

Консультирование по питанию лиц молодого возраста: оценка и коррекция пищевых привычек

Н.С.Карамнова[✉], О.В.Измайлова, А.М.Калинина
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России. 101990, Россия, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3
[✉]nkaramnova@gnicpm.ru

В современных условиях возрастает роль активного взаимодействия медицинских специалистов и пациентов в вопросах оздоровления, снижения риска развития заболеваний, повышения приверженности здоровому образу жизни, формированию ответственного отношения к здоровью. Оптимальным подходом является ранняя комплексная профилактика, направленная на предотвращение развития факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний, особенно начиная с молодого возраста, в период, когда формируются и закрепляются поведенческие стереотипы, привычки и навыки. Доказано, что нерациональный характер питания – фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Консультирование пациентов по вопросам питания включает оценку индивидуального характера питания и наличие алиментарно-зависимых факторов риска для выработки персонализированных рекомендаций. В данной статье предлагается вариант проведения консультирования лиц молодого возраста с алгоритмом оценки и анализа пищевых привычек пациента на соответствие принципам здорового питания.

Ключевые слова: пищевые привычки, характер питания, оценка питания, анализ питания.

Для цитирования: Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А.М. Консультирование по питанию лиц молодого возраста: оценка и коррекция пищевых привычек. *CardioСоматика*. 2018; 9 (3): 10–16. DOI: 10.26442/2221-7185_2018.3.10-16

Diet counseling for young people: assessment and correction of eating habits

N.S.Karamnova[✉], O.V.Izmailova, A.M.Kalinina
National Medical Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation.
101990, Russian Federation, Moscow, Petroverigskii per., d. 10, str. 3
[✉]nkaramnova@gnicpm.ru

Abstract

In modern conditions, the role of active interaction between medical professionals and patients in improving health, reducing the risk of diseases, increasing adherence to a healthy lifestyle, the formation of a responsible attitude to health. The best approach is early comprehensive prevention, aimed at preventing the development of risk factors for major chronic noncommunicable diseases, especially from a young age, at a time when behavioral stereotypes, habits and skills are formed and consolidated. It is proved that the unhealthy diet is a risk factor for the development of chronic non-infectious diseases. Counseling patients on nutrition includes an assessment of the individual nature of nutrition, associated alimentary-dependent risk factors for the development of personalized recommendations. This article proposes a variant of consulting young people with the algorithm of assessment and analysis of eating habits of the patient in accordance with the principles of healthy eating.

Key words: eating habits, character of nutrition, nutrition assessment, nutrition analysis, healthy diet.

For citation: Karamnova N.S., Izmailova O.V., Kalinina A.M. Diet counseling for young people: assessment and correction of eating habits. *Cardiosomatics*. 2018; 9 (3): 10–16. DOI: 10.26442/2221-7185_2018.3.10-16

Питание является неотъемлемой частью ежедневного образа жизни и наряду с другими поведенческими факторами риска (ФР) вносит серьезный вклад в формирование состояния здоровья как на уровне индивидуума, так и популяции в целом.

В течение последних 50 лет составляющие образа жизни определены как изменяемые факторы, связанные с уровнем смертности в популяции. Несмотря на то что вклад в показатели смертности вносят в основном болезни, оздоровление поведенческих ФР способно снизить риск смертности. Разница ожидаемой продолжительности жизни между популяцией с низким профилем риска (здоровое питание, адекватная двигательная активность, отсутствие курения) и популяцией с высоким профилем риска (высокая распространенность курения, низкая физическая активность – ФА, нездоровое питание), по оценкам экспертов, составляет 10–15 лет [1].

С позиций ранней профилактики ФР развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в популяции целесообразнее превентивные мероприятия начинать в более раннем возрасте – среди молодежи. С окончанием школьного периода заканчивается период контролируемого диспансерного наблюдения и плановых ежегодных осмотров. Ответственность за состояние собственного здоровья возлагается на самого молодого человека. Молодые люди меняют учебное заведение, круг общения, и вместе с этим происходит изменение всего образа жизни, привычного ранее. Начинается этап самостоятельного формирования поведенческих привычек и ответственности за состояние своего здоровья. На возраст 20–30 лет приходится сразу несколько очень важных и даже судьбоносных жизненных этапов: поступление и учеба в учебном заведении, служба в армии, начало трудовой деятельности и адаптация в рабочем коллективе, образование семьи и по-

явление детей. Молодые люди в данном возрасте практически одновременно осознают себя в нескольких статусах: студент, военнослужащий, работник по найму, родитель. Одновременно с изменением жизненного статуса происходят изменение образа жизни, формирование тех или иных привычек питания и уровня ФА, осознание ответственности за свой образ жизни и его последствия. Именно в это возрастное десятилетие происходит формирование устойчивого (привычного) образа жизни.

По определению Организации Объединенных Наций, к молодежи относятся лица в возрасте 15–24 лет [2]. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), подростки – лица 10–19 лет, а молодые люди – 20–24 года. В Российской Федерации люди в возрасте до 29 лет входят в состав Российского союза молодежи и относятся к лицам молодого возраста. В статье рекомендации ориентированы на лиц 18–29 лет.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики на 1 января 2017 г. в РФ проживают 19 млн 707 тыс. человек в возрасте 20–29 лет, и это 13,4% населения нашей страны [3].

Характер питания лиц молодого возраста на современном этапе

Современные исследования указывают, что происходящие изменения в фактическом питании населения сопровождаются увеличением потребления продуктов животного происхождения, насыщенных и гидрогенизированных растительных масел, содержащих трансизомеры жирных кислот, и снижением потребления зерновых продуктов, фруктов и овощей [4]. Это подтверждают результаты российского эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ, в котором недостаточное потребление овощей и фруктов было наиболее выражено в возрастной группе 25–34 года. В этом же возрастном диапазоне отмечено и более низкое потребление рыбы и морепродуктов по сравнению с другими возрастами, что также относится к факторам нерационального питания [5].

Данные выборочного наблюдения рационов питания россиян, проведенного Росстатом в 2013 г., тоже демонстрируют отличительную структуру питания среди лиц 16–29 лет по сравнению с другими возрастными группами. В рационе молодых людей увеличена доля жиров – до 40,2% у мужчин и 40,9% – у женщин (вместо рекомендованных 30%) и снижена доля углеводов – до 46,5% у мужчин и до 46,9% – у женщин (вместо рекомендованных 55–60%) при сохранении доли пищевого белка (13,2%) в рекомендуемый пределах – 10–15% [6]. В рационе мужчин отмечается высокое потребление соли – 13,2 г против рекомендованных 5,0 г. Потребление соли в рационе женщин несколько аккуратнее – 8,7 г. Ежедневно потребляют овощи и фрукты только 60 и 55,4% молодых людей соответственно, женщины чаще – 67,0 и 69,4% соответственно [6]. При этом потребление мясоколбасных изделий у мужчин практически сопоставимо с уровнем потребления фруктов – 52,9%. Около 30% молодых людей ежедневно или большинство дней в неделю употребляют мясные деликатесные изделия (копчености), являющиеся источниками высокого содержания насыщенных жиров и соли. Среди молодых женщин отмечается более здоровый рацион питания – они чаще потребляют овощи, фрукты и реже – мясоколбасные и мяскопеченые изделия, однако и их рацион далек от соответствия рациону здорового питания.

Среди молодежи отмечается частое потребление продуктов, имеющих ограниченное использование в рационе здорового питания. Так, у 16,8% фиксируется частое употребление сладких газированных напитков, 6,3% – продуктов быстрого приготовления (каш, лапши, картофельного пюре и др.), 8,7% – пикантных закусок (сухарики, картофельных чипсов, кренделков). В данном возрасте отмечается наибольшее число лиц, посещающих предприятия общественного питания несколько раз в неделю [6].

В силу возросшего ритма жизни и неупорядоченности досуга 31,9% мужчин и 29% женщин в возрасте 18–29 лет имеют нарушения режима питания [7]. Каждый 5-й (20,6%) мужчина в возрасте 16–29 лет не завтракает ежедневно, а 10,7% вообще не имеют привычки завтракать. Среди женщин ситуация хуже – у каждой 4-й (23,5%) отсутствует традиция ежедневного завтрака, и 11,9% всегда пропускают его [6].

Распространенность среди молодых людей ФР ХНИЗ, обусловленных нерациональным характером питания

Возрастающая актуальность профилактических мер в отношении основных поведенческих ФР ХНИЗ для лиц молодого возраста продиктована и увеличивается их частотой в российской популяции. Данные российского национального проспективного исследования, выполненного на представительной выборке, показали сравнительно невысокую распространенность ФР ХНИЗ, обусловленных нерациональным питанием и низкой ФА среди молодых людей 20-летнего возраста [8]. Одновременно выявлено многократное увеличение таких показателей к 30-летнему возрасту. Среди мужчин распространенность избыточной массы тела в возрасте 20 лет составляет 15%, 25–29 лет – уже 26,9%, а к периоду 30–35 лет жизни подрастает до 34%. Среди женщин также прослежено возрастассоциированное (период 20–35 лет) увеличение массы тела. В возрастной группе 20–25 лет распространенность избыточной массы тела составляет 14,4%, увеличиваясь до 23,1% в возрастном диапазоне 25–29 лет, и достигает уже 38% к периоду 30–35 лет [8]. В 20-летнем возрасте распространенность ожирения составляет 1% среди мужчин и 1,6% среди женщин, тогда как в 30 лет эти показатели уже 7,4 и 13,9% соответственно [8]. Эпидемиологическое исследование ЭССЕ-РФ, проведенное в 2013 г., демонстрирует уже более высокие показатели ожирения. Так, среди лиц 25–34 лет оно составляет 14,3% у мужчин и 10,5% – у женщин [9].

По данным исследования RLMS-HSE наличие хронических заболеваний увеличивается в 2 раза к 30-летнему периоду жизни как среди мужчин, так и среди женщин по сравнению с 20-летним возрастом [7]. И это ожидаемо, поскольку распространенность ФР развития ХНИЗ среди молодых людей в российской популяции достаточно велика. Так, повышенное артериальное давление имеет место у 21,6% мужчин и 7,9% женщин в возрасте 25–34 лет, повышенный уровень общего холестерина крови – у 41,4% мужчин и 33,0% женщин, а повышенный уровень глюкозы крови – у 2,0 и 0,9% соответственно [5].

Анализ динамики и структуры причин смертности среди молодежи РФ и стран Европы за 1959–2014 гг., проведенный Е.А.Николаюк [10], показал увеличение разницы в показателях за последние 50 лет. По публикации автора со ссылками на Human Mortality Database, базы данных ВОЗ и демографического центра Российской экономической школы, смертность среди

молодежи в России в 2013 г. была ниже, чем в 1959 г. лишь на 15%, в то время как в некоторых странах Европы этот показатель снизился в 2 раза и более. В Белоруссии, Литве и Эстонии также отмечено снижение смертности на 37, 39, 51%, соответственно. Показатели смертности среди российской молодежи в возрасте 15–29 лет выше аналогичных – в других странах разница в интервале от 1,64 (Белоруссия) до 6,19 раза (Испания). Болезни системы кровообращения находятся на втором месте среди причин смертности молодых людей в России, уступая «внешним причинам». Внутри класса болезней системы кровообращения большее количество случаев смерти в возрасте 15–29 лет приходится на «прочие болезни сердца», «алкогольную кардиомиопатию», «кардиомиопатию» и «другие формы острой ишемической болезни сердца». Согласно выводам автора Россия начала отставать в снижении смертности среди молодых лиц от других стран с начала 1970-х годов. В 1990-е годы отмечался рост смертности среди молодежи, а с середины 2000-х годов наблюдалось снижение, однако в последние годы фиксируется замедление снижения данного показателя. Для преодоления этой разницы необходимы изменения самосохранительного поведения у молодых людей [10].

Все эти обстоятельства делают проблему сохранения здоровья молодежи крайне актуальной, а формирование приверженности здоровому образу жизни (ЗОЖ), включая соблюдение рациона здорового питания, – приоритетным направлением профилактической медицины.

Мотивация и приверженность ЗОЖ

Стимулирование практики ЗОЖ для лиц молодого возраста имеет решающее значение как для здоровья населения и социальной инфраструктуры страны, так и для предотвращения проблем со здоровьем конкретного человека в зрелые годы. Большинство людей в возрасте 21–30 лет отмечают хорошее состояние здоровья и имеют низкую мотивацию к построению здоровьесохраняющих основ [2]. Наряду с этим появилась возрастающая активность молодых россиян в плане воспитания самосохранительного поведения, которое в последние годы становится более осознанным и рациональным.

В исследовании RLMS-HSE отмечено, что каждый 4-й в возрасте 18–25 лет не употребляет алкогольные напитки, и доля этих лиц стабильно увеличивается с 26,4% в 2006 г. до 34,7% в 2010 г [11]. Рост числа лиц с высоким уровнем ФА среди молодежи подтверждается исследованием Росстата. Охват регулярными занятиями физической культурой и спортом составляет 55,3% среди лиц 20–24 лет и 43,1% в возрасте 25–29 лет. Большая часть из них – 77,6% в возрасте 20–24 лет и 72,4% в возрасте 25–29 лет уделяют физическим нагрузкам от 2 до 6 ч в неделю [12].

Среди молодежи распространены отдельные привычки питания, соответствующие здоровому рациону. Так, 72,4% лиц 20–29 лет никогда не досаливают приготовленные блюда, 79,7% – предпочитают нежирное красное мясо или заменяют его рыбой или птицей; 67,9% – выбирают обезжиренные молочные продукты или низкой жирности, 20% почти всегда заменяют на десерт кондитерские изделия фруктами [6].

Наиболее частыми источниками получения информации о здоровом питании среди лиц 20–29 лет являются в 55,8% случаев – специальные выпуски теле- и радиопередач, специализированные интернет-сайты, 35,4% – средства массовой информации (газе-

ты, журналы) и только в 5,6% – медицинские работники [6].

Последнее свидетельствует о необходимости модернизации оказания профилактических услуг в области популяризации ЗОЖ для данной возрастной категории в условиях медицинских учреждений.

Таким образом, в настоящее время профилактические начинания специалистов обоснованы не только медицинской потребностью в ранней коррекции ФР ХНИЗ, но и востребованы социальной и одновременно медицинской активностью самой молодежи. Кроме того, молодые люди, занимающие активную позицию, могут являться проводниками перемен, иницируя действия по выбору здоровых форм поведения и активизируя общественные движения по ЗОЖ.

Рациональное питание, формирование здоровых пищевых привычек и адекватный уровень ФА в молодом возрасте закладывают основы хорошего состояния здоровья в более старших возрастах. Предоставление обоснованной информации превентивного содержания компетентным лицом – медицинским специалистом – быстрый и эффективный способ выявления и решения проблемы в случае ее возникновения [2].

Организация в рамках первичной медико-санитарной помощи оказания профилактической помощи с проведением профилактического консультирования для лиц молодого возраста

В настоящее время в первичном звене здравоохранения существует много возможностей для получения адресной профилактической консультации по построению рациона здорового питания или индивидуальной коррекции существующего рациона.

Пациент имеет возможность ежегодного обращения в центр здоровья для профилактического скринингового обследования и получения консультирования по коррекции ФР [13].

В соответствии с «Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [14] молодые люди с 21-летнего возраста один раз в 3 года приглашаются в территориальное медицинское учреждение для прохождения диспансеризации с целью раннего выявления ХНИЗ и основных ФР их развития, определения группы здоровья и выбора тактики лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение риска заболеваний и их осложнений. Согласно Порядку на заключительном этапе диспансеризации проводится обязательное профилактическое консультирование по коррекции ФР, включая оздоровление рациона питания [15].

В настоящее время структуры медицинской реабилитации (стационарные отделения, центры медицинской реабилитации) укрепляются специалистами – врачами-диетологами, что также создает возможность осуществления консультирования по рациону здорового питания [16].

Для выработки тактики ведения пациента и определения направленности профилактического консультирования медицинскому специалисту необходимо изучить наличие алиментарно-зависимых ФР (АЗФР) ХНИЗ у пациента и оценить имеющиеся привычки питания.

Оценка ФР, обусловленных нездоровым питанием

У молодых пациентов основной проблемой, с которой чаще встречаются медицинские работники,

является наличие АЗФР. Молодой возраст – период, когда пока еще нет сформированного алиментарно-обусловленного заболевания, и потому это время для активного внедрения профилактических подходов и формирования устойчивых навыков здоровьесохраняющего образа жизни.

К АЗФР ХНИЗ, обусловленных нерациональным характером питания, относятся: избыточная масса тела, ожирение, гиперхолестеринемия и дислипидемия, гипергликемия и повышение артериального давления. Критериями оценки служат целевые показатели в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями [17].

Оценка привычек питания

Объем оказания профилактического консультирования по рациональному питанию включает оценку и коррекцию характера питания. В отличие от специализированного диетологического приема назначение лечебного рациона питания не входит в задачи профилактического консультирования и проводится на уровне коррекции пищевых привычек.

Анализ существующего характера питания позволяет получить наглядное представление о рационе и пищевых привычках, на основании чего выстраиваются объем консультирования и тактика ведения пациента с необходимой коррекцией.

Оценка характера питания осуществляется при сборе пищевого анамнеза пациента, включая частоту ежедневного и еженедельного приема пищевых продуктов с уточнением их пищевых и энергетических характеристик. Уточняется режим питания – кратность и время приема, чтобы получить информацию о равномерности распределения пищевой нагрузки в течение дня. Дополнительно выясняется уровень питьевого режима, наличие пищевой аллергии или непереносимости, применение витаминно-минеральных комплексов. Сбор пищевого анамнеза всегда занимает большое количество времени на приеме, что сокращает время самого консультирования по коррекции рациона. Между тем для проведения консультирования по коррекции пищевых привычек требуется ограниченный объем информации, необходимый для цели оказания такого вида помощи. Поэтому опрос пациента о пищевом анамнезе с использованием алгоритма сбора информации, дополненного анализом существующих пищевых привычек на соответствие рациону здорового питания и формированием рекомендации по модификации рациона, значительно облегчает работу медицинского специалиста, требуя от него коррекции лишь с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Предлагаемый в статье алгоритм анализа и коррекции пищевых привычек на соответствие рациону здорового питания осуществляется опросным методом по частоте потребления основных групп пищевых продуктов с дополнительной количественной оценкой потребления сахара в сырьевом виде (сахар-рафинад, сахар-песок). Анкета опроса представлена в Прил. 1. Вопросник включает анализ частоты потребления основных рационформирующих пищевых продуктов, рекомендованных для ежедневного, еженедельного и ограниченного потребления в рамках рациона здорового питания. В оценку и анализ также включены и отдельные привычки пищевого поведения: досаливание уже приготовленного блюда непосредственно перед его употреблением, потребление молочных продуктов высокой жирности, предпочтение хлебобулочных изделий из муки

высшего сорта. Потребление поваренной соли оценивается по привычке «досаливать уже готовые блюда» и частоте потребления солений и маринадов, мясокопашных изделий и копченостей. Анализируется режим питания по кратности приемов пищи в течение дня.

При заполнении анкеты (опросе пациента) возможны варианты – самозаполнение или сбор данных о характере питания непосредственно медицинским работником (интервьюером), также существует возможность дистанционного заполнения формы и формирования рекомендации. После завершения опроса в программе формируется перечень рекомендаций для пациента по коррекции рациона питания. В компьютерной программе [18] анализ характера питания на соответствие принципам здорового питания проводится по разработанному алгоритму в соответствии с рекомендациями ВОЗ [19], с учетом существующих в РФ регламентирующих документов по характеристикам пищевой продукции [20]. С целью удобства анализа, интерпретации исходного характера питания и плана для коррекции рациона в данной статье приведен пример в Прил. 1, где зеленым цветом выделены поля, соответствующие рациону здорового питания.

Комплексный анализ привычек питания, диагностика АЗФР ХНИЗ позволяют медицинскому специалисту определить с тактикой ведения конкретного пациента, объемом коррекции рациона питания и временем наблюдения.

Алгоритм проведения профилактического консультирования

В рамках проведения профилактического консультирования медицинскому специалисту необходимо выполнить ряд последовательных действий (алгоритм), направленных на реализацию цели консультирования.

- Спросить пациента, как он оценивает характер своего питания в соответствии с уровнем ФА.
- Узнать мнение о наличии ФР, связанных с питанием. Информировать о выявленных АЗФР. Объяснить пациенту с ФР необходимость их коррекции и поддержания ЗОЖ.
- Оценить отношение пациента к ФР, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни, индивидуальные особенности (наследственность, привычки и режим питания, уровень ФА).
- При готовности лица к коррекции АЗФР провести непосредственно консультирование по изменению рациона питания. Обсудить план действий и составить согласованный с пациентом конкретный и реалистичный план оздоровления, график повторных визитов и частоту контроля ФР.
- Уточнить, насколько пациент понял рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»). Обязательно предоставить ему рекомендации в письменном виде (памятки, листовки и пр.); пример в Прил. 2. Ответить на вопросы пациента.
- Научить пациента конкретным навыкам: составлению рациона питания, замене продуктов и способам приготовления блюд.
- Проводить необходимую коррекцию в тактике ведения пациента при каждом визите, повторять рекомендации и уточнять график повторных визитов. Осуществлять контроль за выполнением рекомендаций и изменением характера питания, АЗФР. Одобрять позитивные изменения.

Важно проводить консультирование в форме беседы, выслушивая мнение пациента и отвечая на все возникающие у него вопросы (соблюдение принципа «обратной связи»). Консультирование по рациону питания целесообразно осуществлять в индивидуальной форме, что позволяет медицинскому специалисту учитывать особенности общения с данным лицом, его пищевые привычки, реакцию на изменения в характере питания. Ввиду большого объема содержание информационной части консультирования в данной статье не приведено, поскольку уже отражено в соответствующих документах [21].

В заключение следует подчеркнуть важность проведения более ранних профилактических мероприятий по формированию навыков здорового питания. Для достижения эффективности рекомендаций по изменению питания требуется особый подход к пациенту, который бы обеспечивал полноценное внедрение и дол-

госрочную приверженность изменениям. Этой цели в значительной мере способствуют междисциплинарный подход и привлечение не только специалистов медицинской профилактики, но и узких специалистов: врачей-диетологов, врачей лечебной физкультуры, психологов и других подготовленных специалистов. Ключевую роль играют осведомленность врача о текущих современных рекомендациях и способность донести их до пациента в таком виде, чтобы он их принял и внедрил в свою повседневную жизнь.

Взросший в последние годы интерес молодежи к проблемам ЗОЖ ставит перед профилактической медициной новые задачи. Медицинским работникам в силу своей профессиональной деятельности необходимо владеть современными знаниями и навыками профилактического консультирования по вопросам здорового питания с учетом особенностей целевой аудитории – лиц молодого возраста.

Приложение 1

Вопросник привычек питания с указанием позиций, соответствующих рациону здорового питания

1. Ф.И.О.

2. Номер визита.

3. Сколько раз в течение дня вы принимаете пищу? (Три основных приема пищи: завтрак, обед, ужин.)

4. Досаливаете ли вы уже приготовленную пищу?

- нет, не досаливаю;
- да, предварительно пробуя;
- да, не пробуя.

5. Сколько кусочков и/или чайных ложек сахара (меда, джема, варенья и др.) вы употребляете за день? (Менее 12 в день.)

6. Какой сорт хлеба вы чаще употребляете:

- цельнозерновой и/или с отрубями;
- пшеничный;
- не употребляю.

7. Как часто вы употребляете следующие продукты:

	Не употребляю/ редко	1–2 раза в месяц	1–2 раза в неделю	Ежедневно/ почти ежедневно
Овощи (кроме картофеля)				
Фрукты, включая ягоды и сухофрукты				
Крупы				
Бобовые (фасоль, чечевица, горох и др.)				
Картофель				
Макаронные изделия				
Молоко, кефир, йогурт, творог				
Сметана, сливки				
Сыр				
Рыба				
Птица				
Мясо				
Колбасы, сосиски, субпродукты				
Соления и маринованные продукты				
Сладости и кондитерские изделия (конфеты, варенье, печенье и др.)				

8. Укажите жирность наиболее часто используемых молочных продуктов

				Затрудняюсь ответить, п
Молоко, кефир, йогурт, %	0–1,0	1,2–2,5	2,7 и выше	9
Сметана, сливки, %	5–10	10–15,0	20–25 и выше	9
Творог, %	0–2,0	2,0–5,0	5,0 и выше	9
Сыр, %	4–8,09	9,0–19,0	20,0 и выше	9

Приложение 2**Памятка для пациента «Рацион здорового питания»**

– Основу рациона питания составляют продукты растительного происхождения: зерновые и бобовые, овощи (кроме картофеля) и фрукты. Рекомендовано ежедневно употреблять 1–2 порции зерновых продуктов, 2 крупных по размеру фрукта и 2 блюда из овощей. С зерновых продуктов оптимально начинать день. Пример для завтрака: каша, цельнозерновой хлеб или несладкая выпечка. Количество овощей (кроме картофеля) и фруктов должно быть не менее 400 г в день. Цельные фрукты предпочтительнее соков, пюре или смузи. Фрукты содержат пищевую клетчатку, сдерживающую быстрое усвоение сахаров. Свежие, замороженные или сушеные ягоды являются самым лучшим выбором для десерта или перекуса. С целью увеличения количества пищевых волокон (клетчатки) и ограничения поступления легкоусвояемых углеводов предпочтительны хлебобулочные изделия из цельного зерна, а также с добавлением отрубей.
– Птица (курица, индейка, утка и др.), яйца, рыба и морепродукты (креветки, кальмары и т.д.) являются источниками поступления животного белка в организм. Рекомендуемое количество составляет 150–200 г в день. Рыбные блюда должны быть не реже 2 раз в неделю в рационе. Кожа с птицы не употребляется в пищу, и ее необходимо удалять перед приготовлением блюда.
– Молочные продукты являются основным источником кальция для организма человека, поэтому рекомендуется потребление 1–2 порций ежедневно. Следует выбирать низкожировые и/или обезжиренные виды молочной продукции. Пример: молоко, кефир и йогурт 0–2,0% жирности, сыр 4–17% жирности, сметана 10–15,0% жирности, творог 0–4,0% жирности. Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, не содержащих добавленного сахара.
– При приготовлении блюд использовать только растительные масла (подсолнечное, оливковое и др.).
– В рационе питания следует ограничивать потребление животных насыщенных жиров. С этой целью потребление красных сортов мяса (говядина, свинина, баранина и др.) рекомендуется не чаще 2–3 раз в неделю. Следует ограничить потребление сливочного масла, мясоколбасных продуктов (сосиски, сардельки, все виды колбас, карбонады и т.д.) и субпродуктов (печень, язык и др.).
– Рекомендуемое потребление соли составляет 5 г/сут, поэтому необходимо ограничить/исключить потребление консервированной продукции, маринованных и соленых блюд, а также отказаться от привычки досаливать уже приготовленное блюдо. Рекомендуется в домашнем приготовлении использовать йодированную соль. При возможности соль следует заменять лимонным соком, например в овощных салатах и рыбных блюдах.
– Потребление сахара целесообразно ограничить, а потребление кондитерских изделий и сдобы (поскольку они являются источником избыточного поступления в организм сахаров и насыщенных жиров) следует избегать.
– Алкогольные напитки важно максимально ограничивать/исключать, они высококалорийны и не обладают пищевой ценностью для организма.
– Соблюдение режима питания. Рекомендуется три основных приема пищи в течение дня: завтрак, обед и ужин. Ежедневный завтрак обязателен! Оптимально – в течение первого часа с момента пробуждения. Лучшим блюдом для завтрака является каша. Завтрак должен быть всегда на 10–15% обильнее, чем ужин, который принимается за 3–4 ч до отхода ко сну. Оптимальный интервал между завтраком и ужином – 10–11 ч: если завтрак в 8:00, то ужин в 18:00.
– Рекомендуемое количество жидкости в сутки составляет 2,0 л, включая потребление первых блюд и напитков. На питьевую воду в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл (3 стакана). Порция утреннего напитка во время завтрака должна быть по объему больше обычной в течение дня – 250–300 мл.
– Осуществление контроля за основными параметрами тела. Измерение массы тела и окружности талии ежемесячно, утром, натощак – до завтрака.
– Ежедневно быть физически активным! Выбрать вид двигательной или ФА, который нравится и отвечает образу жизни. Пример – прогулки на велосипеде в выходные дни или ежедневная ходьба – не менее 10 тыс. шагов. Удобно использовать шагомер для контроля и мотивации. Ежедневно в течение всего дня совершать простые вещи, требующие затрат энергии: подъем по лестнице, пешие прогулки, использовать велосипед в качестве ежедневного транспорта.

Литература/References

1. O'Doherty MG, Cairns K, O'Neill V et al. Effect of major lifestyle risk factors, independent and jointly, on life expectancy with and without cardiovascular disease: results from the Consortium on Health and Ageing Network of Cohorts in Europe and the United States (CHANCES). *Eur J Epidemiol* 2016; 31: 455–68.
2. Youth and health risks Report by the Secretariat sixty-fourth world health assembly 28 April 2011. Doc. A64/25 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-en.pdf
3. Федеральная служба государственной статистики РФ. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/food1/survey0/index.html / *Federalnaya sluzhba gosudarstvennoy statistiki RF*. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/food1/survey0/index.html [in Russian]
4. Globalization, diets and noncommunicable diseases (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241590416.pdf>). Geneva, World Health Organization, 2002.
5. Муромцева ГА, Концевая АВ, Константинов ВВ и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014; 13 (6): 4–11. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-6-4-11 / *Muromceva GA, Koncevaaya AV, Konstantinov VV. i dr. Rasprostranennost faktorov riska neinfekcionnyh zaboolevanij v rossijskoj populyacii v 2012–2013 gg. Rezultaty issledovaniya ESSE-RF. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2014; 13 (6): 4–11. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-6-4-11 [in Russian]
6. Рацион питания населения 2013. Статистический сборник. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). М., 2016. / *Racion pitaniya naseleniya 2013. Statisticheskij sbornik. Federalnaya sluzhba gosudarstvennoj statistiki (Rosstat)*. М., 2016. [in Russian]
7. Козырева ПМ, Низамова АЭ, Смирнов АИ. Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности (1994–2011 гг.). Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE), 2012. Вып. 6; с. 8–47. / *Kozyreva PM, Nizamova AE, Smirnov AI. Zdorove naseleniya Rossii: dinamika i vozrastnye osobennosti (1994–2011 gg.). Vestnik Rossijskogo monitoringa ekonomicheskogo polozheniya i zdorovya naseleniya NIU VShE (RLMS-HSE)*, 2012. Вып. 6; с. 8–47. [in Russian]
8. Шальнова СА, Деев АД. Масса тела у мужчин и женщин (результаты обследования российской, национальной, представительной выборки населения). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2008; 7 (6): 60–3. / *Sbalnova SA, Deev AD. Massa tela u muzhchin i zhenщин (rezultaty obsledovaniya rossijskoj, nacionalnoj, predstavitelnoj vyborki naseleniya). Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2008; 7 (6): 60–3. [in Russian]
9. Баланова ЮА, Концевая АВ, Шальнова СА и др. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. *Профилактическая медицина*. 2014; 17; 5: 42–53. / *Balanova YuA, Koncevaaya AV, Sbalnova SA. i dr. Rasprostranennost povedencheskih faktorov riska serdechno-sosudistyh zaboolevanij v Rossijskoj populyacii po rezul'tatam issledovaniya ESSE-RF. Profilakticheskaja medicina*. 2014; 17; 5: 42–53. [in Russian]

- lyacii po rezultatam issledovaniya ESSE-RF. Profilaktičeskaya medicina. 2014; 17; 5: 42–53. [in Russian]
10. Николаюк Е.А. Динамика и структура причин смерти молодежи России и Европы. Профилактическая медицина. 2016; 4: 7–14. DOI: 10.17116/profmed20161947-14. / Nikolajuk EA. Dinamika i struktura prichin smerti molodezbi Rossii i Evropy. Profilaktičeskaya medicina. 2016; 4: 7–14. DOI: 10.17116/profmed20161947-14. [in Russian]
 11. Роцина Я.М. Динамика и структура потребления алкоголя в современной России. Вестн. Рос. мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE). 2012. Вып 2; с. 238–57. http://www.rlms.bse.ru/vestnik/Vestnik_RLMS-HSE_2012.pdf / Roshina Ya.M. Dinamika i struktura potrebleniya alkogolya v sovremennoj Rossii. Vestn. Ros. monitoringa ekonomičeskogo položeniya i zdorov'ya naseleniya NIU VShE (RLMS-HSE). 2012. Вып 2; s. 238–57. http://www.rlmsbse.ru/vestnik/Vestnik_RLMS-HSE_2012.pdf [in Russian]
 12. Молодежь в России. 2010. Стат. сб./ЮНИСЕФ, Росстат. М.: Статистика России, 2010. / Molodezh v Rossii. 2010. Stat. sb./YUNISEF, Rosstat. M.: Statistika Rossii, 2010. [in Russian]
 13. Оказание медицинской помощи взрослому населению в центрах здоровья. Методические рекомендации, 2012. https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Metod_rekom_po_CZ_isprav_aprel_2013.pdf / Okazanie medicinskoj pomosbi vzroslojmu naseleniyu v centrakh zdorov'ya. Metodicheskie rekomendacii, 2012. https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Metod_rekom_po_CZ_isprav_aprel_2013.pdf [in Russian]
 14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9556-prikaz-ministerstva-zdravoobraneniya-rossijskoj-federatsii-ot-26-oktyabrya-2017-g-869n-ob-utverzhenii-poryadka-provedeniya-dispanserizatsii-opredelennyh-grupp-vzroslogo-naseleniya> / Prikaz Ministerstva zdavoobraneniya Rossijskoj Federacii ot 26.10.2017 №869n "Ob utverzhenii poryadka provedeniya dispanserizatsii opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya". <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9556-prikaz-ministerstva-zdravoobraneniya-rossijskoj-federatsii-ot-26-oktyabrya-2017-g-869n-ob-utverzhenii-poryadka-provedeniya-dispanserizatsii-opredelennyh-grupp-vzroslogo-naseleniya> [in Russian]
 15. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 26.10.2017 №869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения". М., 2017. <http://www.gnicpm.ru>; <http://ropniz.ru>. DOI: 10.17116/profmed2017medrek01v4 / Bojcov SA, Drapkina OM, Kalinina AM, i dr. Organizacija provedeniya dispanserizacii opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya. Metodicheskie rekomendacii po praktičeskoj realizacii prikaza Minzdrava Rossii ot 26.10.2017 №869n "Ob utverzhenii poryadka provedeniya dispanserizacii opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya". М., 2017. <http://www.gnicpm.ru>; <http://ropniz.ru>. DOI: 10.17116/profmed2017medrek01v4 [in Russian]
 16. Порядок организации медицинской реабилитации (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 №1705н). <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9110-poryadok-organizatsii-meditsinskoj-reabilitatsii-utv-prikazom-ministerstva-zdravoobraneniya-rossijskoj-federatsii-ot-29-dekabrya-2012-g-1705n> / Poryadok organizacii medicinskoj rehabilitacii (utv. prikazom Ministerstva zdavoobraneniya Rossijskoj Federacii ot 29.12.2012 №1705n). <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9110-poryadok-organizatsii-meditsinskoj-reabilitatsii-utv-prikazom-ministerstva-zdravoobraneniya-rossijskoj-federatsii-ot-29-dekabrya-2012-g-1705n> [in Russian]
 17. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. Рос. кардиологич. журн. 2018; 23 (6): 7–122. <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-7-122> / Kardiovaskuliarnaja profilaktika 2017. Rossijskie natsionalnye rekomendatsii. Ros. kardiologič. zburn. 2018; 23 (6): 7–122. <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-7-122> [in Russian]
 18. Карамнова Н.С., Калинина А.М., Пустеленин А.В., Бойцов С.А. Оценка и анализ пищевых привычек питания человека на соответствие принципам здорового питания. Программа для ЭВМ. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2016662005. / Karamnova NS, Kalinina AM, Pustelenin AV, Bojcov SA. Ocenka i analiz pishebnyh privyček pitaniya čeloveka na sootvetstvie principam zdorovogo pitaniya. Programma dlya EVM. Svidetelstvo o gosudarstvennoj registracii programmy dlya EVM №2016662005. [in Russian]
 19. Healthy diet. Fact sheets. WHO. <http://www.wbo.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
 20. Технический регламент Таможенного союза «Пищевая продукция в части ее маркировки» (ТР ТС 022/2011). / Tehničeskij reglament Tamozhennogo soyuza "Pishevaya produkcija v chasti ee markirovki" (TR TS 022/2011). [in Russian]
 21. Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М. и др. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации. Изд. 2-е, с доп. и уточн. Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 6 августа 2013 г. https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Metod_rekomendacii_po_dispanserizacii_2_izdanie_1_.pdf / Bojcov SA, Ipatov PV, Kalinina AM, i dr. Organizacija provedeniya dispanserizacii i profilaktičeskib medicinskb osmotrov vzroslogo naseleniya. Metodicheskie rekomendacii. Izd. 2-e, s dop. i utocbn. Utverzheny glavnyjmi specialistom po profilaktičeskoj medicine Minzdrava Rossii 6 avgusta 2013 g. https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Metod_rekomendacii_po_dispanserizacii_2_izdanie_1_.pdf [in Russian]

Сведения об авторах

Карамнова Наталья Станиславовна – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отд. эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ НИИЦ ПМ. E-mail: nkaramnova@gnicpm.ru

Измайлова Ольга Викторовна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд. первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ НИИЦ ПМ. E-mail: oizmailova@gnicpm.ru

Калинина Анна Михайловна – д-р мед. наук, проф., рук. отд. первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ НИИЦ ПМ