3,2
	Капуста, говядина, сыр	0,3-0,8
	Проростки пшеницы	3,3
Пиридоксин	Печень, говядина, соя	0,4-0,8
	Рыба, крупы, картофель	0,14-0,3
Фолиевая	Соя	370
Фолисвая кислота	Печень	225-240
кислота	Зеленые овощи	110-150
	Печень	60
Витамин В12	Рыба	10-12
	Мясо	2,0
Витамин С	Черная смородина, облепиха	200
Витамин С	Капуста, цитрусовые	40-60
Биотин	Почки, печень	100-140
риотин	Соя	60
	Рыбий жир	18-19
Витамин А	Печень трески, печень	4-15
	Масло сливочное	0,6-0,8
	Морковь	9,0
Бета-каротин	Петрушка, укроп	4,0-5,7
	Перец, помидоры	1,2-2,0
	Печень трески	375
Витамин D	Рыбий жир	210
	Мясо	2,0
	Масло облепихи	100-200
Витамин Е –	Соевое масло	50-100
Diramin L -	Подсолнечное масло	40-80
	Оливковое масло	15-20 мг
	Шпинат	5000
Витамин К-	Тыква	4000
	Капуста	2000

Примечание. Можно использовать из главы «Школа по снижению веса»:

- 1. Примеры суточного рациона питания,
- 2. Таблицы содержания белков, жиров, углеводов в 100 г разных продуктов,
- 3. Таблицы калорийности готовых блюд

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Гигиена питания. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации // СПС Консультант Плюс: [сайт]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_395381/ (дата обращения: 14.12.2021).
- 2. Методическое письмо "Способ определения пищевого статуса больных и методы его коррекции специализированными продуктами лечебного питания в условиях стационарного и санаторно-курортного лечения" // СПС ГАРАНТ [сайт]. URL: https://base.garant.ru/4182015/ (дата обращения: 14.12.2021).
- 3. Информационный бюллетень «Здоровое питание». ВОЗ: [сайт]. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet (дата обращения: 14.12.2021).
- 4. Барановский А.Ю. «Диетология» // руководство 5-е издание спутник СПб.: Питер, 2017. 1104 с.: ил. (Серия «Спутник врача»).
- 5. Справочник по дистологии. 3-е изд. / под ред. В.А. Тутельяна, М.А. Самсонова. // М.: Медицина, 2002. 544 с.
- 6. Научные основы здорового питания. Тутельян В.А., Вялков А.И., Разумов А.Н., Михайлов В.И., Москаленко К.А.: Москва. «Панорама», 2010. 816 с.
- 7. Биоимпедансный анализ состава тела человека /Д.В. Николаев, А.В. Смирнов, И.Г. Бобринская, С.Г. Руднев Москва, «Наука» 2009 392 с.
- 8. Основы здорового питания: Пособие по общей нутрициологии / А.В.Скальный, И.А. Рудаков, С.В. Нотова, Т.И. Бурцева, В.В. Скальный, О.В. Баранова //. Оренбург: ГОУ ОГУ, 2005. 117 с.
- 9. Большая книга о питании для здоровья / М.М. Гурвич М.: Эксмо, 2013. 384 с.
- 10. Ключ к программе диетотерапии методы оценки состава тела / Т. Ю. Гроздова//, «Практическая диетология» № 3 (3) 2012. № 3. С. 16-29.
- 11. Гроздова, Т. Ю. Оптимизация пищевого рациона // «Практическая диетология», № 1 (1), 2011 № 5.

https://www.dietaryguidelines.gov/sites/default/files/2020-12/Dietary_ Guidelines

URL:

- 12. Здоровье без фанатизма /О.К. Кобякова Москва, АСТ, 2019—255 с.
- 13. Dietary Guidelines for Americans 2020 2025 9th Edition.

 December 2020 [Electronic resource]. –

_for_Americans_2020-2025.pdf#page=31/(дата обращения: 14.12.2021).

ГЛАВА 4. «ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ»

Составители: Демко И.В., Кононова Л.И., Соловьева И.А., Крапошина А.Ю., Гордеева Н.В.

Цель обучения пациентов в Школе по отказу от курения – повысить мотивацию участников Школы к отказу от курения и потребления другой никотинсодержащей продукции и к созданию в их семьях условий жизни без табачного дыма

Задачи:

- информировать участников Школы о вреде потребления табака и другой никотинсодержащей продукции,
- о законодательной базе по борьбе с табаком и оказанию медицинской помощи при отказе от курения,
- повысить ответственность за сохранение своего здоровья и здоровья членов своей семьи,
- создать или повысить мотивацию к отказу от потребления табака и никотинсодержащей продукции,
- обучить практическим навыкам, способствующим отказу от табакокурения и потребления никотинсодержащей продукции

Форма организации: семинар-тренинг

Рекомендуемое число занятий - 2-4, возможно объединение тем занятий

Темы занятий

Занятие 1. Вред табакокурения и потребления другой никотинсодержащей продукции. Законодательная база по борьбе с табаком и по оказанию медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости

Занятие 2. Никотиновая зависимость и ее оценка. Типы курительного поведения

Занятие 3. Методы отказа от курения и лечение никотиновой зависимости.

Структура занятий

- вводная часть,
- информационная часть,
- активная часть,
- заключительная часть.

Форма представления материала

- информационный материал в виде презентации слайдов о вреде табачных и других никотинсодержащих изделий и их влиянии на здоровье человека,
- буклеты, плакаты, листовки, брошюры о влиянии курения табака и потреблении другой никотинсодержащей продукции на здоровье человека,
- учебный прикладной материал для активной части занятий (таблицы, опросники и др.).
 - смокелайзер для определения угарного газа в выдыхаемом воздухе,
- желательно спирометр для определения функции внешнего дыхания и биологического возраста легких,
- образцы лекарственных препаратов для лечения никотиновой зависимости.

По окончании Школы участники должны знать:

- о влиянии табакокурения и потребления другой никотинсодержащей продукции на здоровье;
- о методах оценки никотиновой зависимости, типах зависимости; типа курительного поведения, мотивации к отказу от курения, риска развития ХОБЛ
- о законодательной базе по борьбе с табаком и по оказанию медицинской помощи при отказе от курения;
 - о методах лечения никотиновой зависимости;
- о профилактических мерах, направленных на возобновление табакокурения или потребления другой никотинсодержащей продукции.

Участники должны уметь:

- оценить свою степень никотиновой зависимости, свой тип курительного поведения, степень мотивации к отказу от курения, риск развития ХОБЛ,
- освоить практические навыки, способствующие отказу от курения и потребления другой никотинсодержащей продукции.

В начале и по окончании Школы рекомендуется провести краткий опрос с целью оценки исходного и конечного уровня знаний и навыков по тематике школы

ЗАНЯТИЕ 1

Тема занятия: Вред табакокурения и потребления другой никотинсодержащей продукции.

Информационная часть №1. Табакокурение, понятие. Эпидемия табакокурения. Влияние табакокурения на здоровье.

Табакокурение – вдыхание дыма тлеющего табака (ферментированных и высушенных листьев табака) в виде курения папирос, сигарет, сигар, курительных трубок или кальяна. В последние годы получили распространение электронные средства доставки никотина (ЭСДН) в виде электронных сигарет, вэйпов, айкос, при употреблении которых курильщик вдыхает пары продуктов, содержащих табак, никотин, ароматизаторы.

По данным ВОЗ, в настоящий момент на 7,5 млрд населения Земли приходится примерно 1 млрд курильщиков.

Россия занимает седьмое место в мире по числу сигарет, выкуриваемых за год в среднем на душу населения, и по данным за 2012 и 2016 гг., являлась третьим по величине рынком сбыта табака в мире.

Ежегодный рост потребления сигает в России наблюдался до 2016 г. По данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака, в 2009 году в России курили 39,1 % взрослого населения: среди мужчин – 60,2 % (30,6 миллиона), среди женщин — 21,7 % (13,3 миллиона).

Благодаря принятым законодательным мерам (Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от окружающего табачного дыма и последствий потребления табака») число курильщиков в России стало постепенно снижаться.

Данные Глобального опроса взрослого населения (GATS) в 2016 году о потреблении табака показали снижение распространенности потребления табака в России. За 7-летний период (с 2009 по 2016 г.г.) потребление табака снизилось на 8,6% и составило 30,5% (36,4 млн.человек). Среди мужчин потребление табака снизилось на 10,4% и составило 49,8%; среди женщин – снизилось на 7,7% и составило 14,5%.

Наряду со снижением потребления табака, исследование GATS-2016 показало высокую интенсивность курения среди потребителей табака - в среднем 16,3 сигарет в день (17,1 - мужчины и 13,7 - женщины). Вследствие интенсивного курения у большей части курильщиков развилась никотиновая зависимость высокой и очень высокой степени: 64,0%

ежедневных курильщиков табака выкуривали первую сигарету в течение 30 минут после пробуждения.

В Красноярском крае, по данным ежегодного социологического опроса квотной выборки взрослого населения, доля курящих в течение 8 лет (с 2013 по 2020 г.г.) составляла около 30% с небольшими колебаниями, не имея тенденции к снижению (рис. 1).

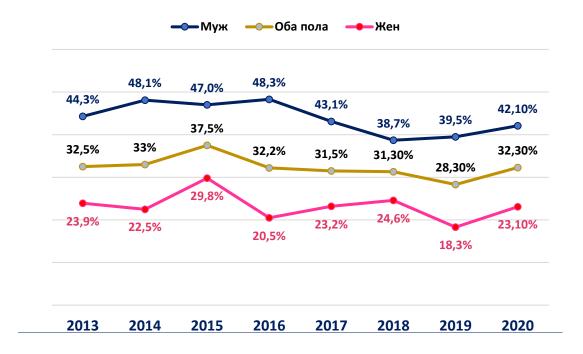


Рис.1. Распространенность курения в России и в Красноярском крае

Ha фоне снижения распространенности табака курения активизировались продажи электронных средств доставки никотина (ЭДСН) – электронных сигарет, вэйпов, а также некурительной табачной продукции насвай). Такая ситуация явилась следствием маркетинговой деятельности табачных компаний, которые теряли рынки сбыта сигарет в связи с действием федерального закона №15-ФЗ от 23.02.2013 «Об охране здоровья граждан OT окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

В результате рекламы ЭСДН в качестве средства отказа от курения число потребителей табака и других никотинсодержащих продуктов не только не уменьшилось, но и возросло.

По данным выборочного опроса взрослого населения России в 2017-2018 г.г., постоянно потребляли ЭСДН 2,5% населения, при этом частота потребления ЭСДН в самой молодой возрастной группе (18-24 г.г.) оказалась самой высокой и составила 23,5%.

В Красноярском крае, как показал опрос квотной выборки взрослого нселения в 2021 г. доля потребителей всех видов табака возросла до 34,1% за счет роста потребления электронных сигарет, вэйпов, айкос (8,9%), кальяна (1,9%), а также жевательного табака — снюса, насвая (0,2%). При этом доля курящих сигареты уменьшилась до 23,1% (44,1% среди мужчин и 25,5% среди женщин). Для сравнения: в 2016 г. постоянно использовали электронные сигареты 3,5%.

Влияние курения табака и потребления других никотинсодержащих продуктов на здоровье человека.

Курение вносит наибольший вклад в заболеваемость и смертность от основных неинфекционных заболеваний (НИЗ), которые являются основными причинами преждевременной смертности трудоспособного населения. От причин, связанных с курением, в России каждый год умирает до полумиллиона человек. Неинфекционные заболевания, обусловленные курением, составляют 65% в структуре общей смертности населения России. Доказано, что курение «вырывает» от 19 до 23 лет из жизни человека.

Вред от курения доказан много лет назад. Горящая сигарета является как бы уникальной химической фабрикой, продуцирующей более 4 тыс. различных соединений, в том числе 60 канцерогенных веществ.

Что же представляет из себя табачный дым?

При курении сигареты (сигары, папиросы, ЭДСН) образуются два потока дыма: основной и побочный. **Основной поток** образуется в горящем конусе сигареты и в горячих зонах во время глубокого вдоха (затяжки), он проходит через всю сигарету и попадает в дыхательные пути.

Побочный поток образуется между затяжками и выделяется из обугленного конца сигареты в окружающий воздух. Побочный поток вдыхают некурящие люди, находящиеся в одном помещении или рядом с курящим человеком («пассивные курильщики»). Побочный поток табачного дыма содержит меньше компонентов, чем основной поток, однако в побочном потоке в больших количествах образуются аммиак, амины (включая ароматические) и летучие канцерогенные нитрозамины. Содержание никотина в твердой фазе побочного потока иногда превышает его содержание в основном.

Доказано, что вынужденное, или «пассивное» курение — не менее вредно для здоровья, чем активное курение. Так, пребывание в течение одного часа некурящего человека в накуренном помещении равноценно выкуриванию 4 сигарет.

В табачном дыме присутствует более 7000 химических веществ, из которых по меньшей мере 250 наносят вред здоровью, а не менее 69 — являются известными канцерогенами.

Табачный дым состоит из двух фракций: газообразной и твердой.

В газообразной фазе табачного дыма в виде взвешенных частиц содержатся токсические вещества: окись углерода, ацетальдегид, окись азота, цианистый водород, аммиак, акролеин и др.

В табачном дыме содержатся также **канцерогенные вещества** (вызывающие рак): бензол, хлористый винил, формальдегид, 2-нитропропан, гидразин, уретан, и др. Они оказывают специфическое влияние на развитие определенных видов злокачественных опухолей - рак пищевода, поджелудочной железы, почечных лоханок, мочевого пузыря. Это, в первую очередь, многочисленные N-нитрозамины, никель, кадмий, полоний-210. Нитрозамины образуются из никотина при реакции с компонентами воздуха.

Смолы, содержащиеся в твердой фазе табачного дыма, обладают основным опухолеобразующим действием на организм, вызывая развитие как доброкачественных, так и злокачественных опухолей.

Кадмий — тяжелый металл, обладает выраженным токсическим действием на все клетки органов дыхания. 105

Радиоактивный полоний-210 адсорбируется в табачный дым из атмосферы, период его полураспада превышает 138 суток, поэтому он очень долго остается в организме, что обусловливает его длительную экспозицию как выраженного канцерогена.

Влияние курения на здоровье и прогноз жизни

Простые расчеты количества химических элементов, попадающих в дыхательные пути человека вместе с табачным дымом за сутки, неделю, месяц, год в течение всего периода курения составляют поистине астрономические цифры, свидетельствующие о длительном токсическом воздействии табачного дыма на организм человека в целом и отдельные его системы.

Особо необходимо отметить **токсическое действие на организм человека окиси углерода (угарного газа, СО**), образующегося при горении сигареты.

Нормальное функционирование клетки полностью зависит от доставки кислорода (O_2). Более 98% кислорода, поглощаемого легкими из вдыхаемого воздуха, переносится к клетке кровью в виде оксигемоглобина (O_2 Hb). Окись углерода, обладая сродством к гемоглобину в 200-250 раз выше, чем кислород, вытесняет кислород из оксигемоглобина и связывается с гемоглобином, образуя карбоксигемоглобин. Он гораздо устойчивее

оксигемоглобина, циркулирует в крови намного дольше, нарушая, тем самым, насыщение гемоглобина кислородом и его отдачу в тканях.

В результате развивается прогрессирующее кислородное голодание (гипоксия), которой подвержены все органы и ткани, в большей степени жизненно важные - мозг, сердце, легкие, печень, почки.

Дыхательная система при курении страдает в первую очередь. Это связано с токсическим и канцерогенным действием табака, снижением иммунитета и сопротивляемости инфекциям.

Воспалительные изменения со стороны всего тракта дыхательной системы, выраженные в различной степени, приобретают практически все курильщики. Раковые заболевания губ, ротовой полости, языка, глотки, гортани, трахеи, бронхов, легких считаются причинносвязанными с курением.

Почти 100% больных раком легкого – курильщики с большим стажем. Курением обусловлено 82% случаев ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких). Практически все курильщики приобретают хронический бронхит, обструктивную болезнь легких. Рак ротовой полости, языка, глотки, гортани, трахеи, бронхов, легких считаются причинно связанными с курением более чем в 90% случаев. Имеются данные об увеличении заболеваемости раком легких среди жен заядлых курильщиков.

Сердце и сосуды

Известно, что всасываемость большинства веществ со слизистой полости рта может быть по своей скорости попадания в кровь сопоставима с внутривенным введением.

Табачный содержащийся дым И В нем никотин оказывает множественное повреждающее влияние на сосуды И способствует повреждению сосудистой повышению сосудистого тонуса, нарушению свертывающей системы крови и образованию тромбов. Это многократно повышает вероятность увеличения уровня холестерина, поражения и утолщения сосудистой стенки мелких и крупных артерий и развития атеросклероза. Специалисты считают, что у длительно курящего человека сосуды "изнашиваются" на 15 лет раньше, чем у некурящих.

За сутки сердце курильщика делает около 10-15 тысяч лишних сокращений, повышая артериальное давлением в среднем на 10 мм.рт.ст. В результате спазма сосудов сердца снижается коронарный кровоток более чем на 40%.

У курящих чаще развивается артериальная гипертония, стенокардия, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, инсульт. Курение даже одной сигареты в день повышает риск развития ишемической болезни

сердца у мужчин на 48%, у женщин – на целых 57%, повышает риск развития мозгового инсульта на 25% у мужчин и на 31% у женщин.

При поражении бедренных артерий и их ветвей развивается недостаточность кровоснабжения сосудов ног, что на фоне постоянной потребности в выполнении нагрузок (ходьба, бег) приводит к возникновению «синдрома перемежающейся хромоты», который может закончиться гангреной нижних конечностей. Нередко в таких случаях требуется ампутация для спасения жизни больного.

От кислородного голодания страдают мозг и нервная система.

Часто появляются головные боли, головокружение, снижение работоспособности, ухудшение усвояемости нового, что особенно свойственно детям в курящих семьях. Почти всем курильщикам свойственны неустойчивость настроения, раздражительность, повышенная утомляемость.

У курильщиков с большим стажем и высокой интенсивностью курения вследствие накопления токсического влияния табакокурения повышается риск преходящих или стойких нарушений мозгового кровообращения (мозговой инсульт).

Страдают от курения все органы желудочно-кишечного тракта: пищевод, желудок, поджелудочная железа, желчный пузырь. Попадание метаболитов табачного дыма (никотин, смолы) со слюной в пищевод, а затем в желудок приводит к развитию хронического воспаления, язвенной болезни, рака пищевода, желудка, печени, поджелудочной железы.

дискинезии желчного пузыря. Следствием длительного и интенсивного курения нередко является также рак поджелудочной железы, желчного пузыря.

Вовлечение метаболитов табака во многие звенья обмена, нарушает экскрецию желез внутренней секреции, отягощает и провоцирует скрытые или начальные изменения, способствует нарушению функции эндокринных желез, способствует развитию сахарного диабета, рака щитовидной железы.

Страдает от курения и мочеполовая система.

Курение мужчин, особенно интенсивное и длительное, нередко является у них проблемой сексуальной жизни, увеличивает риск импотенции, встречаются и случаи мужского бесплодия, которые можно связать с курением.

Курение женщин часто приводит в нарушения детородной функции, которые проявляются в бесплодии, привычных выкидышах, патологии течения беременности и родов. Особенно это грозит женщинам, которые

продолжают курить во время беременности. К сожалению, обследования беременных показывает, что только немногие из них, решив стать матерью, бросают курить. Продолжение курения во время беременности очень негативно отражается на здоровье новорожденного, увеличивается риск мертворождения. Дети курящих матерей часто рождаются недоношенными, отстают в развитии, имеют низкую сопротивляемость инфекциям и другим заболеваниям.

У курящих в 3-4 раза чаще, чем у некурящих, повышается риск рака мочевого пузыря, рака предстательной железы у мужчин, молочной железы и яичников у женщин.

Кожа, зубы, внешний вид

Курящего человека можно сразу узнать из толпы. Цвет, тургор кожи, преждевременные морщины, склонность к сухости кожных покровов, желтые зубы, подверженные в большей степени, чем у некурящего, заболеванию кариесом, желтые пальцы рук свидетельствуют о хроническом отравлении организма продуктами табачного дыма. Голос становится нередко хриплым. Особенно это быстро становится заметным у молодых девушек. В последнее время даже появился термин "лицо курильщика". Характерный для курящего человека серый оттенок кожных покровов – проявление нарушения транспорта кислорода в тканях

У курящих страдает и костная система,

Часто развивается остеопороз (потеря костной ткани, ломкость костей), особенно он опасен женщинам в постменопаузальный период.

Причина развития остеопороза у курящих связана с многогранным неблагоприятным влиянием компонентов табачного дыма: токсическое действие на остеокласты (клетки регенерации костной ткани), хроническая витаминная недостаточность, в первую очередь, недостаточность витамина Д, необходимого для всасывания солей кальция в кишечнике, нормального его обмена и проникновения в костную ткань и др. Нарушения питания, его несбалансированность по основным питательным веществам, нередко имеющееся у курящих, способствуют прогрессированию остеопороза.

Остеопороз значительной увеличивает риск переломов, особенно переломов шейки бедра у пожилых.

Влияние курения на прогноз жизни

Эпидемиологическими исследованиями доказано, что курение табака относится к основным и независимым факторам риска заболеваемости и смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний.

Доказано, что среди населения России среднего возраста 36% общей смертности у мужчин и около 8% общей смертности у женщин обусловлено

курением табака. Среди умерших от ишемической болезни сердца 41% смертей у мужчин и 7% смертей у женщин связано с курением. Среди умерших от мозгового инсульта количество смертей, связанных с курением составляет 21% у мужчин и 10% у женщин. Курильщицы теряют, по крайней мере, 10 лет жизни.

Курение опасно в любой форме и количестве, включая новые электронные формы доставки никотина. Также нет «безопасных» доз потребления табака и никотина. Продолжение курения после 40 лет приводит к десятикратному повышению рисков, связанных с потреблением табака.

Многочисленные научные исследования ведущих мировых институтов свидетельствуют, что пассивное курение так же, как и активное, является фактором риска многих хронических заболеваний.

У некурящих людей, проживающих вместе с курильщиками, риск развития рака легких и болезней сердца вследствие пассивного курения возрастает на 30%, риск инсульта - на 82%.

У взрослых, страдающих от загрязнения воздуха табачным дымом дома и на работе, риск заболевания астмой на 40-60% выше, чем у тех, кто не подвержен пассивному курению.

В консультационном документе ВОЗ был сделан вывод о том, что пассивное курение у детей вызывает заболевания бронхитом, пневмонией, приступы астмы, воспаление среднего уха, внезапную младенческую смерть. Маленькие дети страдают от табачного дыма из-за курения родителей. Материнское курение негативным образом влияет на здоровье ребенка как во время беременности, так и в первые месяцы после родов.

Результаты более чем 40 исследований по воздействию курения родителей на функционирование системы дыхательных путей ребенка показали, что вероятность респираторных заболеваний у детей с курящими матерями в 1.7 раза выше, чем у детей, чьи матери не курят. Отцовское курение приводит к увеличению риска респираторных заболеваний в 1,3 раза. У курящих женщин рождаются дети с низким весом, а также возрастает риск смерти ребенка в грудном возрасте.

Дети, хронически подвергающиеся воздействию вторичного табачного дыма, имеют повышенный риск развития бронхиальной астмы, респираторных заболеваний, злокачественных опухолей, и другие проблемы со здоровьем. Эти заболевания приводят к плохому усвоению школьного материала и пропускам занятий в школе.

Электронные средства доставки никотина (ЭСДН)

Высокая распространенность электронных средств доставки никотина (ЭСДН) является следствием маркетинговой деятельности табачных

компаний, которые теряют рынки сбыта в связи с действием федерального закона №15-ФЗ от 23.02.2013 «Об охране здоровья граждан от окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

К ЭСДН относятся электронные сигареты, вэйпы, кальян, айкос. Все конструкции ЭДСН работают по единому принципу - образование аэрозоля, содержащего ультрамелкие частицы, которые при вдыхании легко проникают в легкие и в артериальную кровь.

Раствор, находящийся в картридже, превращается в аэрозоль при соприкосновении с электронной системой испарения, которая разогревается с помощью съемной аккумуляторной батареи. Производители ЭСДН сообщают, что жидкость картриджа содержит никотин, глицерин или пропиленгликоль и ароматизаторы (табак, ментол, кофе, фрукты, сладости).

Указывается, что содержание никотина в картриджах составляет от 6 до 36 мг, иногда до 100 мг. В продаже существуют картриджи, в которых содержание никотина в одной затяжке на 20% превышает содержание никотина в стандартной сигарете, что увеличивает вероятность развития никотиновой зависимости.

Таким образом, при употреблении ЭДСН формируется такое же поведение курящего человека, как и при курении сигарет.

Химический состав аэрозоля электронных сигарет в настоящее время полностью не изучен. При исследовании аэрозолей с ароматизаторами в них обнаружены формальдегид, ацетальдегид, изопрен, уксусная кислота, бутадион, ацетон, пропанол, пропиленгликоль, диацетин, 3-метилбутил-3-метилбутаноат, никотин, 1,2-пропандиол, некоторые летучие органические соединения, некоторые тяжелые металлы.

Концентрация некоторых металлов, в частности, хрома и никеля в окружающем воздухе в результате использования ЭСДН выше в 14–40 раз, ацетальдегида – в 2–8 раз и формальдегида – выше примерно на 20%.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) опубликованы данные исследования рисков для здоровья «пассивных» потребителей ЭДСН- тех, кто находится рядом с потребителями ЭСДН и вынужден вдыхать пар от электронных средств доставки никотина.

ВОЗ сделан вывод, что ЭСДН является новым источником загрязнения воздуха частицами, глубоко проникающими в бронхиальное дерево и вызывающими воспаление. И хотя содержание многих токсических веществ в аэрозоле электронных сигарет на 1-2 порядка ниже, чем в табачном дыме стандартных сигарет, но в аэрозоле электронных сигарет были выявлены тяжелые металлы. Это объясняется тем, что в электронных

сигаретах никотиновый раствор для генерации аэрозоля соприкасается с нагревательным элементом, содержащим тяжелые металлы (олово, никель, медь, свинец, хром).

Кроме того, при использовании никотинсодержащих картриджей содержание никотина в помещении, где курили ЭСДН, может быть в 10–115 раз выше (в зависимости от интенсивности использования электронных сигарет или других ЭСДН), чем фоновые значения. А никотин является психоактивным веществом, вызывающим зависимость, в том числе и у тех, кто сам не курит, но вдыхает пар с никотином.

Получены доказательства токсичности аэрозоля для клеток организма человека, и степень токсичности зависит от концентрации ароматизаторов. Выявлено, что особенно чувствительны к токсинам аэрозоля стволовые клетки, что позволяет утверждать о токсическом влиянии электронных сигарет на беременных женщин.

Поэтому, несомненно, что вещества ЭСДН оказывают вредное воздействие на организм не только у самих потребителей ЭСДН, но и у окружающих. Излишне говорить, что все виды ЭСДН никоим образом не способствуют отказу от курения, поскольку они только поддерживают и усугубляют никотиновую зависимость в силу содержания больших доз синтетического никотина — чрезвычайно токсичного, вызывающего зависимость за короткий период времени.

По данным Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, прекращение курения позволило бы снизить показатель общей смертности у мужчин 40-59 лет на 17,5%. Восстановление риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, равное некурящим, происходит в течение 10-15 лет с момента прекращения курения.

Парадоксально, что большинство курящих считают курение вредным для здоровья, но продолжают придерживаться этой привычки.

Во многом это обусловлено тем, что знание курящих о вреде табака носит поверхностный характер и недостаточно для правильного отношения к курению. С целью мотивации к отказу от курения курящим проводится в рамках диспансеризации оценка сердечно-сосудистого риска и риска развития ХОБЛ.

Активная часть №1.

Слушателям предлагается оценить сердечно-сосудистый риск и риск развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)

1. Оценка сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE

Если курящий человек пока еще не имеет хронических сердечнососудистых заболеваний (сердечно-сосудистых, сахарного диабета, хронических болезней почек), можно определить суммарный сердечнососудистый риск, т.е. риск смерти в ближайшие 10 лет.

Такая методика применяется при проведении диспансеризации взрослого населения. Для оценки сердечно-сосудистого риска используется разработанная шкала SCORE на основании следующих параметров, характеризующих основные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: пола (мужской пол − фактор риска), возраста (40 лет и старше), уровней систолического артериального давления (САД≥140 − фактор риска), общего холестерина крови (≥5 ммоль/л - фактор риска), факта курения (фактор риска), рис.1.

Рис. 1. Оценка 10-летнего фатального риска ССЗ по таблице SCORE

				Ж	EH	Щ	и	НЬ	I							M	ж	нир	ы			
	не	кур	ил	ьщі	ики		K	ури	лы	цик	и	возраст	не	кур	илі	ьщі	ки	K	ури	лы	цив	ш
180	6	6	7	8	10		12	14	15	17	20		12	14	17	20	23	24	27	31	36	47
160	4	4	5	6	7		8	9	10	12	14		8	10	12	14	16	17	19	23	26	31
140	2	3	3	4	5		5	6	7	8	10	65	6	7	8	10	12	11	13	16	19	23
120	2	2	2	3	3		4	4	5	6	7		4	5	6	7	8	8	9	11	13	16
			No. of the last	Inc. and			1000						_			l and					Service de	
180	3	4	4	5	6		7	8	9	11	12		8	10	12		16	17		22		
160	2	2	2	2	4	8	5	5	6	7	8	60	6	7	8	9	11	11	13	16	19	
140	1	2	2	2	3		3	4	4	5	6		4	5	5	7	8	8	9	11		16
120	1	1	1	2	2		2	2	3	3	4		3	3	4	5	6	5	6	8	9	11
180	2	2	2	3	3		4	4	5	6	7		5	6	8	9	11	11	13	15	18	21
160	1	1	2	2	2		3	3	3	4	5		4	4	5	6	8	7	9	10	13	
140	1	1	1	1	1		2	2	2	3	3	55	2	3	4	4	5	5	6	7	9	11
120	0	1	1	1	1		1	1	2	2	2		2	2	2	3	4	3	4	5	6	7
180	1	1	1	1	2		2	2	3	3	4		3	4	5	6	7	7	8	9	11	14
160	1	1	1	1	1		1	1	2	2	2	50	2	3	3	4	5	5	5	7	8	10
140	0	0	1	1	1		1	1	1	1	2	30	2	2	2	3	3	3	4	4	5	7
120	0	0	0	0	0		1	1	1	1	1		1	1	1	2	2	2	3	3	4	5
100	•	•	_	_			•	•	-													
180	0	0	0	0	0		0	0	0	1	1		1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
160	0	0	0	0	0	B	0	0	0	0	0	40	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3
140	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	1	1	1	1	1	1	1	2	2
120	1000	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8	постоп	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
											XU	лестері	ин					150	200	0 2	50 MF/	300
	<	1%	6	19	%		2%	6	3	3%	4	-5%	5-99	%	10-	149	6 1:	5% и	вы	ше		

Для оценки индивидуального сердечно-сосудистого риска нужно:

выбрать ту часть шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения человека (курит или не курит),

далее найти клетку, соответствующую уровню измеренного САД и общего XC в крови.

Цифра, указанная в клетке, показывает 10-летний суммарный сердечно-сосудистый риск данного пациента: 1-2% — низкий риск, 3-4% - средний (умеренный) риск, 5% и выше - высокий риск, 10% и выше - очень высокий риск.

Эта методика позволяет выявить тех граждан из числа здоровых людей, у которых определяется высокий и очень высокий 10-летний фатальный сердечно-сосудистый риск и которым нужно в первую очередь проводить профилактические меры для предупреждения развития сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смерти.

Отказ от курения в таких случаях является самым важным приоритетом в профилактике неблагоприятных событий.

2. Оценка риска развития хронической обструктивной болезни легких (XOБЛ)

Опросник для выявления риска развития ХОБЛ у курильщика проводится по индексу курящего человека и индексу пачек-лет.

Индекс курящего человека (ИКЧ) = количество сигарет, выкуренных в день х 12 (число месяцев в году).

Если ИКЧ > 120, есть риск развития ХОБЛ;

Если ИКЧ > 140, риск развития ХОБЛ крайне высокий;

Если ИКЧ > 200 – это злостный курильщик, и в 70% имеет риск развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Пример: курильщик с большим стажем выкуривает 12 сигарет в день. Умножаем это число на 12 месяцев в году и получаем ИКЧ = 144, т.е. крайне высокий риск развития ХОБЛ.

Индекс пачек-лет (ИПЛ) = Количество сигарет, выкуренных в день умноженное на стаж курения : 20 (количество сигарет в пачке)

 $И\Pi \Pi > 15$ – высокий риск развития ХОБЛ.

В приведенном примере

ИПЛ = 12 х 30/20 = 18, т.е. крайне высокий риск развития ХОБЛ.

Информационная часть №2

Законодательная база по борьбе с табаком и по оказанию медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и других никотинсодержащих (НС) продуктов

С 2013 года в России действует Федеральный закон (от 23.02.2013) № 15-ФЗ "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака". В 2020 г. в закон внесены поправки в связи с широким распространением электронных средств доставки никотина (ЭДСН) и некурительных продуктов с содержанием никотина (Федеральный закон от 31.07.2020 N 303-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции».

Федеральным законом №15-ФЗ от 23.02.2013 (в редакции закона №303-ФЗ) установлен комплекс мер по охране здоровья граждан в целях предупреждения возникновения заболеваний, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и веществ, выделяемых при потреблении НС продукции, и в целях сокращения потребления табака или потребления НС продукции:

- 1) запрет курения табака, потребления НС продукции или использования кальянов на отдельных территориях, в помещениях и на объектах;
- 2) ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия или НС продукции;
- 3) регулирование состава табачных изделий или НС продукции, установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий или НС продукции;
- 4) просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака или потребления НС продукции;
- 5) установление запрета рекламы табака, табачных изделий или HC продукции, устройств для потребления HC продукции, кальянов, стимулирования продажи, спонсорства табака или HC продукции;
- 6) оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака или потребления НС продукции, лечение табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления НС продукции;
- 7) предотвращение незаконной торговли табачной продукцией, табачными изделиями или НС продукции;
 - 8) ограничение торговли табачной продукцией, табачными изделиями

или HC продукции, кальянами, устройствами для потребления HC продукции;

9) запрет продажи несовершеннолетним табачной продукции и НС продукции, кальянов и устройств для их потребления, запрет потребления табака или НС несовершеннолетними, запрет вовлечения детей в процесс потребления табака или НС продукции.

Оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака или НС продукции, лечение табачной зависимости и ее последствий регулируется статьей 17 Федерального закона №15-ФЗ от 23.02.2013 (в редакции закона №303-ФЗ от 31.07.2020).

Согласно Закону, лицам, потребляющим табак или НС продукцию, и обратившимся в медицинские организации, оказывается медицинская помощь в прекращении потребления табака или НС продукции, лечение табачной (никотиновой) зависимости и ее последствий.

Оказание гражданам медицинской помощи в прекращении потребления табака или НС продукции проводится в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.

Каждый лечащий врач обязан дать пациенту, независимо от причины обращения, рекомендации о прекращении потребления табака или НС продукции и предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана.

С 1 сентября 2021 г. вступил в силу приказ Минздрава России от 26 февраля 2021г. №140н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или никотинсодержащей (НС) продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или НС продукции» (далее - Порядок).

Порядок предусматривает организацию Кабинета медицинской помощи по отказу от табака и никотина в медицинских организациях с численностью обслуживаемого населения не менее 20 тыс. человек

Мероприятия по совершенствованию помощи, направленной на отказ от потребления табака или НС продукции, включают, в том числе, углубленное профилактическое консультирование — индивидуальное и групповое (школа пациента).

В Красноярском крае есть опыт проведения Школ по отказу от курения в центрах здоровья и в кабинете лечения табачной зависимости Красноярской краевой клинической больницы.

По данным краевой клинической больницы, полный отказ от курения наблюдался у 41% пациентов, прошедших лечение никотиновой зависимости и углубленное профилактическое консультирование.

По данным центров здоровья, бросают курить около 30% ежегодно.

Активная часть №2

Слушателям предлагается:

- определить у себя признаки (симптомы), характерные для курильщика (связанные с курением или потреблением НС продукции),
- оценить наличие «пассивных» курильщиков в своем окружении (коллеги по работе, члены семьи, соседи),
- оценить, есть ли в Вашем окружении нарушения закона №15-ФЗ, №303-ФЗ (курение в помещениях, на детских площадках и др.)

Домашнее задание

Для повышения мотивации к отказу от курения слушателям предлагается ознакомиться с приложениями №1, №2 о влиянии табака и других никотинсодержащих продуктов на здоровье человека.

ЗАНЯТИЕ №2

Тема занятия: Обследование курящего человека. Оценка «статуса курения»: мотивации к отказу от курения, степени табачной (никотиновой) зависимости, курительного поведения

Информационная часть №1. Статус курения. Оценка степени мотивации к отказу от курения

Понятие **«статус курения»** включает в себя оценку мотивации к отказу от курения, оценку степени никотиновой зависимости, оценку риска хронических заболеваний, интенсивности курения и мотивации к курению (тип курительного поведения).

Прежде всего, обсуждая вопросы оказания помощи при отказе от курения, необходимо определить, насколько курящий человек осознанно готов бросить курить.

Наиболее эффективна помощь при отказе от курения может быть оказана психологически подготовленным и желающим отказаться от курения и курящим людям с низкой никотиновой зависимостью и неинтенсивным потреблением табака.

Оценка степени мотивации бросить курить может быть проведена с помощью двух простых вопросов (ответы в баллах), табл.1:

Таблица 1. Оценка степени мотивации к отказу от курения

Бросили бы вы курить,	если бы это	Как	сильно	ВЫ	хотите	бросить	
было легко?		курить?					
Определенно нет 0 баллов			очу вообц	це	0 баллов		
Вероятнее всего, нет 1 балл			ое желані	ие	1 балл		
Возможно, да	2 балла	В средней			2 балла		
		степе	ени				
Вероятнее всего, да	3 балла	Сильное желание			3 балла		
Определенно да 4 балла			значно х	4 балла			
		брос	ить курит	Ь			

Сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к отказу от курения.

Максимальное значение суммы баллов 8, минимальное 0. Чем больше сумма баллов, тем сильнее мотивация у пациента бросить курить.

Курильщикам, не готовым бросить курить (результат анкетирования от 0 до 3 баллов), рекомендуется дать контактную информацию и материалы для самостоятельного отказа от курения и вернуться, когда они будут готовы отказаться от курения.

Для пациентов со средней и высокой степенью готовности бросить курить (результат анкетирования от 4 до 8 баллов) необходимо поддерживать их желание отказаться от курения и провести дальнейшее обследование. Прежде всего, обязательно проводится оценка степени никотиновой зависимости.

Информационная часть №2.- Никотиновая зависимость

Никотин, содержащийся в табаке и в других курительных продуктах, - именно то вещество, которое обуславливает табачную (никотиновую) зависимость.

Табачная (никотиновая) зависимость - болезнь, связанная с долгосрочным ежедневным потреблением табачных и никотинсодержащих продуктов, и именно эта болезнь является основным стимулом их потребления.

Зависимость к никотину развивается у половины лиц, употребляющих табак (сигареты, трубки, сигары, жевательный табак) или другие никотинсодержащие продукты (электронные сигареты, вэйпы, айкосы, кальяны, биди и т.д.). Для большинства курящих никотиновая зависимость – это истинная наркотическая зависимость, сравнимая с зависимостью, вызываемой опиатами, амфетаминами или кокаином, преодоление которой часто невозможно только методами психологического – поведенческого воздействия.

Никотиновая зависимость формируется следующим образом:

При вдыхании табачного дыма или пара электронной сигареты никотин всасывается в кровь через легкие и уже через семь секунд попадает в головной мозг. Здесь никотин фиксируется на специфических рецепторах (в основном α4 β2 никотиновые ацетилхолиновые рецепторы), которые стимулируют высвобождение гормонов -дофамина и норадреналина, что вызывает у потребителя табака ощущение удовольствия.

Каждая выкуренная сигарета немедленно уменьшает тягу, но снижает чувствительность рецепторов никотина и увеличивает их количество, повторные дозы никотина вызывают увеличение числа никотиновых рецепторов до 300%.

Рецепторы требуют продолжения подачи никотина, появляются симптомы «никотинного голода», усиливая острое желание следующей сигареты. Для поддержания силы ощущений нужно повышение дозы и частоты приема никотина.

Без приема все возрастающих доз никотина появляются неприятные симптомы отмены.

В клинических рекомендациях министерства здравоохранения России (2018 г.) дано определение синдрома никотиновой зависимости и синдрома отмены табака. Эти два синдрома рассматриваются как заболевания (коды в международной классификации болезней МКБ X: F17.2, F17.3).

Критерии синдрома зависимости от табака в МКБ-10

Наличие не менее 3-х симптомов из 6 ниже перечисленных в течение года позволяет высказаться с большей долей вероятности о никотиновой зависимости:

- 1. существует постоянное желание к приему табачных продуктов;
- 2. безуспешные попытки сократить или контролировать использование никотина. Никотин часто принимается в больших количествах или в течение более длительного периода, чем предполагалось;
- 3. наличие симптомов при отмене табака или никотиновых продуктов, никотин или близко связанные вещества принимаются для облегчения симптомов отмены;
- 4. повышение толерантности (привыкание), ввиду чего требуется всё большая доза для достижения желаемого эффекта;
- 5. курение или прием никотиновых продуктов становится приоритетом (формируется «поведение поиска табака», которое проявляется в постоянной потребности приобретения табачных продуктов, на что тратится дополнительное время иногда за счет социальной, профессиональной и другой деятельности);

6. Использование никотиновых продуктов продолжается, несмотря на имеющиеся признаки вредных последствий, которые, скорее всего, были вызваны или усугубляются из-за никотина.

Синдром отмены

включает в себя влечение к табаку или другим табачным продуктам, тревогу, снижение концентрации внимания, недомогание и слабость, усиление кашля, усиление аппетита, бессонницу, раздражительность или беспокойство. Развивается синдром дисфорического поведения (от греческого слова «страдать, мучиться; досадовать» — форма болезненно-пониженного настроения, характеризующаяся мрачной раздражительностью, чувством неприязни к окружающим). Продолжительность синдрома отмены составляет от 7 дней до нескольких недель, иногда месяцев.

Единая основа развития синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака (взаимодействие никотина с рецепторами головного мозга, вызывающее развитие никотиновой зависимости) позволила экспертам объединяет эти два заболевания в одну группу МКБ-10 F17

- «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» и определить одинаковые подходы к их лечению.

Оценка степени никотиновой зависимости

Степень никотиновой зависимости определяется с помощью балльного теста Фагерстрема. Оценка степени никотиновой зависимости необходима как врачу, так и самому пациенту, для правильного выбора тактики и метода отказа от курения (табл. 2). Тест состоит из 6 вопросов и позволяет точно оценить наличие и степень табачной зависимости.

Степень никотиновой зависимости оценивается по сумме баллов:

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

Пациенты, у которых коэффициент Фагерстрема более 5 баллов, нуждаются в применении фармакологических препаратов и психологической поддержке для уменьшения симптомов отмены, которые развиваются в результате прекращения поступления никотина в организм.

Таблица 2. Тест Фагерстрема (определение степени никотиновой зависимости)

вопрос	ответ	баллы
	в течение первых 5 минут	3
1. как скоро, после того как вы проснулись, вы	в течение 6-30 минут	2
выкуриваете первую сигарету?	в течение 30-60 минут	1
	более чем через 1 час	0
2. сложно ли для вас воздержаться от курения	да	1
в местах, где курение запрещено?	нет	0
3. от какой сигареты вы не можете легко	первая сигарета утром	1
отказаться?	все остальные	0
	10 или меньше	0
4. сколько сигарет вы	11-20	1
выкуриваете в день?	21-30	2
	31 и более	3
5. вы курите более часто в первые часы утром, чем	да	1
в течение остального дня?	нет	0
6. курите ли вы, если сильно больны и	да	1
вынуждены находиться в кровати целый день?	нет	0

Определение угарного газа в выдыхаемом воздухе как показатель никотиновой зависимости

Существует объективная оценка никотиновой зависимости, которая проводится с помощью определения угарного газа (монооксида углерода - CO) в выдыхаемом курильщиком воздухе. Эта методика используется в центрах здоровья. Для измерения концентрации угарного газа

в выдыхаемом воздухе применяется ручной прибор - **смокелайзер** или газоанализатор MicroCO.

Уровень угарного газа возрастает при курении, поэтому показатели Місто СО и смокелайзера демонстрируют опасность курения, а также используются для мониторинга содержания СО в альвеолярном воздухе курящего человека в процессе отказа от курения.

Пациенту предлагается выдохнуть в трубку СО-анализатора (трубки одноразовые). Полученные данные отражаются на дисплее в значениях ррт (концентрация СО в выдыхаемом воздухе (ppm — parts per million, количество частиц на миллион) и в %СОНВ (карбоксигемоглобина в крови).

Границы значений СО в ppm и %СОНв у курильщиков представлены в таблице 3. В зависимости от показателей содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе выше делается заключение о «тяжести» курения, что соотносится со степенью никотиновой зависимости.

Результаты обычно колеблются в пределах 5 – 10 ppm («легкий» курильщик). При активном и регулярном курении результаты, как правило, превышают 10-20 ppm и выше («тяжелый» курильщик). Когда концентрация СО в пределах до 5 ppm, это означает, что пациент, скорее всего, подвергался воздействию больших концентраций окружающего табачного дыма.

Уровень СОНь в крови у курильщиков может составлять 3-5%, достигая 10% у злостных курильщиков, выкуривающих более 2-3 пачек сигарет в день.

Таблица 3. Значения СО и %СОНв у курильщиков при обследовании на смокелайзере и МикроСО

CO (ppm)	%СОНв	Уровень курильщика	Индикатор
0 - 5	0 - 0.8	Не курит	Зеленый
6 – 10	1 – 1,6	Легкий курильщик	Оранжевый
11 - 72	1,8-12	Тяжелый курильщик	Красный
>72	> 12	Отравление	Красный+звуковая
			сигнализация

Результаты этого исследования являются одним из важных аргументов для создания мотивации у пациента к отказу от курения и индикатором эффективности лечения табачной зависимости.

Активная часть №1.

- 1. Слушателям предлагается оценить мотивацию к отказу от курения, заполнив опросник (табл.1)
- 2. Заполнить тест Фагерстрема и провести индивидуальную оценку никотиновой зависимости

Оценка курительного поведения

Никотиновая зависимость состоит из двух компонентов: психологической зависимости и физической зависимости. Оценка курительного поведения помогает понять особенности психологической зависимости и предположить наличие физической зависимости.

Оценить курительное поведение помогает опрос по анкете Хорна. Анкета позволяет выделить доминирующий тип курения, связанный, в том числе, со сформировавшимся стереотипом поведения, выявляет ситуации, в которых будет вероятно возникновение желания закурить после отказа от курения, что помогает в выборе подходящего метода отказа от курения.

Анкета Хорна (табл.4) состоит из 18 вопросов: 6 блоков по 3 вопроса. Блоки вопросов характеризуют 6 типов курительного поведения.

В вопросах даны утверждения, описывающие ощущения и мнение самого курильщика. Предлагается ответить: «Насколько эти ощущения характерны для Вас? Как часто Вы это ощущаете?» Слушателям нужно ответить на каждый вопрос, обводя цифру в наиболее соответствующей для них колонке.

Таблица 4. Анкета Хорна - определение типа курительного поведения.

Boı	прос	Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никог да
A	Я курю для того, чтобы снять усталость, оставаться бодрым (бодрой)	5	4	3	2	1
Б	Частичное удовольствие от курения я получаю еще до закуривания, разминая сигарету	5	4	3	2	1
В	Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться	5	4	3	2	1
Γ	Я закуриваю сигарету, когда выхожу из себя, сержусь на что-либо	5	4	3	2	1
Д	Когда у меня кончаются сигареты, мне кажется невыносимым время, пока я их не достану	5	4	3	2	1
Е	Я закуриваю автоматически, не замечая этого	5	4	3	2	1
Ж	Я курю, чтобы стимулировать себя, поднять тонус	5	4	3	2	1
3	Частичное удовольствие мне	5	4	3	2	1

	доставляет сам процесс закуривания					
И	Курение доставляет мне удовольствие	5	4	3	2	1
К	Я закуриваю сигарету, когда расстроен(-а) или чувствую себя некомфортно	5	4	3	2	1
Л	Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю	5	4	3	2	1
M	Я закуриваю новую сигарету, не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице	5	4	3	2	1
Н	Я закуриваю, чтобы подстегнуть себя, почувствовать воодушевление, подъем	5	4	3	2	1
O	Когда я курю, я получаю удовольствие, выпуская дым и наблюдая за ним	5	4	3	2	1
П	Я хочу закурить, когда удобно устроился (-лась) и расслабился (-лась)	5	4	3	2	1
P	Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным(-ной) и хочу забыть обо всех неприятностях	5	4	3	2	1
С	Если я некоторое время не курю, я испытываю голод по сигарете	5	4	3	2	1
T	Обнаружив у себя во рту сигарету, я не могу вспомнить, когда закурил (-a) её	5	4	3	2	1

Оценка анкеты Хорна

Ответ на каждый вопрос оценивается по пятибалльной шкале (1 - никогда; 2 - редко; 3 - не очень часто; 4 - часто; 5 - всегда).

Интерпретация ответов проводится по сумме трех вопросов соответствующего блока.

Сумма баллов 11 и более указывает, что анкетируемый курит именно по этой причине.

Сумма баллов от 7 до 11 является пограничной и говорит о том, что это в некоторой степени может быть причиной курения.

Сумма меньше 7 – данный тип курения для отвечающего не характерен.

Характерный тип курительного поведения – выше 11 баллов

Вероятный тип курительного поведения – 7 – 11 баллов

Нехарактерный тип курительного поведения – до 7 баллов

Интерпретация типов курительного поведения:

Вопросы	Сумма баллов	Тип курительного поведения
A + W + H		Стимуляция
P + 3 + O		Игра с сигаретой
B + M + U		Расслабление
L + K + B		Поддержка
$\mathbf{\Pi} + \mathbf{\Pi} + \mathbf{C}$		Жажда
E + M + T		Рефлекс

При *«игре с сигаретой»* курильщику важны курительные аксессуары – зажигалки, пепельницы, сорт сигарет. Часто он стремится оригинально выпускать дым. Курят, в основном, в ситуациях общения, «за компанию», в небольших количествах – до 2-3 сигарет в день.

При *«поддержке»* курение связано с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Курят, чтобы сдержать гнев, преодолеть застенчивость, собраться с духом, разобраться в неприятной ситуации. Относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение.

При типе *«расслабление»* люди курят только в комфортных условиях. С помощью курения человек получает «дополнительное удовольствие» к отдыху. Бросают курить долго, много раз возвращаясь к курению.

«Жажда». Данный тип курения обусловлен физической привязанностью к табаку. Человек закуривает, когда снижается концентрация никотина в крови. Курит в любой ситуации, вопреки запретам.

«Стимуляция». Курящий верит, что сигарета обладает стимулирующим действием: взбадривает, снимает усталость. Курят, когда работа не ладится. У курящих с данным типом отмечается высокая степень психологической зависимости от никотина.

«Рефлекс». Курящие данного типа не только не осознают причин своего курения, но часто не замечают сам факт курения. Курят автоматически, человек может не знать, сколько выкуривает в день, курит много: 35 и более сигарет в сутки. Курят чаще за работой, чем в часы отдыха; чем интенсивнее работа, тем чаще в руке сигарета.

Активная часть №2

- 1. Каждому участнику школы предлагается заполнить анкету Хорна и определить у себя тип курительного поведения.
- 2. Слушателям дается раздаточный материал с описанием психосоматических особенностей курящего человека при каждом типе

курительного поведения и предлагаются рекомендации по изменению курительного поведения в виде альтернативы курению.

Психосоматические характеристики каждого типа курительного поведения

При типе курительного поведения «стимуляция» курящие считают, что курение повышает их работоспособность. Это заблуждение. Компоненты табачного дыма, попадая в организм человека, способствуют сужению кровеносных сосудов, в том числе сосудов головного мозга. В результате снижается умственная работоспособность, замедляется скорость реакции, ослабляется внимание. Таким образом, сигарета не выполняет «ожидаемой» функции.

У тех, для кого характерен тип «игра с сигаретой», следует обратить внимание на высокую степень психологической зависимости. Несмотря на незначительное количество выкуриваемых табачных изделий, существует высокий риск увеличения интенсивности курения в дальнейшем.

При типе «расслабление» курение воспринимается как непременный атрибут отдыха, поэтому отказ от курения нередко воспринимается как лишение себя возможности полноценно отдохнуть. Курение вызывает выброс глюкозы из печени, что притупляет чувство голода и на короткое время создает чувство комфорта. Таким образом, курящий расходует резервы собственного организма. Каждый курящий человек должен выбрать приемлемую именно для него альтернативу курению. Это может быть прослушивание музыки, другое приятное занятие.

Одним из распространенных типов курительного поведения является тип «поддержка». Выкуривая сигарету в ситуации стресса, курящий с годами формирует стереотип поведения в подобных ситуациях. С течением времени при сформировавшейся физической зависимости от никотина приобретается новый источник стресса – отсутствие сигареты, без которой невозможно себя представить в ситуации, связанной с волнением. Создается порочный круг – и возникновение, и прекращение стресса зависят от курения. В качестве альтернативы может служить увеличение физической нагрузки («убежать от стресса»), использование приемов аутотренинга и др.

Типы курительного поведения «жажда» и «рефлекс» свидетельствуют о наличии выраженной физической зависимости от табака. При отказе от курения для уменьшения выраженности симптомов отмены рекомендуется обратить внимание на целесообразность применения медикаментозной терапии.

Домашнее задание

- 1. Познакомиться с приложением 1 «Информация для пациентов для мотивирования к отказу от табака «5 шагов к успеху»
- 2. Изучить некоторые практические советы -как избегать курения (приложение 2)

ЗАНЯТИЕ 3. «Лечение табачной (никотиновой) зависимости»

Информационная часть №1

Программу лечения предлагает врач, обученный методикам оказания помощи при отказе от курения. В Красноярском крае такая помощь оказывается в специализированном кабинете краевой клинической больницы (для пациентов больницы) и в 10 центрах здоровья (5 – в Красноярске, а также в Ачинске, Канске, Лесосибирске, Минусинске, Норильске).

Согласно приказу МЗ РФ №140н от 26.02.2021, в каждом медицинском учреждении, имеющем прикрепленное взрослое население 20 и более тысяч человек, должен быть кабинет по лечению табачной зависимости или обученный специалист, который может оказывать помощь при отказе от курения.

В настоящее время в большинстве медицинских учреждений нет специализированных врачебных приемов по оказанию медицинской помощи при отказе от курения. Тем не менее, советы по отказу от курения получают все курящие пациенты при проведении диспансеризации в отделениях, кабинетах медицинской профилактики и на приеме у врачей-специалистов.

Проведенные исследования показывают, что только совет врача (краткое консультирование) увеличивает в 1,7 раза вероятность отказа от курения по сравнению с теми пациентами, которые не получали советы по отказу от курения. Раздача печатных информационных материалов увеличивает вероятность отказа от курения еще в 1,4 раза.

Индивидуальное углубленное консультирование увеличивает на 4% воздержание от курения в течение 6 месяцев и 1 года по сравнению с кратким консультированием (советы врача).

Групповое углубленное консультирование (школа здоровья), включающее информирование, советы, поведенческое консультирование, обучение навыкам преодоления курения, способно увеличить вероятность отказа от курения в 1,9 раз по сравнению с программами самопомощи.

Врач выбирает программу лечения никотиновой зависимости, руководствуясь, прежде всего, от степени готовности (мотивации) к отказу от курения и степени никотиновой зависимости.

При отсутствии мотивации к отказу от курения (степень готовности отказаться от курения от 0 до 3 баллов) нет смысла назначать программу лечения для полного отказа от курения. Такому человеку дается контактная информация и материалы для изучения способов самостоятельного отказа от курения, и можно рекомендовать посетить школу здоровья.

Для пациентов со средней и высокой степенью готовности бросить курить (результат анкетирования от 4 до 8 баллов) необходимо поддерживать их желание отказаться от курения. Таким людям проводится дальнейшее обследование, и врач определяет лечебную программу в зависимости от интенсивности курения и степени никотиновой зависимости.

По интенсивности курения условно выделяются следующие категории курильщиков в зависимости от числа выкуриваемых сигарет в день:

«легкие» курильщики, которые выкуривают до 9 сигарет в день, «умеренные» курильщики – выкуривают от 10 до 19 сигарет в день,

«злостные» курильщики – выкуривают 20 и больше сигарет в день – у них наиболее высокий риск развития рака, сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний.

Как уже было изложено выше, на основании теста Фагерстрема курильщики разделяются на лиц со слабой, умеренной и высокой степенью никотиновой зависимости.

Кроме того, программа лечения может быть назначена бывшим курильщикам, испытывающим тягу к курению и бывшим курильщикам, потребляющим ЭДСН.

Лечебная программа включает

- психологическую поддержку,
- никотин-заместительную терапию (никотиновые пластыри и другие никотиновые медицинские изделия)
 - назначение лекарственных препаратов.

Психологическая поддержка как единственный метод лечения эффективна при высокой степени мотивации в сочетании с низкой степенью никотиновой зависимости.

Наилучшие результаты в этом случае могут быть достигнуты, если в медицинском учреждении есть возможность получить консультацию психолога – как при индивидуальном профилактическом консультировании, так и при групповом (в Школе здоровья).

Врач-специалист, который занимается оказанием медицинской помощи при отказе от курения, на индивидуальном приеме проводит **мотивационное** консультирование пациентам со слабой и средней степенью мотивации к отказу от курения.

Мотивационное консультирование проводится по принципу 5 «П», когда врач обсуждает с курящим пациентом комплекс вопросов для повышения информированности относительно последствий его пагубной привычки, и формирования у него готовности к отказу от курения, т.е. выявление причин, последствий, преимуществ, препятствий для отказа от курения и повторение попыток при следующих визитах.

В школе здоровья мотивационное консультирование проводить сложно, поскольку мотивационное консультирование требует обсуждения личных аспектов жизни пациента.

На занятиях в школе здоровья мотивация к отказу от курения проводится в основном через информирование слушателей о вредном влиянии никотина на здоровье, самодиагностику статуса курения и **поведенческое консультировани**е с разработкой базовых навыков для преодоления табакокурения.

При поведенческом консультировании применяются несколько приемов работы с курящим человеком, в том числе: «Открытые вопросы», «Одобрение», «Осмысление услышанного», «Раскрытие потенциала» пациента. Можно обсуждать в группе поведенческие аспекты отказа от курения на примере одного из слушателей, который согласится обсудить в группе вопросы, касающиеся его отказа от курения.

Примеры «Открытых вопросов»:

- 1. Что Вы находите хорошего (положительного) в потреблении табака, или чем Вам нравится потребление табака?
- 2. Что Вы находите плохого (отрицательного) в потреблении табака или есть что-нибудь, что Вам не нравится в потреблении табака?
 - 3. Что Вы знаете о воздействии табачного дыма?
 - 4. Почему Вы курите?
- 5. Как Вы думаете, почему Ваши родные хотят, чтобы Вы бросили курить?
- 6. Я вижу, что Вас беспокоит тот факт, что Вы курите, расскажите, пожалуйста, что Вас конкретно волнует?
 - 7. Что бы Вы хотели предпринять?

Примеры «Одобрения»:

- 1. Спасибо, что пришли
- 2. Я верю, что Вы сможете отказаться от курения
- 3. Не бойтесь «выглядеть слабым», табачную зависимость не всегда можно преодолеть без помощи врача и лечения

4. Хорошо, что у Вас положительный настрой, у медицины есть методы лечения табачной зависимости, но они эффективны тогда, когда человек сам помогает себе

Примеры «Осмысления» услышанного

- 1. Вы, наверное, не знали, что у Вас высокий риск развития сердечнососудистых (бронхо-легочных) заболеваний, и что курением Вы только усугубляете этот риск
- 2. Вы, наверное, не думали, что отказ от курения самый действенный и экономичный способ снижения риска болезней сердца и ХОБЛ
- 3. Если Вы считаете, что Вам назначат лекарства, и у Вас все отрегулируется без Вашего участия, то Вы ошибаетесь. Эффективность лечения будет низкой, если Вы не измените свой распорядок дня и будете по-прежнему посещать «курилку» с сослуживцами
- 4. Вы должны быть заинтересованы, чтобы ваш ребенок родился и рос здоровым
- 5. Вам нравится курить, но курение портит отношения с Вашей семьей, кроме того, это немалые расходы
- 6. Вам нравится курить, и пока вы молоды и у вас нет болезней, Вы отгоняете от себя мысль о том, что Вы тоже когда-нибудь можете заболеть из-за курения.

Один из методов **«раскрытия потенциала» пациента** к изменению поведения — предложить ему взвесить все «за» и «против» отказа от потребления табака, например, на одну чашу весов — преимущества (причины курения), на другую — настоящие и потенциальные последствия и все преимущества отказа от курения. Рассчитывать на изменение поведения можно тогда, когда причины отказаться от курения перевесят причины продолжать курить.

Для оказания консультативной и психологической помощи при отказе от курения хорошо зарекомендовала себя «горячая телефонная линия», организованная на базе Санкт-Петербургского НИИ пульмонологии и фтизиатрии за счет федерального бюджета, телефон 8-800-200-0-200. Специалисты «горячей телефонной линии» проводят телефонный опрос, проводят консультации по телефону, и при необходимости обеспечивают в течение месяца сопровождение психолога. Звонки бесплатные из всех регионов России.

Активная часть №1

Слушателям предлагается составить список преимуществ «за» и «против» отказа от потребления табака или других никотинсодержащих продуктов. В качестве примера следует выдать раздаточный материал с перечнем выгод, которые он получит, если бросит курить:

Краткосрочные выгоды, получаемые после прекращения курения

- 1. Через 20 минут возвращаются к норме артериальное давление и пульс.
- 2. Через 8 часов возвращаются к норме уровни окиси углерода в выдыхаемом воздухе и кислорода в крови.
- 3. Через 24 часа угарный газ выводится из организма; легкие начинают очищаться от слизи и загрязнений, вызванных курением; снижается риск сердечного приступа.
- 4. Через 48 часов в организме не остается никотина; улучшаются обоняние и вкусовые ощущения.

Долгосрочные выгоды

- 1. Улучшение дыхания,
- 2. Увеличение физической энергии,
- 3. Улучшение цвета кожи,
- 4. Снижение рисков заболеваний, связанных с табаком, таких как: рак легкого, ХОБЛ, хронический бронхит, внезапная смерть от сердечного приступа, ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда, атеросклероз артерий нижних конечностей, инсульт.

Информационная часть №2. Фармакотерапия никотиновой зависимости

Для лечения табачной (никотиновой) зависимости применяются лекарственные препараты, сертифицированные и разрешенные к применению в Российской Федерации.

Для прекращения курения показаны две категории лекарственных средств: лекарства первой линии и лекарства второй линии.

Лекарственными препаратами первой линии, разрешенными к применению в России, являются варениклин (чампикс) и препараты. содержащие никотин (для никотин-заместительной терапии.

К препаратам первой линии относится также бупропион, однако он не разрешен к применению в России для лечения табачной зависимости.

К лекарствам второй линии, рекомендуемым для прекращения курения, относится цитизин.

Не рекомендуется сочетать никотин-заместительную терапию (H3T) с лечением варениклином (чампиксом).

Перечень препаратов для фармакологического лечения никотиновой зависимости приведен в приложении 5.

Варениклин — частичный агонист и антагонист никотиновых рецепторов. Во-первых, как агонист варениклин связывается с никотиновыми рецепторами и стимулирует частичную выработку дофамина, что составляет примерно 40-60% от уровня, выделяемого при курении, и таким образом снижает тягу к курению и смягчает синдром отмены.

Во- вторых, как антагонист никотиновых рецепторов, варениклин блокирует никотиновые рецепторы и предотвращает их связывание с никотином при курении, снижая таким образом удовольствие от сигареты в процессе курения.

Прием препарата начинается за неделю до предполагаемой даты отказа от курения. Либо пациент начинает прием препарата и прекращает курение в период с 8-го по 35-й день лечения варениклином. Схема лечения изложена в табл. 5.

Варениклин можно назначать не только при тяжелой степени никотиновой зависимости, но и «легким» курильщикам. Показано, что эффективность лечения варениклином выше, чем при применении одной формы НЗТ, однако имеет одинаковую эффективность по сравнению с комбинированной никотин-заместительной терапией в высоких дозах.

Варениклин показывает высокую эффективность при лечении табачной зависимости у больных с сахарным диабетом, с ХОБЛ, в том числе у больных с невысокой мотивацией к отказу от курения, особенно в сочетании с психологической поддержкой.

Никотин-заместительная терапия (НЗТ)

Препараты никотин-заместительной терапии (НЗТ) предназначены для замещения никотина в организме без потребления табака и других никотинсодержащих продуктов.

Препараты, содержащие никотин, являются полным агонистом никотиновых рецепторов, то есть они действуют на рецепторы так же, как и сигареты или другие продукты, содержащие никотин, и являются «заменой» сигарет, но с меньшей дозой никотина. Таким образом, происходит постепенное снижение дозы вводимого никотина до полной отмены.

НЗТ может быть использована в разных формах, например, пластырь, спрей в сочетании с таблетками, содержащими никотин.

Имеющиеся формы никотинзаместительной терапии (табл. 5): жевательная резинка, подъязычные таблетки, спреи, пластыри.

Никотин-заместительная терапия (НЗТ) несет две цели: ослабление синдрома отмены (абстиненции) после прекращения курения и уменьшение никотиновой зависимости за счет уменьшения числа рецепторов.

Никотин-заместительная терапия удваивает шансы курящих в успешном отказе от курения, Комбинация разных лекарственных форм НЗТ, например, препаратов медленного и длительного действия (пластыри) с препаратами короткого и быстрого действия (табл. 5) может увеличить вероятность отказа от курения в 2-3 раза в сравнении с теми, кто не получал лекарственной терапии.

Несмотря на то, что доказана безопасность НЗТ, прераты НЗТ следует с\назначать с осторожностью больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с нарушением функции почек, сахарным диабетом. При беременности и кормлении грудью препараты НЗТ назначаются в том случае. Если вред потребляемого табака для матери и плода превосходит потенциальный вред НЗТ.

Особенности некоторых никотинзаместительных препаратов:

Жевательная резинка предназначена для курильщиков с любой степенью зависимости низкой и средней зависимостью (различие в лечении – дозировка и схема приема, табл.5). Резинка может иметь природный вкус, может быть приправлена мятой, корицей, апельсином, или обладать фруктовым ароматом. Жевательная резинка требует хорошей техники для достижения эффективности и предотвращения развития побочных эффектов (боли в полости рта, челюстях, боли в желудке или икоты). Жевательную резинку берут в рот и жуют один или два раза, потом оставляют за щекой в течение 3 минут, а затем жуют раз в минуту в течение двадцати минут. После завершения использования, резинки должны быть утилизированы в месте, недоступном для детей, потому что, как и сигареты, этот продукт содержит никотин.

Подъязычные таблетки - небольшие таблетки без покрытия, которые должны быть помещены под язык. Они могут вызвать ощущение жжения, но не имеют вкуса. Поскольку нет необходимости жевать или сосать таблетки, можно избежать чрезмерного слюнотечения (что может вызвать икоту). Таблетки растворяются во рту за 15 - 30 минут.

H3T может быть использована, чтобы помочь курильщику постепенно сократить количество выкуриваемых сигарет, в качестве подхода к полному прекращению курения.

К препаратам второй линии, рекомендуемым для прекращения курения, относят частичный антагонист рецепторов никотина цитизин.

Цитизин – частичный агонист с высокой связывающей способностью к никотиновым ацетилхолиновым рецепторам. У курящих 15 и более сигарет в сутки цитизин увеличивает на 6% уровень 6 – 12- месячного воздержания от курения.

По эффективности препарат уступает НЗТ и варениклину, однако является самым доступным из всех существующих средств лечения табачной зависимости. Средняя длительность лечения 9-12 недель, длительность лечения и частоту посещений определяет врач индивидуально с учетом рецидивов, срывов, психоэмоционального состояния пациента.

Информационная часть №3. Синдром отмены. Как предупредить срыв

Все методы лечения табачной зависимости направлены на предупреждение или смягчение симптомов отмены табака.

Симптомы отмены никотина могут проявляться в течение первых четырех - двенадцати часов после прекращения курения:

- острая / неконтролируемая потребность в курении (тяга);
- раздражительность/агрессия/гнев;
- тревожность;
- беспокойство;
- усталость;
- повышенный аппетит;
- проблемы с концентрацией;
- депрессия;
- головные боли;
- пробуждение в ночное время;
- предобморочное состояние/головокружение,
- кашель,
- запоры.

Эти симптомы различаются у разных людей. Некоторые курильщики ощущают отмену сильнее, чем другие. Все эти проявления носят временный характер, достигая максимальной силы в первые 24 - 72 часа, и ослабевают в последующие три-четыре недели. Примерно у 40% пациентов симптомы могут сохраняться более 3 - 4 недель.

Именно эти симптомы чаще становятся причиной срыва и возврата курильщика к потреблению табака. Пациенты, которые не курят год и более, имеют 35% вероятность рецидива на протяжении своей жизни.

Многое в преодолении синдрома отмены, предупреждении срыва и возврата к курению зависит от правильно подобранного лечения табачной зависимости, подготовки пациента к отказу от курения и правильного сопровождения (наблюдение и консультации врача, помощь психолога).

В таблице 6 приведены причины синдрома отмены и советы по их преодолению.

Таблица 6. Причины синдрома отмены и советы по их преодолению.

Причина	Что предпринять			
Усиливают	щийся кашель			
-в легких начался процесс очищения	-пить больше жидкости (воды, сока)			
-кашель длится обычно от нескольких	-при необходимости - таблетки от кашля			
дней до недели				
Сухос	ть во рту			
- табак раздражает горло, вызывает его	-пить больше жидкости (воды, сока)			
онемение, которое прекращается при	-при необходимости – аэрозоль или			
отказе от курения	таблетки			
Трудности конце	ентрации внимания			
-экс-курильшик испытывает стресс от	-заниматься больше физической			
того, что организм недополучает	активностью,			
привычное количество никотина	-дыхательная гимнастика успокоит нервы			
	и поможет снабжать мозг кислородом			
	-воздержаться от алкоголя			

Головная боль и пог	вышенная нервозность				
-мучительный процесс отвыкания от	-пить больше жидкости, чтобы вымывать				
никотина, которого требует организм	из организма никотин и токсины				
	-дыхательная гимнастика поможет				
	расслабиться				
Утомл	І яемость				
-Организм избавляется от никотина.	-постараться увеличить				
Никотин обладает возбуждающим,	продолжительность сна				
стимулирующим действием, поэтому	-больше двигаться на свежем воздухе				
большинство бросающих курить в					
первое время чувствуют утомление					
3a	поры				
-Присутствие никотина в организме	-увеличить количество клетчатки в				
ускоряет прохождение пищевых масс	рационе				
через пищеварительную систему. Это	- есть больше овощей, фруктов,				
движение может замедлиться, пока	чернослива отрубей ежедневно до				
организм не привыкнет	исчезновения симптомов				
функционировать без никотина.					
Повышени	ие массы тела				
-Отказавшись от табака, курильщик	-Зарядка, физическая активность				
возвращает себе прежнее здоровье и	позволяют справиться с синдромом				
аппетит,	отмены и избежать увеличения веса				
-восстанавливается вкусовая	-употреблять больше овощей и фруктов				
чувствительность и повышается					
удовольствие от еды,					
-в среднем увеличение веса составляет					
2 - 4 кг – так весил бы человек, если бы					
не курил					

Заключительная часть. Подведение итогов, вопросы-ответы **Приложение №1.**

Информация о влиянии курения табака или ЭСДН на здоровье человека (примеры №1, №2).

Пример №1:

- 1. Один из каждых двух потребителей табака умрет преждевременно, в результате связанной с табаком болезни.
- 2. Потребление табака вызывает 87% смертей от рака легкого, 82% случаев ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), 21% случаев ИБС (ишемической болезни сердца) и 18% случаев смерти от инсульта.
- 3. Потребление табака является причиной осложнений во время беременности.
- 4. Потребление табака придает плохой запах дыханию, волосам и одежде человека, окрашивает зубы, ногти и кожу, а также разрушает или прожигает одежду.

- 5. Потребление табака снижает спортивные результаты.
- 6. Табак является одной из основных причин пожаров и связанных с ними случайных смертей.
- 7. Потребление табака является воротами к потреблению других наркотиков, и зависимость от табака может сделать человека более восприимчивым к пробам других опасных наркотиков.

Пример №2. Последствия употребления табака для окружающих

- **1.** Вы подвергаете Вашу семью, друзей и коллег воздействию окружающего, или вторичного, табачного дыма.
 - 2. Вторичный табачный дым увеличивает риск рака легкого на 30%.
- 3. Дети, хронически подвергающиеся воздействию вторичного табачного дыма, имеют повышенный риск развития бронхиальной астмы и других респираторных заболеваний, злокачественных опухолей, и другие проблемы со здоровьем. Эти заболевания приводят к увеличению случаев заболеваний и пропускам занятий в школе.
- 4. Воздействие табачного дыма увеличивает риск низкой массы тела детей при рождении и синдрома внезапной детской смерти.
- 5. У взрослых, не потребляющих табак, но подвергающихся воздействию вторичного табачного дыма, выше риск респираторных заболеваний и симптомов, которые способствуют утрате трудоспособности
- 6. Супруги курильщиков имеют более высокий риск заболеваний сердца и рака легкого.

Приложение №2. «5 шагов к успеху». Информация для мотивирования к отказу от курения

Шаг 1 — Получение информации:

Внимательно изучите научные данные о влиянии курения табака (сигарет, папирос, сигар, трубок, кальяна, потребления ЭСДН и ЭСНТ на здоровье. Не пренебрегайте доказанными фактами, т.к. они получены в результате строгих научных исследований.

Научные исследования доказали:

- Курение табака поражает практически каждый орган курящего человека. Это приводит к развитию болезней и потери здоровья.
- Отказ от курения снижает риск развития заболеваний и смерти, связанных с курением табака, и значительно улучшает здоровье.
- Сигареты с низким содержанием смолы и никотина не являются безопасными.

— Список заболеваний, вызываемых курением табака, постоянно увеличивается, теперь в него включены также рак шейки матки, поджелудочной железы, почек и желудка, аневризма аорты, лейкемия, катаракта, пневмония и болезни десен.

Курение табака вызывает развитие рака: ротовой полости, гортани, глотки, легкого, пищевода, поджелудочной железы, почек и мочевого пузыря, желудка, шейки матки, острого миелоидного лейкоза.

- В большинстве случаев причиной развития рака легкого является табакокурение. Риск развития рака легкого у курильщиков увеличивается в 20 раз по сравнению с некурящими. Курение табака является причиной 90% смертей от рака легкого у мужчин и 80% у женщин.
- Курение сигарет, сопровождающееся злоупотреблением алкоголя, является причиной развития рака гортани.
- Курение сигарет с низким содержанием смолы не снижает риск развития рака легкого и других органов.

Курение табака вызывает развитие сердечно-сосудистых заболеваний:

- Риск смерти от коронарной болезни сердца у курящих людей увеличивается в 4 раза.
- Несмотря на лечение, 25% мужчин и 38% женщин умирают в течение года после инфаркта миокарда, если продолжают курить.
- Курение табака приводит к развитию атеросклероза, сужению артерий.
- Курение табака приводит к развитию коронарной болезни сердца.
- Курение сигарет со сниженным содержанием смолы и никотина не снижает риск развития коронарной болезни сердца.
- Курение табака является причиной развития инсульта.
- Курение табака вызывает развитие аневризмы аорты (утончение и раздутие аорты в области желудка).

Курение табака вызывает развитие болезней легких:

- Курение табака поражает бронхи и легкие, приводя к развитию смертельной хронической обструктивной болезни легких.
- Вероятность развития инфекционных заболеваний легких у курящих людей значительно выше, чем у некурящих.
- Курящие беременные женщины наносят вред легким своего младенца.
- Курение в подростковом возрасте приводит к недоразвитию легких и снижению их функции уже в молодом возрасте.
- Курение табака приводит к развитию хронического кашля, хрипов в легких и бронхиальной астмы у детей и подростков.
- Курение табака приводит к развитию хронического кашля и хрипов в легких у взрослых людей.

Курение табака приводит к нарушению репродуктивной функции у женщин:

- Курение табака приводит у женщин к снижению фертильности.
- Курение женщинами во время беременности увеличивает в 4 раза риск развития внезапной детской смерти.
- Курение во время беременности приводит к развитию предлежания плаценты и отслойки плаценты, что может привести к преждевременным родам.
- Никотин и угарный газ, содержащиеся в табачном дыме, приводят к снижению доставки кислорода тканям плода.
- Курение во время беременности снижает развитие плода и приводит к снижению веса новорожденного.

Курение табака приводит к снижению здоровья курящего человека:

- Курящие люди являются менее здоровыми, чем некурящие.
- После хирургических операций у курящих людей чаще развиваются осложнения, связанные с плохим заживлением ран и респираторными заболеваниями.
- У курящих женщин в период менопаузы чаще развивается остеопороз (снижение плотности костной ткани).
- У курящих людей увеличивается риск развития переломов костей.
- Курение табака в 50% случаев является причиной развития периодонтита, серьезных инфекций десен и потери зубов.
- Курение табака может вызвать развитие импотенции у мужчин.
- Курение табака увеличивает в 3 раза риск развития катаракты, приводящей к развитию слепоты.
- Курение табака увеличивает риск развития пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В тяжелых случаях это заболеваний может привести к смерти.

Шаг 2 — Оцените свое здоровье:

Подумайте, что табак может оказать вредное воздействие и на ваше здоровье. Проанализируйте, нет ли у Вас симптомов нарушения здоровья в результате курения табака: кашель, мокрота, повышенное артериальное давление, боль в желудке, ранние морщины на лице, одышка, постоянная усталость.

Возможно, что самое важное, что Вы можете сделать для своего здоровья — это бросить курить.

Ваше здоровье начнет улучшаться в ту самую минуту, когда Вы бросите курить:

- Через 20 минут ваш пульс и давление понизятся.
- Через 24 часа у Вас уменьшится риск инфаркта.
- Через 2 дня к Вам вернется нормальное ощущение вкуса и запаха.

- Через 2-3 недели функция ваших легких придет в норму, улучшится кровообращение и Вам станет легче ходить.
- Через 1 год риск инфаркта станет вдвое меньше и через 15 лет снизится до уровня некурящих людей.
- Через 5 лет:
- риск заболевания раком полости рта, горла и пищевода сократится вдвое,
- риск инсульта и инфаркта станет практически таким же, как у некурящего человека (через 5—15 лет).
- Через 10 лет ваш риск умереть от рака легкого станет практически таким же, как у некурящего человека.
- После отказа от курения табака снижается риск смерти от хронической обструктивной болезни легких.
- Риск развития рака мочевого пузыря снижается в 2 раза через несколько лет после отказа от курения табака.
- Если женщина бросает курить во время первого триместра беременности, то риск рождения ребенка с малым весом снижается до уровня некурящей женщины.

Шаг 3 — Определите для себя причины для отказа от табака:

1. Жить более здоровой жизнью.

Ваше здоровье начнет улучшаться сразу же после отказа от курения табака.

2. Жить дольше.

Курение табака в буквальном смысле слова «съедает Вас заживо». Курильщики, которых убивает табак, умирают примерно на 14 лет раньше, чем те, кто не курит.

- 3. Освободиться от зависимости. Никотин является одним из веществ, вызывающих наиболее сильную зависимость, у курящих развивается болезнь табачная зависимость.
- 4. Улучшить здоровье тех, кто Вас окружает.

Вторичный табачный дым убивает. Он вызывает рак, болезни сердца, органов дыхательной и пищеварительной систем и другие болезни. Дети, родители которых курят, имеют большую вероятность заболевания бронхитом, бронхиальной астмой, инфекционными заболеваниями ушей и воспалением легких.

5. Сэкономить деньги.

Подсчитайте, сколько денег в год Вы тратите на сигареты или другие табачные изделия, а также зажигалки, кофе и другие атрибуты курения. Вы можете сделать для себя и своей семьи чтото более полезное на эти деньги.

6. Чувствовать себя лучше.

Вы избавитесь от кашля, Вам станет легче дышать, и Вы перестанете все время чувствовать себя плохо. Вы будете также лучше выглядеть — у тех, кто бросил курить, кожа выглядит моложе, зубы — белее, и появляется больше энергии.

7. Улучшить качество жизни.

Ваши одежда, машина и дом не будут иметь неприятного запаха. Еда будет казаться вкуснее.

8. Иметь здорового младенца.

Дети, родившиеся у женщин, которые курят, имеют большую вероятность родиться с низким весом и иметь всю жизнь плохое здоровье.

9. Улучшить свое сексуальное и репродуктивное здоровье.

У мужчин, которые курят, могут появиться проблемы с появлением и поддержанием эрекции. Женщинам, которые курят, труднее забеременеть и сохранить беременность.

10. Перестать ощущать, что Вы «одинокая душа».

Останется все меньше и меньше мест, в которых разрешено курение. Курить табак становится не модно. Многие курильщики уже начали бросать курить. Вы тоже можете бросить курить.

Шаг 4 — Принятие решения:

Сосредоточьтесь на причинах, в силу которых Вы хотите бросить курить или употреблять другие табачные продукты. Приготовьтесь к отказу от табака.

Шаг 5 — Действие:

Теперь мы вместе будет бороться с Вашей болезнью. Выберите день, в который Вы бросите курить, и мы составим с Вами план Вашего лечения.

1. Со дня отказа от курения — ни одной затяжки!

Выбросьте пепельницы, зажигалки, все сигареты или другие табачные и никотинсодержащие изделия.

2. Не допускайте курения в своей машине и в доме.

Это создаст более здоровую атмосферу для других, и также поможет Вам сопротивляться желанию закурить.

3. Обеспечьте себе поддержку и одобрение окружающих.

Скажите членам вашей семьи, друзьям и сотрудникам, что Вы бросаете курить, и попросите оказать вам поддержку.

4. Найдите еще кого-то, кто хочет бросить курить.

Легче бросать курить вместе с кем-нибудь. Пригласите знакомого курильщика или курящего родственника бросить курить вместе с Вами.

5. Определите, что вызывает непреодолимое желание курить.

Алкоголь, кофе и стресс могут вызвать желание курить. Это желание может также вызвать вид курящих — попросите знакомых Вам курильщиков не закуривать при Вас.

Не сдавайтесь:

- Большинство людей делали несколько попыток бросить курить, пока они не добились успеха. Если Вы опять начнете курить, не теряйте надежды сделайте новую попытку.
- Вы не потерпели поражения Вы узнали, какие факторы и ситуации заставляют Вас закурить.
- Следующая попытка бросить курить будет легче.
- Никогда не поздно бросать курить

Приложение 3. Подготовка к прекращению курения

Чем лучше Вы подготовлены к прекращению курения, тем выше вероятность Вашего успеха. Некоторые предложения включают в себя следующее:

- 1. Примите определенное решение, что Вы хотите прекратить курить.
- 2. Составьте список причин, по которым Вы приняли решение бросить курить, включая личные причины, пользу для здоровья, финансовые преимущества, обязательства перед членами семьи и другими.
- 3. Начните свою физическую подготовку с умеренных повседневных упражнений. Много отдыхайте и пейте больше жидкости.
- 4. Расскажите о своем решении бросить курить близким людям и окружающим, попросите их поддержки
- 5. Установите день прекращения курения в течение ближайших двух недель.
- 6. Оцените ситуации, при которых Вы курите наиболее часто, возможно, «автоматически» (утром, после кофе, при выходе на улицу, в компании с сослуживцами и т.д.) и будьте внимательны в этих ситуациях
- 7. Уберите с видимых мест предметы, напоминающие о курении (пепельницу, зажигалку, переставьте на другое место удобное кресло, сидя в котором Вы курили)
- 8. Очистите Ваш дом и машину, попробуйте максимально удалить запах дыма.
- 9. Если любой из близких и других людей является курильщиком, попросите их воздерживаться от потребления табака в Вашем присутствии, или, еще лучше, попросите их присоединиться к Вам в прекращении курения.
- 10. Составьте перечень видов деятельности, хобби и интересов, которыми Вы можете заняться, чтобы не думать о курении.

- 11. Замените перекуры низкокалорийными фруктами, овощами или жевательной резинкой, не содержащей сахар
- 12. Будьте готовы к трудностям при прекращении курения. Узнайте о "синдроме отмены"и способах его преодоления.

Приложение 4. Некоторые советы «Как избежать курения»

Примеры поведенческих советов – как избежать курения

- Научитесь отказываться от первой сигареты!
- Выбросьте свой «курительный набор»: зажигалку, спички, пачку сигарет;
- Измените Ваш обычный распорядок дня!
- Избегайте потребления кофе, колы или чая, если в Вашу привычку входило курение после кофе или чая
- Когда Вы ощущаете нужду в курении, выпейте большой стакан воды или натурального фруктового сока;
- Принимайте пищу 3 5 раз в день;
- Завтрак: молочные продукты, мясо, яйца; будьте осторожны с незаменимой сигаретой после утреннего кофе!
- Обед и ужин: отдайте предпочтение свежим фруктам и овощам, зелени
- Перед сном выпейте стакан воды или кефира;
- Вы должны избегать: приема еды между установленным приемом пищи, потребления сладкого; пирожных, конфет, шоколада;
- Пейте не менее 2 литров воды в день;
- Необходимы физические упражнения, прогулки на свежем воздухе, научитесь методикам релаксации;
- Начните заниматься новым видом физической активности;
- Избегайте контактов с курильщиками или ситуаций, в которых у Вас возникает соблазн покурить;
- Сэкономьте деньги, которые Вы ранее расходовали на сигареты вместо этого, купите себе подарок!

Приложение 5. Фармакотерапия табачной (никотиновой) зависимости

Препарат	Доза и схема лечения	Примечание
Варениклин	Дни 1 - 3: 0, 5 мг каждое утро;	Успешный отказ от
(таблетки)	дни 4 – 7: 0, 5 мг два раза в	курения до конца 12-й
	день;	недели.
	с 8 дня: 1 мг два раза в день	При высокой степени
	Начать за 1 неделю до	зависимости
	предполагаемой даты отказа от	продолжительность курса
	курения.	может быть продлена до
	Курс лечение 12 недель	24 недель
Никотиновый	7, 14, 21 мг / 24 часа	Препараты медленного и
трансдермальный	(или 10 / 15 / 25 мг / 16 часов)	длительного действия.
пластырь	При курении ≥ 20 сигарет в	Можно комбинировать с
r	день:	формами быстрого и
	25 (21) мг / день в течение 8	короткого действия
	недель, затем 15 (14) мг / день в	
	течение 2 недель,	
	затем 7 мг / день в течение 2	
	недель;	
	10 (7) мг в течение 2 недель;	
	При курении < 20 сигарет /	
	день: 15 (14) мг / день в течение	
	8 недель, затем 10 (7) мг / день в	
	течение 4 недель	
	2 мг – при курении ≤ 20 сигарет	Форма короткого и
Никотиновая	В день	быстрого действия.
жевательная	4 мг – при курении ≥ 20 сигарет	Соблюдать режим
резинка	В день	жевания. Проблематично
	Максимальная дневная доза 25	для лиц с зубными
	шт. (2 мг) или 15 шт. (4 мг) .	протезами. Может быть
	Максимальная длительность	раздражение слизистой
	применения 12 мес.	полости рта и изжога
Никотиновые	2 мг. Максимальная дневная	Форма короткого и
подъязычные	доза 30 шт.	быстрого действия.
таблетки	При курении≥ 20 сигарет в	•
	день:	
	по 2 шт. 8-12 шт – 12 недель,	
	далее по 1 шт. с постепенным	
	снижением дневной дозы до 40	
	нед. максимум.	
	при курении ≤ 20 сигарет в день	
	:	
	по 1 шт. 8-12 шт – 12 недель,	
	далее по 1 шт. с постепенным	
	снижением дневной дозы до 40	
	недель максимум.	

	1 / 12.2 (150)	Ф
	1 мг/доза – по 13,2 мл (150 доз)	Форма короткого и
Никотиновый	спрея.	быстрого действия.
спрей ротовой	1 или 2 впрыскивания за один	Применяется при сильной
	прием. Не более 2 доз	тяге к курению
	одномоментно, не более 4-3	
	впрыскиваний в час, не более	
	64 доз в сутки	
Цитизин	Дни 1 – 3 – 1 табл. 6 раз в день	Если не удается добиться
(таблетки)	каждые 2 часа (в перерывах	снижения количества
	между курением), постепенно	выкуриваемых сигарет в
	сокращая количество сигарет	первые 3 дня лечения,
	Дни 4 – 12 -1 табл. 5 раз в день	лечение следует
	каждые 2,5 часа	прекратить, и можно
	Дни 13 - 16 – 1 табл. 4 раза в	возобновить только через
	день	2-3 месяца.
	каждые 3 часа	Из побочных действий
	Дни 17 – 20 – 1 табл. 3 раза в	могут быть признаки
	день каждые 5 часов,	передозировки никотина:
	Дни 21 – 25 – 2 табл. В день	тошнота, рвота
	Необходимо отказаться от	• •
	курения не позднее 5 дня от	
	начала терапии	

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Организация профилактической работы в медицинских учреждениях Красноярского края: методические рекомендации /Л.И.Кононова, Т.С.Ключанцева // Красноярск ОИиПД КМИАЦ, 2008 120с.
- 2. Порядок организации деятельности подразделений медицинской профилактики в краевых государственных учреждениях здравоохранения Красноярского края: методические рекомендации / О.Ю. Кутумова, Л.И. Кононова, О.И. Соколова// Красноярск, 2022. 24с.
- 3. Система профилактических мер и здоровье населения России / Еганян Р.А. и др. Учебный модуль.
- 4. Технология обследования и рекомендации пациентам в Центрах здоровья: методические рекомендации / О.Ю. Кутумова, Л.И. Кононова, Е.Г. Михалева и др.// Красноярск ОИиПД КМИАЦ, 2011. 76с.
- 5. Положение о Школе для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска. Приложение к приказу управления здравоохранения администрации Красноярского края от 26.05.2004 № 226-орг. «О развитии сети школ в учреждениях здравоохранения края для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска» // Красноярск — ОИиПД КМИАЦ, 2004 —132 с.
- 6. Оказание медицинской помощи в отказе от курения табака и методы лечения табачной зависимости: методические рекомендации /А.И. Аристов, И.В. Демко, Л.И. Кононова и др. // Красноярск, 2011. 36с.
- 7. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых: клинические рекомендации / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, Е.А. Брюн и др.// Москва, 2018. 53c.
- 8. Организация и оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака: методические рекомендации / О.М. Драпкина, М.Г. Гамбарян, А.М. Калинина и др.//Москва, 2019—69с.
- 9. Мониторинг распространения табака в Российской Федерации: Глобальный опрос взрослого населения в 2009 и 2016 г.г. / Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов, О.О. Салагай // «Медицина», №2, с.64-72.
- 10. Социологическое исследование распространенности поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Красноярского края, охвата и уровня удовлетворенности населения Красноярского края медицинской профилактикой: аналитический отчет// Э.П. Пухова, Красноярск, 2021. 105с.

ГЛАВА 5. ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ГРАЖДАН С РИСКОМ ПАГУБНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ»

Составители: Горный Б.Э., Кутумова О.Ю.

Понятие «риск пагубного потребления алкоголя» появилось в 2013 году, когда в стране возобновилась практика диспансеризации.

На первом этапе диспансеризации пациенты, заполняя анкету, отвечают на вопросы, связанные с употреблением алкоголя. Положительные ответы на эти вопросы и оцениваются как риск пагубного потребления алкоголя. Такие пациенты должны быть направлены на углубленное профилактическое консультирование в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья.

Однако у большей части людей низкий риск или он отсутствует, часть пациентов не хотят искренне отвечать на вопросы относительно употребления алкоголя, некоторые могут отказываться от индивидуальной консультации.

Таким пациентам можно предложить вариант группового занятия, где они получат информацию о вреде алкоголя, познакомятся с основными понятиями, связанными с алкогольным потреблением и методами оценки риска. Такой формат работы позволит охватить обучением большие группы людей и внести существенный вклад в снижение алкогольного потребления.

Основные цели и задачи обучения пациентов в Школе:

- повышение информированности о риске пагубного потребления алкоголя;
- самооценка уровня алкогольного потребления и уровня риска с помощью вопросника RUS-AUDIT;
- формирование мотивации к изменению поведения на основе оценки баланса принятия решений

Форма организации: семинар-тренинг.

Темы занятий

Занятие 1. Что такое риск пагубного потребления алкоголя, влияние алкоголя на здоровье, формирование алкогольной зависимости.

Занятие 2. Как оценить уровень потребления алкоголя: понятие стандартной порции. Самооценка риска с помощью вопросника RUS-AUDIT.

Занятие 3. Снижение вреда, связанного с потреблением алкоголя. Основные мифы, связанные с употреблением алкоголя.

Структура занятия

- вводная часть 5-7 минут,
- информационная часть 20 минут, либо дважды по 10 минут,
- активная часть 20 минут, либо дважды по 10 минут,
- \bullet заключительная часть занятия -8-10 минут.

Рекомендуемое число занятий - от 2-х до 4-х, возможно объединение тем занятий, численность группы 10-12 человек.

В начале и по окончании Школы пациента по теме «Риск пагубного потребления алкоголя» рекомендуется провести краткий опрос с целью оценки исходного и конечного уровня знаний и навыков по тематике школы.

По окончании Школы участники должны знать:

- что такое риск пагубного потребления алкоголя; что такое стандартная порция алкоголя;
- основные мифы, связанные с употреблением алкоголя.

Участники должны уметь:

- проводить самодиагностику по оценке своего состояния в отношении употребления алкоголя с помощью вопросника RUS-AUDIT;
- оценивать количество стандартных порций, содержащихся в алкогольных напитках разного объема и крепости.
- пользоваться методикой оценки баланса принятия решений для формирования мотивации к изменению поведения

ЗАНЯТИЕ 1

Тема занятия: Что такое риск пагубного потребления алкоголя, влияние алкоголя на здоровье человека, формирование алкогольной зависимости.

Цель 1-го занятия

- Информирование пациентов о рисках, связанных с употреблением алкоголя; об остром и хроническом действии алкоголя; об основных этапах формирования алкогольной зависимости

Содержание занятия:

Вводная часть:

Знакомство с участниками, представление ведущего, описание целей обучения в Школе, структуры занятия.

Исходный тестовый контроль

Слушателям предлагается выбрать правильные ответы из следующих вопросов:

- 1. В каком из напитков больше всего алкоголя?
 - а) Рюмка (30 мл) пива
 - б) Бокал (100 мл) вина
 - в) Полбутылки (250 мл) пива
 - г) Во всех одинаково
- 2. Злоупотребление алкоголем может привести к:
 - а) Панкреатиту, алкогольной болезни печени, циррозу печени
 - б) Заболеваниям сердца, раку
 - в) Повышению артериального давления, алкогольной зависимости
 - г) Всему вышеперечисленному
- 3. Каковы симптомы алкоголизма?
 - а) Повышение устойчивости к воздействию алкоголя, потеря количественного контроля, тяга, физическая зависимость
 - б) Ожирение, замедленная частота дыхания, сыпь
 - в) Бледная кожа, ломкие волосы и ногти, белый налет на языке
 - г) Все вышеперечисленное
- 4. Сколько времени требуется организму, чтобы переработать или расщепить одну стандартную порцию алкоголя?
 - а) Полчаса
 - б) 1 час
 - в) Полтора часа
 - г) Зависит от напитка
- 5. Верно ли утверждение, что люди, умеренно употребляющие алкоголь, дольше живут.
 - а) Да
 - б) Нет

Информационная часть №1 — Что такое риск пагубного потребления алкоголя, влияние алкоголя на здоровье человека, формирование алкогольной зависимости.

Алкоголь является психоактивным веществом, которое на протяжении многих лет используется во многих культурах.

Для многих жителей нашей страны алкоголь является неотъемлемой частью социальной жизни. По данным опроса, проводимого Росстатом в 2018 году, около 82,2 % опрошенных сограждан употребляли алкогольные напитки в течение последнего года, 44,5 % – в течение последних 30 дней.

Больше трети россиян употребляли избыточное количество алкоголя не реже одного раза в месяц.

По данным социологических опросов взрослого населения Красноярского края в 2021 году, употребляют спиртные напитки 68,5% граждан. При этом 37,5% употребляют алкоголь несколько раз в год, 21,6% населения употребляют алкоголь несколько раз в месяц, 8,2%, - несколько раз в неделю и 1,2% - более 4 раз в неделю.

Алкоголь оказывает воздействие на людей и общество в целом разными путями, и это воздействие определяется объемом употребляемого алкоголя, моделью его употребления и в редких случаях его качеством.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения:

- Во всем мире в результате вредного употребления алкоголя ежегодно происходит 3,3 миллиона смертей, что составляет 5,9% всех случаев смерти.
- Вредное употребление алкоголя является причинным фактором более чем 200 нарушений здоровья, связанных с болезнями и травмами.
- Потребление алкоголя приводит к смерти и инвалидности на более ранних стадиях жизни. Среди людей в возрасте 20-39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с алкоголем.
- Существует причинно-следственная связь между вредным употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств, других неинфекционных нарушений здоровья, а также травм.
- В последнее время установлены причинно-следственные связи между вредным употреблением алкоголя и заболеваемостью такими инфекционными болезнями, как туберкулез, а также течением ВИЧ/СПИДа.
- Помимо последствий для здоровья вредное употребление алкоголя наносит значительный социальный и экономический ущерб отдельным людям и обществу в целом.

Об опьяняющих свойствах спиртных напитков люди узнали не менее чем за 8000 лет до нашей эры – с появлением керамической посуды, давшей возможность изготовления алкогольных напитков из меда, плодовых соков и дикорастущего винограда. Один из самых древних напитков – пиво. Известно, что его варили еще в Вавилоне за VII тысяч лет до н. э.

В средние века люди научились получать путем перегонки из перебродившего виноградного сока винный спирт. Эта жидкость получила

название «аль коголь», что в переводе с арабского означает – «одурманивающий».

Как химическое вещество — это этанол (C_2H_50H , этиловый алкоголь) — главный психоактивный ингредиент алкогольных напитков. Этанол образуется в результате сбраживания сахара с помощью дрожжей. В обычных условиях алкогольные напитки, образующиеся путем брожения, имеют концентрацию алкоголя не более 14 %. При производстве спирта путем дистилляции (перегонки) этанол выпаривается из бродильной смеси и снова собирается в виде почти чистого конденсата. Наряду с его использованием для создания алкогольных напитков этанол применяется в качестве топлива, растворителя и в химическом производстве.

Абсолютный алкоголь (безводный этанол) – это этанол, масса которого содержит не более 1 % воды. В статистике производства или потребления алкоголя абсолютный алкоголь обозначает алкогольные напитки, содержащие 100 % этанола.

Попадая в организм человека, алкоголь проходит через ротовую полость, пищевод в желудок, где около 20% всасывается в кровь, а оставшиеся 80% попадают в тонкий кишечник, а из его в кровь. Через кровь алкоголь разносится по всему организму, попадая в первую очередь в головной мозг и мышцы. Больше всех и тяжелее всех от приема алкоголя страдает мозг. Именно здесь происходит наибольшее его накопление. Если концентрацию алкоголя в крови принять за единицу, то в печени она будет 1,45, в спинномозговой жидкости – 1,5, а в головном мозге – 1,75.

Распад алкоголя происходит главным образом в печени с помощью двух ферментов алкогольдегидрогеназы и альдегиддегидрогеназы. Молекула спирта превращается сначала в уксусную кислоту, которая распадается на воду и углекислый газ.

Вред, связанный с употреблением алкоголя связан наркотическим действием, приводящими к изменению поведения; с токсическим воздействием алкоголя на различные органы и ткани человека (приводящее, например, к заболеваниям печени, сердца или раку); развитием алкогольной зависимости, при которой происходит утрата количественного контроля за потреблением, часто сопровождающееся психическими расстройствами, вызванными алкоголем, такими как депрессия или психозы.

Выделяют кратко- и долгосрочные риски, связанные с потреблением алкоголя. Чрезмерное употребление алкоголя имеет немедленные последствия, которые повышают риск многих опасных последствий для здоровья и жизни. Они чаще всего являются результатом употребления больших количеств алкоголя в течение короткого промежутка времени,

сопровождающиеся выраженным опьянением, И включают: травмы, автомобильные аварии, падения, утопления и ожоги, насилие, включая убийства, самоубийства, сексуальное насилие, алкогольное отравление, незащищенный секс или секс с несколькими партнерами, что может привести к нежелательной беременности или заболеваниям, передающимся половым выкидыши, путем, включая ВИЧ), мертворождение ИЛИ различные заболевания плода.

Распад алкоголя происходит со приблизительной скоростью 10 гр. абсолютного спирта в час. Чем больше спиртных напитков выпивает человек, тем больше повышается содержание алкоголя в его крови, растет риск последствий для самого пьющего и окружающих.

Выделают следующие стадии опьянения:

- легкая степень опьянения (концентрация алкоголя в крови 0,5-1,5 промилле), которая характеризуется повышенным настроением, многоречивостью, снижением самокритики, неустойчивостью внимания, нетерпеливостью и другими признаками возбуждения;
- средняя степень опьянения (концентрация алкоголя в крови 1,5-2,5 промилле), которая характеризуется снижением и исчезновением живости психических реакций: замедлением мышления, ослаблением концентрации ориентирования В окружающей обстановке, внимания, нарушением расстройствами речи, памяти, нарушением координация внимания, движений;

тяжелая степень опьянения (концентрация алкоголя в крови 2,5-4,0 промилле) сопровождается угнетением сознания (от патологического сна до комы), пассивным положением тела, иногда бесцельными хаотичными движениями, отсутствием реакции на болевые раздражители, сужением зрачков и вялой реакцией на свет.

Чрезмерное употребление алкоголя в течение длительного времени может привести к развитию различных хронических заболеваний, включая артериальную гипертонию, инсульт, кардиомиопатию, заболевания печени и проблемы с пищеварением; различных видов рака, таких как рак молочной железы, полости рта, пищевода, гортани, печени, толстой и прямой кишки; ослаблению иммунной системы; проблемам с обучением, плохой успеваемостью в школе; проблемам с психическим здоровьем, включая депрессию и тревогу; социальным и экономическим проблемам, семейным

проблемам, проблемам, связанным с работой, безработицей и наконец, вызвать алкогольную зависимость.

Формирование алкогольной зависимости

Алкогольная зависимость — это хроническое болезненное состояние, развивающееся вследствие длительного злоупотребления алкогольными напитками, характеризующееся психической и физической зависимостью от алкоголя, приводящее к нарушению психического и физического здоровья, а также к различным социальным проблемам.

Формирование алкогольной зависимости происходит постепенно. Поскольку алкоголь является социально приемлемым наркотическим веществом, то многие люди употребляют алкоголь эпизодически, от случая к случаю, не испытывая при этом каких-либо проблем.

Наиболее распространенной формой употребления алкоголя является социальное употребление, т.е. во время праздников и встречи гостей. Однако это может переходить в пьянство, характеризующееся частым употреблением спиртных напитков без поводов, в случайных местах и компаниях.

Алкоголь становится необходимым для поддержания нормального психического тонуса. Все мысли человека направлены на поиск возможности выпить. Обычно навязчивое влечение к алкоголю реализуется в ситуациях, связанных с возможностью выпить. Часто такие ситуации создаются искусственно.

Сформированная психическая зависимость на поведенческом уровне проявляется оживлением, повышением настроения в предвкушении застолья. И, напротив, появление препятствий вызывает раздражение и неудовлетворенность. При этом изначальная доза алкоголя уже не вызывает опьянения, и для достижения состояния эйфории необходимо выпить значительно больше, чем это требовалось раньше.

Постепенно происходит утрата количественного контроля – после начальной дозы алкоголя и появления признаков опьянения возникает желание продолжить выпивку вплоть до тяжелой степени опьянения.

Физическая зависимость от алкоголя проявляется абстинентным (похмельным) синдромом, который появляется через 12-24 часа после прекращения употребления алкоголя. Алкогольный абстинентный синдром также может осложняться судорогами.

Из симптомов физической зависимости следует отметить отсутствие аппетита, повышение артериального давления, учащение пульса, тремор, обострение хронических заболеваний.

На стадии физической зависимости от алкоголя наблюдается изменение картины опьянения: период эйфории укорачивается, появляются определенные психические нарушения. Как правило, частые однократные выпивки сменяются запоями, обусловленными внешними факторами (зарплата, выходные дни).

Глубокая алкогольная зависимость характеризуется эмоциональным огрубением, утратой морально-этических норм, отсутствием критического отношения к своему состоянию. Эйфории с грубым цинизмом и плоским алкогольным юмором чередуются с депрессиями. Интересы такого человека ограничиваются поиском и употреблением алкоголя.

ЗАНЯТИЕ 2

Тема занятия: Как оценить уровень потребления алкоголя: понятие стандартной порции. Самооценка риска с помощью вопросника RUS-AUDIT.

Цель 2-го занятия:

- повысить информированность слушателей в вопросах оценки риска, связанного с употреблением алкогольных напитков;
- научить оценивать количество потребляемого алкоголя в стандартных порциях.

Слушатели должны знать:

- о понятии «стандартная порция алкоголя»;
- об уровнях риска, связанных с употреблением алкоголя.

Слушатели должны уметь:

- определять количество стандартных порций алкоголя в напитках разного объема и крепости;

Информационная часть №1.

Понятие стандартной порции алкоголя (СП)

Люди употребляют алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта. Для того, чтобы оценить общее потребление, а также сравнивать между собой разных потребителей, разные периоды времени, необходимо стандартизовать эту оценку. Для этого была предложена специальная единица – стандартная порция или стандартная доза алкоголя.

Размер стандартной порции различается в разных странах. Но в большинстве стран Европы 1 стандартная порция алкоголя равна 10 г абсолютного этанола. Такого же подхода придерживается и Всемирная Организация Здравоохранения.

Исходя из этого, 1 стандартная порция алкоголя содержится:

- в 250-300 мл пива (4,5-5%);
- в 100-150 мл сухого вина (9-11%);
- в 70 мл крепленого вина (18%)

50%

80%

и в 30 мл крепких напитков (40%).

Для расчета количества этанола в граммах в алкогольном напитке необходимо умножить объем напитка на его крепость и на переводной коэффициент 0,79 (в каждом миллилитре содержится 0,79 г чистого этанола).

Кроме этого, существуют специальные таблицы, которые позволяют легко рассчитать количество стандартных доз, содержащихся в том или ином алкогольном напитке (табл. 1).

Крепость алкоголя 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10% 11% 12% 13% 14% <u>11</u> 15% 16% 17% 18% 19% 20% 21% 22% 30% 35% 38% 40%

Таблица 1. Расчет количества этанола (в г) в алкогольном напитке

Также можно сориентироваться при расчете с помощью таких рисунков, где представлены изображения сосудов, содержащих одну стандартную порцию алкоголя.

Маленький бокал	Половина	Бокал	Маленькая
вина или	кружки	креплёного	рюмка крепкого
шампанского,	пива,	вина,	алкоголя,
100 мл	250 мл	60 мл	30 мл
Крепость 12-13%	Крепость 4,5-5%	Крепость 16-22%	Крепость 40%









Активная часть №1

Слушателям предлагается, используя таблицу 1 или рисунки, рассчитать примерное количество стандартных порций алкоголя, содержащихся в данных алкогольных напитках.

Алкогольный напиток	Кол-во
	стандартных
	порций
Бокал (500 мл) или бутылка пива (4%)	
Рюмка аперитива (17%) объемом 50 мл	
Бокал вина (14%) объемом 175 мл	
Бутылка сидра (5%) объемом 1 л	
Бутылка водки (40%) объемом 700 мл	
Бутылка вина (12%) объемом 750 мл	
Бутылка «алкогольного коктейля» (5%) объемом 275 мл	

Информационная часть №2. Оценка риска, связанного с потреблением алкоголя

Многие проблемы, связанные с употреблением алкоголя, можно выявить на ранних стадиях. Для этого не требуется специальных лабораторных и инструментальных методов исследования. Нужно только ответить на несколько вопросов, касающихся употребления алкоголя.

Один из таких вопросников, разработанный Всемирной Организацией Здравоохранения, называется AUDIT – тест, предназначенный для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя.

В тесте AUDIT 10 вопросов. При помощи первых трех пунктов оценивается количество и частота регулярного или периодического употребления алкоголя. В следующих трех вопросах выявляются возможные симптомы зависимости, а последние четыре вопроса касаются недавних проблем и проблем в прошлом, связанных с употреблением алкоголя.

Каждый из вопросов оценивается в баллах от 0 до 4.

Максимальное количество баллов по этому вопроснику 40.

Tect AUDIT

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
Никогда (0)	Раз в месяц или реже (1)	2-4 раза в месяц (2)	2-3 раза в неделю (3)	4 раза в неделю и чаще (4)

2. Сколько алкогольных напитков (стандартных порций) Вы употребляете в типичный день, когда выпиваете?

Одна стандартная порция (СП) содержит 10 граммов этилового спирта. В таблице ниже представлены примеры одной СП. Если в типичный день Вы употребляете несколько разных алкогольных напитков, то суммируйте число СП.

Маленький бокал	Половина кружки	Бокал креплёного	Маленькая рюмка	
вина или	пива,	вина,	крепкого	
шампанского,	250 мл	60 мл	алкоголя,	
100 мл	Крепость 4,5-5%	Крепость 16-22%	30 мл	
Крепость 12-13%			Крепость 40%	

Если вы затрудняетесь ответить на данный вопрос, то обратите внимание на таблицу, представленную ниже. Выберите, какой вид и какой объем алкогольных напитков вы употребляете, и обведите соответствующее им количество СП и балл.

Если в типичный день вы употребляете разные алкогольные напитки, то обведите все объемы употребляемых алкогольных напитков, суммируйте соответствующее им число СП и отметьте балл.

Пример: Вы выпили 200 мл водки (5–6 СП) и 500 мл пива (1–2СП), в сумме – 6–8 СП, что не попадет в предложенные интервалы, поэтому выбираем среднее значение – 7СП. Итог –3 балла

до 250 мл	до 650 мл	до 170 мл	до 80 мл	1-2 СП	(0)
251-450 мл	т 651-1200 мл	171-300 мл	81-140 мл	3-4 СП	(1)
451-660 мл	т 1201-1750 мл	301-430 мл	141-210 мл	5-6 СП	(2)
661-970 мл	т 1751-2500 мл	431-640 мл	211-300 мл	7-9 СП	(3
более 970 м	л более 2500 мл	более 640 мл	более 300 мл	т 10 СП и	(4
				больше	
3. Как част	то Вы употребляет	е как миниму	 м полтора литј	ра пива, или как	
минимум 1	80 мл крепкого ал	ікоголя, или к	ак минимум бу	утылку вина или	
шампанско	ого (750 мл) в тече	ние 24 часов?			
Никогда	Реже одного раза	Ежемесячно	Еженедельн	Ежедневно или поч	чти
(0)	в месяц (1)	(2)	o (3)	ежедневно (4)	
4. Как част	то за последние 12	месяцев Вы н	е могли остано	виться, начав	
употреблят	гь алкогольные на	апитки?			
Никогда	Реже одного раза	Ежемесячно	Еженедельн	Ежедневно или поч	
(0)	в месяц (1)	(2)	o (3)	ежедневно (4)	
5. Как част	<u> </u>	месянев из-за	⊥ выпивки Вы н	е сделали то, что с	т
	о ожидалось?			10 0, 110 0	-
Никогда	Реже одного раза	Ежемесячно	Еженедельн	Ежедневно или поч	 чти
(0)	в месяц (1)	(2)	o (3)	ежедневно (4)	
6 Как цаст	го за последине 12	месянев Вам і	LEOUXULAMO UTI	ло выпить утром,	
	то за последние 12 йти в себя после в			no bbinini by i pom,	
Никогда	Реже одного раза	` `	Еженедельн	Ежедневно или поч	
(0)	в месяц (1)	(2)	о (3)	ежедневно (4)	1111
	го за последние 12	` ′	, ,		
	после выпивки?	месяцев вы и	спытывали чу	вство вины или	
	Реже одного раза	Ежемесячно	Ежаналали	Ежаннарна ини на	
Никогда (0)	в месяц (1)	(2)	Еженедельно (3)	Ежедневно или по ежедневно (4))411
		L ` ′		, ,	
	го за последние 12			ы вспомнить, что	
	нуне, из-за того, чт	1		Г	
Никогда	Реже одного раза	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или по	ЭΥΤΙ
(0)	в месяц (1)	(2)	(3)	ежедневно (4)	
	• •	бление алкого.	льных напитко	ов причиной травм	1Ы
у Вас или у	других людей?				
Никогда (0)	Да, более 12 мес	яцев назад(2)	Да,в течение по	оследних 12месяцев	s (4
10. Случал	ось ли, что Ваш б.	лизкий челове	к или родствен	ник, друг или вра	Ч
беспокоило	ся насчет употребл	пения Вами а л	коголя или соі	ветовал выпивать	
меньше?					
Никогда (0)	Да, более 12 мес	яцев назад(2)	Да,в течение по	оследних 12 месяце	
	1 * * *	/	* * *	,	`

Как можно оценить результаты теста

Ответьте на вопросы теста и просуммируйте количество полученных баллов. В таблице найдите уровень вашего риска и ознакомьтесь с его описанием. В следующей таблице с индивидуальными рекомендациями вы можете прочитать об основных принципах, которые позволят вам снизить риски, связанные с употреблением алкоголя.

Уровни риска	Женщины	Мужчины
Низкий риск	0-4	0-8
Опасное употребление	5-9	9-13
Пагубное употребление	10	14-16
Возможно алкогольная	11+	17+
зависимость		

Низкий риск свидетельствует о том, что вы не употребляете алкоголь или употребляете его в незначительных количествах. Тем не менее вы должны знать, что в некоторых ситуациях употребление алкоголя даже в минимальных количествах нежелательно.

Кроме того, последние исследования показали, что любое количество алкогольных напитков повышает риск проблем для здоровья и безопасности.

Опасное употребление говорит о том, что количество алкогольных напитков, которое вы употребляете, повышает краткосрочные и долгосрочные риски для здоровья. Другими словами — это может привести к хроническим заболеваниям, травмам или несчастным случаям, проблемам на работе, в семье, проблемам с законом.

Пагубное употребление возможно свидетельствует о существовании болезней, связанных с употреблением алкоголя. Возможно, что у вас есть признаки алкогольной зависимости если вы набрали больше одного балла в вопросах 4-6.

Четвертый и самый высокий уровень риска свидетельствует о возможной алкогольной зависимости.

Активная часть

Оценка риска пагубного потребления алкоголя по тесту **AUDIT** и обсуждение результата теста на примере одного опросника

ЗАНЯТИЕ 3

Тема занятия: Снижение вреда, связанного с потреблением алкоголя. Основные мифы, связанные с употреблением алкоголя, и советы по его сокращению.

Цель 3-го занятия:

- ознакомить пациентов с основными мифами, связанными с алкоголем;
- предоставить индивидуальные рекомендации по снижению вреда, связанного с употреблением алкогольных напитков и по сокращению употребления алкоголя.

Слушатели должны знать:

- об уровнях риска, связанных с употреблением алкоголя,
- о методах оценки баланса «за» и «против» употребления алкоголя.

Слушатели должны уметь:

- оценить баланс «за» и «против» употребления алкоголя для формирования мотивации к принятию решения об изменении поведения.

Данное занятие можно проводить в виде интерактивной дискуссии, используя алкогольные мифы в виде утверждений, которые аргументировано развенчиваются.

Информационная часть №1. Основные алкогольные мифы

С употреблением алкоголя связано много заблуждений, большинство из которых довольно опасно. Поэтому важно знать о них и уметь при необходимости объяснить собеседнику, в чем он заблуждается.

Основные алкогольные мифы

1. Крепкий кофе может протрезвить

Считается, что употребление крепкого кофе может вернуть ясность мышления. К сожалению, на самом деле этот метод не работает.

На самом деле кофе не сможет быстрее отрезвить: кофеин лишь помогает противостоять сонливости, вызванной действием алкоголя.

Это подтверждается экспериментами, которые проводил ученые.

Кофе — это стимулятор, который снижает чувство легкого утомления, но не помогает понизить уровень этанола в крови. Единственное, что может человека отрезвить — это немного времени. Пить кофе после обильных возлияний скорее вредно, потому что будет тяжелее уснуть. Поэтому следует отказаться от этой идеи и лучше отправить пьяного человека спать.

2. Алкоголь убивает клетки мозга

Посмотрите на пьяных людей: у них нарушена координация движений, речь несвязная, они теряют контроль над эмоциями. Многие объясняют это тем, что алкоголь убивает клетки мозга.

Но это не так. Алкоголь не убивает клетки мозга. Ферменты печени расщепляют алкоголь, превращая его сначала в ацетальдегид (который действительно очень токсичен), а затем в ацетат, который распадается на воду и углекислый газ и выводится из организма.

Скорость работы печени ограниченна. Она может переработать только 10 граммов чистого спирта в час. Если выпить больше, печень не успевает расщепить алкоголь, и он попадает в кровь.

Достигнув клеток мозга, этанол не убивает их. Однако он блокирует связь между нейронами мозжечка — той части мозга, которая отвечает за координацию движений (поэтому пьяные такие неуклюжие).

У некоторых сильно пьющих людей, на последних стадиях алкоголизма нейроны мозга всё-таки отмирают. Но причина гибели нейронов не в употреблении алкоголя, а в нехватке витамина В1 (или тиамина) и в общем недоедании, которым часто подвержены пьяницы.

3. Смешивание нескольких напитков делает человека пьянее

Мнение о том, что нельзя смешивать различные спиртосодержащие напитки, чтобы избежать чрезмерного опьянения, является одним из самых распространённых мифов. Например, если начать пить вино, то весь вечер нужно употреблять только его и ни в коем случае не переходить к водке или шампанскому.

На самом деле решающее значение имеет не число смешиваемых напитков, а общее количество употреблённого алкоголя. Только общее количество алкоголя, а также съеденная пища, которая может замедлить или ускорить его усваивание, сказывается на состоянии опьянения.

Общее количество спирта, а не сочетание содержащих его напитков, влияет на интоксикацию организма и её последствия.

Почему же этот миф так распространён? Здесь имеется не физиологическое, а, скорее, психологическое объяснение. Начиная со «слабых» напитков, мы задаём себе определённую скорость опьянения, подстраивая под неё наше поведение.

Переходя же потом к крепкому алкоголю, мы продолжаем придерживаться того же самого шаблона, что приводит к печальным последствиям. Это примерно то же самое, как если бы ехать всё время с низкой скоростью, а потом резко нажать на педаль газа до упора. Результат – потеря управления, и вы в кювете (под столом).

5. Можно обмануть алкотестер

Существует несколько народных приёмов, которые якобы помогают обмануть алкотестер, в том числе специальные мятные конфеты, особая техника дыхания и так далее. Некоторые не особо сознательные нетрезвые водители даже забрасывают в рот монету, чтобы сбить прибор с толку металлическим привкусом, а один совсем уж оригинальный индивид попытался избавиться от запаха перегара, жуя собственное ношеное бельё.

Все эти способы ошибочны, так как направлены на маскировку специфического запаха, а алкотестер работает совершенно по-другому.

Он содержит специальное вещество, которое вступает в реакцию с содержащимися в дыхании парами спирта, так что чем пахнет изо рта – ему совершенно всё равно.

6. Разные напитки по-разному влияют на поведение

Люди хотят верить, что есть специальные напитки, которые вызывают определённое настроение. Но не существует никаких научных подтверждений этих мифов, и с химической точки зрения имеет значение лишь количество алкоголя в каждом из напитков.

Влияние алкоголя всегда одинаково, в какой бы форме он не поступал. Имеет значение только скорость и общее количество выпитого. Спирт является простой молекулой, которая быстро всасывается в кровь. Так что если пить крепкий напиток большими порциями, то эффект будет значительно отличаться от того, что проявляется при потреблении слабоалкогольного напитка на протяжении нескольких часов.

Скорее всего, подобные мифы имеют под собой психосоциальную основу. В разных жизненных ситуациях мы выбираем разные напитки, а потом получаем именно тот эффект, которого ожидает наш мозг и который наиболее подходит для данной ситуации.

7. Рассол, зелёный чай, кофе, выпивка вылечат от похмелья

У каждого любителя алкоголя имеется свой фирменный рецепт борьбы с похмельем. Чаще всего они повторяют распространённые народные средства, хотя встречаются ещё и совершенно уникальные «тайные» методы. Только вот они не работают.

Рассол. Не только в России, но и в США, Англии, Польше и Японии существует миф, что питьё рассола (не обязательно огуречного — в Японии, например, предпочитают рассол из-под кислых слив) помогает от похмелья. Однако доказано, что это не так. Рассол никак не помогает от похмелья, разве что уменьшает обезвоживание. Но много его не выпить, так что проще отдать предпочтение воде.

Кофе. Выше уже говорилось, что кофе не помогает протрезветь. Против похмелья он тоже не помогает. Диетологи вообще не рекомендуют смешивать кофеин и алкоголь.

Зелёный чай. Зелёный чай, как и кофе, содержит кофеин. Ещё он обладает мочегонным эффектом, что увеличивает нагрузку на почки и способствует обезвоживанию. Так что лучше тоже заменить его водой.

Выпивка. «Подобное излечивается подобным»... Нет, не излечивается. Выпив 100 г для того, чтобы протрезветь, можно временно повысить уровень эндорфина, улучшив свое самочувствие. Но затем похмелье вернётся. Печень и так нагружена со вчерашнего дня, поэтому ей больше нечего лобавлять ещё работы, заставляя расщеплять дополнительную порцию выпивки.

Помимо перечисленного, многие люди употребляют от похмелья капусту, яйца, женьшень, бананы и многие другие продукты. И все они... бесполезны. Как показывают исследования, не существует убедительных доказательств того, что какое-либо традиционное средство эффективно для профилактики или лечения похмельного синдрома.

Лучший способ избавиться от похмелья — пить много воды и спать. А единственным достоверным и точно работающим профилактическим средством является, несомненно, воздержание от чрезмерного потребления спиртных напитков накануне.

8. Алкоголь полезен для сердца и сосудов

Уже давно и прочно засело в нашем сознании заблуждение о пользе алкоголя для сердца и сердечно-сосудистой системе в целом. Многие считают, что умеренное употребление алкогольных напитков, а сухого вина в особенности, приносят большую пользу для сердца.

Это неправда. Употребление алкоголя в любых количествах – вред для сердечно-сосудистой системы, который давно доказан. Более того, исследования показали, что алкогольная болезнь сердца - причина 30% внезапных смертей.

Алкоголь губителен для сосудов и клеток сердечной мышцы. Употребление даже малых доз алкоголя всегда приводит к повышению давления, даже при однократном приеме — на несколько дней. У пьющих людей в три раза чаще встречается гипертоническая болезнь и ее грозное осложнение - инсульт (кровоизлияние в мозг). Особенно огорчает, что случается это в 40-45 лет. Инсульты в этом возрасте почти всегда происходят на фоне приема алкоголя.

9. Я могу остановиться, когда захочу.

Может быть и можете, но скорее всего – не можете. В любом случае, это всего лишь предлог для того, чтобы продолжать пить. Правда в том, что вы не хотите останавливаться. Вы говорите себе, что можете остановиться, и это заставляет вас чувствовать, что всё под контролем, несмотря на то, что всё свидетельствует об обратном, и не важно, вредит ли это вам.

10. Я не пью каждый день, поэтому я не являюсь алкоголиком, или я могу выпить вина или пива, поэтому я не алкоголик.

Алкоголизм не определяется тем, ЧТО вы пьете, когда вы пьёте, и даже тем, сколько вы пьете. Последствия от употребления алкоголя — вот что определяет наличие проблемы. Если выпивка создает проблемы дома или на работе, у вас алкогольная проблема. А может быть, вы и алкоголик, независимо от того, пьёте ли вы ежедневно или только по выходным, текилу или вино, три бутылки пива в день или три бутылки водки.

11. Я не алкоголик, потому что у меня есть работа и всё у меня ОК.

Не надо быть бездомным и пить из найденных в помойке бутылок, чтобы являться алкоголиком. Многие алкоголики способны оставаться на рабочих местах, закончить школу и обеспечивать свои семьи. Некоторым из них даже удаётся отличиться. Но это вовсе не означает того, что вы не подвергаете себя или других опасности. Со временем, последствия вас настигнут.

12. Алкоголики — это те, кто пьет водку. Слабоалкогольные коктейли и пиво не так уж и вредны

Любой алкогольный напиток содержит этиловый спирт. Собственно, алкогольный напиток — это лишь оболочка, форма доставки спирта в организм. Банка коктейля — рюмка водка. Три-четыре бутылки пива — стакан водки.

Частое употребление пива или слабоалкогольных коктейлей приносит вред почкам, сердцу, желудку и печени. Специфически изменяясь, эти органы начинают неправильно работать. Считать пиво безопасным напитком – это ошибка. Частое употребление пива нередко становится причиной серьезных заболеваний и также вызывает алкоголизм.

13. После принятия алкоголя лучше спится

Многие полагают, что, «пропустив» перед сном рюмочку-другую, будут спать как младенцы. Однако американские ученые из Национального института по проблемам сна пришли к выводу: крепкий сон и алкоголь – несовместимы. Действительно, у некоторых людей алкогольные напитки, особенно пиво, вызывают вялость и сонливость. Но такой сон не глубокий и не позволяет организму полноценно отдохнуть. Более того, впоследствии привычка засыпать «под мухой» может привести к бессоннице.

14. С помощью алкоголя можно быстро согреться

Организм под влиянием алкоголя утрачивает естественную чувствительность к холоду. У выпившего человека расширяются сосуды кожи, усиливается приток крови. Человеку кажется, что становится теплее.

Но это не так. В реальности нагревается только кожа, а температура тела, наоборот, понижается. Вот почему для некоторых любителей выпить это заканчивается простудой, пневмонией и даже смертью.

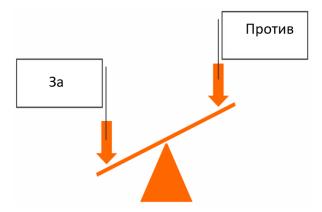
15. Качественный алкоголь не вреден

Любой алкоголь оказывает на организм токсическое действие. Это обусловлено тем, что один из продуктов распада этилового спирта – уксусный альдегид. Именно этот компонент – самый опасный для человека.

В некачественном дешевом алкоголе спирт не проходит должной очистки. Как правило, такие напитки содержат сивушные масла, которые во много раз усиливают токсическое действие алкоголя. То же самое можно сказать и о напитках домашнего производства.

Информационная часть №2 Оценка баланса принятия решений об изменении поведения

Для того, чтобы принять важное решение, будь то дорогостоящая покупка, смена работы или места жительства, мы оцениваем плюсы и минусы от наших действий. То же самое можно сделать в отношении решений по изменению поведения.



Часто люди не могут отказаться от вредных привычек, даже когда они осознаются, как вредные, потому что они помогают им получать удовольствие, справиться с какими-то психологическими проблемами, например, со стеснительностью. Поэтому важно оценить не только плюсы, но и минусы, связанные с той или иной привычкой, взвесить их на внутренних весах, как говорят, принять «взвешенное решение».

Это можно сделать с помощью **таблицы баланса принятия решения** (табл.2).

- 1. Перечислите все «за», связанные с употреблением алкоголя.
- 2. Каждый из плюсов оцените по шкале важности от 1 «абсолютно не важно» до 10 «чрезвычайно важно».
- 3. Подсчитайте общее количество «за» и суммарную важность по данному разделу.
- 4. Аналогичным образом перечислите все «против» употребления алкоголя.
- 5. Каждый из минусов оцените по шкале важности от 1 «абсолютно не важно» до 10 «чрезвычайно важно».
 - 6. Аналогичным образом заполняются остальные разделы таблицы

Таблица 2. Оценка баланса принятия решений

	3a	Важность в	Против	Важность в
		баллах (от 1 до		баллах (от 1 до
		10)		10)
Употребле-	1.	Сумма в баллах	1.	Сумма в
ние алкоголя	2.	«за употребл.»	2.	баллах
(употребл.)	3.		3.	«против»
	N-сумма «за	(S за употребл.)	N – сумма	употребления
	употребл».		«против	-S «против
			употребл.»	употребл.»
Сокращение	1.	Сумма в баллах	1.	Сумма в
употребле-	2.	«за» сокращение	2.	баллах
ния алкоголя	3.	употребления	3.	«против»
(сокращен.)	N-сумма «за	-S за сокращен.	N – сумма	сокращения
	сокращен.»		«против	употребления
			сокращен.»	-S против
				сокращен

7. Затем рассчитывается соотношение доводов «за» и «против» по следующей формуле:

(N против сокращ. + S против сокращен. + N за употребл. + S за употребл.) /(N против сокращ. + S против сокращен. + N за употребл. + S за употребл.

+ N за сокращ. + S за сокращен. + N против употребл. + S против употребл.)

Баланс доводов «за» и «против» равен 0,5. Чем меньше этот показатель, тем больше доводов за изменение.

Пример заполнения таблицы 2

	3a	Важность в	Против	Важность в баллах
		баллах (от 1		(от 1 до 10)
		до 10)		
Употребление	1. Хорошее	8	1. Головная	8
алкоголя	настроение		боль по утрам	
	2. Легко общаться с	8	2. Жена	7
	людьми		ругает	
	N=2	S=16	3. Стал плохо	8
			спать	S=23
			N=3	
Сокращение	1. Улучшиться	8	1. Буду	8
употребления	самочувствие		скучать на	
алкоголя	2. Наладятся	7	вечеринках	
	отношения с женой	S=15	2. Друзья	9
	N=2		будут	
			смеяться	S=17
			N=2	

$$(2+17+2+16)/(2+17+2+16+2+15+3+23)=27/70=0.38$$

Полученный результат свидетельствует о том, что доводы в пользу изменений перевешивают доводы против.

Данное упражнение очень полезно и заставляет задуматься о необходимости менять свое отношение к алкоголю. Данный подход универсален и может быть использован в отношении других факторов риска.

Активная часть

Слушателям предлагается заполнить таблицу 2 и оценить баланс «за» и «против» употребления алкоголя для формирования мотивации к принятию решения об изменении поведения.

Проводится разбор результатов на примере одной из заполненных таблиц.

Информационная часть №3. Индивидуальные рекомендации по снижению вреда, связанного с употреблением алкогольных напитков

Примечание: данные рекомендации не предназначены для того, чтобы поощрять употребление алкоголя людьми, которые отказываются от этого по культурным, религиозным или другим соображениям. Они также не предназначены для того, чтобы поощрять употребление алкоголя с лечебными или профилактическими целями.

	In a		
Принцип 1	Эксплуатация любых транспортных средств, инструментов		
Не употреблять	или механизмов; использование лекарств или других		
алкоголь в	препаратов, которые взаимодействуют с алкоголем; занятия		
следующих		циально опасные физические	
ситуациях:	нагрузки; принятие важных	х решений; планируемая или	
	состоявшаяся беременность;	грудное вскармливание; уход	
	за пациентами, страдающим	ми от серьезных физических,	
	психических заболеваний или	и алкогольной зависимости.	
Принцип 2	Женщины	Мужчины	
Уменьшать	0-2 стандартные порции	0-3 СП в день	
долгосрочные риски	(СП) в день		
для здоровья	Не больше 10 СП в	Не больше 15 СП в	
	неделю	неделю	
	В течение недели необходим	мо иметь 2-3 дня, свободных от	
	употребления алкоголя, чтоб	ы свести к минимуму	
	повышение толерантности и	формирование зависимости.	
	Не превышайте дневные урог	вни, указанные в Принципе 3.	
Принцип 3	Риск травматизма у	величивается с каждой	
Уменьшать	дополнительной порцией	алкоголя. По соображениям	
краткосрочные	безопасности и здоровья важно		
риски для здоровья	не пить больше, чем:		
	4 СП в один день для женщины		
	5 СП в один день для мужчины		
	Употребление данных количеств алкоголя может		
	•	ца и всегда соответствовать	
	недельным ограничениям, ук		
	_	тучаях употреблять алкоголь с	
		блять не более 2 СП в любой	
	трехчасовой период;		
	чередовать употребление	алкоголя с напитками без	
	кофеина, безалкогольным		
	рискованных ситуаций и дей	, and the second	
	Ť *	рантностью, связанной с низкой	
	массой тела, возрастом и		
	рекомендуется превышать		
	уровень	,,	
	из Принципа 2.		

Принцип 4	Самый безопасный вариант - не употреблять алкогольные		
Отказаться от	напитки во время беременности или при ее планировании.		
употребления	Алкоголь в кровотоке матери может нанести вред		
алкоголя во время	развивающемуся плоду.		
планируемой или			
состоявшейся			
беременности			
Принцип 5	Алкоголь может нанести вред физическому и		
Алкоголь и	умственному развитию детей и подростков.		
молодежь	Потребление алкоголя молодым человеком должно быть		
	отложено, по крайней мере, до 18 лет.		
	После принятия решения о начале употребления алкоголя		
	, это должно происходить в безопасных условиях, под		
	контролем родителей и в небольшом количестве		
	(1-2 СП один или два раза в неделю).		

Заключительная часть.

- 1. Итоговый тестовый контроль (выбрать правильные ответы из вопросов, предложенных на 1 занятии):
 - 2. Оценка итогового тестового контроля.
- 3. Рекомендации по использованию теста AUDIT для оценки риска пагубного потребления алкоголя и таблицы оценки баланса принятия решений с целью мотивации к изменению поведения.

Используемая литература

- 1. Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения в 2018 году https://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html
- 2. Алкоголь. Основные факты https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol
- 3. Отчет о реализации проекта RUS-AUDIT: Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя в Российской Федерации https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350879/9789289056571-rus.pdf
- 4. Foster D. W., Neighbors C., Pai A. Decisional balance: Alcohol decisional balance intervention for heavy drinking undergraduates //Substance use & misuse. -2015. T. 50. No. 13. C. 1717-1727.

ГЛАВА 6. ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Составители: Семенов А.А., Кононова Л.И.

Основные цели и задачи обучения пациентов в Школе физической активности:

- повышение информированности о необходимости физической активности,
- повышение приверженности к здоровому образу жизни через одно из его составляющих достаточную физическую активность,
- обучение способам самоконтроля за уровнем физической активности

Форма организации: семинар-тренинг.

Темы занятий:

- Занятие 1. Что такое физическая активность. Для чего необходимо поддерживать себя в хорошей физической форме.
- Занятие 2. Построение индивидуальной карты полезности от занятий физической культурой, спортом, лечебной гимнастики и других видов двигательной активности.
- Занятие 3. Обучение прогулочной и оздоровительной ходьбе для поддержания физической формы

Структура занятия в Школе физической активности:

- вводная часть 5 минут,
- информационная часть –дважды по15-20 минут с чередованием с активной частью,
- активная часть –дважды по 15-20 минут после информационной части,
- заключительная часть занятия -8 10 минут.

Рекомендуемое число занятий - от 2-х до 4-х, возможно объединение тем занятий, численность группы 10-12 человек. Продолжительность 1 занятия — от 60 до 90 мин.

В начале и по окончании Школы физической активности рекомендуется провести краткий опрос с целью оценки исходного и конечного уровня знаний и навыков по тематике школы

По окончании Школы участники должны знать:

- что такое физическая активность и ее роль в сохранении здоровья
- виды физической активности (аэробные и анаэробные виды тренировок)

- для какой цели необходимо поддерживать себя в хорошей физической форме
- понимать какие виды физической активности носят универсальный характер, а какие необходимо адаптировать или исключить исходя их индивидуальных особенностей, возраста и наличия хронических заболеваний

Участники должны уметь:

- проводить самодиагностику по оценке своего состояния в отношении физической активности;
- правильно применять полученные знания для укрепления здоровья;
- уметь составить и выполнять индивидуальный комплекс упражнений для поддержания физической активности.

ЗАНЯТИЕ 1

Тема занятия: Понятие и критерии здорового образа жизни. Физическая активность. Виды физической активности. Гиподинамия. Для чего необходимо поддерживать себя в хорошей физической форме.

Цель 1-го занятия

- Информирование участников школы о здоровом образе жизни, критериях отнесения к лицам, ведущим здоровый образ жизни.
- Информирование о факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их вкладе в формированиеобраза жизни.
- Информирование о видах физической активности, причинах и основных клинических проявлениях гиподинамии, влиянии на состояние здоровья;

После 1-го занятия слушатели должны знать:

- что такое здоровый образ жизни, какие критерии ему соответствуют.
- о факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их вкладе в формирование образа жизни.
- о степени влияния физической активности на здоровье человека.

Слушатели должны уметь:

- оценить свой образ жизни на основании критериев
- определить наличие факторов, мешающих отнести себя к лицам, ведущих здоровый образ жизни
- оценить достаточность собственной физической активности

Информационная часть №1 - Образ жизни. Критерии здорового образа жизни. Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний.

Здоровьеу человека, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней.

Здоровье человека зависит от многих факторов, и их доля во влиянии на здоровье человека значительно различается: наследственность (доля влияния на здоровье 15-20%), экология среды обитания (влияние на здоровье 20-25%), состояние здравоохранения и медицинской помощи в регионе проживания (доля влияния на здоровье 10-15%, а также образ жизни, доля влияния которого на здоровье составляет около 50%).

Как видно из приведенных данных, вклад образа жизни в состояние здоровья огромен. Его доля составляет более 50%, тогда как вклад медицины составляет не более 15%. Именно поэтому возможность сохранения здоровья зависит от выбора человеком правильных стратегий поведения — т.е. здорового образа жизни с исключением пагубных привычек и пристрастий.

Здоровый образ жизни (**3ОЖ**) — образ жизни человека, помогающий сохранить здоровье и снизить риск неинфекционных заболеваний (НИЗ).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ здоровый образ жизни включает в себя:

- 1) здоровое питание
- 2) достаточную физическую активность
- 3) от сутствие вредных привычек зависимостей (курение табака, пагубное потребление алкоголя, прием психоактивных и наркотических средств без назначения врача).

Факторы образа жизни, повышающие риск заболеваний и преждевременной смерти, называются поведенческими факторами риска.

К ним относятся:

- низкая физическая активность;
- избыточный вес;
- нерациональное питание;
- пагубное потребление алкоголя;
- курение;
- хронический стресс,
- повышение уровня холестерина и глюкозы в крови,
- повышенное артериальное давление (артериальная гипертония АГ).

АГ может быть как самостоятельным заболеванием, так и фактором риска ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда, инсульта.

Некоторые пристрастия - например, чрезмерное использование гаджетов, видеоигр, телевидения, интернета законодательноне рассматриваются как факторы риска, но, в то же время, оказывают серьезной причиной снижения физической активности.

Критерии, по которым оценивается наличие факторов риска у человека, подробно изложены в главах настоящего учебно-методического пособия о проведении Школ здоровья.

Активная часть №1

1. Оценить индивидуальный образ жизни по критериям факторов риска НИЗ (таблица1) - на основании известных значений АД, ОХС, глюкозы крови, наличия вредных привычек; рассчитать индекс массы тела, оценить уровень физической активности.

При заполнении использовать приложения 1-2 (оценка индекса массы тела и уровня физической активности - раздаточный материал):

При оценке риска пагубного потребления алкоголя ипользовать опросник RUS-AUDIT (приведенный в«Школе здоровья для граждан с риском пагубного потребления алкоголя).

2. Оценить приверженность к здоровому образу жизни по критериям ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» (НМИЦ ТПМ) (приложение 3).

Таблица 1.Оценка образа жизни согласно критериев факторов риска ВОЗ

	Факторы риска	Результат	Наличие
	(АГ, ОХС, ГГК -при наличии данных)		/отсутствие
1	АГ (САД ≥140мм.рт.ст, ДАД ≥ 90 мм.рт.ст.		
2	OXC > 5 ммоль/л		
3	ГГК (глюкоза натощак в венозной плазме $\ge 6,1$ ммоль/л, в капиллярной крови $\ge 5,6$ ммоль/л).		
5.	Избыточная масса тела (ИМТ≥25), ожирение (ИМТ≥30),		
6.	Низкая физическая активность		
7.	Риск пагубного потребления алкоголя. (на основании анкетирования)		
8	Курение табака – ежедневное выкуривание одной сигареты и более		
8.	Нерациональное питания (употребление фруктов и овощей менее 400 г в сутки)		

Приложение 1.Оценкаиндекса массы тела (ИМТ).

Формула расчета: масса тела в кг, деленная на рост в метрах в квадрате

При показателе индекса массы тела от 25 до 29,9 — масса тела расценивается как избыточная (для граждан 60 лет и выше применяется другая шкала оценки, изложенная в «Школе снижения веса)

Приложение 2. Оценка уровня двигательной активности согласно критериев ВОЗ

Минимальным уровнем двигательной активности считается:

занятия 150 минут в неделю (30 минут /5 дней) умеренной аэробной физической активностью,

или 75 минут в неделю (15 мин /5 дней) энергичнойаэробной физической активностью,

или их сочетание.

Этот объем двигательной активности эквивалентен:

- 15 мин подъема по лестнице,
- 15 мин бега(1,5-2 км),
- 15 мин езды на велосипеде (6 км при скорости 20 км/ч),
- 20 мин плавания,
- -30 мин ходьбы (2,5-3) км),
- 30 мин танцев,
- 45 мин уборки (мытье пола или окон).

Приложение 3. Оценка приверженности к здоровому образу жизни по методике НМИЦ ТПМ

Согласно методике НМИЦ ТПМ, для оценки приверженности к ЗОЖ оцениваются компоненты: правильное питание (употребление достаточного количества фруктов и овощей, потребление поваренной соли не более 1 чайной ложки в сутки), оптимальная (не ниже минимальной) физическая активность, нормальный вес, отсутствие курения и умеренное потребление алкоголя(не чаще 1 раза в месяц.

Степень приверженности ЗОЖ характеризуют две составляющие:

- удовлетворительный индекс (отсутствие курения, при этом может отсутствовать любой другой из компонентов ЗОЖ),
 - высокий индекс (отсутствуют факторы риска).

Информационная часть №2 – Гиподинамия – болезнь цивилизации

Физическая сила и выносливость, способность переносить физические нагрузки без последствий является одним из наиболее значимых ресурсов человека для поддержания трудоспособности, здоровья и долголетия.

Технический прогресс, современные социальные установки, все более ускоряющийся темп жизни привело к тому, что существует много технических устройств и механизмов, облегчающих жизнь на работе и в быту, заменяя человеку при необходимости совершать физическую работу.

Этому способствует урбанизация, автоматизация и механизация трудовой деятельности. Все большая часть городского населения относится к работникам сферы обслуживания и областям интеллектуальной деятельности со снижением физических нагрузок. Этому же способствует развитие системы общественного, служебного и личного транспорта, средств связи и коммуникации. Освобождение человека от физического труда приводит к гиподинамии.

Гиподинами́я— нарушение функций организма (опорнодвигательного аппарата, кровообращения, дыхания, пищеварения) при ограничении двигательной активности, снижении силы сокращения мышци выносливости.

Основные физические возможности, как ресурс, и возможности его увеличения закладываются с раннего детства и определяются правильностью формирования воспитательных установок по двигательной активностив течение всего периода роста ребенка до периода его взросления. Правильные воспитательные установки должны быть направлены на развитие волевых качеств, на преодоление, превозмоганиесебя, практику приложения усилий для успешного решения постепенно усложняющихся задач и получение чувства удовлетворения и собственной гордости за успешно выполненную работу, а не на обеспечение комфортного учебного процесса, чем «грешит» современная школа. Более того, снижение физической активности и «вертикализации» в процессе обучения негативно виляет на обучение.

Эти понятия нельзя отделять от установок на рациональное питание и поддержание нормального веса. Также необходимо учитывать влияние среды и технических устройств (смартфоны, игровые приставки, телевизор) на смещение интересов ребенка от двигательной активности к пассивному «праздному» времяпровождению.

Все это в полной мере относится и к взрослому населению. Разнообразие соблазнов масс-медиа, смещение приоритетов на получениеудовольствия от пассивного времяпровождения, природная лень и низкий уровень волевых качеств, отсутствие с детства навыков успешного

решения задач и преодолению себя, непонимание важности физических нагрузок также способствует развитию гиподинамии.

При положительном ответе на пропаганду здорового образа жизни, при эпизодических попытках вести достаточную физическую активность, человек, имея исходный ограниченный физический ресурс и низкую толерантность физическим нагрузкам, получает первоначальную перегрузку (по сравнению с обычной активностью), которая зачастую приводит к неприятным ощущениям, мелкой травматизации и ухудшению накопленных самочувствия, обострению хронических заболеваний (например, остеохондроз, остеоартроз и др.), что сводит мотивациюна продолжение занятий практически к нулю.

Соответственно, для достижения положительного результата необходимо волевое усилие на регулярность занятий физическими упражнениями, особенно на период формирования привычки и адаптации организма к постепенно возрастающим нагрузкам (в среднем 21-40 дней).

В первую очередь необходимо понимание каждым человеком, что сохранение здоровья - это в первую очередь накопление и сбережение физического ресурса, иными словами это:

- укрепление дыхательной системы (увеличение жизненной емкости легких, повышение эффективности газообмена в альвеолах, тренировка дыхательной и сердечно-сосудистой систем для работы в режиме повышенных нагрузок);
- укрепление сердечно-сосудистой системы (силы и сократительной способности сердечной мышцы, поддержание тонуса, эластичности и мышечного каркаса артерий, регулирование микроцикруляторного русла, эластичности и прочности стенки и клапанного аппарата венозной системы профилактика варикозной болезни);
 - улучшение кровоснабжения органов и тканей;
- укрепление и повышение прочности опорно-двигательного аппарата (костная система, суставы, связочный аппарат, мышечно-сухожильный и фасциальный каркас);
- стимуляция обменных процессов в органах и тканях (стимуляция процессов пищеварения, обновление и «мобилизация» депо питательных веществ гликогена печени, жировой ткани как основных источников энергии, витаминно-минеральных запасов), выведения из тканей продуктов метаболизма и токсинов, влияние на процессы водно-минерального обмена и терморегуляции.

Научные исследования показали, что 15-20% риска развития ишемической болезни сердца, II типа сахарного диабета, рака толстого

кишечника и молочной железы, а также переломов шейки бедра у пожилых людей связаны с низкой ФА. Между тем, аэробная умеренная ФА в течение 150 минут (2 часа 30 минут) в неделю снижает риск преждевременной смерти, а также риск развития ишемической болезни сердца и инсульта, артериальной гипертонии, сахарного диабета II типа и депрессии.

Занятия же от 150 до 300 минут в неделю (5 часов) приносят дополнительную пользу для здоровья: снижаетсяриск развития рака толстой кишки и рака молочной железы, а также снижается риск наращивания избыточной массы тела.

Физическая активность — это не только занятия спортом, это более широкое понятие, чем спорт. Спорт является важным компонентом интенсификации физической активности, ночаще всего он может поддержать тех, кто уже достаточно активен (что само по себе тоже неплохо). Спортом занимается ограниченный круг людей. Профессиональные спортсмены часто получают различные травмы, связанные с экстремальной физической активностью. Они регулярно тренируют свое тело, подвергаяего чрезмерно интенсивным, частым и продолжительным физическим нагрузкам, не давая достаточно времени для восстановления между периодами перенапряжения.

Нет необходимости быть «профессиональным спортсменом» для того, чтобы получить пользу от физической активности, основным источником которой является обычная ежедневнаяфизическая деятельность людей: ходьба, плавание, езда на велосипеде, домашние дела, работы в саду, танцы.

Физическая активность (ФА) определяется как любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое приводит к расходу энергии сверх уровня состояния покоя.

По интенсивности энергетических затрат физическую активность классифицируют на три уровня: *низкий*, *умеренный и интенсивный*.

В основу оценки интенсивности ФА положен расчет расхода затрачиваемой энергии (в килокалориях) на 1 кг массы тела в минуту.

Чаще дляоценки интенсивности ΦA используется понятие *метаболический эквивалент (MET)*, который определяется как количество энергии, которое расходуется в покое в сидячем положении в минуту.

Для взрослого человека весом 70 кг.эта величина составляет приблизительно 1,2 ккал/мин (МЕТ-мин). Расход энергии менее 1 МЕТ означает полное отсутствие физической активности (например, лежа смотреть телевизор или просто лежать в постели).

Итак, критерии уровней физической активности:

• *Низкая* ΦA - соответствует состоянию покоя. При этом энергетические затраты минимальны и составляют от 1,1 до 2,9 ккал/мин.

- Умеренная ФА это такая нагрузка, которая сопровождается сжиганием энергии от 3,5 до 7,0 ккал/мин., что соответствует усилиям, которые затрачивает здоровый человек, например, при быстрой ходьбе, плавании, езде на велосипеде по ровной поверхности, танцах, работу в саду или на огороде, тяжелую работу по дому. Любые виды физической активности, интенсивность которых приближается к быстрой ходьбе и продолжительность составляет, по крайней мере, 30 минут, относятся к умеренной ФА. При этом у человека повышается частота сердечных сокращений и появляется ощущение тепла и легкой одышки.
- Интенсивная ФА это такая нагрузка, которая сопровождается сжиганием энергии от 7 и болееккал/мин, что соответствует усилиями, которые затрачивает здоровый человек, например, при беге, рубке дров, занятиях аэробикой, теннисом, бадминтоном, плавании на дистанцию, езде на велосипеде в гору. Любые виды физической активности, интенсивность которых приближается к бегу трусцой и продолжительностью, по крайней мере, 20 минут, относятся к интенсивной ФА.Обычно такие виды физической активности увеличивают частоту сердечных сокращений, вызывают повышенное потоотделение и учащение дыхания.

Общая польза для здоровья может быть получена от любого уровня физической активности и пропорциональна интенсивности и длительности занятий.

Существует понятие *минимального уровня* физической активности, который необходимо поддерживать, чтобы достичь тренированности сердечно-сосудистой системы. Общее время занятий для достижения указанного уровня физической активности может быть суммировано в течение дня, но длительность одного занятия должна быть не менее 10 минут. Это связано с тем, что существует некая *пороговая доза*, минимальная по времени и интенсивности, необходимая для получения эффекта с точки зрения тренированности сердечно-сосудистой системы.

Продолжительность физической активности для достижения рекомендованного уровня зависит от ее интенсивности.

Так, для достижения умеренного уровня физической активности, что соответствует сжиганию 3,5–7 ккал/мин, рекомендованная продолжительность занятий в общей сложности должна составлять 30 минут в день. В среднем это приводит к расходу энергии приблизительно в 150 ккал.

Для достижения интенсивного уровня физической активности, когда сжигается более 7 ккал/мин, продолжительность занятий для сжигания, соответственно, 150 ккал, составляет 22 мин.

Если эти расчеты перевести на язык наглядных физических нагрузок, то можно сказать, что для сжигания 150 ккал необходимо:

- 45 минут мыть окна или пол.
- 45 минут играть в волейбол;
- 30 минут ездить на велосипеде (проехать 8 км);
- 30 минут танцевать (быстрые танцы);
- 30 минут ходить пешком (пройти 3 км);
- 20 минут плавать;
- 20 минут играть в баскетбол;
- 15 минут бежать (1,5-2 км);
- 15 минут подниматься по лестнице.

Чем выше интенсивность нагрузки, тем меньше требуется времени для расходования этого количества энергии.

Современные рекомендации основываются на том, что польза для здоровья от физической активности связана с общим объемом затрат энергии в неделю. При умеренной физической активности расход энергии составляет от 500 до 1000 МЕТ-минут в неделю. Так, при затратах 500 МЕТ-минут в неделю существенно снижается риск преждевременной смерти. А при затратах более 500 МЕТ-минут в неделю существенно снижается риск развития рака молочной железы.

Активная часть №2

Оценка уровня физической активности. Самодиагностика.

1. Слушателям предлагается провести самодиагностику по оценке своего уровня физической активности на основании перечисленных выше критериев (низкая, умеренная, интенсивная физическая активность).

Обсудить, какой уровень физической активности преобладает среди участников «Школы по оптимизации физической активности».

2. Участникам школы предлагается **оценить свой интерес к** физической активности в настоящее время:

из приведенных ниже утверждений (таблица 2) выбрать утверждение, которое наилучшим образом описывает уровень физической активности или интерес к оптимизации ФА каждого участника школы в настоящее время.

Послевыбора перечисленных ниже утверждений результаты обсудить в группе.

Таблица 2. Уровень ΦA и интерес к оптимизации ΦA

Выб	ерите только один номер, наиболее отвечающий уровню Вашей физической
акти	ВНОСТИ
	Уровень физической активности в настоящее время
1.	Я не занимаюсь ни умеренными, ни интенсивными видами физической активности
1.	регулярно, и не собираюсь заниматься в ближайшие 6 месяцев.
2.	Я не занимаюсь ни умеренными, ни интенсивными видами физической активности
∠.	регулярно, но думаю о том, чтобы начать в ближайшие 6 месяцев.
3.	Я пытаюсь увеличить уровень своей физической активности до умеренного или
٥.	интенсивного, но не делаю этого регулярно.
4.	У меня имеется физическая нагрузка на интенсивном уровне менее3-х раз в неделю
4.	(или) на умеренном - менее 5-и раз в неделю.
5.	У меня имеется умеренная физическая нагрузка по 30 минут в день5 дней в неделю в
٥.	течение последних 1-5 месяцев.
6.	У меня имеется умеренная физическая нагрузка по 30 минут в день5 дней в неделю в
0.	течение последних 6 (или более) месяцев.
7	У меня имеется интенсивная физическая нагрузка 3 или более раз в неделю в течение
7.	1-5 месяцев.
8.	У меня имеется интенсивная физическая нагрузка 3 или более раз в неделю в течение
δ.	последних 6 (или более) месяц

3. Участникам Школы предлагается оценить личные приоритеты в сохранении и укреплении здоровья от регулярных занятий физической активностью, заполнив таблицу 3.

Таблица 3. Личные предпочтения при занятиях физической активностью

ВИДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ				
Бег	Прогулки по лесу	Катание на велосипеде		
Неторопливая ходьба	Подниматься по	Ходьба по пересеченной		
(прогулки возле дома, в	лестнице пешком	местности (походы,		
сквере, в парке)		выезды в парки, скверы)		
Утренняя гимнастика	Работа в саду (на даче)	Уборка по дому		
индивидуально				
Лыжные прогулки	Плавание	Катание на коньках		
		роликах,		
Работа с собственным	Работа на тренажерах на	Работа на силовых		
весом с использованием	выносливость без	тренажерах с		
подручных средств	утяжеления	утяжелением		
(турник, скамья, стул)				
Танцы индивидуально	Танцы с партнером	Бокс		
Йога	Аэробика	Единоборства		
Пилатес	Фитнесс	Теннис		

При заполнении таблицы3:

- 1. Отметить (обвести) три самых доступных видов физической активности из числа перечисленных.
- 2. Отметить (обвести) три самых эмоционально приятных видов физической активности.
- 3. Отметить (зачеркнуть) три самых эмоционально НЕприятных видов физической активности.
- 4. Отметить (зачеркнуть) три вида активности которые Вы не будете использовать никогда.

Примечание: задания 1, 2, 3 и 4 независимы друг от друга. При обводе и зачеркивании могут быть наложения. Например: Уборка по дому является одновременно самым доступным и самым эмоционально неприятным видом физической активности. В то же время вы не можете его обвести как ответ на задание 4, поскольку уборка по дому необходима.

При необходимости можно вписать самим виды физической активности, которые не указаны в таблице 3.

По заполнению таблицы 3 необходимо на занятии озвучить в группе виды физической активности по группам и обосновать свой выбор. Отметить виды ΦA , которые являются одновременно наиболее доступными и самыми эмоционально приятными.

Задание на дом

Участникам Школы выдается раздаточный материал (таблица №4), отражающей уровень физической активности каждого участника Школы по оптимизации физической активности.

Предлагается заполнить таблицу, отражающую реальную физическую активность каждого участника Школы:

расписать каждый из дней недели по виду физической активности, ее продолжительности, интенсивности нагрузки (низкая, средняя, высокая). Суммировать каждый день и подвести недельный итог.

Сравнить с критериями уровней физической активности. Определить свой индивидуальный уровень ФА.

Анкета: Каков уровень Вашей физической активности?

Заполните, пожалуйста, таблицу 4 - срез физической активности за прошедшую неделю или наиболее типичную из последнего месяца. Это позволит оценить объем Вашей обычной физической активности.

Таблица №4 Срез по недельной суммарной физической активности

День недели	Наименование физической активности (ФА)	Продол- жительностьум еренной ФА (мин.)	Продол- жительностьинт енсивной ФА (мин.)
Пн.			
Вт.			
Cp.			
Ч _Т .			
Пт.			
Сб.			
Bc.			
Итого			

ЗАНЯТИЕ 2

Тема занятия: Построение индивидуальной карты полезности от занятий физической культурой, спортом, лечебной гимнастикии других видов двигательной активности.

Цель 2-го занятия

Информирование пациентов о личной пользе занятий ФАдля:

- сохранения здоровья, резервов (дыхательной, сердечно-сосудистой, костной, мышечной систем, связочного аппарата),
- снижение риска обострений имеющихся заболеваний,
- профилактика сопутствующей патологии.

После 2-го занятия слушатели должны знать:

- какую личную пользу они получат от занятий ФА,
- на какие системы органов и тканей необходимо обратить особое внимание

Слушатели должны уметь:

- оценить свой образ жизни через наиболее «дефицитный» ресурс,
- определить приоритеты в ФА с учетом своих физических возможностей и личных предпочтений,
- наметить цели в изменении собственной физической активности

Информационная часть № 1

На предыдущем занятии слушатели оценили свои «стартовые» позиции по физической активности, её уровень и мотивацию на продолжение (увеличение) физической активности.

Для повышения мотивации необходимо дополнительно рассказать, какая польза может быть получена от занятий физической активностью.

Слушателям рекомендуется конспектировать применительно к собственным приоритетам сохранения здоровья. Оценка отмеченных пунктов дает информацию для медицинского работника по рейтингу значимости для пациента имеющихся проблем, а также улучшения понимания пациентом ответа на вопрос: «Что лично я хочу получить от регулярных занятий физической активностью»?

Профилактика старения и увеличение продолжительности жизни

В научной литературе каждый год появляется все больше данных о пользе физическихупражнений и повышенной физической активности для

достижения долголетия. В одном из недавно проведенных оценок (мета-анализе) многих научных исследований было показано, что регулярная физическая активность взаимосвязана с 30% снижением риска смертности от всех причин, и со снижением смертности отсердечно-сосудистых заболеваний среди лиц как без сердечно-сосудистых заболеваний, таки с наличием таковых.

Такое снижение риска приводит к увеличению продолжительности жизни на 1-2 года среди лиц, занимающихся адекватными физическими упражнениями в сравнении с теми, кто не занимается физическими упражнениями, имеет сниженную физическую активность или практически полное отсутствие таковой.

Мета-анализ также продемонстрировал положительную дозозависимую взаимосвязь между физической активностью и долголетием. Увеличенный объем физических тренировок, а именно, продолжительность занятий физическими упражнениями, умноженная на их интенсивность, взаимосвязаны с более выраженным эффектом снижения риска смерти.

Было выявлено, что более интенсивные физические упражнения полезнее таких же, но менее интенсивных. Наиболее яркие примеры положительного влиянияинтенсивных физических упражнений включают в себя данные, полученные у профессиональных атлетов, участвующих в спортивных соревнованиях.

Так, например, среди 2675 финских атлетов, вовлеченных в виды спорта, требующих высокой выносливости, которые приняли участиев Олимпийских играх в промежутке между 1920 и 1965 годами, продолжительность жизни былана 5,5 лет больше (75 лет против 69,9 лет), чем в когорте людей того же пола и возраста, которые велисидячий образ жизни.

Схожие результаты были получены среди лыжников-спринтеров и средивелосипедистов-спринтеров, которые участвовали в велогонке TourdeFrance – у последних средняя продолжительность жизни была выше на 8 лет в сравнении с продолжительностьюжизни людей соответствующих возрастных групп в среднем в популяции.

В связи с появлением доступных портативных устройств личного пользования, которыеспособны измерять число пройденных в сутки шагов, стало возможным оценить влияние ходьбыи ежедневной физической активности на здоровье больших когорт людей. Так, в одном японском исследовании пожилых людей было показана значимая положительная взаимосвязь междучислом сделанных за год шагов и общим состоянием здоровья. Пороговое значение числа сделанных в сутки шагов, после

которого наблюдалось улучшение физического здоровья, составило 8000 шагов в сутки и больше. Психическое здоровье улучшалось после 4000 и более пройденных в сутки шагов.

Укрепление дыхательной системы

Аэробное дыхание, измеряемое в виде общего максимального потребления кислорода организмом человека (VO2max), является одним из наиболее сильных прогностических факторовсмертности от всех причин, развития сердечно-сосудистых заболеваний, общего состояния здоровья и функциональных возможностей организма пожилыхлюдей. Значение 15-18 мл/кг/мин является минимальным пороговым значением, необходимым для поддержания нормального ежедневного функционирования организма.

VO2тах снижается в среднем на 5-10% каждые десять лет, и регулярные занятия физическими упражнениями способны остановить этот процесс. У пожилых людей с изначально сниженным VO2тах после физических тренировок наблюдается наибольший прирост VO2тах, что позволяет говорить о том, что именно пожилые люди извлекают для себя максимальную пользу от физических упражненийв сравнении с другими возрастными группами. Однако есть данные, свидетельствующие такжеи о том, что начало регулярных физических упражнений в более раннем возрасте является основой более крепкого здоровья в пожилом возрасте.

Защита сердечно-сосудистой системы

Положительное влияние физической активности и упражнений на снижение смертностиобусловлено многочисленными кардиопротективными механизмами, включая улучшеннуюфункцию эндотелия сосудов, уменьшение системного воспаления и улучшение контроля факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Улучшение функции эндотелия приводит к снижению количества атеросклеротических бляшек, что снижает риск тромбозов и ишемии, рискразвития аритмий и внезапной сердечной смерти. Антитромботический эффект физической активности еще недостаточно изучен и требует дальнейшего исследования. В недавно проведенном систематическом обзоре было показано, что физическая активность снижает риски сердечной недостаточности.

Противодействие саркопении

Саркопения – это уменьшение массы скелетных мышц, их качества и силы, связанное со старением. Процесс снижения мышечной массы начинается с 20 лет, и особенно активно идет после возраста 50 лет -

примерно на 0,5-1% в год. Снижение мышечной силы, взаимосвязанное со старением, приводит кфункциональному дефициту в пожилом возрасте, а также повышает риски получения травм, и таким образом негативно влияет на продолжительностьжизни.

Физические упражнения снижают вероятность падений и получения травм при падении, и могут также значительно отсрочивать проявления старческой астении.

Физические тренировки на выносливость увеличивают как мышечную массу, так и, в большей степени, мышечную силу. В одном из недавно проведенных мета-анализов было показано, что физические упражнения способны значительно увеличивать силовые характеристики организма пожилых людей. Причем у пожилых людей происходит увеличение мышечнойсилы практически на ту же величину, что и у молодых людей, несмотря на то, что существенногоувеличения объема мышечной массы у пожилых людей не происходит. Увеличение мышечнойсилы у пожилых людей происходит за счет улучшения качества мышечной ткани, вовлечения незадействованных ранее групп мышц в работу, усиления соединительной ткани. Сохранение мышечной силы позволяет пожилым людям не зависеть от других, поддерживать на высоком уровне качество жизни, что особенно важно в пожилом возрасте.

Сохранение массы и минеральной плотности костной ткани в процессе старения

На протяжении всей жизни наши кости постоянно изменяются. Организм естественным образом избавляется от «постаревшей» костной ткани и замещает ее новой. Пока мы молоды, костная ткань замещается намного быстрей, чем теряется. Поэтому кости в молодом возрасте значительно более плотные и прочные. Пик костной массы у большинства людей приходится на возраст около 30 лет.По достижении пикового значения костной массы в течение некоторого времени в организме образуется примерно столько же новой костной ткани, сколько теряется, однако примерно после 40 лет процессы новообразования костной ткани начинают отставать. Кости в результате этого становятся тоньше и слабее, постепенно увеличивая риск развития остеопороза.

Остеопороз — это заболевание, характеризующееся прогрессирующей потерей костной ткани. Остеопоротические кости структурно отличаются от нормальных. У женщин после менопаузы происходит ускорение потери костной массы.

Для поддержания прочности костной ткани необходимо не только обеспечивать достаточное поступление в организм питательных веществ - белка, витаминов, минеральных веществ (кальция, магния, фосфора) для строительства и замены белково-минерального каркаса костной ткани, но и давать регулярные физические нагрузки. В первую очередь, организм укрепляет используемые части скелета, подвергающиеся регулярным нагрузкам. Как пример, можно привести научно-доказанный факт, что прочность ударных (2,3,4,5 пястных) костей боксеров на осевые нагрузки примерно в 4 раза больше, чем у нетренированного человека.

Также мета-анализ исследований показал, что физические упражнения в целом снижают риски переломашейки бедра на 39% и голени на 28%. Это показываетбольший положительный эффект улучшения координации движений и равновесия, увеличения плотности кости в сравнении с рисками падений в ходе упражнений. Исследования свидетельствуют о том, что минеральнаяплотность кости увеличивается, если кость напрямую задействована в определеннойразновидности физических упражнений.

Наиболее эффективнымиупражнениями в профилактике перелома шейки бедра были упражнения на тренировку выносливости нижних конечностей высокой степени интенсивности без дополнительной нагрузки весом. Минеральная плотность костей позвоночника увеличивалась при комбинации несколькихразновидностей упражнений, входящих в стандартный комплекс занятий аэробикой без дополнительного отягощения весом.

Поэтому для укрепления прочности костной ткани наиболее эффективны общеукрепляющие тренировки, направленные на развитие и укрепление всех групп мышц, суставов и связок. Движения должны быть разнообразны и направлены на повышение подвижности суставов, гибкости позвоночника, силы и выносливости мышц.

Сохранение подвижности и объема движений в суставах, укрепление связочного аппарата

Суставы - это подвижные соединения костей скелета, разделенные щелью, покрытые синовиальной оболочкой и суставной сумкой. В тех соединениях костей, которые имеют отчетливо выраженные движения относительно друг друга, они соединяются при помощи суставов и двигаются при помощи мышц.

Каждый **сустав** имеет суставные поверхности, суставную полость и связки. **Суставные поверхности**покрыты гиалиновым хрящом 0,2-0,5 мм толщиной, который обеспечивает гладкость, легкое скольжение и небольшую

амортизацию, что снижает нагрузку на кости исоединительнотканную суставную капсулу. Суставная полость, содержащая небольшое количество синовиальной жидкости, обеспечиваетлегкое скольжение хрящей относительно друг друга.

В полости коленного сустава присутствуют мениски - хрящевые образования, увеличивающие соответствие суставных поверхностей и являющиеся дополнительными амортизаторами, смягчающими действие толчков.

Связки — прочные, плотные соединительно-тканные образования, обеспечивающие прочное соединение между двумя костями, и ограничивают амплитуду движения в суставах.Связки находятся снаружи от суставной сумки.В некоторых суставах (в коленном, тазобедренном) связки расположены внутри для обеспечения большей прочности.

Наши суставы также являются живыми и активными структурами, которые меняются с возрастом. Снижение содержания водыв соединительной ткани связок и суставных поверхностей, отложения солей, а также естественное изнашивание постепенно приводят к разрушению суставного хряща — одного из важнейших компонентов, необходимого для нормальной работы сустава.

Суставной хрящ покрывает суставные поверхности костей и обеспечивает их свободное скольжение друг относительно друга, поглощая часть приходящихся на сустав нагрузок. При изнашивании суставного хряща развивается остеоартроз.

Достаточная физическая активность способствует торможению возрастных изменений в суставах. Для получения результата наиболее эффективны упражнения, направленные на сохранение полного объема движения в каждом суставе, с большим количеством повторений, без большой силовой нагрузки.

Физические нагрузки при сахарном диабете 2 типа

Сахарный диабет 2 типа часто является одним из клинических проявлений метаболического синдрома, при сочетании с артериальной гипертонией, дислипидемией и избыточной массой тела.

Факторами риска развития сахарного диабета 2 типа являются нездоровое питание, избыточная масса тела и малоподвижный образ жизни. К развитию сахарного диабета 2 типа также предрасполагают возрастные изменения метаболизма. Можно с уверенностью утверждать, что достаточный уровень физической активности (не менее 150 минут аэробной

нагрузки в неделю) способен снижать риски развития сахарного диабета 2 типа, а также облегчать течение болезни у больных диабетом.

Физическая активность оказывает нормализующее действие на широкий спектр маркеров здоровья (уровень глюкозы, уровень инсулина натощак, липидный профиль, уровень кровяного давления и другие),при этом люди с артериальной гипертонией, сахарным диабетом 2 типа, с дислипидемией получают несомненную пользу от регулярной физической активности.

Активная часть №1. Оценка выполнения домашнего задания. Оценка личных приоритетов в сохранении и укреплении здоровья при регулярных занятиях физической активностью. Самодиагностика.

Ведущему необходимо создать благожелательную атмосферу, выбрать наиболее смелого, имеющего чувство юмора и самокритичного слушателя и предложить ему (ей) озвучить в группе результаты заполнения таблицы №3 из домашнего задания (выбранные виды физической активности)и обосновать свой выбор.

Отметить виды ФА, которые являются одновременно наиболее доступными и самыми эмоционально приятными.

Затем каждый слушатель озвучивает свои результаты, которые тепло и с добрым посылом обсуждаются в группе.

По подведении общего результата можно попробовать сформировать группы общих интересов (например, прогулки, скандинавская ходьба) для укрепления внутригруппового взаимодействия, взаимной поддержки и мотивации на продолжение самостоятельных занятий ФА.

Информационная часть № 2

Оценка рисков от занятий физической активностью

Часто пациенты, имеющие заболевания, не занимаются физической активностью, да и врачи не консультируют пациентов из-за опасения навредить их здоровью.

Основные опасения следующие:

Внезапная смерть от имеющегося сердечно-сосудистого заболевания - случается крайне редко и чаще всего бывает связана с интенсивными физическими нагрузками. Частота возникновения - 1 случай на 360 000 часов бега. Исследования показывают, что в целом смертность среди мужчин, занимающихся какими-либо видами физической активности, на 40% ниже по сравнению с их малоподвижными сверстниками.

Многих лиц, находящихся в группе риска, можно выявить посредством опроса и изучения карты пациента. Также существуют специальные опросники на выявление лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) или их симптомами. В частности, при проведении диспансеризации пациенты заполняют опросник на наличие стенокардии напряжения.

Те лица, у которых имеются ССЗ или их симптомы, должны пройти тест на толерантность к физической нагрузке (на велоэргометре) до того, как им будут даны какие-либо рекомендации по физической активности.

Большинству пациентов нет необходимости повышать уровень физической активности до интенсивного. Польза для здоровья может быть получена отнизкого до умеренного уровней физических нагрузок.

Опасение повреждений скелетно-мышечной системы.

Физическая активность не является причиной возникновения артритов или угрозой для повреждения суставов. Исследования показывают, что бегуны, тренирующиеся на протяжении многих лет, имеют не больше проблем с суставами, чем люди такого же возраста, ведущие малоподвижный образ жизни. Занятия какими либо видами физической активности противопоказаны лишь в период обострений артритов.В период же ремиссии рекомендована физическая активность, не связанная с подъемом тяжестей, например, плавание.

Профессиональные спортсмены часто получают различные травмы, связанные с экстремальной физической активностью. Это не является проблемой для тех, кто собирается довести уровень физической активности до умеренного.

Для исключения нежелательных последствий перед тем, как рекомендовать пациенту повысить уровень физической активности, целесообразно оценить риск их возникновения с помощью стандартного опросника (таблица 5).

Этот опрос помогает выявить лиц, которых необходимо обследовать до того, как дать им рекомендации по физической активности. Иногда это способствует выявлению проблем со здоровьем, которые не были известны врачу. При наличии хотя бы одного положительного ответа врач должен решить вопрос о необходимости дополнительного обследования пациента до того, как дать ему какие-либо рекомендации.

Умеренная физическая активность может быть рекомендована всем пациентам, ответившим отрицательно на все вопросы.

Активная часть №2.

1. Участникам Школы предлагается заполнить таблицу 5 «Опросник для оценки риска нежелательных последствий при увеличении ФА».

Tаблица 5. Oпросник для оценки риска для 3доровья при увеличении уровня ΦA

Пожалуйста, прочтите внимательно вопросы и отметьте "ДА" или "НЕТ"		
против каждого из них.		
	Да	Нет
Говорил ли Вам когда-либо врач, что у Вас имеется заболевание		
сердца и рекомендовал Вам заниматься какими-либо видами		
физической активности только под наблюдением врача?		
Бывает ли у Вас боль в грудной клетке, появляющаяся при		
физической нагрузке?		
Возникали ли у Вас боли в области грудной клетки за последний		
месяц?		
Имеется ли у Вас склонность к обморокам или падениям от		
головокружения?		
Имеются ли у Вас заболевания костей или суставов, которые могут		
усугубиться при повышении физической активности?		
Рекомендовал ли Вам когда-либо врач лекарства от повышенного		
кровяного давления или заболевания сердца?		
Имеются ли у Вас какие-либо причины, основанные на собственном		
опыте или совете врача, не повышать физическую активность без		
медицинского наблюдения?		

Примечание: Если у Вас имеется острое заболевание, например, острое респираторное заболевание, или у Вы не очень хорошее самочувствие в настоящее время - отложите заполнение опросника.

2. Заполнить Таблицу 6 «Перечень имеющихся заболеваний».

Внести в таблицу все имеющиеся хронические заболевания, последние обострения и методы лечения (лекарственное лечение, физиолечение и др.).

Таблица 6.Перечень имеющихся заболеваний

№	Заболевание	Год	Лечебные
		установления	мероприятия
1			
2			
3			
4.			

Информационная часть №3

Группы риска по занятиям физической активностью (продолжение). Оценка возможности повышать уровень физической активности до интенсивного.

Рекомендации повышать уровень физической активности до интенсивногобез дополнительного обследования могут быть даны практически здоровым пациентам, за исключением некоторых групп, перечисленных ниже.

Кому необходимо дополнительное медицинское обследование для принятия решения о повышении уровня физической активности доинтенсивного?

- Курящим;
- Лицам, имеющим ССЗ в настоящее время;
- Имеющим два или более из следующих факторов риска развития ИБС:
 - a) AΓ,
 - б) Повышенный уровень холестерина,
 - в) Семейный анамнез ССЗ,
 - г) Сахарный диабет,
 - д) Ожирение,
- Мужчинам старше 40 лет,
- Женщинам старше 50 лет,
- Ответившим положительно на любой из вопросов при оценке риска.

Что касается принятия решения о повышении физической активности до умеренного уровня, здесь практически отсутствуют противопоказания.

Наличие факторов риска НИЗ не имеет значения. Даже если у пациента имеется несколько факторов риска ССЗили хронические заболевания вне обострения, он может безопасно повышать уровень физической активности до умеренного!

Активная часть №3.

Слушателям предлагается заполнить опросник (таблица 7) для оценки возможности повышать уровень физической активности до интенсивного

Таблица 7.Опросник для оценки возможности повышать свой уровень физической активности до интенсивного

Пожалуйста, прочтите внимательно вопросы и отметьте	"ДА" ил	и "НЕТ"
против каждого из них.		
	Да	Нет
Вы курите?		
Вы имеете сердечно-сосудистое заболевание в настоящее		
время?		
Вы имеете два или более из следующих факторов риска		
развития ИБС:		
a) AΓ		
б) Повышенный уровень холестерина		
в) Семейный анамнез ССЗ		
г) Сахарный диабет		
д) Ожирение		
Вы мужчина старше 40 лет		
Вы женщина, старше 50 лет		
Вы ответили положительно на любой из вопросов при		
оценке риска из предыдущего опросника		

Если Вы ответили положительно хотя бы на 1 вопрос, то Вам интенсивные физические нагрузки могут быть рекомендованы только после прохождения обследования и заключения врача.

Вам рекомендованы умеренные физические нагрузки, интенсивность которых может быть оценена по уровню ЧСС (частоты сердечных сокращений – пульса) в пределах диапазона для Вашего возраста.

Вы можете оценить свой предельный уровень индивидуальной нагрузки, который не рекомендуется превышать при занятиях физической активностью (таблица 9).

ЗАНЯТИЕ 3

Тема занятия: Прогулочная и оздоровительная ходьба - основные правила.

Цель 3-го занятия

- Информирование пациентов об оздоровительной ходьбе, как наиболее простому способу увеличения физической активности.

- Информирование пациентов о способах увеличить пользу при оздоровительной ходьбе.

После 3-го занятия слушатели должны знать:

- чем отличается обычная ходьба от оздоровительной,
- какой минимальный объем ходьбы дает пользу для здоровья,
- как увеличить пользу от ходьбы, постепенно наращивая нагрузку.

Слушатели должны уметь:

- оценить свои стартовые позиции по возможностям использования ходьбы для укрепления здоровья,
- оценить интенсивность своей нагрузки по уровню пульса,
- планировать увеличение нагрузки в процессе тренировки,
- пользоваться приложением «Шагомер».

Информационная часть №1.Прогулочная и оздоровительная ходьба

Прогулочная ходьба

Положительное влияние прогулочной ходьбы на здоровье человека не вызывает сомнений, несмотря на то, что ее скорость обычно составляет 4-5 км / час, а ЧСС не превышает 80-90 уд./мин.

Особенно этот вид физической активности важен в случаях, когда ходьба остается практически единственным способом поддерживать организм в тонусе для людейв пожилом возрасте, страдающих ожирением, при наличии противопоказаний по состоянию здоровья даже к умеренным нагрузкам.

На начальной стадии прогулочная ходьба должна просто доставлять удовольствие. Основная цель на этом этапе --- сделать прогулки регулярными и дозировать нагрузку только по продолжительности ходьбы.

Начальное время ходьбы — 15-20 мин. 1 раз в 1-2 дня. Постепенно в течение нескольких недель продолжительность ходьбы увеличивайте до 30 мин. Постепенно вы научитесь ходить непрерывно и без затруднений 3-5 раз в неделю по 40-60 мин. Скорость ходьбы должна оставаться постоянной. ЧСС на этом этапе может увеличиваться до 85-90 уд./мин.

После достижения стойкого эффекта можно будет постепенно приступить к оздоровительной ходьбе.

Рекомендации Всемирной организации здравоохранения об оценке образа жизни при использовании ходьбы можно оценить по таблице № 8.

Таблица 8. Оценка уровня физической активности при ходьбе

Количество шагов в сутки	Образ жизни
Менее 5000	Сидячий
5000-7500	Малоподвижный
7500–10000	Умеренно активный
10000-12500	Активный
Более 12500	Очень активный

Оздоровительная ходьба

Оздоровительная ходьба имеет особое значение. Она рекомендуется как на этапе общей физической подготовки, так и в тренировочной фазе, поскольку достаточно легко выводит на аэробный режим в зоне пороговых и оптимальных нагрузок.

При оздоровительной ходьбе скорость увеличивается до 6–7 км / час, активно работают мышцы голени и таза, а также голеностопный сустав.

За 1 час ускоренной ходьбы человек весом 70 кг расходует в среднем 350 ккал (0,7 ккал на 1 кг на 1 км пути).

Активная часть №1. Загрузка приложения «Шагомер» на смартфон и изучение возможностей программы.

Слушателям предлагается скачать бесплатное приложение на свой мобильный телефон для оценки своей физической активности при помощи ходьбы.

Зайти в приложение:

GetApps для операционной системы Android

AppStore- дляApple

Выбрать для себя программу на выбор. Установить программу на телефон следуя рекомендациям по загрузке.

После установки открыть программу, ввести свой пол, рост и вес для правильного подсчета калорий.

Включить счетчик и пройтись с ним по коридору, одновременно подсчитывая свои шаги. Сравнить количество самостоятельно подсчитанных шагов с количеством шагов, полученным в программе.

При необходимости увеличить или уменьшить чувствительность датчика движения.

Информационная часть №2 Как контролировать интенсивность физической нагрузки?

Для расчета уровня индивидуальной нагрузки необходимо определить МЧСС (максимальная частота сердечных сокращений) в минуту, которая рассчитывается по формуле: 220 минус возраст (лет).

Умеренная физическая активность составляет 55-70% от МЧСС в минуту, интенсивная физическая активность составляет 70-85% от МЧСС.

Рассчитайте диапазон пределов своего индивидуального уровня физической нагрузки, которую в дальнейшем можно оценивать по пульсу.

Для этого нужно выбрать из таблицы графу,соответствующую Вашему возрасту, и категории физической нагрузки или рассчитать ее более точно самостоятельно.

Таблица 9.Максимальная рекомендованная частота пульса для занятий ФА в зависимости от возраста

Возраст,	МЧСС,	Умеренная физическая		ческая Интенсивная физическая	
лет	ударов	актив	ность	активность	
	в мин.	55-70% МЧСС		70-85% МЧСС	
		ЧСС, ударов	ЧСС, ударов	ЧСС, ударов	ЧСС, ударов
		в мин.	за 15 сек.	в мин.	за 15 сек.
20	200	110-140	28-35	140-170	35-43
30	190	105-133	26-33	133-162	33-41
40	180	99-126	25-32	126-153	32-38
50	170	94-119	24-30	119-145	30-36
60	160	88-112	22-28	112-136	28-34
70	150	83-105	21-26	105-128	26-32
80	140	77-98	19-25	98-119	25-30

Начинать тренировки надо с низкой интенсивности (50% от максимально допустимой ЧСС) и постепенно переходить к умеренной (70-75%).

Активная часть № 2. Обучение измерению пульса

- 1. Выбрать в таблице 9 соответствующую возрасту и категории физической нагрузки максимальную частоту сердечных сокращений.
- 2. Измерить частоту сердечных сокращений в покое при помощи секундомера на мобильном телефоне. Для этого:



Найти у себя на предплечье лучевую артерию. Она находится на предплечье между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием лучевой мышцы со стороны большого пальца (смотри рисунок).

Наложить 3 пальца (2,3,4) второй руки на область предплечья. Нащупать пульс. Включить секундомер и посчитать пульс. Измерение пульса (ЧСС) производится сразу после нагрузки за 1 минуту либо за 15 секунд (и умножается на 4), так как в норме в покое пульс быстро восстанавливается, и показание его при измерении за минуту может быть недостаточно точным.

Активная часть № 3. Пробная ходьба.

Может быть выполнена как домашнее задание.

- 1. Выбрать площадку для ходьбы.
- 2. Подсчитать исходный пульс.
- 3. Включить приложение «шагомер».
- 4. Отметить время начала ходьбы.
- 5. Ходить в течение 10 минут непрерывно.
- 7. Повторно подсчитать пульс.
- 6. Сравнить с максимальным для своего возраста (таблица 9)
- 8. Определить параметры пройденного расстояния, количества шагов и расхода калорий.
 - 9. Поздравить себя с началом занятий физической активностью.

Показателями эффективности тренировок и улучшения здоровья являются:

- урежение пульса в покое;
- более быстрая восстанавливаемость частоты сердечных сокращений (ЧСС) до исходного в течение 10 минут;
- возможности увеличения физической нагрузки без увеличения утомляемости;
- улучшение сна, настроения, самочувствия.

Следует иметь ввиду, что первые ощутимые улучшения появляются не сразу. Организм должен привыкнуть и адаптироваться к изменениям (перейти на новый уровень нормы). Это происходит обычно в течение 1-1,5 месяцев после начала регулярных тренировок. В этот период нужно проявить силу воли для продолжения занятий и закрепления привычки.

С точки зрения психофизиологии, минимальный срок закрепления привычки - это 21 день при ежедневном повторении или 42 дня при

тренировке 1 раз в 2 дня. По прошествии указанного периода организм уже сам будет просить дать ему уже ставшую для него привычной нагрузку.

После этого можно ставить себе новую цель и постепенно поэтапно увеличивать нагрузку. Например, увеличивать время ходьбы (плюс 5-10 минут) и пройденное расстояние (плюс 300-500 метров) или скорость ходьбы (минус 10-15 секунд) при том же пройденном расстоянии.

Желательно делать переход на следующую ступень по одному выбранному параметру не чаще 1 раза в 2-3 недели, закрепляя достигнутый уровень.

Не бойтесь экспериментировать! В то же время в самом начале тренировок не нужно ставить себе невыполнимые цели и ставить личные рекорды. Нужна, в первую очередь, стабильность достигнутого результата.

Если у вас наступает перерыв более 1 недели, нужно спуститься на 1 ступень по уровню нагрузок, а если перерыв был более 2-х недель – на 2 ступени.

При длительном перерыве (более 30 дней) или после перенесенного заболевания придется начинать все сначала и постепенно восстанавливать свою физическую форму.

Приложение 7.Справочные рекомендации по физической активности (выдать на руки).

Аэробные упражнения, направленные на укрепление сердечнососудистой системы, включают ходьбу пешком и быструю ходьбу, катание на велосипеде, плавание, бег. Эти упражнения рекомендуются для здоровых людей, а также для людей с хроническими заболеваниями, которые еще не привели к ограничению двигательных возможностей человека.

Аэробными физическими упражнениями средней интенсивности необходимо заниматьсякак минимум 30 минут в день не менее 5 дней в неделю; или заниматься **интенсивными физическими упражнениями** как минимум 20 минут в день не менее 3 раз в неделю.

Кроме того, необходимо заниматься анаэробными или силовыми физическими упражнениями для тренировки мышечной силы. Желательно хотя бы 2 раза в неделю заменить ходьбу на силовые упражнения с гантелями для укрепления мышц или включить их как составную часть в занятия ходьбой.

В комплекс физических упражнений обязательно нужно включать упражнения на гибкость не менее 2 раз в неделю как минимум по 10 минут в день. Для поддержания равновесия и профилактики падений также необходимы упражнения на развитие координации.

Даже 15 минут В день раз неделю физических упражнений существенно снижают общую смертность, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и смертность от рака. В связи с этим в ежедневный распорядок дня рекомендуется включать даже небольшие порции физических тренировок.

Ходьба в умеренном темпе ежедневно не менее 30 минут является универсальной рекомендацией для нетренированного или мало тренированного человека.

Более предпочтительна скандинавская ходьба, поскольку специально подобранные по длине палки дополнительно задействуют основные группы мышц верхнего плечевого пояса и разгибатели спины и разгружают суставы нижних конечностей. При использовании скандинавской ходьбы нужно правильно подобрать длину палок (при положении стоя рукоять палки должна удобно лежать в сжатой кисти в руке, согнутой в локте под углом 90°).

При движении стараться отталкиваться прямыми руками с нагрузкой на палки. После осуществления каждого толчка палку желательно волочить за собой на прямой руке до следующего толчка, а не забрасывать коней палки перед собой.

Для заболеваниями, пожилых людей c хроническими позволяющими заниматься вышеперечисленными физической активности, рекомендуются специальные режимы лечебной физкультуры, лечебной назначаемые врачом-специалистом ПО физкультуре (врачом ЛФК).

Инструктор ЛФК проводит обучениеспецифическим разновидностям физических упражнений для пожилых людей с хроническимизаболеваниями по назначению врача ЛФК.

При наличии заболеваний сердца, сахарного диабета, артериальной гипертензии, заболеваний опорно-двигательного аппарата (суставов, позвоночника) или других заболеваниях пациент должен быть обследован для определения индивидуального уровня физических нагрузок. Необходимо определить диапазоны безопасного пульса и уровней артериального давления

на фоне физических нагрузок на велоэргометре или на беговой дорожке (тредмиле).

Пожилым также необходимы упражнения, направленные на увеличение мышечной силы, улучшение координации движений и увеличение гибкости. Такие упражнения рекомендуется проводить в виде интервальной тренировки с нагрузкой длительностью 15-30 секунд и расслаблением в течение такого же промежутка времени.

Инновационным решением для других людей, которым сложны обычные физические упражнения, являются тренажеры виде виброплатформ, которые позволяют увеличить мышечную силу, плотность баланс кости при помощи статических упражнений, не требующихзначительных усилий.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.— 2-е изд.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 512 с.
- 2. Базарный В.Ф. Дитя человеческое. Психофизиология развития и регресса. М., 2009 328 с.
- 3. Потемкина Р.А. Физическая активность и питание, Руководство для врачей. М «Геотар-Медиа», 2010 96 с.
- 4. ВОЗ. Глобальные рекомендации по физической активности, 2010 —60 с.
- 5. Заключительный отчет «Рекомендации по совершенствованию политики формирования здорового образа жизни для предупреждения неинфекционных заболеваний» для Правительства РФ, Москва, 2013—244 с.
- 6. Бойцов С.А. Оказание медицинской помощи взрослому населению по оптимизации физической активности. Методические рекомендации ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития России», 2012 32 с.
- 7. Поздняков Ю.М. Физическая активность. Методические рекомендации Региональный образовательный проект«Здоровые сердца Подмосковья», 2016—52 с. УДК 615.825 ББК 53.54 П47
- 8. Бубнова М.Г., Аронов Д.М. Бойцов С.А. Обеспечение физической активности у граждан, имеющих ограничения в состоянии здоровья. Методические рекомендации ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития России», 2015—96 с.

- 9. Потемкина Р.А., Бойцов С.А. Физическая активность. Методические рекомендации ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития России», 2012—42 с.
- 10. Гиль А.Ю., Анисимов Р.Н. Профилактика старения для всех. Методические рекомендации, М. изд-во «Учитель», 2015—120 с.

«ШКОЛА ПО УПРАВЛЕНИЮ СТРЕССАМИ»

Составитель: С. С. Войлова

Основные цели и задачи обучения пациентов в Школе:

- информирование о методах самооценки уровня стресса
- формирование навыков и умений по снижению неблагоприятного воздействия стресса на здоровье

Форма организации: семинар-тренинг

Темы занятий:

Занятие 1. Введение в психологию стресса. Связь состояния психики и здоровья. Психологические типы людей, характерные признаки. Конституциональные и половые различия проявлений стресса.

Занятие 2. Острый стресс. Психотравмирующие ситуации. Стадии переживания стресса. Способы адекватного реагирования. Профилактическое поведение, реабилитация послестрессовых состояний.

Занятие 3. Хронический стресс (дистресс). Признаки дистресса. Стрессоры и их виды. Профилактика дистресса. Методы повышения стрессоустойчивости.

Структура занятий в Школе:

- вводная часть 5-7 минут;
- информационная часть 25 минут. Может проводиться дробно по 10 15 минут в течение всего занятия. Подразумевает подачу информации и её осознание слушателями;
- активная (практическая) часть 25 минут. Направлена на развитие навыков и умений, которые необходимы в повседневной жизни, чтобы повысить активность участия обучаемого на сохранение своего здоровья;
- заключительная часть 5-10 минут. Закрепление усвоенного материала повторение основных положений и рекомендаций в форме "обратной связи", с участием слушателей, составление планов на последующие действия по закреплению мотивации обучаемых на ведение здорового образа жизни;

Основные принципы обучения:

- Доступное изложение;
- Активное участие слушателей в тренинге;
- Повторение пройденного материала;
- Создание открытой и доверительной атмосферы;

- Все рекомендации даются в виде поиска путей по преодолению стрессовых состояний для поддержания хорошего качества жизни

По окончании Школы участники должны знать:

- причины появления стрессов
- индивидуальную степень стрессоустойчивости
- методы самопомощи при остром и хроническом стрессе
- факторы стрессоустойчивости

Участники должны уметь:

- проводить самодиагностику стрессового состояния
- определять стрессовые факторы в своей жизни
- подбирать программу преодоления стресса, опираясь на свои индивидуальные особенности (темперамент, пол, характер стрессоров)
- применять методы управления стрессом: дыхательные, аутогенные, релаксационные, делать аутоанализ стресса.

ЗАНЯТИЕ 1

Тема занятия: Введение в психологию стресса. Связь состояния психики и здоровья. Психологические типы людей, характерные признаки. Конституциональные и половые различия проявлений стресса

Информационная часть №1.

Введение в психологию стресса. Каждый человек встречается со стрессами ежедневно. Они входят в наш день со звонком будильника, встречают людей в транспорте по пути на работу, сопровождают на работе. Стрессы становятся причиной непонимания между родными, близкими и знакомыми, не дают покоя даже в постели, требуя анализа, оценки и очередного прокручивания событий прошедшего дня.

Возрастание стрессовых нагрузок, переутомление на сегодняшний день является одним из самых неблагоприятных последствий напряженного ритма жизни. К сожалению, стресс стал нормой жизни большинства из людей. Распространенная в начале прошлого века фраза «все болезни от нервов» трансформировалась – «все болезни от стресса». Итак:

Стресс – адаптивная реакция на внешнюю ситуацию, которая приводит к физическим, психологическим или поведенческим изменениям у человека.

Жизнь всегда состоит из ожидаемых или неожиданных событий. Люди на них реагируют в зависимости от их потребностей и от знания ситуации. В тех случаях, где информации достаточно, они способны реагировать спокойно. Напротив, недостаток нужных сведений заставляет их волноваться. Но иногда человек должен быть готов к событию слишком неожиданному и важному для него, о котором он ничего или почти ничего не знает. В этом случае реакция организма может усилиться до такой степени, что возникнут серьезные нарушения как в физиологическом, так и в психологическом плане.

Связь состояния психики и здоровья. Благополучие человека и его самочувствие является важным аспектом жизни. Во время постоянных стрессовых напряжений происходит ухудшение благосостояния и нарушается здоровье всего организма. Стрессовые ситуации вызывают самые разнообразные эмоциональные реакции - от легкого возбуждения (если событие требует известного напряжения, но с ним можно справиться) до обычных эмоций тревожности, гнева, уныния и депрессии. Если стрессовая ситуация не прекращается, эмоции могут сменять одна другую в зависимости от успешности наших попыток преодолеть эту ситуацию.

Выделяют следующие наиболее распространенные реакции на стресс:

- **психологические реакции** (тревожность, гнев и агрессия, апатия и депрессия, когнитивные нарушения),
- физиологические реакции (повышение скорости метаболизма, учащение сердцебиения, расширение зрачков, повышение кровяного давления, учащение дыхания, мышечное напряжение, выделение эндорфинов и адренокортикотропных гормонов.

Последствиями стресса могут быть психосоматические заболевания (стенокардия, астма, гастрит, язва), на психологическом уровне может происходить дезорганизация поведения (аномальное поведение), агрессивные реакции, суициды и т.д.

Попытки адаптироваться к постоянному присутствию источника стресса могут истощать ресурсы организма и повышать его восприимчивость к заболеваниям. Хроническое перевозбуждение в рабочей деятельности, вызванное постоянным стрессом, может способствовать развитию ишемической болезни сердца (ИБС), особенно если работа имеет повышенные требования (по рабочей нагрузке, ответственности и ролевым конфликтам).

Данные из ряда областей показывают, что стресс влияет на способность иммунной системы защищать организм. Исследования показали, что во время экзаменов у студентов в крови понижается количество антител, охраняющих их от респираторных инфекций, а при анализе ряда образцов крови у студентов - медиков были обнаружены

признаки ухудшения иммунной активности. Наблюдения за пятилетний период за женщинами, болевшими раком морлочной железы, показали, что у тех из них, которые были настроены пессимистично, не могли контролировать ситуацию, чаще развивались новые опухоли, причем с большей тяжестью заболевания.

Чем раньше человек обращает внимание на ранние сигналы стресса, тем легче ему будет справиться с причинами и последствиями назревающего в организме сбоя.

Активная (практическая) часть №1. Самодиагностика стрессового состояния.

Оценить степень выраженности уровня стресса можно с помощью простого <u>опросника - теста Ридера</u> (табл.1).

Таблица 1. Вопросник на определение уровня стресса (Reeder L.G., 1969)

		Ответы			
	Утверждения	Да, согласен	Скорее согласен	Скорее	Нет
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 напряжение	1	2	3	4
	Моя повседневная деятельность вызывает				
4.	большое напряжение	1	2	3	4
5.	Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение	1	2	3	4
	К концу дня я совершенно истощен физически и				
6	психически	1	2	3	4
7.	В моей семье часто возникают напряженные отношения	1	2	3	4

Примечание: в приведенной таблице нужно отметить каждом пункте кружочком номер, соответствующей категории ответа, насколько Вы согласны с одним из перечисленных утверждений. Подсчитайте средний балл и оцените результат, разделив полученную сумму баллов на 7 вопросов, и сравнив его со шкалой уровня психологического стресса (табл. 2).

Таблица 2. Шкала уровня психологического стресса (Копина О.С. и соавт., 1989)

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

Наличие среднего и высокого уровня стресса показывает, что у человека имеется риск развития функциональных расстройств и возникновения различных соматических заболеваний.

Информационная часть №2. Психологические типы людей.

В зависимости от степени стрессоустойчивости, а также от способности выдерживать стресс в течение длительного времени выделяют четыре основных типа личностей. Они различаются по тому, как долго личность может сохранять стрессоустойчивость (резистентность) к временному давлению хронических стрессовых условий, что характеризуют индивидуальный порог стрессоустойчивости.

В зависимости от типа нервной системы выделяют холериков, меланхоликов, сангвиников, флегматиков.

У *меланхоликов* стрессовые реакции чаще всего связаны с возбуждением конституции, например, тревогой или испугами, фобией или невротической тревожностью. Это характеризуется нервозностью и бессонницей.

У холериков типичные стрессовые реакции – гнев, а также: страх неудачи, потеря контроля, боязнь совершить ошибку. При этом нередко возникают сиюминутные эмоциональные реакции, сопровождающиеся двигательным возбуждением. Холерические типы личности нередко попадают в сильную зависимость от успеха и в случае неудачи легко расстраиваются и испытывают непродолжительное депрессивное состояние, в связи с чем очень часто страдают гипертонией, язвенной болезнью желудка, язвенными колитами. Холерики более всего подвержены сезонным аффективным расстройствам, которые обычно случаются зимой.

У флегматиков под действием стресса снижается активность щитовидной железы, замедляется обмен веществ и может повышаться содержание сахара в крови. В стрессовых ситуациях повышается аппетит,

в результате от нерационального питания возможен излишний вес. Также возможно состояние вялости и пересыпания.

Сангвиники способны сохранять логическое мышление в самой стрессовой ситуации. У них отсутствует желание к зацикливанию на темных сторонах жизни, эмоциональные переживания очень поверхностны, поэтому они легче всех остальных переживают стресс.

Половые различия проявления стресса. Нельзя не отметить еще одну особенность появления и влияния стресса: он чаще случается у женщин, чем у мужчин, но женщины легче справляются с ним и быстрее адаптируются к его воздействию. Некоторые специалисты полагают, что секрет такой выносливости представительниц слабого пола в том, что они умеют разряжать свои эмоции слезами. Слезы, по утверждению ученых, содержат не только ионы натрия, калия и других солей, но и избыток адреналина, который, как известно, вызывает сужение большинства сосудов, усиливает сокращение сердца, изменяет частоту сердцебиения, повышает артериальное давление. Женщины более чувствительны и гораздо сильнее выражают вовне свои чувства, им свойственны большая внушаемость, импульсивность. Кроме того, характерной особенностью женщин является богатство сферы их фантазий, способствующих усугублению стрессовых ситуаций. Таким образом, женщины, давая волю эмоциям, на инстинктивном уровне оберегают себя от серьезных неприятностей, провоцируемых стрессом.

Активная (практическая часть) №2. Определение формулы собственного темперамента.

Для определения типа темперамента предлагаем использовать методику А. Н. **Белова** «Формула темперамента».

Инструкция: «Внимательно прочитайте список свойств, присущий тому или иному темпераменту, и поставьте пожалуйста "+", если свойство вам присуще, и знак "-", если это свойство у вас не выражено».

Подсчёт результатов:

- 1. Необходимо подсчитать количество "+" по каждому темпераменту отдельно.
- 2. Затем определить процент положительных ответов по каждому типу темперамента: Количество "+" по одному типу темперамента разделить на количество "+" по всем четырем типам темпераментов и умножить на 100%.

Как правило, у каждого человека имеются признаки, характерные для всех видов темперамента, и их соотношение может быть разным, с преобладанием одного из видов темперамента.

Например, формула темперамента конкретного человека может принять примерно такой вид: $T = 38\%X + 32\% C + 19\% \Phi + 11\%M$, что означает, что темперамент на 36% холерический, на 35% сангвинический, на 15% флегматический и на 14% меланхолический.

Tecm:

Вы чистый холерик, если Вы:

- 1. Неусидчивы, суетливы.
- 2. Несдержаны, вспыльчивы.
- 3. Нетерпеливы.
- 4. Резки и прямолинейны в отношениях с людьми.
- 5. Решительны и инициативны.
- 6. Упрямы.
- 7. Находчивы в споре.
- 8. Работаете рывками.
- 9. Склонны к риску.
- 10. Незлопамятны и необидчивы.
- 11. Обладаете быстрой, страстной, со сбивчивыми интонациями речью.
- 12. Неуравновешенны и склонны к горячности.
- 13. Нетерпимы к недостаткам.
- 14. Агрессивный забияка.
- 15. Обладаете выразительной мимикой.
- 16. Способны быстро действовать и решать.
- 17. Неустанно стремитесь к новому.
- 18. Обладаете резкими, порывистыми движениями.
- 19. Настойчивы в достижении поставленной цели.
- 20. Склонны к резким сменам настроения.

Вы, конечно, сангвиник, если Вы:

- 1. Веселы и жизнерадостны.
- 2. Энергичны и деловиты.
- 3. Часто не доводите начатое дело до конца.
- 4. Склонны переоценивать себя.
- 5. Способны быстро схватывать новое.
- 6. Неустойчивы в интересах и склонностях.
- 7. Легко переживаете неудачи и неприятности.
- 8. Легко приспосабливаетесь к различным обстоятельствам.
- 9. С увлечением беретесь за любое новое дело.
- 10. Быстро остываете, если дело перестает вас интересовать.
- 11. Быстро включаетесь в новую работу и быстро переключаетесь с одной работы на другую.

- 12. Тяготитесь однообразием, будничной, кропотливой работой.
- 13. Общительны и отзывчивы, не чувствуете скованности с новыми людьми.
- 14. Выносливы и работоспособны.
- 15. Обладаете быстрой, громкой, отчетливой речью, сопровождающейся живыми жестами, выразительной мимикой.
- 16. Сохраняете самообладание в неожиданной, сложной обстановке.
- 17. Обладаете всегда бодрым настроением.
- 18. Быстро засыпаете и пробуждаетесь.
- 19. Часто не собраны, проявляете поспешность в решениях.
- 20. Склонны иногда скользить по поверхности, отвлекаться.

Вы - истинный флегматик, если Вы:

- 1. Спокойны и хладнокровны.
- 2. Последовательны и обстоятельны в делах.
- 3. Осторожны и рассудительны.
- 4. Умеете ждать.
- 5. Молчаливы и не любите зря болтать.
- 6. Обладаете спокойной, равномерной речью, с остановками, без резко выраженных эмоций, жестикуляции и мимики.
- 7. Сдержанны и терпеливы.
- 8. Доводите начатое дело до конца.
- 9. Не растрачиваете попусту сил.
- 10. Строго придерживаетесь выработанного распорядка в жизни, системы в работе.
- 11. Легко сдерживаете порывы.
- 12. Маловосприимчивы к одобрению и порицанию.
- 13. Незлобивы, проявляете снисходительное отношение к колкостям в свой адрес.
- 14. Постоянны в своих интересах и отношениях.
- 15. Медленно включаетесь в работу и переключаетесь с одного дела на другое.
- 16. Ровны в отношениях со всеми.
- 17. Любите аккуратность и порядок во всем.
- 18. С трудом приспосабливаетесь к новой обстановке.
- 19. Обладаете выдержкой.
- 20. Постепенно сходитесь с новыми людьми.

Вы меланхолик, если Вы:

- 1. Стеснительны и застенчивы.
- 2. Теряетесь в новой обстановке.
- 3. Затрудняетесь установить контакт с новыми людьми.

- 4. Не верите в свои силы.
- 5. Легко переносите одиночество.
- 6. Чувствуете подавленность и растерянность при неудачах.
- 7. Склонны уходить в себя.
- 8. Быстро утомляетесь.
- 9. Обладаете тихой речью, иногда снижающейся до шепота.
- 10. Невольно приспосабливаетесь к характеру собеседника.
- 11. Впечатлительны до слезливости.
- 12. Чрезвычайно восприимчивы к одобрению и порицанию.
- 13. Предъявляете высокие требования к себе и окружающим.
- 14. Склонны к подозрительности, мнительности.
- 15. Болезненно чувствительны и легко ранимы.
- 16. Чрезвычайно обидчивы.
- 17. Скрытны и необщительны, не делитесь ни с кем своими мыслями.
- 18. Малоактивны и робки.
- 19. Безропотно покорны.
- 20. Стремитесь вызвать сочувствие и помощь у окружающих.

Заключительная часть.

Обсуждение полученных результатов самооценки собственного темперамента

Люди все разные по характеру, по восприимчивости, поэтому реакция на стресс тоже разная. Значит, противодействовать стрессу необходимо учиться тоже по-разному.

Итак, чему необходимо научиться и усвоить во время следующих занятий каждому участнику Школы в зависимости от его темперамента для преодоления стресса:

Холерикам - освоить технику релаксации и счет до «100». Дыхательная гимнастика поможет восстановить дыхание при сильном возбуждении.

Сангвиникам - научиться планировать свой день, не брать на себя ответственность за все происходящее. Освоить методы релаксации и метод структурного анализа стресса.

Флегматикам - освоить технику переключения внимания на другой тип деятельности, метод аутогенной тренировки.

Меланхоликам - научиться медитативной технике снятия стресса.

ЗАНЯТИЕ 2

Тема занятия: Острый стресс. Психотравмирующие ситуации. Стадии переживания стресса. Способы адекватного реагирования. Профилактическое поведение и реабилитация в состоянии острого стресса

Цель занятия: информировать слушателей о стадиях переживания стресса, признаках острого стресса, методах адекватного реагирования в острых ситуациях.

После 2-го занятия слушатели должны знать:

- понятие «острый стресс» и его причины
- симптомы острого стресса
- стадии развития острого стресса
- приемы, помогающие преодолеть состояние острого стресса

Слушатели должны уметь:

- владеть навыками самопомощи, предназначенные для острых состояний
- применять метод мобилизационного дыхания и переключения внимания

Информационная часть.

Острый стресс возникает в связи с непосредственной угрозой или давлением в повседневной жизни. Как правило, такой стресс достаточно сильный, но длится недолго (от нескольких минут до 2 часов). В этом случае характеризуется быстротой и неожиданностью.

Ситуации, вызывающие острый стресс:

- Серьезная травма, полученная в результате несчастного случая
- Угроза жизни вследствие стихийных бедствий (пожар, землетрясение, наводнение)
 - Военные действия
 - Смерть близких людей
 - Посягательство на жизнь
 - Известие о наличии неизлечимого заболевания
 - Серьезный конфликт
 - Внезапное увольнение

Симптомы острого стресса:

Телесные проявления:

сердцебиение, повышение артериального давления, поверхностное дыхание, ускорение ритма дыхания. При повышении напряжения краснеет или бледнеет кожа лица и шеи, увлажняются ладони, расширяются зрачки, повышается или понижается активность некоторых желез внешней секреции (слюнных, потовых), могут быть боли различного генеза.

Поведенческие проявления:

изменение мимики, тембра голоса и интонаций, скорости, силы и координации движений. Сжатие губ, напряжение жевательных мышц, грустный, унылый или обеспокоенный взгляд. Двигательное беспокойство и частая смена поз, или, наоборот, – пассивность, заторможенность, вялость в движениях. Может присутствовать паника, резкая смена настроения, раздражительность или оцепенение. Человека охватывают кошмарные переживания в виде воспоминаний о пережитом. Он остро реагирует и полагает, что никто из близких людей не может и не желает его понять.

Острый стресс состоит из трех последовательных стадий

- тревоги, резистентности (сопротивления) и истощения.
- 1. Стадия тревоги возникает в момент воздействия сильного раздражителя. Характеризуется состоянием напряженности, настороженности и носит название «предстартовая готовность».
- 2. *Стадия резистентности* происходит перестройка защитных систем организма, раскрытие дополнительных ресурсов.
- 3. Стадия истощения исчерпываются все функции организма, которые сопровождаются резким спадом энергетических ресурсов, возникновением различных соматических патологий.

В стадии резистентности и истощения важно правильно оказать себе помощь.

Активная (практическая часть). Приемы, помогающие преодолеть состояние острого стресса.

Необходимо знать, что человек в состоянии сознательно воздействовать на те или иные процессы, происходящие в организме, то есть обладает способностью ауторегуляции.

Освоение приемов до уровня навыков (ежедневное повторение в течение 21 дня) превращает их в привычку, и в состоянии острого стресса моментально начинается поиск вариантов решения возникшей проблемы.

Обучение технике остановки мыслей.

Для того, чтобы прекратить разрушительный процесс при остром стрессе, необходимо использовать технику остановки мыслей, которая является отличным способом его регуляции.

Эффективность определяется тем, что во время правильного выполнения смещается фокус внимания с потока негативных мыслей, тем самым разбивается их ход и нормализуется эмоциональное состояние.

Порядок выполнения:

1. Сосредоточьтесь на потоке мыслей, которые проходят в данную минуту, то есть осознайте их (при этом можно, если позволяет ситуация, закрыть глаза).

- 2. Соберите всю свою волю в кулак, мысленно представьте кнопку стоп сигнала или шлагбаум.
 - 3. Вслух, довольно жестко, скажите «стоп» и остановите поток мыслей.
- 4. Минутная релаксация. Расслабьте уголки рта, затем все мышцы лица. Увлажните губы. Расслабьте плечи. Сосредоточьтесь на выражении своего лица и положении тела: они отражают ваши эмоции, мысли, внутреннее состояние. Измените "язык лица и тела" путем расслабления мышц и глубокого дыхания, чтобы окружающие не увидели вашего напряжения, стрессового состояния. Расслабляйтесь в любых ситуациях, как только почувствуете, что дело идет не так, как вам хочется.

Метод мобилизационного дыхания.

Важной составляющей всех видов расслабляющих процедур являются дыханием. Оно глубоким является исключительно упражнения оправданной стратегией для быстрого снижения стресса разных уровней, а также является техникой, которой можно воспользоваться в любой В любое время, ДЛЯ ΤΟΓΟ чтобы снять эмоциональное ситуации, и физиологическое напряжение, связанное со стрессом.

ВАЖНО! Грудное дыхание - поверхностный тип дыхания, свойственный большинству взрослых людей. Этот тип дыхания не способствует преодолению стресса, он быстро реагирует на чувство тревоги и раздражения неритмичным темпом дыхательных движений.

Поэтому нужно учиться диафрагмальному дыханию! Диафрагмальное (брюшное) дыхание - тип дыхания человека, участие в котором принимает грудно-брюшная часть диафрагмы.

Диафрагма — мышца, разделяющая грудную и брюшную полости, Условно её границу можно провести по нижнему краю ребер.. Диафрагма играет большую роль в обеспечении функции легких, сердца, желудочнокишечного тракта.

Тренировка глубокого диафрагмального дыхания помогает контролировать физиологические реакции, возникающие в ответ на раздражение.

Упражнения для тренировки глубокого дыхания.

Подготовка: дышать носом; поза удобная, глаза можно закрыть; ладони рук положить - одну на грудь, другую на живот; сначала подышать обычно, отмечая где двигаются руки на вдохе, а потом сделать вдох так, чтобы первой поднялась рука, лежащая на животе, а затем рука, находящаяся на груди.

Техника проведения:

1. медленный вдох через нос;

- 2. вдох с заполнением воздухом нижних отделов легких, затем с постепенным заполнением средних, и далее верхних отделов легких. Вдох следует проводить плавно, как одно движение;
 - 3. на 10 секунд задержать дыхание;
- 4. постепенно выдыхайте через рот, слегка втяните живот и медленно поджимайте его по мере опустошения легких;
 - 5. расслабьте плечи;
- 6. в конце вдоха слегка поднимите плечи и ключицы так, чтобы легкие можно было вновь до самых верхушек наполнить воздухом.

Способ завершения техники глубокого дыхания:

Встаньте, ноги на ширине плеч, наклонитесь вперед и расслабьтесь. Голова, плечи и руки свободно свешиваются вниз. Дыхание спокойное, медленное, глубокое. Задержитесь в таком положении 1-2 минуты, затем очень медленно поднимайте голову (чтобы не закружилась).

Дополнительные приёмы по управлением острым стрессом.

- 1. Оглянитесь вокруг, внимательно осмотрите помещение. Обращайте внимание на мельчайшие детали, даже хорошо вам знакомые. Медленно, не торопясь, мысленно переберите все предметы один за другим. Постарайтесь полностью сосредоточиться на этом. Говорите мысленно: "Черное кожаное кресло, угловой светло-коричневый письменный стол, серый телефон, синяя шариковая ручка" и т.д. Сосредоточившись на каждом отдельном предмете, вы отвлечетесь от внутреннего стрессового напряжения, направите мысли на рациональное восприятие окружающей обстановки.
- 2. Если позволяют обстоятельства, покиньте помещение, в котором возник острый стресс перейдите в другое, где никого нет, выйдите на улицу, останьтесь наедине со своими мыслями. Разберите мысленно это помещение (окружающие дома, природу) "по отдельным предметам", как описано в предыдущем пункте.
- 3. Поговорите на любую отвлеченную тему с находящимся рядом человеком (соседом, товарищем по работе). Если рядом никого нет, позвоните приятелю по телефону. Стресс это образ, за создание которого отвечает правое полушарие головного мозга, и когда мы рассказываем о том, что нас волнует, мы активизируем левое полушарие, ответственное за речь, именно так происходит отключение правого полушария. Такой прием помогает вытеснять из сознания мысли и переживания, связанные с вызвавшей стресс ситуацией.
- 4. Высказывая свое неудовольствие, не обобщайте; говорите о конкретном случае, который вызвал ваше недовольство. Ссорясь, выражая

гнев и негодование, не вспоминайте прошлое, говорите только о текущей ситуации.

5. Займитесь какой-нибудь работой, лучше физической (стирка, мытье посуды, уборка...). Любая деятельность, а особенно физический труд, в стрессовой ситуации помогает снизить внутреннее напряжение.

Заключительная часть.

Обсуждение занятия со слушателями в форме обратной связи.

Задание на дом:

выполнять в течение 7 дней ежедневно дыхательное упражнение для овладения навыком правильного мобилизационного диафрагмального дыхания.

ЗАНЯТИЕ 3

Тема занятия: Хронический стресс (дистресс). Признаки дистресса. Стрессоры и их виды. Профилактика дистресса. Методы повышения стрессоустойчивости.

Цель занятия: информировать слушателей о признаках хронического стресса, о ситуациях, которые его вызывают. Ознакомить с понятием «стрессоры» и их видах. Научить методам преодоления хронического стресса.

Информационная часть №1.

Хронический стресс – состояние человека при часто повторяющихся стрессовых ситуациях или длительное воздействие стресса, приводящее к развитию хронической усталости и истощению защитных сил всего организма. Хронический стресс развивается постепенно, нагнетается месяцами или даже годами. Главное его отличие от острого стресса отсутствие тенденции к полному исчезновению симптомов после продолжительного отдыха. Нередко после отдыха у человека создается впечатление полного восстановления сил, но уже в течение первой недели после возврата к основной трудовой деятельности симптомы стресса возвращаются.

Ситуации, вызывающие хронический стресс:

- Длительные негативные переживания, не позволяющие полноценно отдохнуть, отвлечься и уйти от создавшейся проблемы
 - Неблагоприятная обстановка в семье или на работе
 - Частые конфликты
 - Нерациональное использование времени
 - Однообразная и не способствующая развитию человека работа
 - Трудоголизм
 - Лишение себя полноценного отдыха

- Дефицит общения
- Излишняя самокритика
- Отсутствие адекватного отношения к критике извне
- Пессимизм

Симптомы хронического стресса.

Хронический стресс (дистресс) «выявляет» в организме «слабое» место и атакует целенаправленно, максимально ослабляя и нарушая работу органа или системы. Чем продолжительнее стресс, тем тяжелее последствия. Сахарный диабет, ишемия, инсульт, злокачественные опухоли, язвенная болезнь, гипертония, гипертиреоз, ожирение — и это неполный список возможных заболеваний.

Физические симптомы:

Недомогание или слишком часто возникающее чувство усталости, периодическая головная боль, нарушения стула, боли в груди и желудке, головокружение, тошнота, повышение давления, потливость, прерывистое, неглубокое дыхание, сухость во рту, дрожь и озноб. Организм становится больше подвержен частым респираторным заболеванием.

Психические симптомы:

Невозможность сосредоточиться на чем-то, ухудшение памяти, очень быстрая речь, путаница слов, частое повторение одного и того же, часто «улетучивающиеся» мысли, изменение восприятия времени (оно тянется слишком долго или слишком быстро), «зацикливание» на своих проблемах и постоянные мысли о них.

Эмоциональные симптомы:

Постоянно пониженное настроение или депрессия, потеря чувства юмора чувство одиночества или ненужности, ощущение «непосильной ноши на плечах», беспокойство, тревожность либо чрезмерная возбудимость, истеричность, капризность, неспособность расслабиться.

Поведенческие симптомы:

Слишком частые ошибки в работе, изменение отношений с людьми, желание избегать обычных обязанностей, самоизоляция от общества. Увеличение числа выкуриваемых сигарет, пристрастие к алкогольным напиткам с целью расслабления. Нарушение аппетита, плохой, тревожный сон; частые кошмары по ночам. Изменение сексуального поведения: снижение или усиление полового влечения, потеря чувства удовлетворенности от секса, у мужчин – проблемы с эрекцией.

Для успешного преодоления особое значение имеет выявление *стрессового фактора (стрессора)*, чтобы знать, какая помощь потребуется человеку.

Стрессоры - факторы, которые вызывают стрессовую реакцию. Условно стрессоры можно разделить на:

- стрессоры управляемые (зависят от нас);
- стрессоры неуправляемые (неподвластные нам);
- стрессоры, которые не являются стрессорами по своей сути, а вызывают стрессовую реакцию как результат интерпретации фактора как стрессора.

Ключом к адекватному преодолению стресса является способность отличать стрессоры, которые мы можем контролировать, от стрессоров, контроль над которыми не в нашей власти. Здесь важно помнить, что сам по себе стрессор — лишь повод для начала стресса, а причиной нервнопсихического переживания мы делаем его сами.

Для разных стрессовых факторов существуют специальные техники (методики) преодоления. Прежде чем выбрать методику и обучиться ее применению, необходимо оценить стрессоры.

Стрессоры управляемые (зависят от нас) - ситуации и условия, которые легко можно избежать, если воспитать в себе некоторые необходимые качества характера и поведения (табл.3)

Таблица 3.Качества характера и поведения, помогающие преодолевать стрессоры

Стрессоры	Черты характера, поведения, помогающие преодолевать
	стрессоры
Перегрузки	- Умение управлять собственным временем
на работе	- Умение планировать свои дела
	- Умение работать в коллективе, не брать всю работу на себя, считая,
	что другие сделают её хуже
	- Умение определить приоритеты при выполнении дел
	- Умение рационально распределять ресурсы (финансовые, людские)
	- Не делать или стараться не делать несколько дел одновременно
	- Умение использовать перерывы в работе для отдыха или
	переключение на другие проблемы
	- Уверенность в себе
	- Наличие социальных навыков общения, управления конфликтами
Загруженность	- Умение планировать домашнюю работу
домашними	- Умение ставить конкретно достижимые, реальные цели и
делами	научиться «поощрять себя» за их выполнение
Конфликты с	- Навыки межличностного общения
начальством	- Уверенность (но не самоуверенность) в поведении
	- Профессиональная компетентность
	- Честность
	- Трудолюбие

К наиболее часто встречающимся *стрессорам, которые можно контролировать*, относятся стрессоры межличностного характера. Поведение людей часто определяют и полезные факторы, и вредные факторы для здоровья.

Стрессоры неуправляемые (не подвластные нам) - ситуации и условия, на которые нельзя воздействовать (цены, налоги, правительство, погода, привычки, поведение и характеры других людей). Например, можно нервничать и ругаться по поводу отключения электроэнергии или неумелого водителя, создавшего пробку на перекрестке, но, кроме повышения уровня артериального давления и концентрации адреналина в крови, человек ничего не приобретет.

В таких ситуациях очень важно: Осознать проблему и её неуправляемость с вашей стороны. Иногда даже такого шага бывает достаточно, чтобы стресс был преодолен!

Негативная эмоция способна приводить к новой негативной эмоции, питая сама себя. В случае, когда человек умеет управлять своими эмоциями в ответ на стрессор, то это означает, что даже если нельзя управлять стрессором, то можно контролировать эмоциональные реакции на него. Гораздо лучше в данном случае применить методы мышечного расслабления или дыхательные упражнения.

Стрессоры, которые не являются стрессорами по своей сути, а вызывают стрессовую реакцию как результат интерпретации фактора как стрессора.

К этой группе относятся все виды беспокойства о прошлых событиях, которые уже не в силах изменить, и навязчивость мыслей о будущем.

ВАЖНО! Наилучшим вариантом самопомощи для человека может оказаться преодоление оценочного подхода, освоение навыков позитивного мышления, изменение неадекватных убеждений или блокировка нежелательных мыслей.

Активная (практическая часть). Приемы самопомощи при хроническом стрессе.

Аутоанализ стресса.

Слушателям предлагается провести анализ личного стресса. С помощью дневника аутоанализа можно обнаружить и объяснить реакции своего организма на стрессовые ситуации.

Техника выполнения:

1. Необходимо ответить на ряд вопросов и заполнить *дневник* (образец приводится ниже).

Образец дневника стрессовых ситуаций

Стрессор	Вид стрессора	Приоритет	Что я могу сделать

Вопросы:

- Что именно является для Вас стрессорами?
- К какому виду они относятся?
- Проранжируйте по степени значимости: отметьте стрессоры знаком «+», над которыми необходимо работать уже сейчас, и стрессоры знаком «-» отсроченные, над которыми можно поработать потом.
- Что Вы можете сделать в зависимости от того, какой вид стрессора у Вас?

Далее следует провести *самомониторинг стресса* для адекватного реагирования в похожих ситуациях (по приведенному ниже образцу):

Ситуация стресса	Первые признаки	Предпосылки	Поведение	Последствия

Вопросы:

- Что больше всего из произошедших событий Вас беспокоит?

Признаки:

- О чем Вы думали тогда?
- В каком состоянии были Ваши мышцы?
- Какое было у Вас дыхание?

Предпосылки:

- Что предшествовало развитию стресса?
- Когда это произошло?
- Что Вы делали в тот момент?
- Кто был рядом с Вами?
- Какие чувства и мысли у Вас были до начала развития стресса?

Поведение:

- Какие чувства и эмоциональные переживания были у Вас?
- Какие физиологические ощущения Вы испытывали?
- О чем Вы тогда думали?
- Какие действия Вы совершали?

Последствия:

- Что произошло после того, как стресс миновал?
- Как Вы оценили ситуацию потом?
- Как долго переживали последствия?
- Обвиняли себя?

Смысловое значение ведения дневника:

Понять свою собственную стрессовую ситуацию чрезвычайно важно: во-первых, проявление стресса у каждого человека индивидуально; во-вторых, у стресса, как правило, не может быть единственной причины - таких причин всегда множество; в-третьих, челдовек сможет найти наиболее приемлемый для себя выход из создавшейся ситуации.

Антистрессовая релаксация.

Мышечная релаксация основана на сознательном расслаблении мышц. Регулярная практика дает близкое знакомство с ощущениями напряжения и полного расслабления в разных частях тела.

Если у Вас ранее наблюдались мышечные спазмы, проблемы со спиной и другие серьезные травмы, которые могут усугубиться при напряжении мышц, необходимо до занятий релаксацией проконсультироваться с врачом,

Упражнение на расслабление следует проводить лежа. Руки должны лежать неподвижно вдоль туловища ладонями вниз, ноги слегка раздвинуты.

Техника выполнения:

- 1. Закройте глаза, дышите медленно и глубоко. Сделайте вдох и примерно на десять секунд задержите дыхание. Выдох производите не торопясь, следите за расслаблением и мысленно говорите себе: "Вдох и выдох, как прилив и отлив". Повторите эту процедуру 5-6 раз. Затем отдохните около 20 секунд.
- 2. Далее с усилием вытяните вперед носки стоп... зафиксируйте напряжение... расслабьте... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза);
- 3. С усилием потяните носки стоп на себя... зафиксируйте напряжение... расслабьте... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза);
- 4. Приподнимите ноги от пола на 10-20 см... зафиксируйте напряжение (в ногах, животе, спине плечах, шее) ... расслабьте... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза);
- 5. Приподнимите таз на несколько сантиметров (опирайтесь на пятки, локти, плечи, шею) ... зафиксируйте напряжение... расслабьте... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза);
- 6. Слегка приподнимите грудной отдел, опираясь на локти и затылок... зафиксируйте напряжение... расслабьте... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза);
- 7. Приподнимите голову, направляя подбородок к груди (не отрывайте плечи от пола... зафиксируйте напряжение... расслабьте...

сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза)

- 8. Сожмите кулаки... зафиксируйте напряжение... расслабьте... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза);
- 9. Оскальте зубы, сжимая челюсти... зафиксируйте напряжение... расслабьте ... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза)
- 10. Наморщите лоб ... зафиксируйте напряжение... расслабьте... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза);
- 11. Напрягите мышцы губ, губы необходимо плотно сжать ... зафиксируйте напряжение... расслабьте... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза)
- 12. Мышцы языка (кончик языка должен упираться в верхнее нёбо) ... зафиксируйте напряжение... расслабьте... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза).
- 13. Напрягите веки ... зафиксируйте напряжение... расслабьте... сконцентрируйтесь на различии в ощущениях, запомните их (повторить 3 раза);
- 14. А теперь ощутите все тело в целом... прислушайтесь к ощущениям всего тела в целом... (продолжайте столько, сколько есть времени);
- 15. Теперь необходимо прислушаться к окружающим звукам... сделать чуть более глубокий вдох...пошевелить пальцами рук... пальцами ног... потянуться... повернуться на бок, открыть глаза и вернуться в обычное состояние... Запомните.

ВАЖНО! Все упражнения делаются по трехэтапной схеме: напрячь - прочувствовать - расслабить. После расслабления сосредоточьтесь на различии напряженного состояния и расслабленного, насладитесь состоянием расслабления. Каждый этап можно сопровождать счетом про себя, либо счетом циклов дыхания.

Информационная часть №2.

Методы повышения стрессоустойчивости.

Успешность мер, которые человек предпринимает, чтобы противостоять перенапряжению при воздействии стрессоров, носит название *стрессоустойчивости*. Положительные функции стрессоустойчивости состоят в том, чтобы профилактировать защиту организма от негативного влияния на здоровье.

Факторы, влияющие на стрессоустойчивость человека:

1. Полноценный сон.

Очень важным фактором является правильное распределение режимов Обязательным высокой «бодрствование-сон». условием ДЛЯ стрессоустойчивости является полноценный ночной сон (7-8 часов), во время которого организм запускает процессы саморегуляции и самовосстановления. Хронический дефицит сна приводит к развитию быстрого истощения нервной системы и снижению сопротивляемости Определение оптимальное организма. И использование внутренних биоритмов в своей повседневной деятельности позволяет минимизировать воздействия, сформировать «физиологически стрессорные новые обоснованные» привычки и скорректировать режим дня

2. Стресспротективное питание.

Стресс связан с выработкой гормонов, а именно, адреналина и кортизола. При этом организм растрачивает все имеющиеся запасы минералов и витаминов. Поскольку устойчивость организма к стрессу зависит от функционального состояния нервной и эндокринной систем, в рационе питания должны присутствовать все необходимые для этих систем нутриенты (белки, жиры, углеводы, витамины и микроэлементы). Особенно важными являются витамины группы В, антиоксиданты - витамины С, А, Е, селен, а также достаточное количество магния, цинка и кальция.

Правила питания при стрессе:

- Питаться желательно дробно и малыми порциями.
- Лучше разнообразить рацион и стараться употреблять в пищу разные виды белка, фруктов, овощей, ягод, орехов
- Меню должно быть сбалансированным. Необходимо выбирать высокой энергетической питания c ценностью, поскольку организму нужно восполнять огромные потери энергии, половину дневного меню должны составлять сложные углеводы, которые содержатся в цельнозерновом хлебе, кашах, фасоли и чечевице. Белки и жиры также важны и должны присутствовать в ежедневном меню. Хорошо поднимают настроение полезные ненасыщенные жиры. Специалисты утверждают, что именно омега-3 жирные кислоты заменяют антидепрессанты. Эти жиры обеспечивают хорошую мозговую активность и влияют на настроение.
- Во время борьбы со стрессом необходимо выровнять гормональный фон. Лучше отдать предпочтение зеленому или травяному чаю, свежим фруктовым сокам, какао, молоку, чем алкогольным напиткам.
- Отдельного внимания заслуживает мёд. Этот продукт является одним из главных врагов стресса. Он отлично тонизирует и укрепляет организм,

помогает наладить работу всех внутренних органов и восстановить силы после физического и эмоционального переутомления.

Это необходимо запомнить: для нормальной работы всех систем организма важно, чтобы потребляемая при стрессе пища содержала большое количество витаминов и полезных веществ, которые находятся в дефиците во время эмоциональных переживаний.

3. Физическая активность

Занятие физкультурой и спортом являются существенным фактором повышения стрессоустойчивости. Проявление физической активности помогает отвлекать сознание человека от проблемной ситуации, переключает его внимание на новые раздражители, снижая тем самым значимость актуальной проблемы. Спорт активизирует работу сердечно-сосудистой и нервной системы, сжигает избыток адреналина, повышает активность иммунной системы. Телесная активность, соединенная с положительными эмоциями, автоматически приводит к повышению активности психики и хорошему настроению.

В качестве способа борьбы со стрессом может быть использован практически любой вид спорта. Важно учитывать физические возможности человека, его предпочтения и интересы. Необходимо правильно регулировать нагрузку, чтобы не перегружать организм. Людям, которые имеют хронические заболевания, необходимо проконсультироваться с терапевтом перед началом занятий, для того чтобы выяснить интенсивность и продолжительность нагрузки при занятиях спортом.

4. Планирование времени.

Планирование времени — эскиз будущего дня, помогающий выявить первостепенные задачи. Ежедневное планирование просто необходимо для повыше эффективного управления временем.

Правило 6 «П» гласит: правильное предварительное планирование предотвращает плохие показатели!

Планировать и думать нужно всегда на бумаге. Если цели нет на бумаге, то она не существует. Перечень задач - это своего рода карта, которая не дает человеку сбиться с пути к намеченной цели. Работа со списком запланированных дел в первый же день увеличивает производительность на 25%. Перед тем, как начать что-либо делать, вспомните о правиле 10/90: 10% времени, затраченного на планирование до начала выполнения задачи, сэкономит 90% времени при ее решении.

Заключительная часть

Обсуждение занятия со слушателями в форме обратной связи.

Список литературы:

- 1. Бачериков Н.Е., Воронцов М.П., Петрюк И.Т., Цыганенко А.Я. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. Харьков: Основа, 1995.
- 2. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы. М.: Инт психологии РАН, 1995.
- 3. Гринберг Дж. С. Управление стрессом. СПб. : Питер, 2004.
- 4. Жариков Е.С. Психологические средства стрессоустойчивости M., 1990.
- 5. Косицкий Г.И., Смирнов В.М. Нервная система и стресс. М: Наука, 1970.
- 6. Леонова А.Б. Психопрофилактика стрессов. М.: 1993.
- 7. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. М.: Наука, 1981.
- 8. Сандомирский М.Е. Как справиться со стрессом. Воронеж: НПО МОДЕК, 2000.
- 9. Селье Г. Стресс без дистресса. М., 1982.
- 10. Харитонова И.В. Дезадаптивные проявления у людей с различным типом темперамента при эмоциональном стрессе. Автореф. дисс. канд. мед. наук. СПб., 1997.