**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

06.11.2019 № 28-2/286

На № _____ от _____

Руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья

Во исполнение распоряжения Правительства Российской Федерации от 27.06.2019 № 1391-р «О проведении в 2019 и 2020 годах Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации» и поручения заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Е.Г. Камкина от 25.10.2019 № 72 в соответствии с новым порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, установленным приказом № 124н Министерство здравоохранения Российской Федерации разработало и направляет для использования в работе информационные материалы, направленные на популяризацию профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, и методические рекомендации «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Данные материалы размещены на официальном сайте Минздрава России и доступны для скачивания по ссылке: https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/dispanserizatsiya, а также на официальном интернет-портале о здоровом образе жизни takzdorovo.ru и на сайте ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» gnicpm.ru.

Одновременно сообщаем, что полная информация о рисках возникновения неинфекционных заболеваний и рекомендации по ведению здорового образа жизни размещены на вышеуказанных сайтах takzdorovo.ru и gnicpm.ru. В разделе «Для справки» сайта takzdorovo.ru указан подробный список центров здоровья, в которых любой гражданин Российской Федерации может бесплатно пройти осмотр и получить рекомендации по вопросам здорового образа жизни. Кроме того, функционирует и поддерживается «горячая линия» 8 (800) 200 0 200, круглосуточно бесплатно для населения Российской Федерации предоставляющая консультации по вопросам здорового образа жизни, включая вопросы работы центров здоровья.

Приложение: на 170 л. в 1 экз.

Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций А.А. Киселев-Романов

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП, хранится в системе электронного документооборота Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 01D558BC0500000000CD195F122E0001
Кому выдан: Киселев-Романов Алексей Анатольевич
Действителен: с 22.08.2019 до 22.08.2020

Маркова Мария Владимировна (495) 627-24-00 (2822)

# СХЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ПМО) И I ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ: ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЙ ПУНКТ

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ I ЭТАП**

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ПМО)**

## ФАП

- Анкетирование 1 раз в год
- Антропометрия 1 раз в год
- Измерение АД 1 раз в год
- Определение уровня общего холестерина 1 раз в год
- Определение уровня глюкозы крови 1 раз в год
- Оценка сердечно-сосудистого риска 1 раз в год
- Измерение внутриглазного давления (при первом ПМО и далее с 40 лет 1 раз в год)
- ЭКГ (при первом ПМО и далее с 35 лет 1 раз в год)
- Осмотр фельдшером (акушеркой) 1 раз в год (женщины от 18 лет и старше)

**Прием (осмотр) фельдшером ФАП,** в т.ч. осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов

**Лица с I-II группой здоровья**

- Общий анализ крови 1 раз в год (лица 40 лет и старше)
- Простатспецифический антиген (ПСА) в крови (мужчины в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет)
- Исследование кала на скрытую кровь (лица 40-64 лет 1 раз в 2 года, лица 65-75 лет 1 раз в год)
- Мазок с поверхности шейки матки и цервикального канала (женщины 18-64 лет 1 раз в 3 года)
- Краткое профилактическое консультирование

## ПОЛИКЛИНИКА

**Флюорография** легких 1 раз в 2 года

**- Лица с IIIА и IIIБ группой здоровья**
**- Лица с I-II группой здоровья, у которых выявлены жалобы на здоровье и (или) патологические изменения исследуемых показателей при отсутствии ранее установленного диагноза**

**Прием (осмотр) врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики),** в т.ч. осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов

**Маммография** 1 раз в 2 года (женщины 40-75 лет)

**ЭГДС** (мужчины и женщины в возрасте 45 лет)

**Прием (осмотр) врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики),** в т.ч. осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов

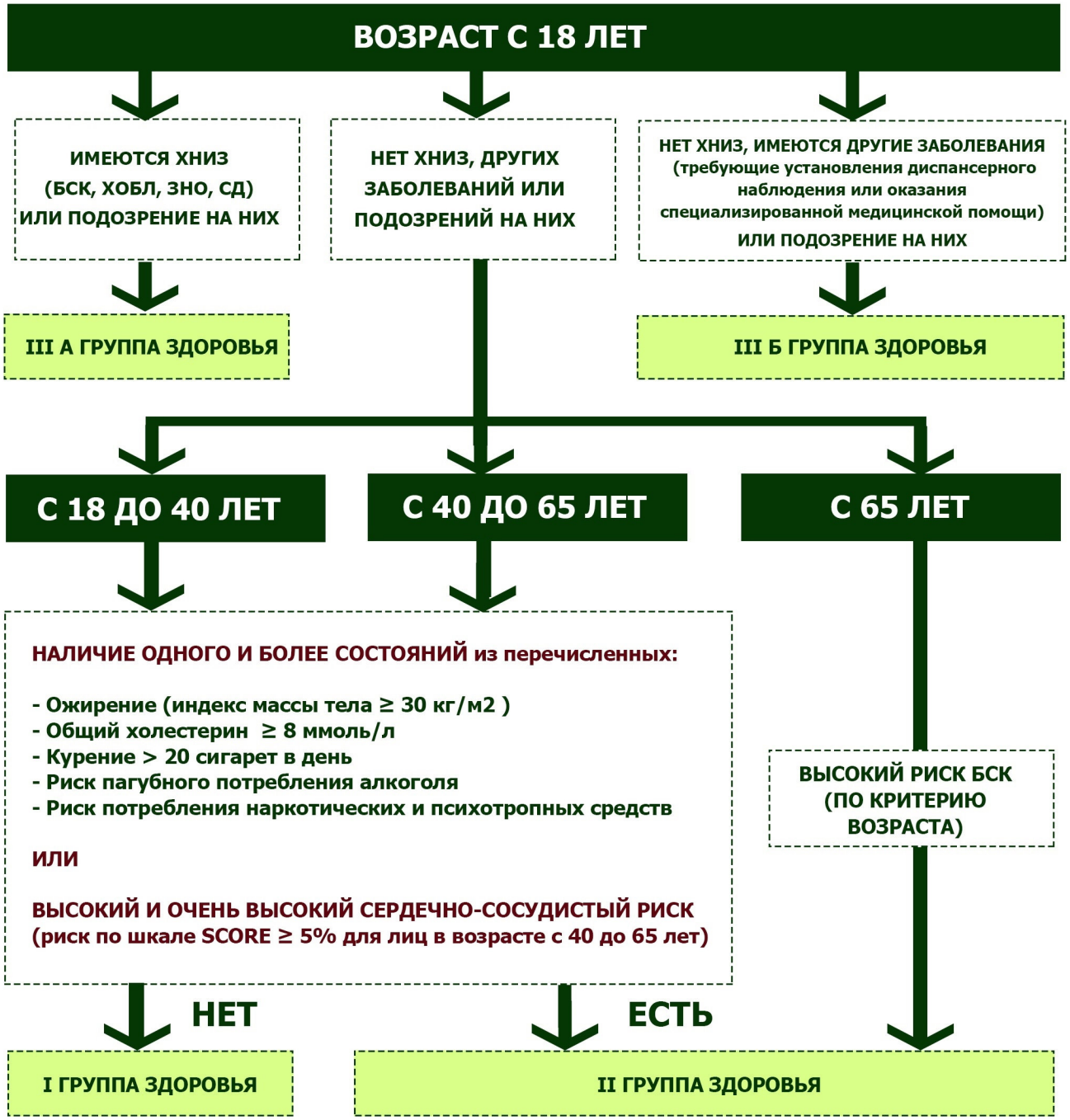
# СХЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ПМО) И I ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ: ПОЛИКЛИНИКА (ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ)

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ I ЭТАП**

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ПМО)**

| КАБИНЕТ (ОТДЕЛЕНИЕ) МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ | КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ | ТЕРАПЕВТ |
|---|---|---|
| - Анкетирование 1 раз в год<br>- Антропометрия 1 раз в год<br>- Измерение АД 1 раз в год<br>- Определение уровня общего холестерина 1 раз в год<br>- Определение уровня глюкозы крови 1 раз в год<br>- Оценка сердечно-сосудистого риска 1 раз в год<br>- Измерение внутриглазного давления (при первом ПМО и далее с 40 лет 1 раз в год) | - Флюорография легких 1 раз в 2 года<br>- ЭКГ (при первом ПМО и далее с 35 лет 1 раз в год)<br>- Осмотр акушеркой (фельдшером) (женщины 1 раз в год) | **- Лица с IIIА и IIIБ группой здоровья**<br>**- Лица с I-II группой здоровья, у которых выявлены жалобы на здоровье и (или) патологические изменения исследуемых показателей при отсутствии ранее установленного диагноза** |
| **Прием (осмотр) врачом (фельдшером) КМП (ОМП),** в т.ч. осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов | **Лица с I-II группой здоровья** | **Прием (осмотр) врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики),** в т.ч. осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов |
| Краткое профилактическое консультирование | - Маммография 1 раз в 2 года (женщины от 40 до 75 лет)<br>- Общий анализ крови 1 раз в год (лица 40 лет и старше)<br>- Простатспецифический антиген (ПСА) в крови (мужчины в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет)<br>- Мазок с поверхности шейки матки и цервикального канала (женщины 18-64 лет 1 раз в 3 года)<br>- Исследование кала на скрытую кровь (лица 40-64 лет 1 раз в 2 года, 65-75 лет 1 раз в год)<br>- ЭГДС 1 раз в возрасте 45 лет | **Прием (осмотр) врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики),** в т.ч. осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов |

# АЛГОРИТМ УСТАНОВЛЕНИЯ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (ПРИКАЗ МЗ № 124Н ОТ 13.03.19)




## Перечень кодов МКБ-10, соответствующих заболеваниям (состояниям), относимым к III А группе здоровья

| Заболевание/состояние | Код по МКБ-10 |
|---|---|
| Сахарный диабет 1-го и 2-го типа | E10-11 |
| Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (гипертонии) | I10-15 |
| Стенокардия | I20.1-20.9 |
| Атеросклеротический кардиосклероз | I25.1 |
| Постинфарктный кардиосклероз | I25.2 |
| Церебральный атеросклероз | I67.2 |
| Стеноз сонной артерии | I65.2 |
| Последствия ОНМК и хроническая ишемия мозга | I69, I 67,8 |
| Нарушения ритма сердца и ХСН | I47-50 |
| Ревматические заболевания сердца | I05-I09 |
| Врожденные пороки сердца | Q20-24 |
| Кардиомиопатии | I42-43 |
| Заболевания периферических сосудов | I70-72, I73,9 |
| Хронический бронхит, эмфизема легких | J40-43 |
| Хроническая обструктивная болезнь легких | J44 |
| Бронхиальная астма | J45 |
| Бронхоэктатическая болезнь | J47 |
| Злокачественные новообразования | C00-D09 |
| *в том числе, но не ограничиваясь:* | |
| In situ новообразования | D00-09 |
| Пищевода | C15 |
| Желудка | C16 |
| Ободочной кишки | C18 |
| Ректосигмоидного соединения, прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала | C19-21 |
| Поджелудочной железы | C25 |
| Трахеи, бронхов и легкого | C33-34 |
| Молочной железы | C50 |
| Шейки матки | C53 |
| Тела матки | C54 |
| Яичника | C56 |
| Предстательной железы | C61 |
| Почки, кроме почечной лоханки | C64 |

## II группа здоровья

| | |
|---|---|
| Ожирение | E66, E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9 |
| Гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более | E78 |
| Лица, курящие более 20 сигарет в день | Z72.0 |
| Лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) | Z72.1, Z72.2 |

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор,
главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России
Драпкина О.М.
«22» октября 2019 г.

Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России
Дроздова Л.Ю.
«22» октября 2019 г.

# ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Методические рекомендации

Москва 2019 г.

## Аннотация

Методические рекомендации содержат расширенное описание организации проведения профилактического медицинского осмотра (далее – ПМО) и диспансеризации определенных групп взрослого населения (далее – диспансеризация) в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (далее – Порядок проведения ПМО и диспансеризации), утвержденным приказом Минздрава России от 13 марта 2019 г. № 124н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 апреля 2019 г. Регистрационный № 54495).

Медицинские мероприятия, проводимые в рамках ПМО и диспансеризации, направлены на:

- профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ)), факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее - факторы риска), а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;
- проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;
- определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), включая граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Методические рекомендации содержат комментарии к отдельным пунктам Порядка, облегчающее его понимание и практическое применение, предназначены для руководителей медицинских организаций, осуществляющих ПМО и диспансеризацию, а также врачебного и среднего медицинского персонала, непосредственно участвующего в их проведении.

**Авторы методических рекомендаций:** Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Ипатов П.В., Егоров В.А., Иванова Е.С., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Бойцов С.А., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В.

**Образец для цитирования:**

Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 13 марта 2019 г. №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2019. – 165 с. Утверждены главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России О.М. Драпкиной и главным внештатным специалистом по медицинской профилактике Минздрава России Л.Ю. Дроздовой «22» октября 2019 г.

Интернет-ресурсы: https://www.gnicpm.ru/ и http://org.gnicpm.ru/

**Содержание**

# Оглавление

**Введение…… .5**

**Часть 1** ..... **7**

**Часть 2** ..... **30**

Приложение 1.....54
Приложение 2.....55
Приложение 3.....58
Приложение 4.....60
Приложение 5.....62
Приложение 6.....64
Приложение 7.....67
Приложение 8.....71
Приложение 9.....73
Приложение 10 .....77
Приложение 11.....84
Приложение 12.....88
Приложение 13.....90
Приложение 14.....92
Приложение 15.....95
Приложение 16.....96
Приложение 17.....99
Приложение 18.....100
Приложение 19.....103
Приложение 20.....104
Приложение 21.....105
Приложение 22.....108
Приложение 23.....108
Приложение 24.....109
Приложение 25.....110
Приложение 26.....113
Приложение 27.....115
Приложение 28.....115
Приложение 29.....119
Приложение 30.....121
Приложение 31.....124
Приложение 32.....129
Приложение 33.....130
Приложение 34.....131
Приложение 35.....132
Приложение 36.....134
Приложение 37.....134
Приложение 38.....135
Приложение 39.....136
Приложение 40.....140

Приложение 41……143
Приложение 42……148
Приложение 43……150
Приложение 44……151
Приложение 45……152
Приложение 46……153
Приложение 47……154

## Список сокращений

**SCORE** - Systematic Coronary Risk Estimation;
**АГ** - артериальная гипертония;
**АГТ** - антигипертензивная терапия;
**АД** - артериальное давление;
**АПУ** - амбулаторно-поликлиническое учреждение;
**БОД** - болезни органов дыхания;
**БСК** - болезни системы кровообращения;
**ВОЗ** - Всемирная Организация Здравоохранения;
**ГГ** - гипергликемия;
**ГТГ** - гипертриглицеридемия;
**ГХС** - гиперхолестеринемия;
**Диспансеризация** – диспансеризация определенных групп взрослого населения;
**ДАД** - диастолическое артериальное давление;
**ДЛП** - дислипопротеинемия;
**ДН** - диспансерное наблюдение;
**ЖКТ** - желудочно-кишечный тракт;
**ЗНО** - злокачественные новообразования;
**ЗОЖ** - здоровый образ жизни;
**ИБС** - ишемическая болезнь сердца;
**ИзбМТ** - избыточная масса тела;
**ИМТ** - индекс массы тела;
**ИС** - информационная система;
**КМП** - кабинет медицинской профилактики;
**ЛЖ** - левый желудочек;
**ЛПУ** - лечебно-профилактические учреждения;
**НИЗ** – неинфекционные заболевания;
**НФА** - низкая физическая активность;
**ПК** - профилактическое консультирование;
**ПМО** – профилактический медицинский осмотр;
**ПМСП** - первичная медико-санитарная помощь;
**РМЖ** - рак молочной железы;
**РФ** - Российская Федерация;
**РШМ** - рак шейки матки;
**САД** - систолическое артериальное давление;
**СД** - сахарный диабет;
**СС риск** - сердечно-сосудистый риск;
**УПК** - углубленное профилактическое консультирование
**ФР** – фактор риска
**ХНИЗ** – хронические неинфекционные аболевания

## Введение

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 27.06.2019 № 1391-р высшим исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации в 2019 и 2020 годах предписано организовать проведение, в установленном приказом Минздрава России от 13 марта 2019 г. № 124н порядке, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; Федеральному фонду обязательного медицинского страхования совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, Росздравнадзору в рамках установленных полномочий осуществлять контроль за их проведением. В целях повышения охвата граждан профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией Минздраву России, Минпросвещения России, Минобрнауки России, Минкомсвязи России, Минспорту России, Минтрансу России и Минтруду России предписано обеспечить размещение информационных материалов и проведение информационно-коммуникационной кампании, направленных на популяризацию профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе на телевидении, радио и в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Новый Порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации предусматривает ежегодное проведение ПМО для всех взрослых граждан России, проведение диспансеризации – в возрасте 18 – 39 лет 1 раз в 3 года, а в возрасте 40 лет и старше – ежегодно. Важно отметить, что диспансеризация включает раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, в том числе онкоскрининг на 7 наиболее распространенных локализаций онкологических заболеваний, а также дополнительное обследование граждан старших возрастных групп, направленное на выявление возраст-ассоциированных патологических состояний (гериатрических синдромов).

Учение о скрининге или о раннем выявлении высоко актуальных для общества заболеваний путем массового обследования здорового (бессимптомного) населения или больших групп риска (не путать с ранней диагностикой заболеваний, которая проводится в отличие от скрининга у лиц, имеющих симптомы заболеваний) претерпело за последние десятилетия существенные изменения. Проведенные многочисленные исследования на основе положений доказательной медицины привели к пониманию, что любой скрининг, сопряжен как с положительными для тестируемого человека и общества в целом эффектами, так и с вероятностью негативных последствий скрининга. Внедрение любого скрининг-теста требует клинико-экономического обоснования его эффективности, четкого определения баланса пользы и вреда от его массового применения, а также глубокого медико-статистического анализа результатов его проведения, прежде всего, по изучению динамики показателей смертности и инвалидности населения (контингентов) подверженных скринингу. Результаты такого ежегодного анализа, должны лежать в основе решения о дальнейшем продолжении или исключении проводимого скрининга, в том числе проводимого в рамках диспансеризации.

Очень важной новацией нового Порядка проведения ПМО и диспансеризации стала организационно-правовая возможность привлечения медицинских работников медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь для проведения приемов (осмотров, консультаций), исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках ПМО и диспансеризации населения. Кроме того, в соответствии с новым Порядком граждане смогут пройти диспансеризацию не только днем, но и в вечернее время, а также по субботам.

При выявлении у пациентов хронических заболеваний им устанавливается диспансерное наблюдение.

Целевой показатель охвата диспансерным наблюдением составляет 70% пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, выявленными в процессе ПМО и диспансеризации, а в старших возрастных группах – не менее 90%.

Преимуществом нового Порядка является возможность проведения ПМО или диспансеризации одновременно с проведением очередного диспансерного обследования и осмотра в рамках диспансерного наблюдения граждан. При этом исключается дублирование лабораторно-инструментальных исследований и осмотров врачами-специалистами, экономится время особенно работающих граждан и медицинского персонала.

Благодаря такому подходу, в стране ожидается существенное увеличение доли активно выявленных неинфекционных заболеваний на ранних стадиях, что позволит снизить смертность и инвалидность от основных причин.

Для обеспечения широкого охвата профилактическими мероприятиями в Национальный проект «Здравоохранение», реализуемый с 2019 года включены меры по расширению кадрового и ресурсного обеспечения первичного звена здравоохранения. Это касается и достраивания сети амбулаторных медицинских организаций первичного звена в сельской местности – на основе единой для страны геоинформационной электронной системы территориального планирования. Для оказания первичной медико-санитарной помощи жителям малонаселенных и труднодоступных районов развиваются выездные формы работы с помощью мобильных медицинских комплексов, укомплектованных диагностическим оборудованием и бригадами специалистов.

Настоящие методические рекомендации подготовлены в целях оказания практической помощи как ответственным лицам организаторам проведения ПМО и диспансеризации населения, так и врачебному и среднему медицинскому персоналу, непосредственно участвующему в этом процессе.

Методические рекомендации разделены на две основные части и 45 приложений, включающих материалы для медицинских работников и пациентов.

**ЧАСТЬ I «ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ»** изложена по принципу комментариев, методических приемов и практических примеров реализации отдельных, требующих пояснений, пунктов Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее - Порядок), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н с рекомендациями по их практическому использованию.

**ЧАСТЬ II «ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ»** представляет собой изложение основных принципов, положений и приемов проведения отдельных видов профилактического консультирования, применительно к обеспечению проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н.

**ПРИЛОЖЕНИЯ** включают нормативно-правовые и методические материалы для медицинских работников и пациентов, конкретные примеры практической реализации основных организационных и лечебно-диагностических мероприятий по проведению ПМО и диспансеризации.

# ЧАСТЬ I

# «ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ»

Разъяснения к отдельным пунктам Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н с рекомендациями по их практическому использованию

## Пункт 3 Порядка проведения ПМО и диспансеризации

*«3. Медицинские мероприятия, проводимые в рамках настоящего порядка, направлены на:*

*1) профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее - факторы риска), а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;»*

Необходимо обратить внимание, что ранняя диагностика и скрининг это два очень разные понятия, которые ВОЗ в своем Руководстве по ранней диагностике рака Guide to Cancer Early Diagnosis (2017) иллюстрирует следующим рисунком «Чем отличается скрининг от ранней диагностики с учетом появления симптомов») (см. рис. 1).

Рис. 1. Основные отличия скрининга и ранней диагностики заболеваний

К хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ), являющимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, согласно рекомендации ООН (2010) относятся: болезни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразования (ЗНО), сахарный диабет (СД), хронические болезни легких. Указанные болезни обуславливают более 70% случаев инвалидности и смертности населения нашей страны.

Все ХНИЗ имеют общую структуру факторов риска (ФР) их развития, причем большинство из них поддаются коррекции. Концепция факторов риска стала научной основой профилактики - неопровержимо доказано, что распространенность ФР развития основных ХНИЗ среди населения непосредственно связана с уровнем смертности от них. Опыт большого числа стран мира показал, что воздействия в течение 10 лет, направленные на снижение распространенности указанных ФР, обуславливают основной вклад в снижение смертности от ХНИЗ.

Основные факторы риска ХНИЗ и критерии для их определения представлены в Приложении 3 к Порядку проведения ПМО и диспансеризации (Приложение №1).

*«3) проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;»*

Необходимо обратить внимание, что проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития предусмотрено в рамках диспансеризации.

Проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) предусмотрено для всех граждан в рамках первого этапа диспансеризации.

Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) в рамках второго этапа диспансеризации предусмотрено для граждан:

*«а) с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;*

*б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;*

*в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;*

*г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курению более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;».*

**Пункт 4 Порядка проведения ПМО и диспансеризации**

*«4. Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:*

*1) в качестве самостоятельного мероприятия;*

*2) в рамках диспансеризации;*

*3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).»*

Это положение Порядка дает очень важную в практическом отношении возможность

одновременного (совмещенного) проведения ПМО, диспансеризации и диспансерного наблюдения (ДН). В рамках последнего, как известно, проводятся все необходимые для контроля, имеющегося у гражданина заболевания (состояния), лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов и диспансерный осмотр врачом (фельдшером), осуществляющим диспансерное наблюдение.

Реализация этого положения позволит:

- исключить дублирование основных профилактических мероприятий (осмотров, исследований, консультаций) проводимых в рамках ПМО, диспансеризации и ДН, а следовательно уменьшить материальные затраты на их проведение;
- существенно увеличить охват больных IIIа и IIIб групп здоровья диспансерным наблюдением и в полном объеме осуществить охват диспансерным наблюдением пациентов со II группой здоровья;
- существенно сократить затраты рабочего времени медицинского персонала на проведение ПМО, диспансеризации и ДН, а для граждан, соответственно, сократить время на посещение поликлиники, что особенно важно для работающих граждан (раздельное проведение этих мероприятий очевидно потребует больших затрат сил и времени).

## Пункт 5 Порядка проведения ПМО и диспансеризации

*«5. Диспансеризация проводится:*

*1) 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;*

*2) ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан, включая:*

*…*

*г) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет»*

Необходимо обратить внимание на информацию в сноске (*) Приложения №1 к Порядку проведения ПМО и диспансеризации: *«* – если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в пункте 16 или 17 настоящего порядка, то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования.».* Так, граждане в возрасте от 18 до 39 лет включительно могут проходить диспансеризацию не в строго установленные годы в 18-21-24-27-30-33-36-39 лет, а и в другие годы, например, в 19-22-25-28-31-34-37 лет или в 20-23-26-29-32-35-38 лет, как это представлено в таблице 1.

Таблица 1

| **Наименование проводимого обследования гражданина** | **Возраст** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** | **39** | **40 лет и старше** |
| Диспансеризация проводится:<br>1 раз в 3 года, начиная с любого возраста в интервале от 18 до 39 лет;<br>в возрасте 40 лет и старше – ежегодно | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | ежегодно |
| | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | | |
| | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | |

Верхняя граница трудоспособного возраста лиц, застрахованных по ОМС, а также возраст, по достижении которого для мужчин и женщин возникает право на страховую пенсию по старости, в зависимости от периода представления формы территориальными фондами в Федеральный фонд, указаны в таблице 2 (источник: Приказ ФФОМС от 07.03.2019 № 40 «О внесении изменений в приложения к приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2014 г. № 19 «Об утверждении формы № 8 «Сведения о численности лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию» и порядок ее ведения». Зарегистрировано в Минюсте России 26.06.2019 № 55034).

Таблица 2

| Период представления формы территориальными фондами в Федеральный фонд | Мужчины | | Женщины | |
|---|---|---|---|---|
| | (V - 1) - верхняя граница трудоспособного возраста, лет | V - возраст, по достижении которого возникает право на страховую пенсию по старости, лет | (V - 1) - верхняя граница трудоспособного возраста, лет | V - возраст, по достижении которого возникает право на страховую пенсию по старости, лет |
| 2019 - 2020 годы | 60 | 61 | 55 | 56 |
| 2021 - 2022 годы | 61 | 62 | 56 | 57 |
| 2023 - 2024 годы | 62 | 63 | 57 | 58 |
| 2025 - 2026 годы | 63 | 64 | 58 | 59 |
| 2027 и последующие годы | 64 | 65 | 59 | 60 |

**Пункт 10 Порядка проведения ПМО и диспансеризации**

*«10. Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.».*

В целях повышения доступности проведения ПМО и диспансеризации ряд исследований может быть выполнен в других медицинских организациях, в том числе оказывающих специализированную медицинскую помощь.

**Пункт 11 Порядка проведения ПМО и диспансеризации**

*«11. Необходимым предварительным условием проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации является дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ.*

*Гражданин вправе отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации.».*

Порядок и формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от определенных видов медицинских вмешательств утверждены приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1177н (в ред. от 17.07.2019 N 538н). (Приложение №№2,3)

Согласно изменениям, введенным приказом Минздрава России от 17.07.2019 N 538н, информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, а также отказ от одного или

нескольких видов вмешательств теперь может оформляться не только в виде документа на бумажном носителе, но и в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи. Такое согласие включается в медицинскую документацию пациента.

Информированное добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием ЕГИС в сфере здравоохранения, ГИС в сфере здравоохранения субъектов РФ, медицинских ИС медицинских организаций, иных ИС, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Информированное добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа подписываются гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица с использованием простой электронной подписи посредством применения ЕСИА при условии, что при выдаче ключа простой электронной подписи его личность установлена при личном приеме.

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП,) утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом РФ 5 мая 2012 г., № 24082) не содержит эзофагогастродуоденоскопии, ректороманоскопии и колоноскопии, входящих в объем диспансеризации. По этой причине у лиц, которым показано проведение данных исследований (медицинских вмешательств), необходимо отдельно брать добровольное информированное согласие или отказ от проведения эзофагогастродуоденоскопии и/или ректороманоскопии и/или колоноскопии.

## Пункт 12 Порядка проведения ПМО и Диспансеризации

В соответствии с приказом Минздрава России от 2 сентября 2019 г. № 716н «О внесении изменений в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н» абзац 2 пункта 12 представлен в следующей редакции:

«Медицинский работник, уполномоченный руководителем медицинской организации, осуществляет информационное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями в целях организации информирования граждан, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру и (или) диспансеризации в текущем году, или их законных представителей о возможности прохождения профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный № 54643) (далее - Правила обязательного медицинского страхования).

## Пункт 13 Порядка проведения ПМО и Диспансеризации

*«13. Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации являются:*

*1) привлечение населения, прикрепленного к фельдшерскому участку, к прохождению*

*профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, информирование об их целях, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к регулярному прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи;»*

Пример краткой информации для граждан о ПМО и диспансеризации, которая должна быть адаптирована к местным условиям, представлена в Приложении № 5. См. также пояснения по пункту 15 Порядка.

*«3) выполнение приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации:*

*опроса (анкетирования) граждан и подготовки заключения по его результатам, а также установления факта наличия дополнительных жалоб на состояние здоровья, не выявленных при опросе (анкетировании) (далее - анкетирование);»*

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) граждан в возрасте до 65 лет, а также анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении и правила вынесения заключения по результатам анкетирования граждан 65 лет и старше представлены в Приложении № 1.

*«…измерения артериального давления на периферических артериях;»*

Измерение артериального давления проводится только на плечевой артерии по методу Короткова.

*«…приема (осмотра) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотра на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающего осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;»*

*«проведения краткого индивидуального профилактического консультирования в рамках первого этапа диспансеризации;»*

Методика проведения индивидуального профилактического консультирования, представлена в части II настоящих методических рекомендаций.

*«4) организация выполнения приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, не указанных в подпункте 3 настоящего пункта, в том числе направление по результатам профилактического медицинского осмотра граждан, находящихся под диспансерным наблюдением (с III группой здоровья), на прием (осмотр) врачом-терапевтом, врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья в объеме, предусмотренном в подпункте 11 пункта 16 настоящего порядка;»*

Ошибка: вместо подпункта 11 надо понимать подпункт 12, так как подпункт 11 пункта 16 посвящен осмотру фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом: «11) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет 1 раз

в год;», а подпункт 12 пункта 16 посвящен объему приема (осмотра) врачом-терапевтом и врачом по медицинской профилактике: «12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.».

*«5) разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний мер по их снижению, а пациентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;».*

Необходимо перечислить пациенту выявленные у него ФР, пагубные последствия их наличия и основные направления по их коррекции.

Больным ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертонией (АГ), цереброваскулярными болезнями и другими поражениями сосудов атеросклеротической природы, сахарным диабетом (СД) второго типа, а также пациентам с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском (СС риск) и их близким рекомендуется дать памятку, которая содержит правила неотложных мер при возникновении жизнеугрожающих состояний в период до прибытия медицинского работника (Приложение № 10).

*«7) формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона № 323-ФЗ Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - карта учета диспансеризации);»*

Необходимо подчеркнуть, что работником фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта заполняется карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) только по результатам исследований, проведенных в рамках ПМО и диспансеризации в данном фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте, как это прописано в п. 22 Порядка: «На основе сведений о прохождении гражданином профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта (по результатам исследований, проведенных в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в данном фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте)...».

**Пункт 14 Порядка проведения ПМО и диспансеризации**

*«14. Основными задачами врача-терапевта при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации являются:*

*1) привлечение населения, прикрепленного к участку, к прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, информирование граждан об их целях, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении*

*профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к регулярному прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи;».*

Пример краткой информации для граждан о ПМО и диспансеризации, которая должна быть адаптирована к местным условиям представлена в Приложении № 5. См. также пояснения по пункту 15 Порядка.

*«2) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе граждан, направленных в соответствии с подпунктом 4 пункта 13 и подпунктом 6 пункта 15 настоящего порядка, в объеме, предусмотренном в подпункте 11 пункта 16 настоящего порядка…»*

Ошибка: вместо подпункта 11 надо понимать подпункт 12 пункта 16 настоящего порядка, так как подпункт 11 пункта 16 посвящен осмотру фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом: «11) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет 1 раз в год;», а подпункт 12 пункта 16, посвящен объему приема (осмотра) врачом-терапевтом и врачом по медицинской профилактике: «12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.».

*«2) …прием (осмотр) по результатам первого этапа диспансеризации, включающий осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающих осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза заболевания (состояния), определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и исследований в рамках второго этапа диспансеризации, а также прием (осмотр) по результатам второго этапа диспансеризации…»*

По итогам первого и второго этапа диспансеризации при наличии медицинских показаний назначается необходимое лечение, пациент направляется на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

Заключение оформляются в карте учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации). Направление на второй этап диспансеризации необходимо сопровождать формулировкой, объясняющей причину этого направления, а также упоминанием вида исследования или наименованием врача-специалиста.

*«3) разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний о мерах по их снижению, а пациентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;»*

Необходимо перечислить пациенту выявленные у него ФР, пагубные последствия их наличия и основные направления по их коррекции.

Больным ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертонией (АГ), церебро-

васкулярными болезнями и другими поражениями сосудов атеросклеротической природы, сахарным диабетом (СД) второго типа, а также пациентам с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском (СС риск) и их близким рекомендуется дать памятку, которая содержит правила неотложных мер при возникновении жизнеугрожающих состояний в период до прибытия медицинского работника (Приложение № 10).

*«5) …. В случае отсутствия в медицинской организации отделения (кабинета) медицинской профилактики к задачам врача-терапевта (в том числе врачебной амбулатории) при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации относятся задачи, предусмотренные подпунктами 1, 3, абзацами первым - десятым, двенадцатым, тринадцатым подпункта 4, 5, 7 - 9 пункта 15 настоящего порядка.»*

Для решения указанных задач, при отсутствии отделения (кабинета) медицинской профилактики, руководителю медицинской организации необходимо определить /назначить помощников врачу-терапевту, так как самостоятельно он решить эти задачи с необходимым уровнем качества не имеет реальной возможности. Кроме того, необходимо учитывать, что в тексте Порядка допущена ошибка: в подпункте 4 пункта 15 отсутствует 12 и 13 абзац.

**Пункт 15 Порядка проведения ПМО и диспансеризации**

*«15. Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики и центра здоровья при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации являются:*

*1) составление плана проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в текущем календарном году;*

*2) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, их целях, а также в проведении разъяснительной работы и мотивировании граждан к прохождению профилактического медицинского осмотра, диспансеризации;»*

При составлении плана проведения ПМО и диспансеризации в текущем календарном году и при информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении ПМО и диспансеризации, необходимо учитывать установленные целевые и дополнительные показатели следующих национальных и федеральных проектов.

Национальный проект «Здравоохранение». Паспорт Национального проекта «Здравоохранение» утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. № 16) и содержит, в том числе, следующий целевой показатель (Таблица 3).

Таблица 3

| № п/п | Цель, целевой показатель, дополнительный показатель | Уровень контроля | Базовое значение | | Период, год | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Значение | Дата | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| 6.1. | Целевой показатель: охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами, % | | 39,7 | 31 декабря 2017 г. | 39,7 | 41,8 | 43,4 | 45,0 | 53,5 | 59,7 | 70,0 |

Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» входит в Национальный проект «Здравоохранение» (приложение к протоколу заседания проектного

комитета по Национальному проекту «Здравоохранение» от 14 декабря 2018 г. № 3). Паспорт федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» содержит следующие целевые показатели (Таблица 4).

Таблица 4

| № п/п | Наименование показателя | Тип показа-теля | Базовое значение | | Период, год | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Значение | Дата | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| 1. | Число граждан, прошедших ПМО, млн чел. | основной | 58,4 | 31.12.2017 | 61,39 | 63,83 | 66,20 | 78,60 | 87,68 | 102,74 |
| 2. | Доля впервые в жизни установленных неинфекционных заболеваний, выявленных при проведении диспансеризации и ПМО у взрослого населения, от общего числа неинфекционных заболеваний с впервые установленным диагнозом, % | Дополни-тельный | 16,7 | 31.12.2017 | 17,4 | 18,1 | 18,9 | 19,6 | 20,3 | 21,1 |

Федеральный проект «Старшее поколение» (входит в состав Национального проекта «Демография», паспорт национального проекта «Демография» утверждён решением президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 г.). Паспорт федерального проекта «Старшее поколение» включает в себя следующий целевой показатель[1] (Таблица 5).

Таблица 5

| № п/п | Наименование показателя | Тип показателя | Базовое значение | | Период, год | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Значение | дата | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| 3. | Охват граждан старше трудоспособного возраста[2] профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, % | Дополнительный | 16,6 | 31.12.2017 | 23,0 | 28,0 | 34,0 | 55,7 | 65,3 | 70,0 |

*«3) инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию, о порядке их прохождения и последовательности проведения обследования;»*

Пример краткой информации для граждан о профилактическом медицинском осмотре и диспансеризации, которая должна быть адаптирована к местным условиям, представлена в Приложении № 5.

[1] Настоящий перечень и значения показателей могут быть скорректированы по согласованию с Росстатом в ходе реализации Федерального проекта с целью включения показателей, наиболее полно отражающих динамику решения предусмотренных Федеральным проектом задач, либо в случае изменения прогнозного значения показателей.

[2] Здесь и далее по тексту Федерального проекта термин «старше трудоспособного возраста» употребляется в отношении женщин, достигших возраста 55 лет и старше, и мужчин, достигших возраста 60 лет и старше.

*«4) выполнение приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации:*

*анкетирования;»*

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) граждан в возрасте до 65 лет, а также анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении и правила вынесения заключения по результатам анкетирования граждан 65 лет и старше представлены в Приложении № 1.

*«…измерения артериального давления на периферических артериях;»*

Измерение артериального давления проводится только на плечевой артерии по методу Короткова.

*«…приема (осмотра) по результатам профилактического медицинского осмотра в объеме, предусмотренном в подпункте 11 пункта 16 настоящего порядка»*

Ошибка: вместо подпункта 11 надо понимать подпункт 12, так как подпункт 11 пункта 16 посвящен осмотру фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом: «11) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет 1 раз в год;», а подпункт 12 пункта 16, посвящен объему приема (осмотра) врачом-терапевтом и врачом по медицинской профилактике: «12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.».

*«6) направление по результатам профилактического медицинского осмотра на прием (осмотр) к врачу-терапевту граждан, у которых по результатам анкетирования, приема (осмотра) и исследований выявляются жалобы на здоровье и (или) патологические изменения исследуемых показателей, которых ранее не было или их степень выраженности (отклонение от нормы) увеличилась;»*

Для граждан с установленной 1-ой или 2-ой группой здоровья, у которых по результатам анкетирования, приема (осмотра) и исследований не выявляются жалобы на здоровье и (или) патологические изменения исследуемых показателей, которых ранее не было или их степень выраженности (отклонение от нормы) не увеличилась, завершающий прием (осмотр) может и должен провести врач по медицинской профилактике, а также врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья которые прошли обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

*«7) разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний мер по их снижению, а пациентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также*

*правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;»*

Необходимо перечислить пациенту выявленные у него ФР, объяснить пагубные последствия их наличия и основные направления по их коррекции.

Больным ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертонией (АГ), цереброваскулярными болезнями и другими поражениями сосудов атеросклеротической природы, сахарным диабетом (СД) второго типа, а также пациентам с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском (СС риск) и их близким рекомендуется дать памятку, которая содержит правила неотложных мер при возникновении жизнеугрожающих состояний в период до прибытия медицинского работника (Приложение № 8).

**Пункт 16 Порядка проведения ПМО и диспансеризации**

*«16. Профилактический медицинский осмотр включает в себя:*

*1) анкетирование граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год…».*

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) граждан в возрасте до 65 лет, а также анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении и правила вынесения заключения по результатам анкетирования граждан 65 лет и старше представлены в Приложении №№ 6,7,8,9.

*«3) измерение артериального давления на периферических артериях для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;»*

Измерение артериального давления проводится только на плечевой артерии по методу Короткова.

*«6) определение относительного сердечно сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно,*

*7) определение абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно, 1 раз в год»;*

Определение относительного и абсолютного сердечно-сосудистого риска производится только у граждан, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом, сахарного диабета второго типа и хронических болезней почек (Приложение №11).

*«12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;»*

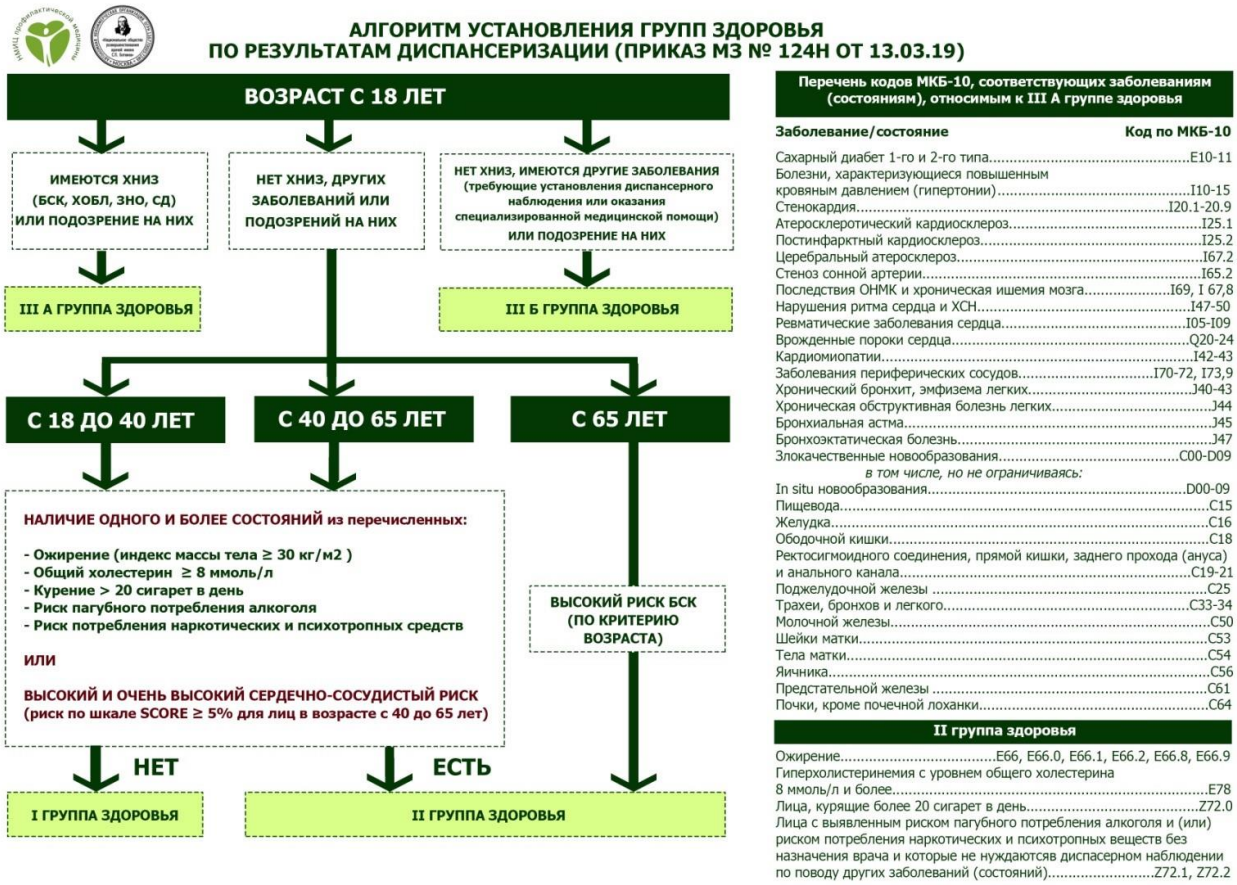



Рис. 2. Алгоритм установления групп здоровья

Всех граждан, имеющих 3 группу здоровья (3А и 3Б), а также всех граждан, у которых по результатам анкетирования, приема (осмотра) и исследований выявляются жалобы на здоровье и (или) патологические изменения исследуемых показателей, которых ранее не было или их степень выраженности (отклонение от нормы) увеличилась, направлять на прием (осмотр) к врачу-терапевту участковому (врачу общей практики (семейному врачу); фельдшеру, на которого установленным порядком возложены отдельные функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту).

Для граждан 1-2 группы здоровья, у которых по результатам анкетирования, приема (осмотра) и исследований не выявляются жалобы на здоровье и (или) патологические изменения исследуемых показателей, которых ранее не было или их степень выраженности (отклонение от нормы) не увеличилась, завершающий прием (осмотр) в ПМО может и должен проводить фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врач по медицинской профилактике, а также врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, которые прошли обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

Кроме того, врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г.

№ 173н, а также фельдшер фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов [3] осуществляют диспансерное наблюдение за лицами, с установленной по результатам ПМО и диспансеризации II группой здоровья, имеющими высокий или очень высокий абсолютный СС риск, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом- терапевтом.

Следует отметить, что в прием врача-терапевта входит обязательное: а) установления диагноза заболевания, б) определения в соответствии с заболеванием группы здоровья и группы диспансерного наблюдения, в) направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем профилактического медицинского осмотра.

В процессе приема (осмотра) фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике, врачом (фельдшером, медицинской сестрой) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья необходимо в соответствии с подпунктом 5 пункта 13, подпункта 3 пункта 14 и подпункта 7 пункта 15 провести разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний мер по их снижению, а также информировать граждан с высоким и очень высоким абсолютным СС риском, больных ИБС, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, об основных симптомах инфаркта миокарда и инсульта, о правилах первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин. от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи.

**Пункт 17 Порядка проведения ПМО и диспансеризации**

*«17. Диспансеризация проводится в два этапа.*

*Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определения группы здоровья, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации и включает в себя:*

*1) для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в 3 года:*

*а) проведение профилактического медицинского осмотра в объеме, указанном в подпунктах 1-11 пункта 16 настоящего порядка»*

В подпунктах 1-11 представлен весь объем ПМО за исключением приема (осмотра) по результатам профилактического медицинского осмотра, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике (подпункт 12).

По результатам проведения маммографии с двойным прочтением оформляется два независимых заключения двух врачей-рентгенологов.

*«в) проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья)…»*

[3] Для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в удаленной или труднодоступной местности.

Данное положение Порядка предусматривает проведение краткого индивидуального профилактического консультирования врачом по медицинской профилактике (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

*«г) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации»;*

При наличии медицинских показаний назначается необходимое лечение, пациент направляется на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

Заключение оформляются в карте учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации). Направление на второй этап диспансеризации необходимо сопровождать формулировкой, объясняющей причину этого направления, а также упоминанием вида исследования или наименованием врача-специалиста.

*«2) для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год (за исключением приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем первого этапа диспансеризации, с иной периодичностью):*

*... в) общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);*

*3) для граждан в возрасте 65 лет и старше 1 раз в год (за исключением приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем первого этапа диспансеризации, с иной периодичностью):*

*... в) общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);»*

Необходимо обратить внимание, что граждане с установленным ДН согласно клиническим рекомендациям по профилю их заболевания могут нуждаться в более полном клиническом анализе крови. Для того, чтобы исключить дублирование указанных исследований крови им назначается клинический анализ крови в предусмотренном клиническими рекомендациями объеме, на бланке анализа делается пометка «Диспансеризация+ДН».

**Пункт 18 Порядка проведения ПМО и диспансеризации**

*18. Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:*

*«... 4) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (для граждан в возрасте от 40 до 75 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки, при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу и (или) злокачественным новообразованиям толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки);»*

Необходимо обратить внимание, что семейный аденоматоз толстой кишки называется также диффузным полипозом толстой кишки, выявление отягощенной наследственности по которому тоже является целью опроса (анкетирования) граждан.

*«9) осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом (для женщин в возрасте 18 лет и старше с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований шейки матки, в возрасте от 40 до 75 лет с выявленными патологическими изменениями по результатам мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление злокачественных новообразований молочных желез);»*

Важно отметить высокую значимость направления на второй этап женщин с выявленными патологическими изменениями, необходимость разъяснения пациенткам возможных рисков и важность обследований.

*«12) проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) для граждан:*

*а) с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;*

*б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;*

*в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;*

*г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курению более 20 сигарет в день…»*

Основные принципы, положения и приемы проведения УПК подробно описаны в части II «Профилактическое консультирование в рамках диспансеризации взрослого населения» данных методических рекомендаций.

*«13) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, в том числе направление на осмотр (консультацию) врачом-онкологом при подозрении на онкологические заболевания …, а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.»*

В соответствии с приказом Минздрава России от 2 сентября 2019 г. № 716н «О внесении изменений в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н» *«профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации рекомендуется проводить в течение одного рабочего дня».*

Для выполнения в течение одного рабочего дня скрининговых мероприятий, составляющих

объём ПМО или первого этапа диспансеризации, медицинские организации, оказывающие ПМСП, должны обеспечить:

- заблаговременное информирование граждан о перечне исследований, включенных в объём ПМО и первый этап диспансеризации, в соответствии с их полом и возрастом, а также о правилах подготовки к этим исследованиям (включая правила сбора биоматериалов, для выполнения анализов);
- сбор и обработку биоматериала в течение всего времени работы медицинской организации, включая вечерние часы и в субботу (кал на скрытую кровь; венозная и/или капиллярная кровь; мазок с шейки матки);
- выполнение в день обращения: флюорографии легких или рентгенографии легких; электрокардиографии; измерения внутриглазного давления; осмотра женщин фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом; взятие мазка с шейки матки; маммографии в двух проекциях; эзофагогастродуоденоскопии;
- прием врачом-терапевтом участковым.

В случаях, когда невозможно получение результата лабораторных исследований в день обращения и/или проведение приема врачом-терапевтом участковым (в связи со сменным графиком работы), допустимо его проведение по предварительной записи, в иные сроки удобные для гражданина.

Рис. 3 Организация профилактического осмотра и первого этапа диспансеризации за 1 - 2 визита.

В соответствии с приказом Минздрава России от 2 сентября 2019 г. № 716н «О внесении изменений в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н»

*«Медицинской организацией работающему гражданину выдается справка о прохождении профилактического медицинского осмотра или диспансеризации в день прохождения указанных осмотров в соответствии с Порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 мая 2012 г. № 441н».*

Справка о прохождении ПМО и диспансеризации оформляется в произвольной форме.

Приложение № 1 **с уточнениями**
к порядку проведения профилактического медицинского осмотра
и диспансеризации, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 13 марта 2019 г. № 124н

## Объем профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации[4].

### I. Перечень приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды гражданам в возрасте от 18 до 64 лет включительно

| Осмотр, исследование, мероприятие | Возраст | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 |
| Опрос (анкетирование) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Измерение артериального давления на периферических артериях | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Определение уровня общего холестерина в крови | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Определение уровня глюкозы в крови натощак | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Определение относительного сердечно-сосудистого риска | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Флюорография легких* | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + |
| Электрокардиография в покое** | (+) | | | | | | | | | | | | | | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Измерение внутриглазного давления*** | (+) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья | | + | + | | + | + | | + | + | + | + | + | | + | + | | + | + | | + | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Общий анализ крови | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |

[4] Приложение № 1 носит вспомогательный характер и не содержат всех показаний и противопоказаний для проведения включенных в таблицы осмотров, исследований и мероприятий. Объем профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации для каждого конкретного гражданина устанавливается в соответствии с пунктами 16-17 настоящего порядка и приложения № 2.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Взятие с использованием щетки цитологической цервикальной мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование у женщин* | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | |
| Маммография обеих молочных желез у женщин в двух проекциях* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + |
| Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + |
| Определение простат-специфического антигена в крови у мужчин | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | | | | | + | | | | | + | | | | | + | | | | + |
| Эзофагогастродуоденоскопия | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Краткое индивидуальное профилактическое консультирование | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации. | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 |

* – Если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в пункте 16 или 17 Порядка, то исследование проводится при данном обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения данного исследования.

** – Электрокардиография в покое проводится при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год

*** – Измерение внутриглазного давления проводится при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год.

## II. Перечень приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды гражданам в возрасте 65 лет и старше

| Осмотр, исследование, мероприятие | Возраст | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 |
| Опрос (анкетирование) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Измерение артериального давления | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Определение уровня общего холестерина в крови | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Определение уровня глюкозы в крови натощак | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Флюорография легких | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | | + | |
| Электрокардиография в покое | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Измерение внутриглазного давления | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Общий анализ крови | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом* | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Маммография обеих молочных желез у женщин в двух проекциях* | + | | + | | + | | + | | + | | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Краткое индивидуальное профилактическое консультирование | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |

* – Если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в пункте 16 или 17 Порядка, то исследование проводится при данном обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения данного исследования.

**Приложения № 2 к Порядку проведения ПМО и диспансеризации**

*«1. В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводятся:*

*а) … в возрасте от 18 до 64 лет включительно - взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года;*

*б) скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (у женщин):*

*в возрасте от 40 до 75 лет включительно - маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года;»*

Следует подчеркнуть, что допускается и учитывается только цитологическое исследование мазка с шейки матки, в том числе с применением жидкостной технологии, с окраской по методу Папаниколау, получившего международное признание как наиболее эффективный метод скрининга рака шейки матки.

Маммография учитывается только в случае двойного прочтения рентгенограмм с оформлением двух независимых заключений.

*«г) скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:*

*в возрасте от 40 до 64 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом 1 раз в 2 года;*

*в возрасте от 65 до 75 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом 1 раз в год;»*

Учитывается исследование кала на скрытую кровь только иммунохимическим качественным или количественным методом. Все другие методы исследование кала на скрытую кровь не учитываются.

*«д) осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;»*

По данным Всемирной организации здравоохранения скрининговое обследование на рак полости рта должно включать визуальный осмотр лица, шеи, губ, слизистой оболочки губ, слизистой оболочки щеки, десны, дна полости рта, языка и нёба. Обследование также включает пальпирование регионарных лимфатических узлов, языка и дна рта. Рак ротоглотки трудно визуализировать, и обычно он располагается у основания языка (задняя треть языка), мягкого неба (задняя часть крыши рта), миндалин, а также боковых и задних стенок горла. Для комплексного обследования ротоглотки может потребоваться направление к врачу-оториноларингологу в рамках второго этапа диспансеризации.

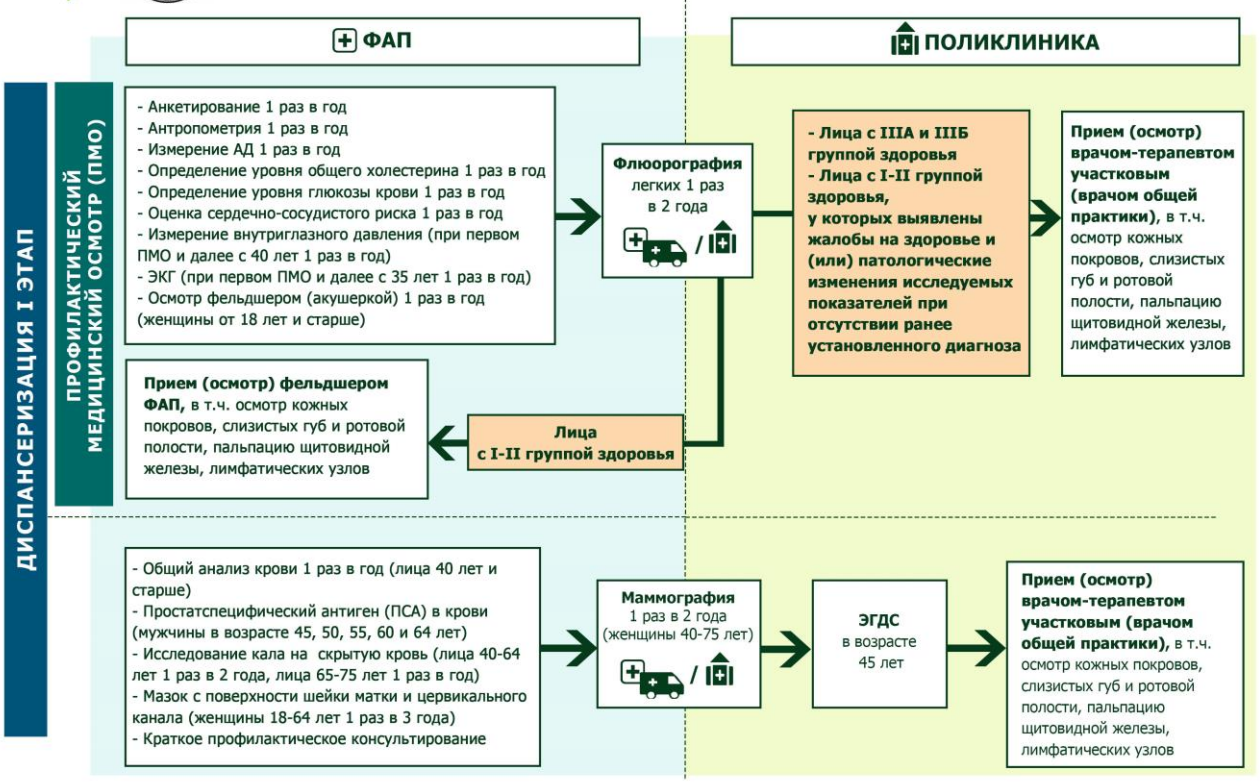
**Приложения № 3 к Порядку проведения ПМО и диспансеризации**

*«Относительный сердечно-сосудистый риск устанавливается по дополнительной шкале SCORE у граждан в возрасте от 21 до 39 лет включительно, при этом высокому*

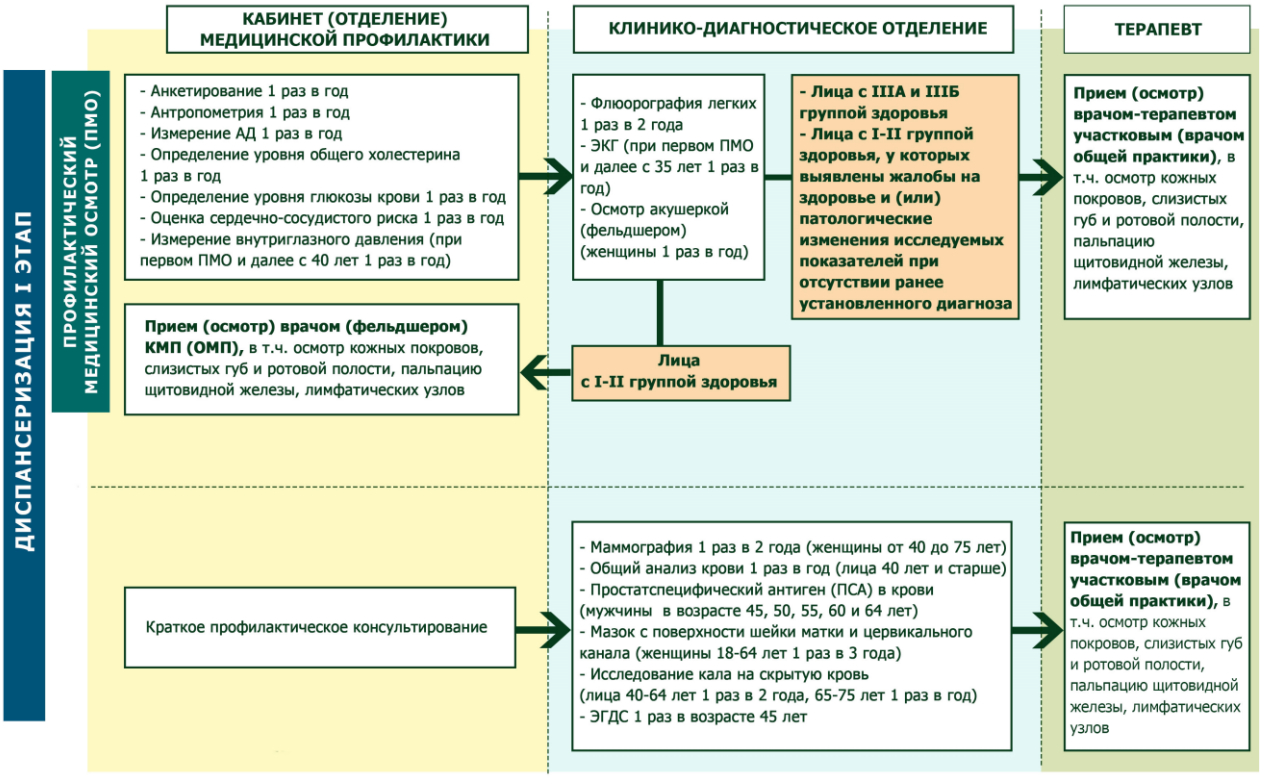
*относительному сердечно-сосудистому риску соответствуют значения более 1»*

Следует отметить, что согласно современным представлениям определение относительного СС риска устанавливается по дополнительной шкале SCORE у граждан в возрасте моложе 40 лет за исключением лиц, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и/или хроническое заболевание почек, у которых уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале сердечно-сосудистого риска не рассчитывается. Исходя из вышесказанного, определение относительного СС риска можно проводить с 18 лет.

## МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ПМО) И I ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ: ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЙ ПУНКТ




## МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ПМО) И I ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ: ПОЛИКЛИНИКА (ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ)



# ЧАСТЬ II

## «Профилактическое консультирование в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения»

Профилактическое консультирование - эффективная технология профилактики ХНИЗ и коррекции факторов риска их развития, включенное в программу профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения.

Каждый гражданин, прошедший профилактическое консультирование должен быть информирован об основах здорового образа жизни, порядке действий в случае возникновения жизнеугрожающих состояний, получить адресную профилактическую консультацию способствующую формированию мотивации к ведению здорового образа жизни и коррекции выявленных факторов риска развития ХНИЗ, и других патологических состояний.

### 2.1 Виды профилактического консультирования (согласно приказ МЗ РФ № 124н от 13.03.2019)

**Профилактическое консультирование** – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).

Порядком утвержденным приказом Минздрава Российской Федерации от 13.03.2019 г. № 124н) определены формы, показания и способы проведения профилактического консультирования[5]:

А) разъяснение пациентам с факторами риска ХНИЗ мер по их снижению
Б) краткое индивидуальное профилактическое консультирование;
В) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование;
Г) групповое углубленное профилактическое консультирование (школы пациентов).

В таблице 2.1. представлены целевые группы и показания к проведению перечисленных выше видов профилактического консультирования в рамках и вне рамок диспансеризации и их характеристика.

[5]Определение видов профилактического консультирования может не совпадать с наименованием данных услуг в номенклатуре медицинских услуг (Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 N 48808. Вступает в силу с 01.01.2018).

**Таблица 2.1.** - Профилактическое консультирование при проведении ПМО и диспансеризации (на основании приказа Минздрава Российской Федерации от 13.03.2019г. № 124н)

| Вид консультирования | Целевая группа | Где проводится | Когда проводится | |
|---|---|---|---|---|
| | | | В рамках | Вне рамок |
| **Разъяснение пациентам с факторами риска ХНИЗ мер по их снижению** | Все граждане с выявленными факторами риска развития ХНИЗ, вне зависимости от их выраженности. | в ОМП/КМП (центре здоровья) | ПМО и 1 этапе диспансеризации | - |
| **Краткое индивидуальное профилактическое консультирование (продолжительность 5-7 минут)** | для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно | в ОМП/КМП (центре здоровья) врачом-терапевтом | На 1 этапе диспансеризации 1 раз в 3 года | - |
| | для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно | в ОМП/КМП (центре здоровья) | 1 раз в год | - |
| | для граждан в возрасте 65 лет и старше | в ОМП/КМП (центре здоровья) | 1 раз в год | - |
| **Индивидуальное или групповое углубленное профилактическое консультирование (продолжительность 25-30 минут)** | а) с выявленной ИБС, ЦВЗ, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением; | в ОМП/КМП (центре здоровья) | 2 этап диспансеризации | - |
| | б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача; | в ОМП/КМП (центре здоровья) | 2 этап диспансеризации | - |
| | в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении | в ОМП/КМП (центре здоровья) | 2 этап диспансеризации | - |

**Примечание:** ГХС – гиперхолестеринемия; ДН – диспансерное наблюдение; ИБС – ишемическая болезнь сердца; КМП – кабинет медицинской профилактики; ОМП – отделение медицинской профилактики; ПК-профилактическое консультирование; СС риск – сердечно-сосудистый риск; ФАП – фельдшерско-акушерский здравпункт; ФЗП – фельдшерский здравпункт; ХС – холестерин; ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания.

**Разъяснение пациентам с факторами риска ХНИЗ мер по их снижению (продолжительность 3-5 минут)**

Проводится в рамках профилактического осмотра медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики, в т.ч. находящихся в составе центров здоровья или фельдшером фельдшерского здравпункта (фельдшерско-акушерского пункта) (см. таблицу), в момент выявления фактора риска ХНИЗ (при анкетировании, антропометрии, исследовании крови экспресс системами, измерении АД и др.).

При выявлении одного или нескольких факторов риска пациенту разъясняется информация о его/их уровне, влиянии на суммарный сердечно-сосудистый риск, возможных последствиях, эффективных способах профилактики и медицинских подразделения/организациях, где пациент может получить квалифицированную помощь по коррекции выявленных факторов риска.

Устные советы и рекомендации специалиста могут быть дополнены письменными, для чего могут быть использованы специально подготовленные брошюры и памятки.

**Краткое индивидуальное профилактическое консультирование (продолжительность 5-7 минут)**

Проводится **на 1 этапе** диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики, в т.ч. находящихся в составе центров здоровья[6] или фельдшером фельдшерского здравпункта (фельдшерско-акушерского пункта) или врачом-терапевтом для граждан 18-39 лет (см. таблицу).

Краткому индивидуальному профилактическому консультированию подлежат **все граждане в зависимости от возраста:**

А) для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в 3 года

Б) для граждан в возрасте от 40 лет и старше 1 раз в год

**Индивидуальное или групповое углубленное профилактическое консультирование (продолжительность 25-30 минут)**

Проводится **на 2 этапе** диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики, в т.ч. находящихся в составе центров здоровья или фельдшером фельдшерского здравпункта (фельдшерско-акушерского пункта). Индивидуальному или групповому углубленному профилактическому консультированию **в рамках диспансеризации подлежат (и направляются врачом-терапевтом) следующие группы граждан в зависимости от выявленных заболеваний (состояний) и факторов риска:**

а) с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;

б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;

г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курению

[6] В том случае, если центр здоровья принимает участие в выполнении 1 этапа диспансеризации.

более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;

**Особенностью каждого вида профилактического консультирования** является обязательное соблюдение **принципов эффективного профилактического консультирования** (информирование, обучение, мотивирование).

Обычно наибольшие сложности встречает мотивационный компонент, принципы которого были представлены в 4-м издании рекомендаций по проведению диспансеризации[7] и приложениях к настоящим рекомендациям №№ 13-16 .

Для повышения результативности профилактического консультирования рекомендуется устные советы и рекомендации врача дополнить письменными, для чего могут быть использованы специально разработанные памятки, разработанные с участием специалистов ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России (приложения №№ 37-45).

В полной мере реализовать все ключевые принципы эффективного профилактического консультирования возможно при проведении углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового), которые содержат как элементы информирования, так и обучения, и мотивирования пациента.

В нижеприведенных разделах методических рекомендаций дано описание особенностей организации и алгоритмов проведения основных видов профилактического консультирования, а также представлена справочная информацию для медицинских работников с необходимыми приложениями.

В основу любого вида профилактического консультирования **при отсутствии медицинских противопоказаний или особых ситуаций** положены рекомендации профессиональных сообществ и рекомендации ВОЗ по здоровому образу жизни и профилактике основных ХНИЗ(приложение № 18). При наличии ХНИЗ приводятся уточнения рекомендаций в зависимости от индивидуальных медицинских показаний и уровней факторов риска пациента.

## 2.2 Организация и алгоритм проведения краткого индивидуального профилактического консультирования

Данный вид профилактического консультирования введен в программу диспансеризации приказом МЗ РФ от 13.03.2019г № 124н. **Проводится в рамках 1 этапа диспансеризации (см. таблицу 2.1)**

### 2.2.1 Целевая группа: граждане в возрасте 18-39 лет

При высоком относительном сердечно-сосудистом риске при консультировании рекомендуется обсудить с пациентом риск с использованием таблицы SCORE для лиц до 40 лет и с демонстрацией пациенту возможности снижения его индивидуального риска при снижении факторов риска. Необходимо объяснить пациенту понятие СС риска, дать трактовку величины его индивидуального риска. Используя цветную шкалу риска при объяснении,

[7] Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М., Ипатов П.В., Вергазова Э.К., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Егоров В.А., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Бунова А.С., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Мхитарян Э.А. «Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 26 октября 2017 г., № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2017. – 162 с. Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 27 декабря 2017 г. Интернет ресурсы: http://www.gnicpm.ru; http://ropniz.ru

продемонстрировать возможности снижения риска при уменьшении уровня факторов риска, отказа от курения – смещения величины **его риска** в сторону меньших значений.

**Особое замечание!** При выявлении у гражданина 18-39 лет **по результатам профилактического медицинского осмотра** высокого относительного СС риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установлении по результатам анкетирования курения более 20 сигарет в день, риска пагубного потребления алкоголя и (или) риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача **гражданин направляется на углубленное профилактическое консультирование**

### 2.2.2 Целевая группа: граждане в возрасте 40-64 лет

При высоком или очень высоком сердечно-сосудистом риске при консультировании необходимо обсудить с пациентом риск с использованием таблицы SCORE для лиц 40-65 лет и с демонстрацией пациенту возможности снижения его индивидуального абсолютного риска при снижении факторов риска. Необходимо объяснить пациенту понятие СС риска, дать трактовку величины его индивидуального риска.

При проведении краткого индивидуального ПК для интерпретация СС риска рекомендуется использовать таблицу SCORE с цветовой индикацией уровней риска, применяя методику «сравнения рисков». В таблице применена визуализация зон риска от зеленого (низкий риск), желтого (умеренный, средний риск), красного (высокий риск) до темно красного (очень высокий риск) .

**Особое замечание!** При выявлении **по результатам профилактического медицинского осмотра** у гражданина 40-64 лет высокого или очень высокого абсолютного СС риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установлении по результатам анкетирования курения более 20 сигарет в день, риска пагубного потребления алкоголя и (или) риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача **гражданин должен быть направлен на углубленное профилактическое консультирование вне рамок профилактического медицинского осмотра**

**Важно!** При выявлении у гражданина 40-64 лет **высокого или очень высокого абсолютного СС риска и курения** гражданину должно проводиться углубленное профилактическое консультирование акцентированное **на отказ от курения независимо от количества потребляемых сигарет**. Поскольку выкуривание даже одной сигареты в день значительно повышает риск ССЗ, обеспечивая половину риска, связанного с курением 20 сигарет.

### 2.2.3 Целевая группа: граждане в возрасте 65 лет и старше

(Подробнее см. Полную версию Методических рекомендаций по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении (Под ред. Ткачевой О.Н., Бойцова С.А.). - М.: 2017. , приложение 46)

**Здоровое старение, по определению экспертов ВОЗ**[8], – это процесс, который происходит на протяжении всего жизненного цикла. Вредный для здоровья стиль поведения, часто формирующийся на ранних этапах жизни, может ухудшить качество жизни и даже привести к преждевременной смерти. Плохое питание, отсутствие физической активности, потребление табака и вредное употребление алкоголя – все это способствует развитию хронических

[8] http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/risk-factors-of-ill-health-among-older-people

состояний, пять из которых (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические заболевания верхних дыхательных путей и психические нарушения) обусловливают примерно 77% бремени болезней и 86% случаев смерти в Европейском регионе.

Одним из ключевых подходов к сохранению здоровья и продлению жизни человека, в том числе достигшего старшего возраста, является сокращение негативного воздействия на здоровье и качество жизни пожилых людей свойственных этой возрастной категории факторов риска[9], а также профилактика старческой астении.

**Старческая астения** («хрупкость», шифр по МКБ-10 R54) - ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Старческая астения сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва, способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию, ухудшает прогноз состояния здоровья.

Задача врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья - при консультировании по факторам риска оценивать приверженность пациентов к приему назначенных медикаментозных средств и способствовать соблюдению пациентом врачебных назначений.

## 2.3 Организация и алгоритм проведения углубленного профилактического консультирования в рамках 2 этапа диспансеризации взрослого населения

**Углубленное профилактическое консультирование** – это не просто совет и объяснение пациенту рекомендаций. Важно, чтобы была достигнута цель углубленного профилактического консультирования, а именно – наряду с повышением информированности пациента, это формирование партнерства «врач-пациент» через формирование у него мотивации к сохранению здоровья и снижению поведенческих факторов риска, и выполнению врачебных назначений (приверженности) и ответственного отношения к своему здоровью. Процесс снижения риска заболеваний затрагивает многие стороны образа жизни пациента, поэтому не может произойти в один момент и часто требует повторных консультаций специалиста. Углубленное профилактическое консультирование проводится специалистами по медицинской профилактике, владеющими навыками мотивационного консультирования. Углубленное профилактическое консультирование в целевых группах проводится в режиме **индивидуального** или **группового** профилактического консультирования. В рамках диспансеризации предпочтительнее индивидуальная форма, она позволяет пациентам активно участвовать в обсуждении с врачом собственных проблем со здоровьем без посторонних участников.

Углубленное групповое профилактическое консультирование (школа пациента) - форма консультирования группы пациентов (предпочтительнее цикл обучающих групповых занятий), применение которой доказано повышат вероятность достижения стойкого позитивного эффекта. В рамках диспансеризации данная форма углубленного профилактического консультирования проводится **при наличии возможности формирования однородных групп пациентов.**

### 2.3.1 Целевая группа: больные сердечно-сосудистыми заболеваниями

Согласно положениям Порядка проведения ПМО и Диспансеризации к данной категории относятся пациенты с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными

[9]Киселева Е.С. Поведенческие факторы риска в старших возрастах: сравнительный анализ ситуации в России и европейских странах. Демоскоп. № 463 – 464, http://demoscope.ru/weekly/2011/0463/analit05.php.

заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением.

Перечисленные заболевания могут быть в анамнезе (при условии их документального подтверждения по данным амбулаторной карты или выписок) или выявлены впервые. Эти пациенты направляются на УПК врачом-терапевтом участковым, что отмечается в карте учета диспансеризации.

**Основные положения консультирования**:

1. дать объяснение пациенту о характере имеющегося у него заболевания, о факторах, **способствующих развитию** заболевания (поведенческие факторы риска: курение, алкоголь, низкая физическая активность, нерациональное питание, наследственность ранних ССЗ), факторах, **повышающих риск осложнений и острых** состояний, нередко жизнеугрожающих (систематически и, особенно, острые физические, психические перегрузки, невыполнение врачебных назначений, невыполнение рекомендаций по снижению факторов риска). Обсудить содержание памятки об атеросклерозе (приложение 41) и о профилактике инсульта (Приложение 45).
2. объяснить симптомы (возможные) острых жизнеугрожающих состояний и правила неотложных мер при их возникновении. Желательно дать памятку (приложение 10).
3. объяснить и обучить пациента самоконтролю артериального давления (Приложение 43).
4. информировать пациента о выявленных у него факторах риска, дать их объяснение и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важность контроля факторов риска и снижения их повышенных уровней. Объяснить, что при уже имеющемся у пациента заболевании снижение сопутствующих факторов риска наряду с медикаментозным лечением (назначается и проводится под контролем участкового врача-терапевта или при показаниях врача-специалиста). Если пациенты не получили памятки, дать необходимые памятки.
5. при наличии фактора курения у пациента, провести углубленное консультирование по отказу от курения вне зависимости от количества выкуриваемых сигарет
6. объяснить пациенту важность и необходимость диспансерного наблюдения, которое проводит или участковый врач-терапевт, или врач-специалист (в зависимости от имеющейся патологии);
7. оценить отношение пациента к его факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни (приложение 15);
8. Обратить внимание на курение и употребление алкоголя пациентов, особенно, если пациент принимает лекарственные препараты (приложение 31), при которых прием алкоголя противопоказан;
9. обсудить с пациентом план действий и составить совместно с ним согласованный, конкретный и реалистичный план действий по отказу от курения и график повторных визитов и контроля ФР. Это особенно важно для лиц с высоким м очень высоким СС риском, которые подлежат диспансерному наблюдению в кабинете (отделении) медицинской профилактики.
10. в ходе консультирования необходимо уточнять насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»). Желательно предоставить пациенту письменные рекомендации (памятки, листовки и пр.). Повторять рекомендации и акцентировать внимание пациента на важности снижения риска заболеваний при каждом посещении медицинского учреждения.
11. важно регистрировать в амбулаторных картах и учетных формах диспансеризации все советы и обязательно их уточнять, напоминать и контролировать результат (при опросе) в ходе последующих визитов. Вносить необходимые изменения в тактику ведения пациента при каждом визите, повторять рекомендации и уточнять график повторных визитов. Одобрять и поощрять позитивные изменения.

**Рекомендации по снижению факторов риска должны быть даны всем больным данной целевой группы.**

### Фактор риска - курение

Курение не только способствует развитию атеросклероза, прогрессированию АГ, но и снижает чувствительность к медикаментозной терапии.

Углубленное профилактическое консультирование при потреблении табака включает диагностику статуса курения и проведение стратегического либо мотивационного консультирования. Диагностика статуса курения включает интенсивность, стаж курения, попытки бросить, и оценку никотиновой зависимости теста Фагенстрема (приложение 22), и оценку готовности бросить курить.

Углубленное профилактическое консультирование проводится всем курящим данной целевой группы:

- Курящим, которые **готовы** отказаться от курения, но нуждаются в медицинской помощи и мотивационной поддержке (проводится стратегическое консультирование для отказа от курения);
- Курящим, которые **не готовы** отказаться от курения, и нуждаются в повышении мотивации и поддержке для изменения поведения (проводится мотивационное консультирование).

**Углубленное стратегическое консультирование** при потреблении табака заключается в обозначении решаемой проблемы, постановке цели – в виде отказа от курения, планирования вмешательства для достижения цели, изучение ответной реакции, изучение результатов лечения. Часто для лиц с высокой или средней никотиновой зависимостью стратегическое консультирование сопровождается назначением фармакотерапии.

**Углубленное мотивационное консультирование** носит характер поведенческой когнитивной поддержки. Помимо информирования пациента о вредном воздействии табачного дыма на организм, с учетом его индивидуальных особенностей, оказывается помощь в отказе от курения, по изменению установок в отношении курения, помощь в преодолении сомнений и опасений возможных негативных последствий отказа от курения (стресс, набор «лишнего веса», проявлений синдрома отмены), рекомендации по фармакотерапии. Углубленное мотивационное консультирование сводится к доверительной беседе с пациентом, во время которого определяются причины курения и отказа от курения, последствия курения, преимущества отказа от курения, препятствия для отказа от курения: техника 5 «П»[10].

***Мотивационное консультирование – «5П»***

| | |
|---|---|
| 1. Причина отказа от курения | - Врач подбирает причины для отказа от курения для каждого пациента, привязывая к состоянию его здоровья, наличием факторов риска, или другими факторами, важными лично для него – наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить. |
| 2. Последствия курения | - Врач обсуждает с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, возникновение и/или обострение бронхиальной астмы и других хронических болезней легких, сердечнососудистые болезни (инфаркт, инсульт), онкологические болезни рак легких, рак груди и других локализаций, риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у беременных женщин, проблемы с эректильной дисфункцией у мужчин, преждевременное старение кожи. Уточните, какие из них наиболее серьезные для пациента. |

[10] Motivational interviewing - **5'R**' – **R**elevance, **R**isk, **R**ewards, **R**oadblocks, **R**epetition

| | | |
|---|---|---|
| | | - Врач обращает внимание пациента на то, что потребление «легких сигарет» и других форм табака также вредно для здоровья, как обычных сигарет, а курение «легких сигарет» намного, чем обычных, вреднее еще для окружающих людей.<br>- Врач поясняет пагубные последствия «пассивного курения» - для самого пациента и для окружающих его людей: повышенный риск развития сердечнососудистых, заболеваний, рака легкого и хронических респираторных заболеваний у лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма. Подчеркните особый вред «пассивного курения» для детей – повышенный риск внезапной внутриутробной и младенческой смерти, повышенный риск рождения детей с малым весом, а значит, подверженных развитию хронических респираторных и сердечнососудистых болезней в будущем, повышенный риск развития бронхиальной астмы, отитов, респираторных заболеваний у детей курящих. |
| 3. | Преимущества отказа от курения | Врач просит пациента продумать и обсудите с ним наиболее значимые для него преимущества отказа от потребления табака. В привязке с состоянием здоровья пациента и с его личными мотивами расскажите ему о пользе отказа от курения, например:<br>- улучшение самочувствия и состояния здоровья,<br>- восстановление/улучшение функций сердечнососудистой и дыхательной системы,<br>- улучшение вкусовых и обонятельных ощущений,<br>- повышение выносливости и работоспособности,<br>- улучшение цвета лица и состояния кожи,<br>- снижение риска преждевременного старения,<br>- снижение риска развития хронических заболеваний,<br>- снижение риска развития эректильной дисфункции у мужчин,<br>- увеличение вероятности родить и вырастить здоровых детей. |
| 4. | Препятствия для отказа от курения | - Врач уточняет у пациента, что мешает ему отказаться от курения. Обсуждает с ним все препятствия и попробуйте аргументировано опровергнуть его доводы, объясните, что большинство трудностей на пути к отказу от курения связано с табачной зависимостью, которую можно преодолеть с помощью лечения. В основном указываются следующие причины продолжения курения:<br>- боязнь синдрома отмены,<br>- боязнь стресса,<br>- боязнь набора веса,<br>- ощущение подавленности и депрессии,<br>- сознание утратить удовольствие от курения,<br>- боязнь неудачи.<br>А еще приводятся доводы: - мне ничего не будет, дед курил всю жизнь и дожил до 90 лет; все так вокруг загрязнено, что мое курение – капля в море; я могу бросить курить в любую минуту, и.т.д. |
| 5. | Повторение попыток | - Мотивационное консультирование повторяется при каждой встрече с пациентом. При этом учитываются все предыдущие попытки пациента бросить курить (если таковые были), тщательно вместе с пациентом анализируются причины срыва, даются рекомендации на основании «анализа ошибок».<br>- Врач объясняют пациенту, что многие курильщики испытывают несколько эпизодов срыва прежде, чем добиваются результата. |

Некоторые приемы работы с пациентом при углубленном консультировании приведены в приложении 16. Приемы эффективного профилактического консультирования при табакокурении.

Важно помнить, что при консультировании по отказу от курения ни в коем случае нельзя рекомендовать переход на любые виды электронных систем доставки никотина (ЭСДН): электронные сигареты, испарители, электронные системы нагревания табака.

### Фактор риска – алкоголь

Больных со всеми формами сердечно-сосудистых заболеваний **потребление алкоголя противопоказано**. Пациенту необходимо дать информацию о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье. Особого внимания требую пациенты, принимающие лекарственные препараты, прием которых несовместим с алкоголем.

Острое и хроническое употребление алкоголя может оказывать вредное воздействие на **сердечно-сосудистую систему**, что часто недооценивается. Злоупотребление алкоголем способствует развитию:

- систолической и диастолической гипертензии;
- инсульта;
- неишемической, дилатационной кардиомиопатии;
- сердечных аритмий.

### Алиментарнозависимые факторы риска

**Снижение избыточной массы тела/ожирения** рекомендуется всем пациентам данной целевой группы (желательно, чтобы индекс массы тела был не более 25 кг/м$^2$; при ожирении рекомендуется постепенное снижение массы тела на начальном этапе на 5-10% от исходной массы тела за 6-12мес. Если пациент не получил памятку ранее, дать памятки «Избыточная масса тела. Как похудеть?» (приложение 42).

- **Ограничение потребления соли** (до 5 г/сутки – 1 чайная ложка без верха; пациентам следует рекомендовать избегать подсаливания пищи, потребления соленых продуктов, уменьшать использование поваренной соли при приготовлении пищи);
- Рекомендуется **полное исключение алкогольных напитков.**
- **Увеличение потребления фруктов и овощей** (не менее 400-500 грамм овощей или фруктов в день, за исключением картофеля и других содержащих крахмал клубней) для обеспечения организма клетчаткой, витаминами, минералами, органическими кислотами, фитонцидами и сохранения кислотно-щелочного равновесия.
- **Снижение общего потребления насыщенных жиров и транс-жиров.** Рацион должен содержать достаточное количество растительных масел (20-30 г/сут.), обеспечивающих организм полиненасыщенными жирными кислотами (рыба не менее 2 раз в неделю, желательно 1 раз жирных сортов). Продукты богатые жирами и холестерином: мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, майонез, сосиски и колбасы с высоким содержанием жира, - следует ограничить. Рекомендуется снижение потребления промышленно переработанного жира (транс-жиров): фаст-фуд, чипсы, крекеры, кондитерские изделия, а также маргарин при приготовлении выпечки
- Ограничение продуктов, содержащих добавленный сахар (сладкие газированные напитки, мороженое, пирожное и др. сладости).

**Фактор риска – низкая физическая активность**

Рекомендации обязательны для всех пациентов данной целевой группы, важно, что они даются **индивидуально** в зависимости от клинико-функционального состояния) и при предварительном тестировании.

При отсутствии противопоказаний полезны физические аэробные повседневные нагрузки в виде ходьбы в умеренном темпе по 30 минут в день.

Важно знать, что **следует исключить** интенсивные изометрические силовые нагрузки, подъем тяжестей, которые **могут вызвать значительное повышение АД и обострение заболевания.** Исходя из комплексной оценки состояния пациента, наличия и степени выраженности осложнений и сопутствующих заболеваний могут быть рекомендованы занятия лечебной физкультурой под контролем врача ЛФК и инструктора по лечебной физкультуре.

### 2.3.2 Целевая группа для УПК на 2 этапе диспансеризации –риск пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Углубленное профилактическое консультирование при выявленном риске пагубного потребления алкоголя проводится в отделении (кабинете) медицинской профилактики на 2 этапе диспансеризации по направлению врача-терапевта в случае положительного заполнения вопросника AUDIT-C (включенного в анкету 1 этапа), таблица 2.3

**Таблица 2.3** – вопросник AUDIT-C

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **23** | **Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?** | | | | |
| | Никогда (0 баллов) | Раз в месяц и реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц (2 балла) | 2-3 раза в неделю (3 балла) | ≥ 4 раз в неделю (4 балла) |
| **24** | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?** 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива | | | | |
| | 1-2 порции (0 баллов) | 3-4 порции (1 балл) | 5-6 порций (2 балла) | 7-9 порций (3 балла) | ≥ 10 порций (4 балла) |
| **25** | **Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?** 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива | | | | |
| | Никогда (0 баллов) | Раз в месяц и реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц (2 балла) | 2-3 раза в неделю (3 балла) | ≥ 4 раз в неделю (4 балла) |
| **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 23-25 равна _____ баллов** | | | | | |

Результаты теста считаются положительными при сумме баллов **для мужчин 4 балла, для женщин 3 балла.** Данный вопросник, состоящий из 3 вопросов, **является частью** более полного вопросника AUDIT, рекомендуемого специалистами для более детальной оценки риска, связанного с потреблением алкоголя.

Итак, цель углубленного профилактического консультирования пациента **с риском пагубного потребления алкоголя повысить** информированность пациента об имеющемся у него риске вследствие неблагоприятного влияния алкоголя на здоровье, предупредить пациента о несовместимости алкоголя с приемом лекарственных препаратов, оценить степень риска и

мотивировать к уменьшению потребления алкоголя (или отказу от него) **с учетом отношения** пациента к проблеме алкоголя и его готовности к изменениям.

### Алгоритм скрининга и психологические особенности эффективного профилактического консультирования при пагубном потреблении алкоголя

1. Прежде чем предложить пациенту заполнение полного вопросника AUDIT для более детального определения проблем с потреблением алкоголя важно установить с ним доверительный контакт, помогающий снять «закрытость» и начать конструктивную беседу (консультирование), чему могут помочь следующие рекомендации:

Представьтесь, узнайте имя пациента и спросите, как он предпочитает, чтобы к нему обращались.

Объясните вашу роль и просите разрешение на разговор/беседу об алкоголе. Избегайте осуждения, понимайте позицию пациента и обстоятельства.

**Пример начала беседы:** *«Здравствуйте. Меня зовут_____. Я специалист кабинета медицинской профилактики и консультирую пациентов с разными факторами риска. Вы не возражаете, если я задам Вам несколько вопросов о потреблении алкогольных напитков в течение прошедшего года. Поскольку потребление алкоголя может повлиять на многие аспекты Вашего здоровья (и изменять эффект определенных лекарств), нам необходимо знать, сколько спиртных напитков Вы обычно употребляете и испытывали ли вы раньше проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Постарайтесь ответить на все вопросы насколько возможно честно и точно. Я со своей стороны гарантирую конфиденциальность информации».*

Если пациент отказался отвечать на вопросы AUDIT, в амбулаторной карте делается соответствующая отметка.

Дальнейшие действия зависят от результата заполнения вопросника AUDIT, таблица 2.4.

**Таблица 2.4** - Тактика врача по результатам заполнения вопросника AUDIT

| **Количество баллов по ответам на полный вопросник AUDIT** | **Риск для здоровья вследствие потребления алкоголя** | **Тактика врача (фельдшера) ОМП/КМП** |
|---|---|---|
| 0-7 для женщин<br>0-8 для мужчин | Низкий риск | Одобрить, дать информацию об опасных количествах потребления алкоголя |
| 8-19 для женщин<br>9-19 для мужчин | Опасное (рискованное) потребление или пагубное потребление (потребление с вредными последствиями) | Дать информацию о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье. Совет по ограничению потребления алкоголя. |
| Больше 20 | Возможная зависимость | Направление (рекомендация) к специалисту наркологу |

2. Действия специалиста в случае отрицательного результата (0-7 баллов): «*Я просмотрел результаты опроса. Судя по вашим ответам, у вас низкий риск появления проблем, связанных с алкоголем. Если вы продолжите употреблять его в таких же небольших количествах или будете воздерживаться от употребления алкоголя, риск останется таким же низким*».

Напомните пациенту об опасности превышения порога потребления алкогольных напитков. Например: «*Если вы выпиваете алкогольные напитки, пожалуйста, не употребляйте более двух порций алкоголя в день. Следите за тем, чтобы не употреблять алкоголь как минимум два дня в неделю». Поскольку бутылка пива, бокал вина и маленькая рюмка водки содержат примерно одинаковое количество спирта, очень полезно всегда держать в голове определение стандартной дозы алкоголя. Люди, превышающие безопасные пределы, повышают вероятность возникновения проблем, связанных с алкоголем, в первую очередь травм, повышения артериального давления, поражения печени, рака и болезней сердца»*.

Желательно одобрить в том, что он следует рекомендациям. Например: «*Вы правильно делаете, и постарайтесь и дальше придерживаться низкого потребления*».

3. Действия специалиста в случае опасного (рискованного) потребления или пагубного потребления (потребления с вредными последствиями) – 8-19 баллов (для женщин) и 9-19 баллов (для мужчин):

Необходимо обсудить результаты скрининга (заполнения вопросника) с использованием приемов «обратной связи» - обсудить, узнать мнение, отношение, проконтролировать, как пациент понял вас.

4. Если пациент готов к сотрудничеству и признает у себя наличие проблемы, врач-консультант может предложить ему обсудить конкретные планы изменения образа жизни, опираясь на варианты, изложенные в памятке «Как не поддаться влечению к спиртному?», которую рекомендуется дать пациенту с собой.

## Алгоритм консультирования при риске пагубного потребления алкоголя

1. **Обсуждение доводов «за» и «против».** Спросите пациента о «плюсах» (по его мнению) употребления алкоголя. Спросите пациента о «минусах» употребления алкоголя. Подведите итог. Используйте полученную информацию для того, чтобы подчеркнуть двойственность его отношения к употреблению алкоголя. Например, *«Помогите мне понять, что положительного дает вам употребление алкоголя? Какие отрицательные стороны употребления алкоголя вы можете назвать? С одной стороны, вы говорили…, с другой стороны вы говорили…»*

2. **Информирование и обратная связь.** Попросите у пациента разрешение и покажите таблицу с данными об уровнях рисках. Дайте по возможности полную информацию о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье. Обсудите информацию об опасных уровнях потребления алкоголя. Например: «*Есть данные о том, какой уровень алкогольного потребления считается рискованным. Разрешите, я покажу вам эти данные? Известно, что потребление: 2 или более стандартных порций (Ж) / 3 или более (М) в день, и более чем 10 (Ж) / 15 (М) в неделю может увеличить риск заболевания или травмы. Это может стать также причиной некоторых заболеваний»* **[обратите внимание пациента на заболевания, которые есть или могут возникнуть у данного пациента]**. *«Что вы думаете по этому поводу?»*

3. **Оценка мотивации** (важности, уверенности и готовности к изменениям) с использование линеек (шкал)**.**

4. Дальнейший ход консультации будет определяться уровнем мотивации (готовности) пациента к изменениям:

**0-3 балла** – пациент не готов к изменениям. В этом случае необходимо предложить информацию и обсудить возможность повторного визита.

**4-7 баллов** – пациент осознает, что проблема действительно существует, и думает о целесообразности изменения поведения. В этом случае необходимо продолжать консультирование, чтобы помочь пациенту осознать противоречия.

В завершение беседы следует **ободрить пациента**. Например, *«Теперь вы знаете о риске, который связан с опасным потреблением алкоголя, и о разумных пределах потребления. Есть ли у вас какие-либо вопросы? Многие люди с радостью узнают, что они сами могут предпринимать шаги, улучшающие здоровье. Я уверен в том, что вы можете следовать этим советам и снизить потребление алкогольных напитков до разумных пределов. Если же вам это покажется сложным, вы можете обратиться ко мне еще раз, и мы сможем снова обсудить пути решения этих проблем».*

**8-10 баллов** – пациент готов к изменениям. Подготовка плана действий.

**Действия специалиста в случае возможной зависимости:**

- Дать информацию о результатах опроса, как в случае опасного или пагубного потребления, четко сформулировав свое заключение и предупредив пациента об очень высоком риске.
- Оценить готовность к лечению (с помощью линейки готовности).
- При низкой готовности (0-3 балла) запланировать и провести медицинское обследование для выявления уже существующего вреда здоровью на фоне такого высокого уровня риска. Запланировать встречу с пациентом и консультацию по результатам обследования.
- При средней и высокой готовности к лечению (4-10 баллов) обсудить с пациентом направление к наркологу.

## Риск потребления психотропных веществ и наркотических средств без назначения врачей

В ходе углубленного профилактического консультирования пациента с выявленным риском **потребления психотропных веществ или наркотиков без назначения врача,** прежде всего рекомендуется провести детальный опрос на уточнение ситуации, для чего может быть рекомендовано самозаполнение адаптированного международного вопросника на употребление психотропных веществ или наркотических средств DAST-10[11] и таблицы его интерпретации.

**Психотропные вещества включают различные вещества и некоторые лекарственные препараты, которые изменяют психическое состояние человека и могут вызвать зависимость.**

## Алгоритм профилактического консультирования пациентов с риском потребления психотропных веществ или наркотиков

Уточнить информацию, заполнить вопросник DAST-10.

- информировать пациента о результатах и, если у него имеется подозрение на зависимость от потребления наркотиков и психотропных средств дать разъяснение;
- объяснить негативное влияние немедицинского потребления наркотиков и психотропных средств на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации);
- спросить пациента об его отношении к собственной привычке потребления наркотиков и психотропных средств и готовности снизить это потребление;

[11]Адаптировано по Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. Addictive Behavior, 7(4), 363–371.

- совместно с пациентом проанализировать ситуации, провоцирующие потребление наркотиков и психотропных средств;
- рекомендовать отказаться полностью от потребления наркотиков и психотропных веществ;
- дать памятку, посоветовать обратиться за помощью к наркологу при подозрении на наличие зависимости.

Следует помнить, что человек, имеющий склонность к употреблению наркотиков и психотропных средств, уже имеет личностные нарушения различного генеза и вида, поэтому, желательно, чтобы профилактическая работа в таком случае проводилась специалистом (психологом, психотерапевтом, психиатром), имеющим подготовку в области наркологии.

Если **пациент не готов** к изменениям – не следует переубеждать его в неправильности его взглядов, а предложить ему подумать о нарушении своего душевного равновесия в настоящий момент и о возможности его восстановления с помощью специалистов. Дать пациенту памятку и рекомендовать обратиться к таким специалистам.

Если **пациент согласен и готов** к изменению поведения, дать памятку и объяснить, когда, где и как он может обратиться к врачу-наркологу или получить психологическую помощь.

### 2.3.3. Целевая группа для УПК на 2 этапе диспансеризации – граждане в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении.

(в разделе использованы материалы из Методических рекомендаций по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении (Под ред. Ткачевой О.Н., Бойцова С.А.). - М.: 2017. Полная версия в представлена в приложении 46)

**Здоровое старение, по определению экспертов ВОЗ** [12], – это процесс, который происходит на протяжении всего жизненного цикла. Вредный для здоровья стиль поведения, часто формирующийся на ранних этапах жизни, может ухудшить качество жизни и даже привести к преждевременной смерти. Плохое питание, отсутствие физической активности, потребление табака и вредное употребление алкоголя – все это способствует развитию хронических состояний, пять из которых (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические заболевания верхних дыхательных путей и психические нарушения) обусловливают примерно 77% бремени болезней и 86% случаев смерти в Европейском регионе.

**Несмотря на то, что, например, курение и недостаточная физическая активность могут иметь негативные отдаленные последствия для здоровья, изменение привычек в любом возрасте будет полезным. Если люди бросают курить даже в 60-75 лет, риск преждевременной смерти снижается на 50%.**

Кроме того, согласно Глобальным рекомендациям ВОЗ по физической активности для здоровья обобщенные научные данные показывают, что физически активные пожилые люди, по сравнению с менее активными мужчинами и женщинами, гораздо менее подвержены **общим причинам смертности, ишемической болезни сердца, гипертонии, инсульту, диабету 2 типа, раку толстой кишки, раку молочной железы, имеют более высокий уровень кардиореспираторных показателей.** Здоровое питание, регулярная физическая активность, поддержание нормальной массы тела и отказ от употребления табака могут предотвратить или хотя бы отсрочить развитие диабета 2 типа.

Таким образом, одним ключевых подходов к сохранению здоровья и продлению жизни человека, в том числе достигшего старшего возраста, является сокращение негативного

[12] http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/risk-factors-of-ill-health-among-older-people

воздействия на здоровье и качество жизни пожилых людей свойственных этой возрастной категории факторов риска [13]. Наряду с поведенческими детерминантами, влияющими на здоровье, в том числе и пожилых людей, такими как **приверженность здоровому образу жизни, питание, употребление алкоголя, курение, физическая активность**, в пожилом возрасте становятся важными такие факторы как снижение функциональной активности, депривация, нарушения со стороны органов слуха и зрения, когнитивные нарушения и др., в совокупности, формирующие **синдром старческой астении**, существенно влияя на здоровье и качество жизни пожилых.

**Старческая астения** («хрупкость», шифр по МКБ-10 R54) - ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Старческая астения сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва, способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию, ухудшает прогноз состояния здоровья.

Старческая астения включает в себя более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Роль традиционных факторов риска в пожилом возрасте сохраняется, однако на первое место выходят факторы старческой астении, которые пожилой человек должен знать и уметь снижать их негативное влияние на качество жизни.

Алгоритм анкетирования, профилактического консультирования пациентов пожилого возраста в рамках диспансеризации изложен в методических рекомендациях составленных коллективом авторов ОСП "Российский геронтологический научно-клинический центр "ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России и ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины" Минздрава России[14]

В анкетирование пожилых людей проводится по специальной анкете для пациентов 65 лет и старше для выявления факторов риска и признаков старческой астении определения показаний для направления на гериатрическое консультирование лиц с высокой вероятностью этой патологии.

Профилактическое консультирование лиц пожилого и старческого возраста **проводится в ОМП/КМП на 2 этапе диспансеризации в отношении выявленных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний с учетом возрастных особенностей и в отношении признаков старческой астении** для предупреждения ее прогрессирования, сохранения качества жизни.

Геронтологи рекомендуют, проводить скрининг (опрос по шкале «Возраст не помеха») на предмет наличия синдрома старческой астении везде, где пожилой человек сталкивается с медицинским работником - в отделениях и кабинетах медицинской профилактики, центрах здоровья, кабинетах участкового врача/врача общей практики, при нахождении на стационарном лечении.

---

[13]Киселева Е.С. Поведенческие факторы риска в старших возрастах: сравнительный анализ ситуации в России и европейских странах. Демоскоп. № 463 – 464, http://demoscope.ru/weekly/2011/0463/analit05.php.

[14]Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении (Под ред Ткачевой О.Н., Бойцова С.А.) - М.: 2017

**Алгоритм и особенности профилактического консультирования лиц 65 лет и старше**

1. При профилактическом консультировании должны быть учтены возрастные особенности коррекции артериальной гипертонии, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии у людей пожилого и старческого возраста, а также вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний;

2. Пациента следует ориентировать не только за устранение симптомов заболеваний, но и на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни без негативных для здоровья факторов;

3. Всем консультируемым должны быть даны учитывающие возрастной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств в соответствии с методическими рекомендациями по профилактическому консультированию пожилых;

4. Профилактическое консультирование должно учитывать положительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха» и проводиться с учетом рекомендаций по профилактическому консультированию пожилых по результатам оценки по этой шкале;

5. При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зрения), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов;

6. При высокой вероятности старческой астении по данным скрининговой шкалы «Возраст не помеха» пациента следует направить к гериатру.

### 2.3.4 Целевая группа для УПК на 2 этапе диспансеризации – высокий относительный, высокий и очень высокий абсолютный СС риск, и (или) ожирение, и (или) ГХС с уровнем общего ХС 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курению более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

**(алгоритм консультирования - высокий относительный, высокий и очень высокий абсолютный СС риск)**

1. Консультирование проводится с использованием таблицы СС риска SCORE (для лиц 40-65 лет) и с демонстрацией пациенту возможности снижения его индивидуального абсолютного риска при снижении факторов риска. Необходимо объяснить пациенту понятие абсолютного СС риска, дать трактовку величины его индивидуального риска. Демонстрируя возможности снижения СС риска при уменьшении уровня факторов риска, для визуализации снижения риска используется таблица SCORE с цветовой индикацией уровней риска.

2. Если пациент курит, обратить внимание на вредное влияние компонентов табачного дыма на его здоровье, на влияние курения на здоровье в целом. Обратить внимание пациента на его привычку курения, как на фактор, определяющий у него высокий сердечно-сосудистый риск, рассказать, что отказ от курения может снизить этот риск наполовину.

Определить наличие и/или тяжесть никотиновой зависимости, спросив, когда пациент выкуривает утром первую сигарету (высокая зависимость, если первая сигарета выкуривается в течение 30 минут после пробуждения) и по количеству выкуриваемых сигарет (20 сигарет и более)

Определить готовность бросить курить:

Тактика: если пациент готов бросить курить и у него высокая степень никотиновой зависимости: дать информацию, где специализированная помощь по отказу от табака может быть

оказана, направить на углубленное консультирование с возможным назначением фармакотерапии.

Тактика: если пациент готов бросить курить и у него невысокая степень никотиновой зависимости, и готов бросить курить самостоятельно - дать печатные материалы (памятку «Как бросить курить?»);

не может бросить курить самостоятельно - дать информацию, где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана (указав адрес, часы работы, ФИО специалиста);

Тактика: если пациент не готов бросить курить и у него высокая степень никотиновой зависимости – рассказать про современные возможности лечения табакокурения и направить на углубленное консультирование для повышения мотивации по отказу от курения.

Тактика: если пациент не готов бросить курить и у него невысокая степень никотиновой зависимости – дать информацию о существующих методах лечения табакокурения и где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана, и памятку «Как бросить курить?»

3. Если у пациента повышен уровень общего холестерина – дать совет по питанию при дислипидемии. При уровне общего холестерина 8 ммоль/л и более – дать совет по диетическому питанию и памятку «Что надо знать от атеросклерозе?». Дальнейшая тактика (диагностики липидных нарушений, назначение медикаментозного лечения и динамический контроль) таким пациентам проводит лечащий врач-терапевт.

4. При консультировании врач/фельдшер обязательно должен учитывать конкретные уровни факторов риска консультируемого пациента и, при возможности, данные анкетирования (личный, семейный анамнез, сопутствующие факторы риска, данные антропометрии, в частности, массу тела, физическую активность, потребление алкоголя, питание).

5. Пациенту необходимо объяснить правила неотложных мер при возникновении жизнеугрожающих состояний, объяснить возможные симптомы и меры первой помощи до приезда врача неотложной/скорой помощи, дать номер телефона, желательно дать памятку.

6. Объяснить пациенту преимущества регулярного диспансерного наблюдения в отделении (кабинете) медицинской профилактики, составить совместно с пациентом конкретный план его действий по снижению поведенческих факторов риска (что должен предпринять пациент) и назначить контрольный визит.

7. В качестве контроля могут быть использованы различные дистанционные технологии: телефонный звонок, СМС-информирование/напоминание, дистанционный мониторинг (устройства приобретаются за личные средства пациента).

Рекомендовать памятку «Здоровый образ жизни».

**(алгоритм консультирования – ожирение)**

1. Объяснить понятие индекса массы тела и дать критерии массы тела для возраста и пола данного пациента, желательно с демонстрацией таблицы с величиной индекса массы тела (см. ниже)возможности смещения величины индекса в «зеленую» (более здоровую зону).

2. Уточнить фактические, конкретные данные анамнеза и уровни сопутствующих факторов риска консультируемого пациента и, при возможности, данные анкетирования (личный, семейный анамнез, сопутствующие факторы риска, оцениваемые по данным анкетирования и антропометрии, в частности, массу тела, физическую активность, потребление алкоголя, питание).

3. Сообщить пациенту с избыточным весом и ожирением с факторами риска ССЗ (высокое АД, гиперлипидемия, гипергликемия) о том, что изменения в образе жизни приводят к малой, но устойчивой потере веса от 3 до 5%, что дает клинически значимую пользу для здоровья (чем

больше потеря веса, тем больше пользы). Уровень доказательности рекомендации IA.Рекомендуются памятки «Здоровый образ жизни» ,«Избыточная масса тела. Как похудеть?», «Что надо знать об атеросклерозе».

4. Объяснить, что устойчивая потеря веса от 3 до 5%, скорее всего, приведет к клинически значимому снижению уровня триглицеридов, глюкозы крови, HbA1c и риска развития СД 2-го типа. Уровень доказательности рекомендации IA.

5. Объяснить, что снижение веса приведет к достижению целевых значений АД, ЛПНП и ЛПВП, дальнейшему снижению уровня триглицеридов и глюкозы крови, а также уменьшит потребность в лекарственных средствах для контроля АД, глюкозы крови и липидов. Уровень доказательности рекомендации IA.

6. Рекомендовать пациенту придерживаться диетических рекомендаций при избыточной массе тела под контролем врача ОМП/КМП или центра здоровья и лечащего врача-терапевта (IIIа группа здоровья и при ГХС 8ммоль/л и более), желательно вне рамок диспансеризации получить рекомендации врача-эндокринолога (пациентам с ожирением) и/или диетолога.

## Справочная информация

**Классификация массы тела по индексу Кетле (индексу массы тела)**

(индекс Кетле = отношении массы тела в кг к росту в м$^2$)

| Типы массы тела | Индекс Кетле, *кг/м$^2$* | Риск сердечно-сосудистых заболеваний |
|---|---|---|
| Дефицит массы тела | < 18,5 | Низкий |
| Нормальная масса тела | 18,5 – 24,9 | Обычный |
| Избыточная масса тела | 25 – 29,9 | Повышенный |
| Ожирение I степени | 30,0 – 34,9 | Высокий |
| Ожирение II степени | 35,0 – 39,9 | Очень высокий |
| Ожирение III степени | ≥ 40 | Чрезвычайно высокий |

**Ожирение рассматривается не только как важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа.** В целом ожирение по экспертным оценкам приводит к увеличению риска сердечно-сосудистой смертности в 4 раза и смертности в результате онкологических заболеваний в 2 раза.

К ожирению приводит дисбаланс между потребляемой и расходуемой энергией, в основе которого лежат не только нарушения метаболизма, но и генетическая предрасположенность, нарушение поведенческих реакций и влияние внешних факторов.

К заболеваниям, ассоциированным с ожирением, относятся:

- нарушение толерантности к глюкозе;
- нарушенная гликемия натощак и сахарный диабет 2 типа;
- артериальная гипертензия и другие ССЗ;
- гипертриглицеридемия/дислипидемия;
- синдром обструктивного апноэ сна
- ХОБЛ
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Желчнокаменная болезнь
- Поликистоз яичников и другие заболевания

Все необходимые направления и консультации пациентам с ожирением даст лечащий врач-терапевт, при необходимости и подозрении на вторичное ожирение назначается консультация эндокринолога вне рамок диспансеризации

Режимы питания при ожирении, которые могут быть рекомендованы пациентам с ожирением при индивидуальном профилактическом консультировании основываются на рекомендациях ВОЗ по питанию и принципах рационального питания, что демонстрируют «Тарелка оптимального соотношения продуктов дневного рациона» и «пирамида рационального питания»

Назначения делает врач ОМП/КМП и/или лечащий врач-терапевт. Важнейшим условием является контроль за снижением веса и исключение всех возможных противопоказаний тех или иных ограничений. При необходимости вне рамок диспансеризации можно назначить консультацию диетолога и/или эндокринолога.

В задачи врача при индивидуальном профилактическом консультировании пациентов с ожирением входит объяснение важности и необходимости получения и выполнения назначений лечащего врача с учетом его готовности к снижению избыточной массы тела и не допустимости использования непроверенных советов неспециалистов.

При отсутствии противопоказаний пациентам с избыточной массой тела необходимо рекомендовать **повышение физической активности,** способствующее оздоровлению и снижению избыточной массы тела, с учетом рационального распределения физической активности. Необходимо помнить, что при ожирении 2-3 степеней режимы физической нагрузки выбираются врачом-специалистом строго индивидуально и должны следовать за диетическими рекомендациями, а не предшествовать им.

Если пациент выражает желание и готовность к изменению необходимо дать рекомендации при избыточной массе тела и ожирении с конкретными советами о питании, физической активности. Таким пациентам рекомендуется дать памятку с советами экспертов «Избыточная масса тела. Как похудеть».

Если пациент не выражает желания снижать избыточную массу тела, рекомендуется информировать его о риске для здоровья ожирения, дать памятку о негативном влиянии на здоровья факторов риска и «Здоровый образ жизни».

**(Алгоритм профилактического консультирования: дислипидемии, ОХС 8 и более ммоль/л)**

1. **Пациенту с высокой ГХС** необходимо объяснить важность определения спектра липидов (т.е. содержание отдельных компонентов липидного/жирового обмена), что поможет назначить лечение для эффективной профилактики ССЗ, что необходимо проводить в согласовании с лечащим врачом (участковым терапевтом). Объяснить, что такие исследования проводятся вне рамок диспансеризации по назначению лечащего врача, который назначит необходимое лечение и контроль по их результатам. Дать пациенту памятку «Что надо знать об атеросклерозе».

2. Ключевыми рекомендациями являются рекомендации при дислипидемии по питанию и физической активности при дислипидемии. Эти рекомендации должны быть даны каждому пациенту в ГХС. Необходимо также объяснить пациенту с ГХС, что современная медицина располагает эффективными средствами для снижения уровня холестерина и отдельных его фракций, причем эти средства имеют доказанное влияние на прогноз клинического течения заболеваний (при их наличии) и на снижение риска их развития. **Важно**, что все медикаментозные назначения и последующий контроль проводит лечащий врач-терапевт. Рекомендуется дать памятки: «Что надо знать об атеросклерозе».

3. При консультировании врач/фельдшер обязательно должен уточнить фактические, конкретные данные анамнеза и уровни сопутствующих факторов риска консультируемого пациента и, при возможности, данные анкетирования (личный, семейный анамнез, сопутствующие факторы риска, оцениваемые по данным анкетирования и антропометрии, в частности, массу тела, физическую активность, потребление алкоголя, питание).

4. Если у пациента избыточная масса тела, надо объяснить, что нормализация массы тела (снижение) приносит несомненную пользу и способствует не только снижению уровня холестерина, но и снижению риска ССЗ. Уровень доказательности и рекомендации IA.

5. Если у пациента повышается артериальное давление, то необходимо объяснить необходимость наблюдения и лечения (диспансерное наблюдение) у участкового врача-терапевта и самоконтроля уровня АД в домашних условиях. При необходимости дать памятку о профилактике инсульта.

### Алгоритм профилактического консультирования: курение

1. Все курящие пациенты прошедшие диспансеризацию, должны получить совет и помощь по отказу от курения согласно положениям ст. 17 ФЗ-15 от 23.02.2013г. №15-ФЗ. Особого внимания требует интенсивное курение.

2. С помощью анкетирования выявляется факт курения пациента, количество выкуриваемых сигарет в день и стаж курения. В ходе дальнейшего консультирования: врач /медработник должен уточнить эту информацию.

3. Обратить внимание пациента на его привычку курения, как на фактор, определяющий у него высокий риск развития хронических заболеваний или состояний, рассказать, что отказ от курения может снизить этот риск.

**При консультировании курящих лиц с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, это особенно актуально, вне зависимости от количества выкуриваемых сигарет - объяснить, что курение определяет высокий риск сердечно-сосудистых событий, а отказ от курения может снизить этот риск наполовину.**

4. Определить наличие и/или тяжесть никотиновой зависимости, спросив, когда пациент выкуривает утром первую сигарету (высокая зависимость, если первая сигарета выкуривается в течение 30 минут после пробуждения) и по количеству выкуриваемых сигарет (20 сигарет и более).

5. Определить готовность пациента бросить курить.

**Тактика:** если пациент готов бросить курить и у него высокая степень никотиновой зависимости: дать информацию, где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана, направить на углубленное консультирование с возможным назначением фармакотерапии.

**Тактика:** если пациент готов бросить курить и у него невысокая степень никотиновой зависимости, и

- **готов бросить курить самостоятельно** - дать печатные материалы (памятку «Как бросить курить?»);
- **не может бросить курить** самостоятельно - дать информацию, где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана, направить на углубленное консультирование, для получения помощи по отказу от курения.

**Тактика:** Если пациент не готов бросить курить и у него высокая степень никотиновой зависимости – рассказать про современные возможности лечения табакокурения и направить на углубленное консультирование для повышения мотивации по отказу от курения.

**Тактика:** Если пациент не готов бросить курить и у него невысокая степень никотиновой зависимости – дать информацию о существующих методах лечения табакокурения и где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана, и памятку «Как бросить курить?».

**Особенности углубленного группового профилактического консультирования (школ пациентов)**

Углубленное групповое профилактическое консультирование (школа пациента) - это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (предпочтительнее

цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта может повышаться, что доказано. **Наиболее реально проводить групповое углубленное профилактическое консультирование в условиях вне диспансеризации, в дневных стационарах, в стационарах, санаторно-курортных учреждениях.** В рамках диспансеризации данная форма углубленного профилактического консультирования проводится **при наличии возможности формирования однородных групп пациентов.**

**Эффективность индивидуального и группового консультирования зависит не только от качества проведения последних, но и индивидуальных предпочтений пациентов: эти два вида консультирования могут быть равносильны и в равной степени эффективны для разных групп пациентов.**

**Преимущества группового профилактического консультирования.** Обучение в группе усиливает действенность обучения – создается атмосфера коллектива, нивелируется чувство одиночества, улучшается эмоциональный контакт. Эффективность повышается за счет обмена опытом между пациентами, примеров из их жизни и пр. Для многих пациентов это может быть важно.

**Основные принципы проведения школ пациентов:**

- формирование «тематической» целевой группы пациентов с относительно сходными характеристиками: например, больные с неосложненным течением артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца; больные ишемической болезнью сердца, перенесшие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, интервенционное вмешательство и др.; пациенты с высоким риском ССЗ без клинических симптомов болезни, пациенты с ожирением и т.п.
- для избранной целевой группы проводится **цикл занятий** по заранее составленному плану и по согласованному графику; одно из основных требований – посещение всего цикла занятий;
- численность целевой группы пациентов должна быть не более 10-12 человек; необходим контроль, чтобы пациенты посетили все (или большинство) из запланированных занятий;
- организация группового консультирования должна проводиться в специально оборудованном помещении (стол, стулья, демонстрационный материал, раздаточный материал, блокноты и пр.).

**Необходимо избегать наиболее частой ошибки при организации школы.** Школа пациентов, к сожалению, нередко подменивается «лекторием», когда темы объявляются заранее в определенные дни и часы и на эти лекции приходят пациенты с самыми разными заболеваниями. Такая форма работы, хотя и весьма трудоемкая для медицинских специалистов, практически неэффективна, т.к. нарушаются главные принципы группового консультирования.

Школы пациентов в рамках диспансеризации, профилактических медицинских осмотров проводятся медицинскими работниками кабинетов (отделений) медицинской профилактики (врач, фельдшер медицинской профилактики). Для проведения школ необходимо обученный персонал и обеспечение условий для эффективного группового консультирования.

При необходимости для проведения отдельных занятий могут привлекаться профильные специалисты (при наличии их в учреждении – психологи и др.). Пациенты направляются в школу пациента участковым врачом.

Программа обучения строится из цикла структурированных занятий, продолжительностью около 60 минут каждое. Всего в цикле оптимально 2-3 занятия в зависимости от целевой группы.

Каждое занятие включает информационный материал и активные формы обучения, направленные на развитие умений и практических навыков у пациентов. Все занятия должны быть заранее хронометрированы, иметь четкие инструкции по ведению.

Вся наглядная информация, используемая в школе должна быть: красочной, демонстративной, запоминающейся, понятной, заинтересовывающей, доступной.

**Заключение** по разделу II «Профилактическое консультирование в рамках диспансеризации»

Таким образом, в заключение следует подчеркнуть, что среди многих проблем профилактики неинфекционных заболеваний, находящихся в компетенции и зоне ответственности системы здравоохранения, *межличностные отношения врача и пациента* вне зависимости от имеющихся проблем со здоровьем выступают как ключевые, так как могут явиться основным движущим началом реальных и успешных превентивных мер при условии базирования на концептуальных принципах эффективного профилактического консультирования. В то же время, если эти принципы не учитываются, трудно ожидать партнерских согласованных действий врача и пациента в оздоровлении поведенческих привычек, лежащих в основе многих факторов риска неинфекционных заболеваний.

Освоение основ и практики эффективного профилактического консультирования поможет медицинским специалистам отделений (кабинетов) медицинской профилактики и участковым врачам в оказании профилактической помощи населению, что, в конечном итоге, повлияет на здоровье населения в виде снижения заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности.

## ПРИЛОЖЕНИЯ К МЕТОДИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

### 1. Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний

**Повышенный уровень артериального давления** – систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт.ст. К числу граждан, имеющих данный фактор риска, относятся граждане, имеющие гипертоническую болезнь или симптоматические артериальные гипертензии (кодируется по МКБ-10 кодами I10-115), а также граждане с повышенным артериальным давлением при отсутствии диагноза гипертонической болезни или симптоматической артериальной гипертензии (кодируется по МКБ-10 кодом R03.0).

**Гиперхолестеринемия** - уровень общего холестерина 5 ммоль/л и более (кодируется по МКБ-10 кодом Е78).

**Гипергликемия** – уровень глюкозы натощак в венозной плазме 6,1 ммоль/л и более, в цельной капиллярной крови 5,6 ммоль/л и более (кодируется по МКБ-10 кодом R73.9) либо наличие сахарного диабета, в том числе в случае, если в результате эффективной терапии достигнута нормогликемия..

**Курение табака** - ежедневное выкуривание одной сигареты и более (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.0).

**Нерациональное питание** – избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки, недостаточное потребление фруктов, овощей, рыбы. Определяется с помощью опроса (анкетирования) граждан, предусмотренного порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, утвержденным настоящим приказом (далее - анкетирование) (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.4).

**Избыточная масса тела** - индекс массы тела 25-29,9 кг/м$^2$ (кодируется по МКБ-10 кодом R63.5)[15].

**Ожирение** - индекс массы тела 30 кг/м$^2$ и более (кодируется по МКБ-10 кодом Е66).

**Низкая физическая активность** - определяется с помощью анкетирования (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.3).

**Риск пагубного потребления алкоголя** (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.1) и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.2) определяются с помощью анкетирования.

**Отягощенная наследственность по ССЗ** определяется при наличии инфаркта миокарда (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.4) и (или) мозгового инсульта (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.3) у близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет).

**Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям** – (кодируется по МКБ-10 кодом Z80):

колоректальной области - наличие злокачественных новообразований колоректальной области и (или) семейного аденоматоза у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях;

других локализаций - наличие злокачественных новообразований у близких родственников в молодом или среднем возрасте, или в нескольких поколениях.

**Отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных**

[15] В приказе №869н в данном пункте имеется опечатка. Данный текст исправлен и приведен в правильной форме.

**путей** - наличие астмы и другие хронических болезней нижних дыхательных путей у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.5).

**Отягощенная наследственность по сахарному диабету** - наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z83.3).

Абсолютный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 40 до 64 лет при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом, при этом высокому сердечно-сосудистому риску соответствуют значения от 5% до 10%, установленные по шкале SCORE, очень высокому - 10% и более. У граждан в возрасте старше 65 лет и/или у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет второго типа и/или хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале сердечно-сосудистого риска не рассчитывается.

Относительный сердечно-сосудистый риск устанавливается по дополнительной шкале SCORE у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно, при этом высокому относительному сердечно-сосудистому риску соответствуют значения более 1.

Старческая астения (кодируется по МКБ-10 кодом R54) - ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Включает более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Определяется в рамках профилактического медицинского осмотра с помощью анкетирования у граждан 65 лет и старше, включающего вопросник "Возраст не помеха".

## 2. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств

(Приложение 1 к приказу Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1177н)

1. Настоящий порядок устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Минюстом РФ 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень).

2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 3 настоящего Порядка.

3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления

состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста)[16].

4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется после выбора медицинской организации и врача[17] при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

5. Перед оформлением информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

6. При отказе от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

7. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной приложением N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

8. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

9. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

10. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной приложением N 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

---

[16] В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

[17] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г. N 24278).

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

(Приложение 2 к Приказу Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1177н)

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

«_____» _____г. рождения,

зарегистрированному по адресу: _____

(адрес места жительства

гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082) (далее - Перечень) для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«_____» _____ _____г.

## 3. Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

(Приложение 3 к Приказу Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1177н)

Я, _____ _____

(Ф.И.О. гражданина)

"_____" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____ _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в _____ _____

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств): _____ _____ _____

(наименование вида медицинского вмешательства)

_____ _____

Медицинским работником _____.

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.

(дата оформления)

**Перечень определенных видов медицинских вмешательств,**
**на которые граждане дают информированное добровольное согласие при**
**выборе врача и медицинской организации**
**для получения первичной медико-санитарной помощи**
(Приложение к приказу Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. N390н)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

**4. Численность прикрепленного взрослого населения на 01.01 текущего года (поименный и повозрастной список граждан врачебного (терапевтического, в том числе цехового участка, участка врача общей практики (семейного врача)), фельдшерского или комплексного участка № ____ по состоянию на 1 января 20__ года),из них по плану подлежат профилактическому медицинскому осмотру (ПМО) и Диспансеризации и фактически прошли ПМО и Диспансеризацию**

| Фамилия, имя, отчество | Адрес места фактического проживания | Электрон-ный адрес | Телефоны: домашний, мобильный, служебный | Дата информирования о порядке проведения ПМО и диспансеризации | Согласованный с гражданином срок прохождения | | Дата фактического завершения прохождения | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | диспансери-зации | ПМО | диспансери-зации | ПМО |
| Список мужчин, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 18 до 34 лет включительно | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Список женщин, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 18 до 34 лет включительно | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Список мужчин, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 35 до 39 лет включительно | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Список женщин, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 35 до 39 лет включительно | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Список мужчин, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 40 до 54 лет включительно | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Список женщин, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 40 до 54 лет включительно | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Список мужчин, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 55 до 59 лет включительно | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Список женщин, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 55 до 59 лет включительно | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Список лиц, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 60 до 64 лет включительно | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| Список лиц, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 65 до 74 лет включительно | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Список лиц, которые в 20__ году будут находится в возрасте от 75 лет и старше | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **Всего подлежат прохождению и прошли:** | | | | | | | | |

Число лиц в трудоспособном возрасте прошло: диспансеризацию определенных групп взрослого населения всего _____, в том числе: женщин _____, мужчин _____; профилактический медицинский осмотр всего _____, в том числе: женщин _____, мужчин _____.

## 5. Диспансеризация взрослого населения (краткая информация для граждан о диспансеризации и порядке ее прохождения)

### Основные цели диспансеризации

Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), к которым относятся:

- болезни системы кровообращения и в первую очередь ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания;
- злокачественные новообразования;
- сахарный диабет;
- хронические болезни легких.

Указанные болезни обуславливают более 75 % всей смертности населения нашей страны.

Кроме того, диспансеризация направлена на выявление и коррекцию основных факторов риска развития указанных заболеваний, к которым относятся:

- повышенный уровень артериального давления;
- повышенный уровень холестерина в крови;
- повышенный уровень глюкозы в крови;
- курение табака;
- риск пагубного потребления алкоголя;
- нерациональное питание;
- низкая физическая активность;
- избыточная масса тела или ожирение.

Важной особенностью диспансеризации является не только раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, но и проведение всем гражданам, имеющим указанные факторы риска краткого профилактического консультирования, а также для лиц с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском индивидуального углубленного и группового (школа пациента) профилактического консультирования.

Такие активные профилактические вмешательства позволяют достаточно быстро и в значительной степени снизить вероятность развития у каждого конкретного человека опасных хронических неинфекционных заболеваний, а у лиц уже страдающих такими заболеваниями значительно уменьшить тяжесть течения заболевания и частоту развития осложнений.

### Где и когда можно пройти диспансеризацию

Граждане проходят диспансеризацию в медицинской организации по месту жительства, работы, учебы или выбору гражданина, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь (в поликлинике, в центре (отделении) общей врачебной практики (семейной медицины), во врачебной амбулатории, медсанчасти и др.).

Ваш участковый врач (фельдшер) или участковая медицинская сестра или сотрудник регистратуры подробно расскажут Вам где, когда и как можно пройти диспансеризацию, согласуют с Вами ориентировочную дату (период) прохождения диспансеризации.

### Сколько времени занимает прохождение диспансеризации

Прохождение обследования первого этапа диспансеризации как правило требует два визита. Первый визит занимает ориентировочно от 3 до 6 часов (объем обследования значительно меняется в зависимости от Вашего возраста). Второй визит проводится обычно через 1-6 дней (зависит от длительности времени необходимого для получения результатов исследований) к участковому врачу для заключительного осмотра и подведения итогов диспансеризации.

Если по результатам первого этапа диспансеризации у Вас выявлено подозрение на наличие хронического неинфекционного заболевания или высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск участковый врач сообщает Вам об этом и направляет на второй этап диспансеризации, длительность прохождения которого зависит от объема необходимого Вам дополнительного обследования.

**Как пройти диспансеризацию работающему человеку**

Согласно статьи 24 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" работодатели обязаны обеспечивать условия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации, а также беспрепятственно отпускать работников для их прохождения.
Кроме того, в 2018 году Трудовой Кодекс РФ дополнен статьей 185.1 «Гарантии работникам при прохождении диспансеризации», согласно которой работники пенсионного и предпенсионного возрастов для прохождения диспансеризации имеют право на освобождение от работы на два рабочих дня один раз в год.

**Какая подготовка нужна для прохождения диспансеризации:**

- Для прохождения первого этапа диспансеризации желательно прийти в медицинскую организацию (поликлинику) утром, натощак.
- Лицам в возрасте с 40 до 75 исследование кала на скрытую кровь должно проводиться **иммунохимическим методом, что не требует ограничений в приеме пищи (уточните применяемый метод исследования у своего участкового врача медсестры или в кабинете медицинской профилактики).**
- Женщинам необходимо помнить, что забор мазков с шейки матки не проводится во время менструации, при проведении того или иного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза, что для снижения вероятности получения ложных результатов анализа мазка необходимо исключить половые контакты в течение 2-х суток перед диспансеризацией, отменить любые вагинальные препараты, спермициды, тампоны и спринцевания.
- Мужчинам которым назначено исследование простатспецифического антигена в крови (онкомаркер рака предстательной железы) необходимо помнить, что лучше воздержаться от проведения этого анализа в течение 7-10 дней после любых воздействий на предстательную железу механического характера (ректальный осмотр, массаж простаты, клизмы, езда на лошади или велосипеде, половой акт, лечение ректальными свечами и др.) так как они могут исказить результат исследования.
- Если Вы в предыдущие 12 месяцев перед прохождением диспансеризации проходили медицинские исследования возьмите документы, подтверждающие этот факт, и покажите их медицинским работникам перед началом прохождения диспансеризации.
- Объем подготовки для прохождения второго этапа диспансеризации Вам объяснит участковый врач (фельдшер).

Регулярное прохождение диспансеризации позволит Вам в значительной степени уменьшить вероятность развития наиболее опасных заболеваний сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразований (колоректального рака, рака шейки матки и грудной железы), сахарного диабета и хронических бронхолегочных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и смертности населения нашей страны или выявить их на ранней стадии развития, когда их лечение наиболее эффективно.

## 6. Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача

| | | | |
|---|---|---|---|
| Дата анкетирования (день, месяц, год): | | | |
| Ф.И.О. пациента: | | Пол: | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | |
| Медицинская организация: | | | |
| Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:<br>_____ | | | |
| **1.** | **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется** | | |
| 1.1. | гипертоническая болезнь<br>(повышенное артериальное давление)? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да | Нет |
| 1.2. | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | Да | Нет |
| 1.3. | цереброваскулярное заболевание<br>(заболевание сосудов головного мозга)? | Да | Нет |
| 1.4. | хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)? | Да | Нет |
| 1.5. | туберкулез (легких или иных локализаций)? | Да | Нет |
| 1.6. | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | Да | Нет |
| 1.7. | заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)? | Да | Нет |
| 1.8. | хроническое заболевание почек? | Да | Нет |
| 1.9. | злокачественное новообразование? | Да | Нет |
| | Если «Да», то какое?_____ | | |
| 1.10. | повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | Да | Нет |
| **2.** | **Был ли у Вас инфаркт миокарда?** | Да | Нет |
| **3.** | **Был ли у Вас инсульт?** | Да | Нет |
| **4.** | **Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников** в **молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у матери или родных сестер или **до 55 лет** у отца или родных братьев)? | Да | Нет |
| **5.** | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть) | Да | Нет |
| **6.** | **Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?** | Да | Нет |
| **7.** | **Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/ в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после приема нитроглицерина** | Да | Нет |
| **8.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | Да | Нет |
| **9.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | Да | Нет |
| **10.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | Да | Нет |
| **11.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | Да | Нет |
| **12.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | Да | Нет |
| **13.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | Да | Нет |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **14.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита**?** | | | Да | Нет |
| **15.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** | | | Да | Нет |
| **16.** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | | | Да | Нет |
| **17.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | | | Да | Нет |
| **18.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | | | Да | Нет |
| **19.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | | | Да | Нет |
| **20.** | **Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** _____ сиг/день | | | | |
| **21.** | **Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?** | | | До 30 минут | 30 минут и более |
| **22.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | | | Да | Нет |
| **23.** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | | | Да | Нет |
| **24** | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?** | | | Да | Нет |
| **25.** | **Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?** | | | | |
| | Никогда (0 баллов) | Раз в месяц и реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц (2 балла) | 2-3 раза в неделю (3 балла) | ≥ 4 раз в неделю (4 балла) |
| **26.** | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?**<br>1 порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива | | | | |
| | 1-2 порции (0 баллов) | 3-4 порции (1 балл) | 5-6 порций (2 балла) | 7-9 порций (3 балла) | ≥ 10 порций (4 балла) |
| **27.** | **Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?**<br>6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива | | | | |
| | Никогда (0 баллов) | Раз в месяц и реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц (2 балла) | 2-3 раза в неделю (3 балла) | ≥ 4 раз в неделю (4 балла) |
| **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов** | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **28.** | Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру) | Да | Нет |

## 7. Правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) в рамках диспансеризации граждан в возрасте до 65 лет

| **Вопросы анкеты** | **Ответ и Заключение** | **Врачебная тактика - Показания на 2 этап диспансеризации ИЛИ дополнительное обследование вне рамок диспансеризации*** |
|---|---|---|
| **Осведомленность о заболеваниях в анамнезе (личный анамнез)** | | |
| Вопрос 1 (1.1 – 1.10);<br>Вопросы<br>2 и 3 | Ответ «ДА» на любой вопрос<br>Вероятность заболевания в личном анамнезе;<br>Ответ «Да» на вторую часть вопроса 1.1 – вероятность медикаментозной гипотензивной терапии | **Получить** документальное подтверждение заболевания (амб. карта, выписки) и при его наличии внести диагноз заболеваний в учетную форму;<br>С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопросы 1.1, **внести информацию об** эффективности гипотензивной терапии в учетную форму;<br>Профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию проводить с **учетом** выявленного в анамнезе заболевания. |
| **Семейный анамнез** | | |
| Вопросы<br>4 и 5 | Ответ «ДА» на вопрос 4 – отягощенная наследственность по инфаркту и инсульту | При профилактическом консультирования **обратить внимание** на меры по профилактике атеросклероза, особенно при наличии клинических проявлений ИБС, ЦВБ. |
| | Ответ «ДА» на вопрос 5<br>- отягощенная наследственность и высокий риск развития колоректального рака, | **Для граждан в возрасте от 40 лет и старше** при отягощенной наследственности по колоректальному раку, семейному аденоматозу (диффузному полипозу) толстой кишки, направить **на 2 этап диспансеризации** (осмотр врачом-хирургом или врачом-колопроктологом) |
| **Выявление вероятности стенокардии** | | |
| Вопросы<br>6 и 7 | Ответ ДА» на вопрос 6 или на оба вопроса<br>Имеется вероятность стенокардии | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ. **Исключить** острую форму ИБС, рассмотреть необходимость назначения медикаментозной терапии.<br>**Направить** на консультацию к врачу-кардиологу вне рамок профилактического медицинского осмотра и диспансеризации для уточнения диагноза, определения дальнейшей тактики лечения, включая специализированную медицинскую помощь и высокотехнологические вмешательства.<br>При профилактическом консультировании **информировать** пациента о необходимости обследования и уточнения наличия |

| | | |
|---|---|---|
| | | стенокардии. Объяснить о высоком риске развития угрожающих жизни состояний при стенокардии, характерных проявлениях этих состояний и необходимых неотложных мерах, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи.<br><br>**Обратить внимание** на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции. |
| **Выявление вероятности перенесенной транзиторной ишемической атаки (ТИА) или острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)** | | |
| Вопросы 8-10 | Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос - имеется вероятность преходящей ишемической атаки (ТИА) или перенесенного ОНМК | **Направить** пациента на консультацию (осмотр) к врачу-неврологу в рамках 2 этапа диспансеризации.<br><br>**Информировать** граждан о высоком риске развития инсульта, о его характерных проявлениях, о неотложных мероприятиях само- и взаимопомощи, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи.<br><br>При подтверждении диагноза, **направить** на углубленное профилактическое консультирование в рамках диспансеризации. |
| **Выявление вероятности хронического заболевания нижних дыхательных путей (хронической обструктивной болезни легких - ХОБЛ)** | | |
| Вопросы 11 и 12 | Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос – имеется вероятность хронического заболевания нижних дыхательных путей | **Направить** на второй этап диспансеризации для проведения спирометриии. При выявлении патологических отклонений **провести** обследование и лечение пациента в соответствии со стандартом ПСМП вне рамок диспансеризации.<br><br>При проведении профилактического консультирования **обратить** внимание на меры профилактики ХОБЛ и важность коррекции имеющихся факторов риска. |
| Вопрос 13<br><br>Вопрос 5 | Ответ «ДА»<br><br>на вопрос 13 -<br><br>Вероятность наличия заболевания легких (Бронхоэктазы, онкопатология, туберкулез) | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации.<br><br>При профилактическом консультировании **учесть** выявленную симптоматику. |
| | Ответ «Да» на вопрос 13 и на вопрос 5 (отягощенная наследственность по раку легкого) | При отсутствии в анамнезе и в настоящее время диспансерного наблюдения по поводу бронхоэкатической болезни, туберкулеза легких и опухоли легкого, **направить** пациента на второй этап диспансеризации для проведения рентгенографии и/или компьютерной томографии легких и по результатам определить дальнейшую врачебную тактику вне рамок диспансеризации. |
| **Выявление вероятности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе и онкологических** | | |
| Вопрос<br><br>14-16 | Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. **Направить** на второй этап диспансеризации для |

| | | |
|---|---|---|
| | ответом «Да» на вопрос 14 и/или 15 -<br>вероятность заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта | проведения эзофагогастродуоденоскопии. По ее результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации.<br>При профилактическом консультировании **учесть** выявленную симптоматику. |
| Вопросы 16-18 | Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с ответом «Да» на вопрос 17 и/или 18 - вероятность заболевания нижних отделов ЖКТ | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. Направить на 2 этап диспансеризации на осмотр врачом-хирургом или колопроктологом.<br>При профилактическом консультировании **обратить внимание** на профилактику колоректального рака и коррекцию факторов риска его развития. |
| **Выявление поведенческих факторов риска - курение** | | |
| Вопросы 19-20 и<br>Вопрос 5 | Ответ «ДА» на вопрос 19 -<br>фактор риска «курение» | **Оценить риск по шкале SCORE** (за исключением лиц, имеющих ССЗ, обусловленные атеросклерозом, сахарный диабет 2 или хроническую болезнь почек):<br>• в возрасте до 40 лет - относительный риск;<br>• в возрасте 40-65 лет - абсолютный риск;<br>**На первом этапе диспансеризации** в рамках краткого профилактического консультирования мотивировать лиц, имеющих высокий относительный и высокий/очень высокий абсолютный риск к отказу от курения и **направить их на 2 этап диспансеризации** для проведения углубленного профилактического консультирования.<br>**Информировать** всех курящих о его пагубных последствиях и необходимости отказа от курения. |
| | Ответ на вопрос 20 «более 20 сигарет в день» свидетельствует об интенсивном курении | |
| | Ответ «Да» на вопрос 19 и на вопрос 5 - отягощенная наследственность по раку легкого | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации. |
| **Выявление поведенческих факторов риска - низкая физическая активность** | | |
| Вопрос 21 | Ответ «До 30 минут» - фактор риска «низкая физическая активность» | **Учесть** факт наличия низкой физической активности при проведении профилактического консультирования. |
| **Выявление поведенческих факторов риска - нерациональное питание** | | |
| Вопросы 22 и 23 | Ответ «Нет»<br>на вопрос 22 **и/или**<br>ответ «ДА» | **Учесть** наличие фактора риска «нерациональное питание» при проведении профилактического консультирования |

| | | |
|---|---|---|
| | на вопрос 23<br>- фактор риска «нерациональное питание» | |
| **Выявление поведенческих факторов риска - потребление наркотических средств без назначения врача** | | |
| Вопрос 24 | Ответ «Да» - вероятность потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача | **Направить** пациента на углубленное профилактическое консультирование на 2 этапе диспансеризации. |
| **Выявление поведенческих факторов риска - риск пагубного потребления алкоголя** | | |
| Вопросы 25-27 | Сумма баллов в вопросах 25-27<br>для женщин - **3 балла и более**<br>для мужчин – **4 балла и более**<br>- риск пагубного потребления алкоголя | **Направить** пациента на углубленное профилактическое консультирование на 2 этапе диспансеризации. |
| Вопрос 28 | При ответе «Да»<br>- риск наличия заболевания или его обострения | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По ее результатам **определить** дальнейшую тактику обследования в рамках 2 этапа диспансеризации и вне рамок диспансеризации. |

Примечание: ТИА – транзиторная ишемическая атака; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЦВБ – цереброваскулярные болезни; ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких.

С результатами анкетирования ознакомлен

_____

Ф.И.О. врача (фельдшера) проводящего заключительный осмотр пациента по завершению профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации

## 8. Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

| | | | |
|---|---|---|---|
| Дата анкетирования (день, месяц, год): | | | |
| Ф.И.О. пациента: | | Пол: | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | |
| Медицинская организация: | | | |
| Должность и Ф.И.О., проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: _____ | | | |
| **1.** | **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:** | | |
| 1.1. | гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да | Нет |
| 1.2. | сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | Да | Нет |
| 1.3. | злокачественное новообразование? | Да | Нет |
| | Если «Да», то какое?_____ | | |
| 1.4. | повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | Да | Нет |
| 1.5. | перенесенный инфаркт миокарда? | Да | Нет |
| 1.6. | перенесенный инсульт? | Да | Нет |
| 1.7. | хронический бронхит или бронхиальная астма? | Да | Нет |
| **2.** | **Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?** | Да | Нет |
| **3.** | **Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после приема нитроглицерина** | Да | Нет |
| **4.** | **Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | Да | Нет |
| **5.** | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | Да | Нет |
| **6.** | **Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | Да | Нет |
| **7.** | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | Да | Нет |
| **8.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | Да | Нет |
| **9.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | Да | Нет |
| **10.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | Да | Нет |
| **11.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита**?** | Да | Нет |
| **12.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | Да | Нет |
| **13.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **14.** | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?** | Да | Нет |
| **15.** | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | Да | Нет |
| **16.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | Да | Нет |
| **17.** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | Да | Нет |
| **18.** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** | Да | Нет |
| **19.** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | Да | Нет |
| **20.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | Да | Нет |
| **21.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | Да | Нет |
| **22.** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | Да | Нет |
| **23.** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Да | Нет |
| **24.** | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** | Да | Нет |
| **25.** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | Да | Нет |
| **26.** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?** | Да | Нет |
| **27.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** | Да | Нет |
| **28.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | Да | Нет |
| **29.** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | До 5 | 5 и более |
| **30.** | **Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)** | Да | Нет |

## 9. Правила вынесения заключения по результатам анкетирования граждан в возрасте 65 лет и старше

| Вопросы | Ответ и заключение | Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации |
|---|---|---|
| **Личный анамнез** | | |
| Вопрос 1 | Ответ «ДА» - имеется указание на наличие заболевания в личном анамнезе<br>Ответ «ДА» на вторую часть вопроса 1.1 – вероятность наличия медикаментозной гипотензивной терапии | **Уточнить** документальное подтверждение заболевания (амб. карта/выписки и др.);<br>**Зарегистрировать** диагноз заболевания в учетных формах.<br>С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопроса 1.1, **внести** информацию об эффективности гипотензивной терапии в учетную форму.<br>Профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию проводить с учетом выявленного в анамнезе заболевания. |
| **Вероятность ССЗ (стенокардии и нарушений мозгового кровообращения, недостаточности кровообращения)** | | |
| Вопросы 2-3 | Ответ «ДА» на вопрос 2 или на оба вопроса – вероятность стенокардии | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ. Исключить острую форму ИБС, рассмотреть необходимость назначения медикаментозной терапии.<br>**Направить** на консультацию к врачу-кардиологу вне рамок диспансеризации для уточнения диагноза, определения дальнейшей тактики лечения, включая специализированную медицинскую помощь и высокотехнологические вмешательства.<br>При профилактическом консультировании **информировать** пациента о необходимости обследования и уточнения наличия стенокардии. **Объяснить** о высоком риске развития угрожающих жизни состояний при стенокардии, характерных проявлениях этих состояний и необходимых неотложных мерах, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи.<br>**Обратить внимание** на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции. |
| Вопросы 4-6 | Ответ «ДА» на любой из вопросов - имеется вероятность преходящей ишемической атаки (ТИА) или перенесенного ОНМК | **Направить** пациента на 2 этап диспансеризации на консультацию (осмотр) к врачу неврологу для определения дальнейшего обследования (дуплексное сканирование БЦА в рамках диспансеризации) и лечения.<br>При подтверждении диагноза, **направить** на углубленное профилактическое консультирование в рамках диспансеризации.<br>**Информировать** о высоком риске развития инсульта, о характерных проявлениях инсульта и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи. |
| Вопрос 7 | Ответ «ДА» - вероятно наличие сердечной недостаточности | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ и флюорографии.<br>По выявленным показаниям **назначить** дополнительное обследование и лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению больных с хронической сердечной недостаточности вне **рамок диспансеризации.**<br>**Информировать** граждан о высоком риске развития острой сердечной недостаточности, о ее характерных проявлениях и |

| | | |
|---|---|---|
| | | необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи. При проведении УПК – **учесть** наличие факторов риска ХСН. |
| **Выявление вероятности хронического заболевания нижних дыхательных путей (хронической обструктивной болезни легких - ХОБЛ)** | | |
| Вопросы 8, 9 | Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос – имеется вероятность хронического заболевания нижних дыхательных путей | **Направить** на 2 этап диспансеризации для проведения спирометриии. При выявлении патологических отклонений **провести** обследование и лечение пациента в соответствии со стандартом ПСМП вне рамок диспансеризации.<br>При проведении профилактического консультирования **обратить** внимание на меры профилактики ХОБЛ и важность коррекции имеющихся факторов риска. |
| Вопрос 10 | Ответ «ДА» - вероятность наличия заболевания легких (бронхоэктазы, онкопатология, туберкулез) | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации.<br>При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику. |
| **Выявление вероятности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе и онкологических** | | |
| Вопрос 11 | Ответ «ДА» - вероятность заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. **Направить** на 2 этап диспансеризации для проведения эзофагогастродуоденоскопии. По ее результатам **определить** дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации.<br>При профилактическом консультировании **учесть** выявленную симптоматику. |
| Вопрос 12 | Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с ответом «Да» на вопрос 17 и/или 18 - вероятность заболевания нижних отделов ЖКТ | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. **Направить** на 2 этап диспансеризации на осмотр врачом-хирургом или колопроктологом<br>При профилактическом консультировании **обратить внимание** на профилактику колоректального рака и коррекцию факторов риска его развития. |
| **Факторы риска - курение** | | |
| Вопрос 13 | Ответ «ДА» - курит в настоящее время | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента с целью исключения рака легкого, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации.<br><br>**На первом этапе диспансеризации** в рамках краткого профилактического консультирования **информировать** о пагубных последствиях курения и необходимости отказа от курения.<br>**В рамках 2 этапа диспансеризации** при проведении углубленного профилактического консультирования сделать акцент на отказ от курения. |
| **Риск остеопороза** | | |

| | | |
|---|---|---|
| Вопросы 14, 15 | Ответы «ДА» на любой вопрос - имеется риск остеопороза | При проведении УПК – **учесть** наличие фактора риска. **Рекомендовать вне рамок диспансеризации** консультацию ревматолога или эндокринолога для определения показаний для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации (денситометрию или рентгенографию позвоночника и др). |
| **Фактор риска – нерациональное питание** | | |
| Вопросы 16, 17 | Ответ «Нет» на оба вопроса - нерациональное питание | При проведении УПК – **учесть** наличие фактора риска. |
| **Фактор риска – недостаточная физическая активность** | | |
| Вопрос 18 | Ответ «нет» - фактора риска «низкая физическая активность» | При проведении УПК – **учесть** наличие фактора риска. |
| **Шкала «Возраст не помеха»<br>Риск старческой астении** | | |
| Вопрос 19 | Ответ «ДА» - имеется риск падений<br>Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу) | **Направить в** рамках 2 этапа диспансеризации на осмотр (консультацию) врача-невролога<br><br>При проведении УПК – **учесть** наличие фактора риска |
| Вопрос 20 | Ответ «ДА» - вероятность снижения зрения<br>Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу) | **Направить** на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-офтальмологу.<br><br>При проведении УПК – **учесть** снижение зрения |
| Вопрос 21 | Ответ «ДА» - риск снижения слуха<br>Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу) | **Направить** на 2 этап диспансеризации на консультацию к ЛОР-врачу.<br><br>При проведении УПК – **учесть** снижение слуха. |
| Вопрос 22 | Ответ «ДА» - риск депрессии<br>Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу) | **Направить** на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-неврологу.<br><br>При проведении УПК – **учесть** наличие риск депрессии. |
| Вопрос 23 | Ответ «ДА» - наличие проблемы с удержанием мочи.<br>Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу) | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам **определить** дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации: для мужчин осмотр (консультация) врача хирурга (врача уролога), для женщин – врача-уролога или врача-акушера-гинеколога.<br><br>При профилактическом консультировании **учесть** выявленную симптоматику. |
| Вопрос 24 | Ответ «ДА» - вероятность | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую |

| | | |
|---|---|---|
| | ограничения мобильности. Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу) | картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику. |
| Вопрос 25 | Ответ «ДА» - вероятность наличия когнитивных нарушений. Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу) | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам **определить** дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании **учесть** выявленную симптоматику. |
| Вопрос 26 | Ответ «Да» на вопрос 26 в сочетании с ответом «Нет» на вопрос 27 учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу) | **Провести** детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленное физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса; **Определить** показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации. |
| СУММА ответов «Да» (баллов) на вопросы 19-26 | Сумма баллов 3 и более ответов «Да» на вопросы 19-26 – имеется риск старческой астении | **Провести** на 2 этапе углубленное профилактическое консультирование с целью профилактики старческой астении и **определить показания для направления к врачу-гериатру** |
| Вопросы 26-28 | Ответ «Да» на вопрос 26 в сочетании с ответом «Нет» на вопрос 27 и ответом «Да» на вопрос 28 – вероятность онкопатологии | **Провести** детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленное физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса. **Определить** показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации. |
| **Полипрагмазия** | | |
| Вопрос 29 | Если пациент **называет 5 и более** лекарственных средств – выявлена полипрагмазия | **Контроль** (ревизия) назначенного лечения и инструктаж приема лекарственных средств. |
| Вопрос 30 | При ответе «Да» -риск наличия заболевания или его обострения | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По ее результатам **определить** дальнейшую тактику обследования в рамках 2 этапа диспансеризации и вне рамок диспансеризации. |

Примечание: ТИА – транзиторная ишемическая атака; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЦВБ – цереброваскулярные болезни; ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких.

С результатами анкетирования ознакомлен

_____

Ф.И.О. врача (фельдшера) проводящего заключительный осмотр пациента по завершению профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации

## 10. Неотложные меры самопомощи и взаимопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях

## (Информация для пациентов)

В нашей стране до 80 % смертей от ИБС и до 60 % от цереброваскулярных заболеваний происходит вне медицинских организаций – дома, на работе, на даче, в общественных и других местах. Большая часть их происходит скоропостижно или по механизму внезапной смерти. Статистика показывает, что многие больные (или их родственники) поздно вызывают врача скорой медицинской помощи, что снижает вероятность спасения.

**При овладении необходимыми навыками оказания первой помощи в форме само- или взаимопомощи (со стороны людей, окружающих человека, оказавшегося в таком критическом состоянии) можно в большинстве случаев спасти жизнь больного.**

Данный раздел профилактического консультирования адресован, в первую очередь, больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, пациентам с высоким и очень высоким риском их развития, их родственникам и близким, так как известно, что нередко, до 30-50% жизнеугрожающее осложнение, опасное фатальным исходом, может быть первым и последним проявлением этих заболеваний (осложнений), а также будет полезен практически всем людям, которые могут оказаться в ситуации, когда может возникнуть необходимость оказания экстренной помощи до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

### ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при сердечном приступе

**Характерные признаки (симптомы) сердечного приступа (инфаркта миокарда):**

- внезапно (приступообразно) возникающие, давящие, сжимающие, жгущие, ломящие боли в грудной клетке (за грудиной) продолжающиеся более 5 минут;
- аналогичные боли часто наблюдаются в области левого плеча (предплечья), и/или левой лопатки, и/или левой половины шеи и нижней челюсти, и/или обоих плеч, и/или обеих рук, и/или нижней части грудины вместе с верхней частью живота;
- нехватка воздуха, одышка, резкая слабость, холодный пот, тошнота часто возникают вместе иногда следуют за или предшествуют дискомфорту/болям в грудной клетке
- не редко указанные проявления болезни развиваются на фоне физической или психоэмоциональной нагрузки, но чаще с некоторым интервалом после них.

### Алгоритм неотложных действий при сердечном приступе (советы пациенту) –памятка для пациента

Если у Вас или кого-либо внезапно появились вышеуказанные характерные признаки сердечного приступа даже при слабой или умеренной их интенсивности, которые держатся более 5 мин – не задумывайтесь, сразу вызывайте бригаду скорой медицинской помощи. Не выжидайте более 10 минут - в такой ситуации — это опасно для жизни.

**Помните, что состояние алкогольного опьянения в этой смертельно опасной ситуации не является разумным доводом для откладывания вызова скорой помощи.**

Если у Вас появились симптомы сердечного приступа и нет возможности вызвать скорую помощь, то попросите кого-нибудь довезти Вас до больницы – это единственное правильное решение. Никогда не садитесь за руль сами, за исключением полного отсутствия другого выбора.

В наиболее оптимальном варианте при возникновении сердечного приступа необходимо следовать инструкции, полученной от лечащего врача, если такой инструкции нет, то **необходимо действовать согласно следующему алгоритму:**

- сразу после возникновения приступа сесть (лучше в кресло с подлокотниками) или лечь в постель с приподнятым изголовьем, принять 0,25 г ацетилсалициловой кислоты (аспирина) (таблетку разжевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (одну ингаляционную дозу распылить в полость рта при задержке дыхания, одну таблетку/капсулу положить под язык, капсулу предварительно раскусить, не глотать); освободить шею и обеспечить поступление свежего воздуха (открыть форточки или окно).
- если через 5-7 мин. после приема ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и нитроглицерина боли сохраняются необходимо в обязательном (жизнеспасающем) порядке вызвать бригаду скорой медицинской помощи и второй раз принять нитроглицерин.
- если через 10 мин после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в третий раз принять нитроглицерин.
- если после первого или последующих приемов нитроглицерина появилась резкая слабость, потливость, одышка, необходимо лечь, поднять ноги (на валик и т.п.), выпить 1 стакан воды и далее, как и при сильной головной боли, нитроглицерин не принимать.
- если больной ранее принимал лекарственные препараты, снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувоастатин) дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.

**Внимание!** Больному с сердечным приступом категорически запрещается вставать, ходить, курить и принимать пищу до особого разрешения врача;

**Нельзя принимать аспирин** (ацетилсалициловую кислоту) при непереносимости его (аллергические реакции), а также при явном обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;

**Нельзя принимать нитроглицерин** при резкой слабости, потливости, а также при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений.

## ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК)

**Основные признаки (симптомы) острого нарушения мозгового кровообращения:**

- онемение, слабость «непослушность» или паралич (обездвиживание) руки, ноги, половины тела, перекашивание лица и/или слюнотечение на одной стороне;
- речевые нарушения (затруднения в подборе нужных слов, понимания речи и чтения, невнятная и нечеткая речь, до полной потери речи);
- нарушения или потеря зрения, «двоение» в глазах, затруднена фокусировка зрения;

- нарушение равновесия и координации движений (ощущения «покачивания, проваливания, вращения тела, головокружения», неустойчивая походка вплоть до падения);
- необычная сильная головная боль (нередко после стресса или физического напряжения);
- спутанность сознания или его утрата, неконтролируемые мочеиспускание или дефекация.

При внезапном появлении любого из этих признаков **СРОЧНО ВЫЗЫВАЙТЕ БРИГАДУ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,** даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут.

**Алгоритм неотложных действий при ОНМК (советы пациенту) – памятка для пациента**

1. **Срочно вызывайте бригаду скорой медицинской помощи**, даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут.
2. **До прибытия бригады скорой медицинской помощи:**

- Если больной без сознания положите его на бок, удалите из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что больной дышит.
- Если пострадавший в сознании, помогите ему принять удобное сидячее или полусидящее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки. Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротник рубашки, ремень, пояс, снимите стесняющую одежду.
- Измерьте артериальное давление, если его верхний уровень превышает 220 мм рт. ст., дайте больному препарат, снижающий артериальное давление, который он принимал раньше.
- Измерьте температуру тела. Если t=38° или более проверьте сохранность акта глотания (глотает слюну и свободно проглатывает столовую ложку воды) и дайте больному 1 г парацетамола (2 таблетки по 0,5 г разжевать, проглотить), **(при отсутствии парацетамола других жаропонижающих препаратов не давать!)**.
- Положите на лоб и голову лед, можно взять продукты из морозильника, уложенные в непромокаемые пакеты и обернутые полотенцем.

- Если больной ранее принимал лекарственные препараты, снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин) дайте больному обычную разовую дозу.
- Если пострадавшему трудно глотать и у него капает слюна изо рта, наклоните его голову к более слабой стороне тела, промокайте стекающую слюну чистыми салфетками (жидкость, пищу и лекарства не давать).
- Если пострадавший не может говорить или его речь невнятная, успокойте его и ободрите, заверив, что это состояние временное. Держите его за руку на непарализованной стороне, пресекайте попытки разговаривать и не задавайте вопросов, требующих ответа. Помните, что, хотя пострадавший и не может говорить, он осознает происходящее и слышит все, что говорят вокруг.

## ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при гипертоническом кризе

**Гипертонический криз** – это состояние, проявляющееся высоким артериальным давлением (АД) (систолическое или «верхнее» АД", как правило, более 180 мм рт.ст.; диастолическое или «нижнее» АД„ – более 100 мм рт.ст.) и следующими основными симптомами:

- головной болью, чаще в затылочной области, или тяжестью и шумом в голове;
- мельканием «мушек», пеленой или сеткой перед глазами;
- тошнотой, чувством разбитости, переутомления, внутреннего напряжения;
- одышкой, слабостью, постоянными монотонными ноющими болями/дискомфортом в области сердца, иногда появлением или нарастанием пастозности/отечности кожи лица, рук, ног.

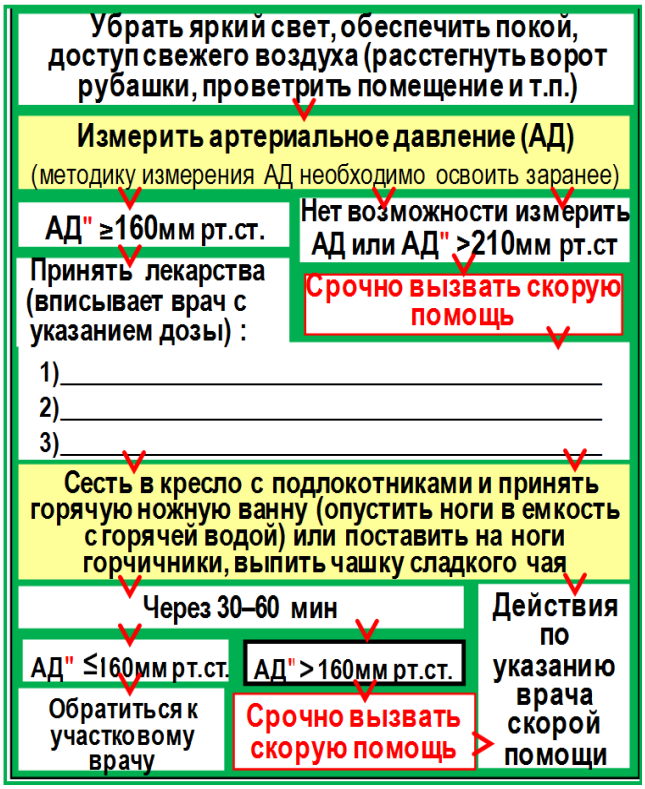
## Алгоритм неотложных действий при гипертоническом кризе (советы пациенту) – памятка для пациента

При появлении симптомов гипертонического криза, необходимо:

- убрать яркий свет, обеспечить покой, доступ свежего воздуха (расстегнуть ворот рубашки, проветрить помещение и т.п.);
- измерить артериальное давление (методику измерения АД смотрите в конце данного раздела) и если его «верхний» уровень выше или равен 160 мм рт.ст необходимо принять гипотензивный препарат, ранее рекомендованный врачом. При отсутствии, рекомендованного врачом гипотензивного препарата или при регистрации уровня АД выше 200 мм рт.ст. необходимо срочно вызвать скорую помощь.
- до прибытия скорой медицинской помощи необходимо, по возможности, сесть в кресло с подлокотниками и принять горячую ножную ванну (опустить ноги в емкость с горячей водой).

**Внимание!** Больному с гипертоническим кризом запрещаются любые резкие движения (резко вставать, садиться, ложиться, наклоняться), сильно тужиться и любые физические нагрузки. Через 40-60 мин после приема лекарства, рекомендованного врачом, необходимо повторно измерить АД и, если его уровень не снизился на 20-30 мм рт.ст. от исходного и/или состояние не улучшилось – срочно вызывайте скорую помощь.

При беседе с врачом необходимо уточнить, какие препараты Вам необходимо принимать при развитии гипертонического криза, четко записать их наименования, дозировку и временную




последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача при каких проявлениях болезни Вам необходимо срочно вызывать скорую медицинскую помощь.

Всем больным с гипертонической болезнью необходимо **сформировать индивидуальную мини-аптечку первой помощи** при гипертоническом кризе и постоянно носить ее с собой, так как гипертонический криз может развиться в любое время и в любом месте.

**Чему необходимо обучить пациента при углубленном профилактическом консультировании:**

1. Мерам самопомощи при гипертоническом кризе;
2. Правилам измерения артериального давления (нормативы, целевые уровни АД, в том числе и с учетом возраста пациента и особенностей течения заболевания);
3. Режиму самоконтроля артериального давления в домашних условиях.

## ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при острой сердечной недостаточности

**Острая сердечная недостаточность** (ОСН) – это тяжелое патологическое состояние, которое развивается у больных с различными заболеваниями сердца и гипертонической болезнью. Это одна из наиболее частых причин вызова скорой помощи и госпитализации больных, а также смертности населения нашей страны и всего мира.

**Основными проявлениями (симптомами) острой сердечной недостаточности являются:**

- тяжелое, частое (более 24 в мин), шумное дыхание – одышка, иногда достигающая степени удушья, с преимущественным затруднением вдоха и явным усилением одышки и кашля в горизонтальном положении. Сидячее положение или лежачее положение с высоко поднятым изголовьем облегчает состояние больного;
- часто при дыхании становятся слышны влажные хлюпающие хрипы/звуки, прерываемые кашлем; в терминальной стадии дыхание приобретает характер клокочущего с появлением пены у рта больного;
- характерная сидячая поза больного, упирающегося прямыми руками в колени или в сидение (для облегчения дыхания)

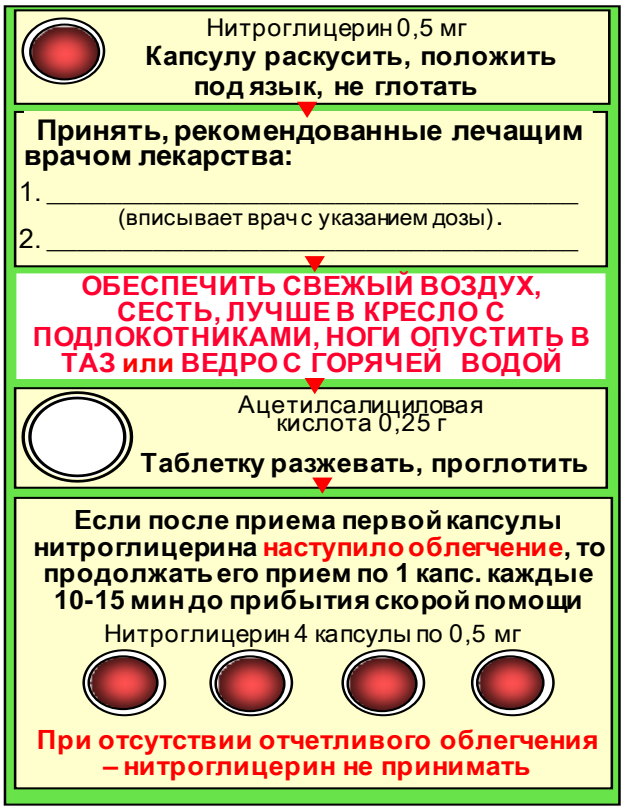
Острая сердечная недостаточность развивается достаточно быстро и в течение 30-60 мин может привести к смерти больного. В большинстве случаев от первых клинических признаков до тяжелых проявлений ОСН проходит 6-12 и более часов, однако без медицинской помощи большинство больные с ОСН погибает.

## Алгоритм неотложных действий при острой сердечной недостаточности (советы пациенту) – памятка для пациента

При появлении у больных гипертонической болезнью, или болезнью сердца, (но не легких или бронхов) вышеуказанных симптомов ОСН **необходимо**:

**вызвать скорую медицинскую помощь;**

- придать больному сидячее положение, лучше в кресле с подлокотниками, на которые он может опираться и включать межреберные мышцы в акт дыхания;
- обеспечить физический и психоэмоциональный покой, комфортную температуру и свежий воздух, путем проветривания помещения;
- ноги опустить в большую емкость (таз, бак, ведро и др.) с горячей водой;
- в крайне тяжелых случаях на ноги в области паха накладываются жгуты, передавливающие поверхностные вены, но не глубокие артерии, что уменьшает приток крови к сердцу и тем самым облегчает его работу.




При наличии опыта у больного или у лица, оказывающего первую помощь по применению нитроглицерина, его назначают в дозе 0,4(0,5) мг (ингаляцию в полость рта производят под корень языка, таблетку/капсулу кладут под язык, капсулу необходимо предварительно раскусить, не глотать). При улучшении самочувствия больного после применения нитроглицерина, его применяют повторно, через каждые 10-15 мин до прибытия бригады скорой медицинской помощи. При отсутствии улучшения самочувствия больного после очередного приема нитроглицерина, его больше не применяют.

**Внимание!** Больному с ОСН необходимо исключить все физические нагрузки, категорически запрещается ходить, курить, пить воду и принимать жидкую пищу до особого разрешения врача; **нельзя принимать нитроглицерин при артериальном давлении менее 100 мм рт.ст. при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений.**

Всем больным гипертонической болезнью, или болезнью сердца с наличием одышки и отеков на ногах необходимо обсудить с лечащим врачом какие препараты принимать при развитии ОСН, четко записать их наименования, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача при каких проявлениях болезни срочно вызывать скорую медицинскую помощь. Каждому такому больному нужно сформировать индивидуальную аптечку первой помощи при ОСН и постоянно иметь ее при себе.

## ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при внезапной смерти (советы очевидцам)

Чаще всего внезапная смерть происходит вследствие прекращения сердечной деятельности.

**Основные признаки (симптомы) внезапной смерти:**

- Внезапная потеря сознания, часто сопровождающаяся агональными движениями (стоящий или сидящий человек падает, нередко наблюдаются судорожное напряжение мышц, непроизвольное мочеиспускание и дефекация; лежащий человек иногда предпринимает судорожную попытку сесть или повернуться на бок)

- Внезапное полное прекращение дыхания, часто после короткого периода (5-10 секунд) агонального псевдодыхания: больной издает хрипящие и/или булькающие звуки, иногда похожие на судорожную попытку что-то сказать.

**Алгоритм неотложных действий очевидцев внезапной смерти человека**

- Если человек внезапно потерял сознание - **сразу же вызывайте бригаду скорой медицинской помощи** (при наличии рядом других людей – они вызывают скорую помощь). Далее встряхните пациента за плечо и громко спросите: «Что с Вами?». При отсутствии ответа проводится активное похлопывание по щекам больного, при отсутствии какой-либо реакции сразу же приступайте **к закрытому массажу сердца.**
- Больного укладывают на жесткую ровную поверхность (пол, земля, ровная твердая площадка и тому подобные места, но не на диван, кровать, матрац и прочие мягкие поверхности), освобождают от одежды переднюю часть грудной клетки. Определяют местоположение рук на грудной клетке больного как указано на рисунке. Одна ладонь устанавливается в указанное на рисунке место, а ладонь второй руки располагается сверху на первой в точном соответствии с изображением рук на рисунке.
- Прямыми руками (не согнутыми в локтях) производится энергичное ритмичное сдавливание грудной клетки пострадавшего на глубину 5 см. с частотой 100 надавливаний на грудную клетку в минуту;
- При появлении признаков жизни (любые реакции, мимика, движения или звуки, издаваемые больным), массаж сердца необходимо прекратить. При исчезновении указанных признаков жизни массаж сердца необходимо возобновить. Остановки массажа сердца должны быть минимальными – не более 5-10 секунд. При возобновлении признаков жизни массаж сердца прекращается, больному обеспечивается тепло и покой. При отсутствии признаков жизни массаж сердца продолжается до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

Если человек, оказывающий первую помощь, имеет специальную подготовку и опыт по проведению сердечно-легочной реанимации, он может параллельно с закрытым массажем сердца проводить и искусственную вентиляцию легких. **При отсутствии специальной подготовки проводить больному искусственную вентиляцию легких и определение пульса на сонной артерии не следует,** так как специальные научные исследования показали, что такие процедуры в неопытных руках ведут к недопустимой потере времени и резко уменьшают частоту оживления больных с внезапной остановкой сердца.

**Помните, что:**

- только вызванная **в первые 10 мин** от начала сердечного приступа или ОНМК скорая медицинская помощь, позволяет в полном объеме использовать современные высоко эффективные методы стационарного лечения и во много раз снизить смертность от этих заболеваний.
- ацетилсалициловая кислота (аспирин) и нитроглицерин принятые **в первые минуты** могут предотвратить развитие инфаркта миокарда и значительно уменьшают риск смерти от него.
- состояние алкогольного опьянения **не является разумным основанием** для задержки вызова бригады скорой помощи при развитии сердечного приступа и острого нарушения мозгового кровообращения – около 30% лиц внезапно (в течении часа от появления симптомов) умерших на дому находились в состоянии алкогольного опьянения.
- закрытый массаж сердца, проведенный **в первые 60-120 секунд** после внезапной остановки сердца позволяет вернуть к жизни до 50 % больных.

## 11. Оценка сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE

**Оценка абсолютного сердечно-сосудистого риска** (риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение предстоящих 10 лет) проводится по Европейской шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation). Шкала риска разработана экспертами Европейского общества кардиологов на основании данных проспективных исследований, проведенных в 12 странах Европы, в том числе в России, с участием более 205 тысяч больных. К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям (событиям) относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ИБС, от инсульта, в том числе скоропостижная смерть и смерть в

пределах 24 часов после появления симптомов, смерть от других некоронарогенных ССЗ за исключением определенно неатеросклеротических причин смерти.

Для расчета суммарного риска фатальных ССЗ, учитываются 2 немодифицируемых ФР (пол, возраст) и 3 модифицируемых ФР (статус курения, систолическое АД, общий ХС).

**Шкала SCORE абсолютного риска применяется:**

- для пациентов в возрасте 40-65 лет без доказанных ССЗ, обусловленных атеросклерозом (ИБС, ЦВБ, поражения периферических артерий);
- Для пациентов без СД I типа с поражением органов мишеней, СД II типа, хронических болезней почек.

**Шкала SCORE абсолютного риска не применяется:**

- у пациентов с доказанными ССЗ атеросклеротического генеза;
- у граждан старше 65 лет (в возрасте старше 65 лет имеется высокий сердечно-сосудистый риск вследствие фактора возраста);
- у граждан моложе 40 лет (риск оценивается по шкале относительного риска, см. ниже).

**Абсолютный сердечно-сосудистый риск оценивается как:**

- низкий - менее 1%;
- средний (умеренный) – от 1% до 5%;
- высокий – от 5% до 10%;
- очень высокий – 10% и более.

Пациенты с **низким** и **умеренным абсолютным** сердечно-сосудистым риском относятся **к I группе здоровья** (при отсутствии заболеваний, требующих диспансерного динамического наблюдения).

Пациенты с **высоким** и **очень высоким абсолютным** сердечно-сосудистым риском относятся **ко II группе здоровья** (при отсутствии заболеваний, требующих диспансерного динамического наблюдения).

**Методика определения абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE (Рис. 1)**

Выберите ту часть шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения пациента. Далее внутри таблицы следует найти клетку, соответствующую индивидуальному уровню измеренного систолического АД и общего холестерина. Цифра, указанная в клетке, показывает 10-летний суммарный сердечно-сосудистый риск данного пациента. Например, если пациент 55 лет, курит (в настоящее время), имеет систолическое АД 145 мм рт. ст и уровень общего холестерина 6,8 ммоль/л, то его риск равен 9%.

Для мотивирования лиц, имеющих факторы риска к здоровому образу жизни может быть полезным сравнение рисков. Например, продемонстрировать 40-летнему курящему мужчине с уровнем АД 180 мм рт.ст. и содержанием общего холестерина в крови 8 ммоль/л, что его суммарный сердечно-сосудистый риск смерти в ближайшие 10 лет жизни соответствует риску 65-летнего мужчины, не имеющего указанных факторов риска (см. шкалу).

**Методика определения относительного сердечно-сосудистого риска**

Относительный сердечно-сосудистый риск устанавливается по шкале SCOREразработанной специально с этой целью (Рис. 2) у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно, при этом высокому относительному сердечно-сосудистому риску соответствуют значения более 1.

Оценка относительного сердечно-сосудистого риска может быть полезной при профилактическом консультировании молодых людей с низким абсолютным, но высоким

относительным суммарным сердечно-сосудистым риском, как мотивирующий фактор к ведению здорового образа жизни.

**Оценка относительного сердечно-сосудистого риска не используется при определении группы состояния здоровья.**

Человек в возрасте до 40 лет без факторов риска (некурящий, с нормальным уровнем артериального давления и содержанием общего холестерина в крови - левый нижний угол таблицы) имеет в 12 раз меньший относительный суммарный сердечно-сосудистый риск по сравнению с человеком, имеющим указанные факторы риска (правый верхний угол таблицы).

| | | Некурящие | | | | | | Курящие | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Сист. АД мм рт. ст. | 180 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 |
| | 160 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 140 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | 120 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| Общий ХС, ммоль/л | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Рис. 2. Относительный суммарный сердечно-сосудистый риск для лиц моложе 40 лет (преобразование значений общего ХС: 8 ммоль/л = 310 мг/дл; 7 ммоль/л = 270 мг/дл; 6 ммоль/л = 230 мг/дл; 5 ммоль/л = 190 мг/дл; 4 ммоль/л = 155 мг/дл)

Для мотивирования молодых людей можно также использовать методику сравнения рисков у лиц разного возраста (см. рис. 1 «Сравнение рисков»), которое позволяет проиллюстрировать высокую вероятность сокращения ожидаемой продолжительности жизни, если молодой человек с низким абсолютным и высоким относительным суммарным риском сердечно-сосудистых заболеваний не будет предпринимать превентивные меры по коррекции, имеющихся факторов риска.

| Систолическое АД, мм рт. ст. | Женщины | | | | | | | | | | Возраст | Мужчины | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Некурящие | | | | | Курящие | | | | | | Некурящие | | | | | Курящие | | | | |
| 180 | 7 | 8 | 9 | 10 | 12 | 13 | 15 | 17 | 19 | 22 | 65 | 14 | 16 | 19 | 22 | 26 | 26 | 30 | 35 | 41 | 47 |
| 160 | 5 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 12 | 13 | 16 | | 9 | 11 | 13 | 15 | 16 | 18 | 21 | 25 | 29 | 34 |
| 140 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6 | 7 | 8 | 9 | 11 | | 6 | 8 | 9 | 11 | 13 | 13 | 15 | 17 | 20 | 24 |
| 120 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 | 7 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 | 9 | 10 | 12 | 14 | 17 |
| 180 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 13 | 60 | 9 | 11 | 13 | 15 | 18 | 18 | 21 | 24 | 28 | 33 |
| 160 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | 6 | 7 | 9 | 10 | 12 | 12 | 14 | 17 | 20 | 24 |
| 140 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 | 8 | 10 | 12 | 14 | 17 |
| 120 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 |
| 180 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 | 7 | 55 | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 | 12 | 13 | 16 | 19 | 22 |
| 160 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 9 | 11 | 13 | 16 |
| 140 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 5 | 6 | 8 | 9 | 11 |
| 120 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| 180 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 50 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 | 8 | 10 | 12 | 14 |
| 160 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 7 | 8 | 10 |
| 140 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 120 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 |
| 180 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 40 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| 160 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

15% и выше; 10-14%; 5-9%; 3-4%; 2%; 1%; < 1%.

Сравнение рисков

SCORE - градация суммарного сердечно-сосудистого риска.

Рис. 1. Шкала SCORE: 10-летний абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений (суммарный сердечно-сосудистый риск) для граждан в возрасте от 40 до 65 лет (преобразование ммоль / л → мг / дл: 8 = 310, 7 = 270, 6 = 230, 5 = 190, 4 = 155).

Суммарный сердечно-сосудистый риск может быть выше, чем определяется по шкале SCORE в следующих случаях:

- у лиц с факторами риска, влияющими на прогноз и не включенных в шкале суммарного риска SCORE (гипергликемией, избыточной массой тела/ожирением, низкой физической активностью, наследственной отягощенностью, при риске пагубного потребления алкоголя);
- у пациентов с дислипидемией кроме гиперхолестериемии, т.е. при общем ХС ниже 5 ммоль/л – уровень ХС ЛНП более 3 ммоль/л; ХС ЛВП у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,2 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л.

## 12. Осмотр кожных покровов и слизистых (онкологическая составляющая врачебного осмотра)

При осмотре **в обязательном порядке** подлежат обследованию кожные покровы, ротовая полость, периферические лимфатические узлы, щитовидная железа, молочные железы, половые органы, прямая кишка. При сборе анамнеза следует обратить внимание на появление слабости, утомляемости, снижение аппетита, наличие болевых ощущений в животе или поясничной области, изменение цвета или появление примесей крови в выделениях.

При жалобах на осиплость голоса и кашель, которые не очень беспокоят пациента, можно заподозрить рак гортани или легких, а при малейших затруднениях проглатывания твердой пищи – опухоль пищевода или кардиального отдела желудка.

Следует выяснить, нет ли «ранок» во рту, увеличивающихся родимых пятен или родинок, изъязвлений кожи, выделений из сосков. При опросе женщин следует обращать внимание на нарушение менструального цикла, наличие и появление болей и атипичных кровяных выделений в межменструальном периоде и в менопаузе. У мужчин выясняется, нет ли затруднений при мочеиспускании и его частота в ночное время. Отмечается также наличие запоров и чередование запоров с поносами, слизи и кровяных выделений из прямой кишки, увеличение живота, уменьшение количества мочи.

**Осмотр полости рта**.

Обследование начинают с ротовой полости. С помощью одноразового шпателя осматривают слизистую губ, щек, десен, языка. Для осмотра языка его кончик берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу. Цель осмотра – обнаружение лейкоплакий, трещин, изъязвлений слизистой.

Лейкоплакии выглядят как белые шероховатые налеты или плотные белые бляшки, возвышающиеся над поверхностью гладкой, розовой слизистой. Чаще они располагаются на слизистой оболочке щек. Трещины и изъязвления встречаются на боковых поверхностях языка, на красной кайме нижней губы ближе к углу рта, а также на тех участках слизистой полости рта, которые постоянно травмируются острыми краями обломанных зубов и плохо подобранными протезами. Легкая ранимость и кровоточивость этих участков подозрительна по наличию предопухолевых заболеваний.

Соскоб для цитологического исследования с язвенной поверхности слизистой оболочки рта, кожи, нижней и верхней губы осуществляют тупым скальпелем. Полученный материал наносят тонким слоем на обезжиренное предметное стекло. При наличии на язве гнойно-некротического налета его необходимо удалить сухим ватно-марлевым тампоном. Мазки подсушивают на воздухе.

**Осмотр кожных покровов**.

Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений. Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемированных участков кожи с шероховатой поверхностью и наклонностью к изъязвлению, которые располагаются в области тела, подвергающихся воздействию раздражающих факторов (трение краев одежды, воздействие солнечных лучей, химических веществ и т.д.). С течением времени на этих местах могут

возникнуть узелковые и бородавчатые образования. Наиболее частой локализацией рака и предрака является кожа лица.

Большую опасность на наличие злокачественной пигментной опухоли кожи – меланомы, представляют темные и синюшно-багровые пятна и узелковые образования, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к увеличению и изъязвлению. Такие образования часто встречаются на коже живота, спины, нижних конечностей.

Поскольку связь меланомы с родинками, пигментными невусами довольно высока (частота развития меланомы из предшествующих невусов колеблется от 10 до 100 % случаев) при сборе анамнеза и осмотре медицинские работники концентрируют внимание на следующие начальные симптомы их активизации:

- быстрый рост невуса, размер которого оставался постоянным или увеличивался медленно;
- уплотнение невуса;
- ассиметричное увеличение одного из участков невуса;
- изменение пигментации (усиление или уменьшение);
- появление красноты в виде венчика вокруг невуса;
- выпадение волос с его поверхности;
- появление ощущения наличия невуса (возникновение зуда, чувства жжения, напряжения, покалывания);
- появление папилломатозных выростов, трещин, изъязвления, кровоточивости.

Перечисленные признаки представляются весьма важными в плане ранней диагностики меланомы кожи. Начальная картина заболевания в случае роста из невуса протекает следующим образом. Родимое пятно после предшествующей травмы или без видимых причин начинает увеличиваться, изменять окраску и превращается в экзофитную опухоль, которая иногда возникает эксцентрично на одном из участков пигментного образования (рис. 3).

Рис. 3 Эволюция невуса в меланому

С пигментных опухолей материал получают только методом отпечатков путем прикладывания чистого обезжиренного стекла к изъязвившейся или мацерированной поверхности.

**Исследование органов мошонки и полового члена**.

У мужчин при визуальном осмотре обращают внимание на состояние кожных покровов половых органов, наличие ссадин и трещин, мацераций, гиперемированных участков на коже головки полового члена, величину и форму яичек.

При пальпации органов мошонки отмечают размеры яичек, придатков, семенного канатика, их консистенцию и наличие уплотнений и узелковых образований. В ранней стадии рака яичка прощупывается небольшой плотный безболезненный узелок, в последующем яичко становится плотным, бугристым.

В норме доступная пальпации часть уретры на всем протяжении нечувствительна, упруго-мягкой консистенции. Болезненность при пальпации, наличие уплотнений в виде равномерного шнурка или отдельных узелков указывают на патологические изменения в стенке уретры.

## 13. Навыки профилактического консультирования

(для отделений/кабинетов медицинской профилактики)

**Профилактическое консультирование (ПК)** – это правильно построенная беседа с пациентом (разной продолжительности) с элементами эмпатии (сопереживания, понимания проблем пациента), основанная на фактических данных конкретного пациента. Цель – бесконфликтно побуждать пациента задуматься об изменении поведения мотивировать к планированию конкретных шагов.

### Стиль и принципы, лежащие в основе профилактического консультирования

Очень важно, чтобы ПК были основаны на сочувственных, уважительных, позитивных отношениях с пациентом, и являлись бесконфликтными, без элементов осуждения и запугивания. Сотрудничество и согласованное обсуждение должно быть направлено не на то, чтобы «бороться», а на то, чтобы мотивировать человека принять решение к важным именно для него изменениям, включая то, в отношении чего он выражал даже нежелание (что более сложно и потребует больше времени)

Центральным аспектом профилактического консультирования является использование ключевых навыков мотивационного консультирования (известных в англоязычной литературе как **«OARS»),** включающих открытые вопросы, требующие развернутого ответа **(O**pen-ended questions), поддерживающие утверждения **(A**ffirmations), активное или рефлексивное слушание **(R**eflections) и обобщения **(S**ummaries). Эти навыки используются для создания благоприятной и дружественной атмосферы, в которой человек чувствует себя достаточно комфортно, чтобы проанализировать и обсудить свое отношение к употреблению алкоголя.

**Открытые вопросы** (**O**pen-ended questions) – это вопросы, которые побуждают человека подумать перед тем, как ответить, и дать развернутый ответ, а не просто ответить «да» или «нет», и позволяют человеку говорить о проблемах со своей собственной точки зрения.

Примеры открытых вопросов:

- «Почему вы думаете, что настало время для изменений [*вставляете… обсуждаемый с пациентом фактор риска/рискованное/проблемное/нездоровое поведение*]?»
- «Что происходит, как вы себя чувствуете, когда вы [*вставляете… обсуждаемый с пациентом фактор риска/рискованное/проблемное/нездоровое поведение*]?»
- «Чем это было для вас?», «Как вы к этому относитесь?»
- «Что изменилось, когда вы [*бросили курить, стали делать зарядку, сели на диету и т.д.*]?»

Примечание: Открытые вопросы позволяют установить контакт, разговорить пациента, получить максимум информации. Но слишком много открытых вопросов подряд могут ощущаться как допрос, например: «*Как часто вы переедаете?*» «*Сколько лет вы курили?*».

**Поддерживающие утверждения** (**A**ffirmations) – это утверждения (заявления), которые используются как признание сильных сторон людей, успехов и усилий для изменения. Они помогают повысить уверенность людей в их способности к изменениям.

**Примеры поддерживающих утверждений:**

- «Вы продемонстрировали [*вставляете необходимую черту пациента, например, силу, решительность, здравый смысл*], делая это».
- «Понятно, что вы действительно пытаетесь изменить свою [*вставить рискованную/проблему/поведение*]».

- «Несмотря на то, что вы сорвались, вы вернулись сегодня, обеспокоенные своим [*вставить рискованное/проблемное/нездоровое поведение*]».

Примечание: Избегайте утверждений, которые звучат слишком заискивающе или неискренне, например, *«Ничего себе, это невероятно!»* или *«Это здорово, я знал, что вы можете это сделать!»*

**Рефлексивное (отражающее) слушание** (**R**eflections) – это высказывания, которые помогают понять смысл того, что было только что сказано пациентом, и в которых специалист должен проверить, так ли он понял пациента («обратная связь»), и побудить пациента развивать свои мысли дальше.

**Примеры рефлексивного слушания (перефразирования):**

- «Другими словами, вы считаете, что…», «Правильно ли я вас понял».
- «Вы сказали, что вы хотите измениться, и у вас есть опасения по поводу вашего [*вставить рискованное/ проблемное/нездоровое поведение или тему*]».
- «Так, вы имеете в виду, что ваше [*вставка рискованного/проблемного/ нездорового поведения*] на самом деле не очень большая проблема сейчас».
- «Как вы думаете, что может измениться в будущем?»
- «У меня такое чувство, что вы сильно меняете, и вы не уверены, что можете это сделать из-за трудностей, которые вы испытывали, когда пытались в прошлом».

**Примеры рефлексивного слушания (отражение чувств):**

- «Представляю, как вам тяжело…»
- «Вы чувствуете себя раздраженным, (обиженным, взволнованным и т.д.)»
- «Я слышу разочарование в вашем голосе, когда вы говорили о прошлой попытке бросить курить»

**Обобщение (S**ummaries) – это подытоживание основных идей, чувств говорящего. Это воспроизведение слов партнера в сокращенном виде, краткое формулирование самого главного, подведение итога. Этот прием уместен при длительных беседах, при завершении разговора, при долгом обсуждении, при расхождении мнений, в случае претензий, разногласий, когда необходимо решить какие-либо проблемы. Обобщение – хороший способ закончить консультацию или перевести разговор на другую тему.

**Примеры обобщения:**

- «Похоже, вы обеспокоены тем, что [*вставляете рискованное/проблемное/нездоровое поведение*], потому что это так негативно отражается на вас. Куда это может привести вас?»
- «С одной стороны, вы чувствуете, что вам нужно бросить курить, но, с другой стороны, это, вероятно, означает, что вы будете меньше общаться с вашими друзьями. Это нелегкий выбор».
- «Похоже, вы начали признавать проблемы из-за избыточного веса. И ваша подруга сказала, что покидает вас, если вы ничего не сделаете со своим весом. Легко понять, почему вы теперь готовы работать с этой проблемой».

## 14. Алгоритм профилактического консультирования

(для отделений/кабинетов медицинской профилактики)

### ШАГ 1 - Установление контакта

Представьтесь (назовите свое имя и отчество), узнайте имя пациента и как он/она предпочитает, чтобы к нему обращались.

Объясните вашу роль и просите разрешение на разговор по поводу факторов риска. Избегайте осуждения, понимайте позицию пациента и обстоятельства.

- Что привело вас сегодня сюда?
- Как эта проблема затронула вашу повседневную жизнь?
- Что, как вам кажется, изменится в вашей жизни через пять лет, начиная с сегодняшнего дня?
- Куда, по-вашему, ведет тот путь, по которому вы идете сегодня?
- Какие пять вещей вы цените больше всего в жизни?
- Чем, как вам кажется, я смогу вам помочь?

### ШАГ 2 - Доводы «за» и «против»

Предоставление пациентам возможности оценить, как положительные, так и отрицательные стороны их поведения, помогает понять их взаимосвязь. Сравнивая преимущества («за») своего рискованного / проблемного / нездорового поведения и минусы («против») того, что они решают не менять свое поведение. Такое обсуждение помогает продвинуть пациентов в готовности к изменению их поведения.

- «Что положительного вы видите в [*вставить имеющийся у пациента поведенческий / нездоровое поведение*]?» [Пациент ответит]
- «Хорошо, а что отрицательного в [*вставить имеющийся у пациента поведенческий / нездоровое поведение*]?»

Можно заполнить вместе с пациентом таблицу «Баланс принятия решений» или предложить ему самому провести такой анализ, а полученную информацию использовать на следующих этапах консультирования.

| Выгоды | Издержки (трудности) |
|---|---|
| **I стремление к изменению поведения** | |
| Буду лучше контролировать жизнь | Усилится стресс/тревога |
| Поддержка семьи и друзей | Ощущение подавленности |
| Финансовые выгоды (прибыль) | Возрастет скука |
| Укрепление здоровья | Проблемы со сном |
| **II нежелание изменять поведение** | |
| Возможность расслабиться | Неодобрение семьи и друзей |
| Веселье на вечеринках | Финансовые проблемы |
| О моих проблемах не надо думать | Можно потерять работу |

| | |
|---|---|
| | Нарушение отношений с другими |
| | Здоровье станет хуже |

**ШАГ 3 - Информирование и обратная связь: выявление – сообщение – выявление**

**Выявление**

| Задачи | На практике | Функции выявления: |
|---|---|---|
| Попросить разрешение | *«Могу я …? или «Хотели бы вы узнать…»* | говорит об уважении пациента, усиливает его готовность услышать то, что вы ему скажете. |
| Уточнить необходимость информации | *«Что вам известно о…?»* | помогает не повторять то, что человек уже знает и позволяет заполнить пробел в знаниях. |
| Осведомление о заинтересованности | *«Чтобы вы хотели знать о …?»* | позволяет определить, что пациент хотел бы узнать больше всего, и может существенно отличаться от того, что вы планировали сказать |

**Сообщение**

| Задачи | На практике |
|---|---|
| Расставить приоритеты | *Что человек больше всего хочет / должен узнать?* |
| Говорить понятно | *Избегайте профессионального жаргона* |
| Поддерживать автономию | *Сообщайте информацию небольшими порциями, давайте время задуматься* |
| Не решать за пациента, как ему реагировать | *Признайте свободу пациента не согласиться с вашей информацией или оставить ее без внимания* |
| | *Сообщайте информацию беспристрастно, не интерпретируя какое значения это имеет для пациента.* |

**Выявление**

| Задачи | На практике |
|---|---|
| Задавать вопросы об интерпретации проблемы пациентом, его понимании и реакции | Задавайте открытые вопросы. Используйте приемы рефлексивного слушания<br>Дайте время обработать информацию и ответить на нее |

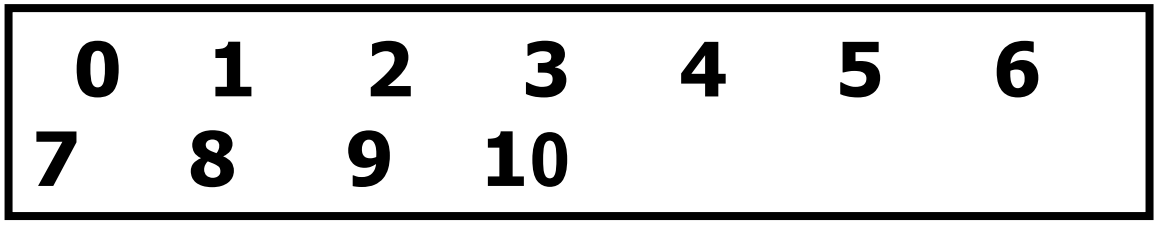
Третий шаг – перепроверка того, как человек понимает, интерпретирует и реагирует на сказанное вами.

- «Можете что-нибудь сказать по этому поводу?»
- «Понятно ли я рассказываю?»
- «Вы кажетесь озадаченным».
- «Понятно ли это вам?»
- «Что вы еще хотели бы узнать?»
- «Что вы думаете об этом?»
- «Это имеет какое-то отношение к вашей ситуации?»
- «Интересно, что все это значит для вас?»
- «Как я могу вам это объяснить?»
- «Перескажите мне своими словами то, что я рассказал».
- «Как вы думаете, что станет вашим следующим шагом?»

**ШАГ 4 - Оценка готовности к изменениям**

Оценка готовности к изменениям имеет решающее значение для эффективного профилактического консультирования. Известно, что готовность может меняться изо дня в день, она не статична. Человек в своих действиях и планах в процессе принятия решения находится на разных стадиях готовности к этим изменениям, имеет разную силу мотивации. Если специалист-консультант знает, на какой стадии готовности находится пациент, он будут лучше подготовлен к более эффективному консультированию. В зависимости от того, где человек находится на линейке готовности, разговор может иметь разные направления.

**Пример использования линейки готовности (рис. 8.):**




***Специалист:*** «На шкале от 0 до 10, где 0 – совсем не готов к изменению и 10 – абсолютно готов к изменениям, как бы вы оценили свою готовность?»

***Пациент:*** «На 7».

***Специалист:*** «А какой была ваша готовность шесть месяцев назад?»

***Пациент:*** «2».

***Специалист:*** «Похоже, вы далеко ушли от неготовности изменить свое [вставить рискованное/проблемное/нездоровое поведение] и более готовы к изменению».

- «Как вы перешли от «2» к «7» за шесть месяцев?
- «Как вы относитесь к своему переходу от «2» к «7» за последние шесть месяцев?»
- «Что потребуется сделать, чтобы оказаться немного выше по шкале готовности?»

Пациенты с более низкой готовностью к изменению (например, ответы уменьшились с «5» в прошлом до «2» в настоящее время).

- «Таким образом, похоже, что вы отказались от намерений измениться. С чем это связано?»
- «Как вы перешли от «5» к «2»?»
- «Что, по-вашему, должно произойти, чтобы вернуться туда, где вы были раньше?»

**Использование линейки (шкалы) уверенности**

Линейка уверенности дает специалистам информацию о том, как пациенты оценивают свою уверенность в способности меняться. Шкала может использоваться, чтобы заставить сказать пациента, что ему нужно сделать, чтобы повысить уверенность.

Пример использования линейки уверенности:

- «Если представить шкалу от 0 до 10, где 0 – это совершенно не уверен, а 10 – это абсолютно уверен, как бы Вы охарактеризовали свою уверенность в способности изменить свое поведение?»
- «Что потребуется, чтобы повысить вашу уверенность с [*вставить число*] до [*большее число*]?»
- «Как вы думаете, что вы можете сделать, чтобы повысить свою уверенность в изменении вашего [*вставить рискованное/проблемное/нездоровое поведение*]?»

**ШАГ 5 - Действия в зависимости от уровня мотивации (готовности и уверенности в изменениях)**

**Градация на шкале 0-3** - вмешательство (совет, рекомендации) ограничено из-за практически отсутствия мотивации у пациента.

**Тактика:** предоставить информацию и порекомендовать следующую встречу.

**Градация на шкале 4-7** (умеренная степень мотивации).

**Тактика:** Дать совет/информировать, предложить поддержку, провести беседу с акцентом на здоровье конкретного пациента, если пациент не уверен в необходимости изменений, медицинский работник использует открытые вопросы и рефлексию, чтобы побудить пациента начать «разговор об изменениях» (назвать его собственные причины, чтобы измениться или преимущества изменений). Необходимо активно избегает уговоров, советов без разрешения на это, спора или бесполезных вопросов, которые генерируют «разговор о сохранении status quo» (пациент приводит причины, чтобы не меняться или говорит о барьерах, препятствующих изменениям). Назначить следующий визит.

**Градация на шкале 8-10** (высокая мотивация, готовность к изменениям) - совместно разработать согласованный план, оказать помощь и поддержку. Пациенты готовы подумать об изменениях или хотят **измениться -** медицинский работник **выясняет** у пациента или (с разрешения пациента) сам предоставляет выбор альтернативных вариантов самопомощи или лечения, а также активно слушает, чтобы выявить предпочтения пациента / клиента, задать цели, согласовать план, и сделать так, чтобы пациент взял на себя обязательство измениться.

Медицинский работник **укрепляет веру пациента в себя,** в то, что он может успешно **изменить** свое поведение и управлять любой сложной ситуацией. Назначить следующий визит.

## 15. Оценка готовности пациента к снижению избыточной массы тела

(в помощь врачу-консультанту)

При проведении индивидуального профилактического консультирования все конкретные советы должны быть даны пациенту в зависимости от того, насколько он мотивирован и готов принимать их. Медицинские психологи предлагают простой **метод оценки готовности к изменениям** с помощью обычной 10-ти бальной визуально-аналоговой шкалы, рисунок. Пороговым значением, говорящим о достаточной готовности пациента к модификации образа жизни и терапии ожирения, рассматривается 6,5 баллов[18].

[18] Sue Henry-Edwards, Rachel Humeniuk, Robert Ali, Maristela Monteiro and Vladimir Poznyak. Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization, 2003.

## 16. Приемы эффективного профилактического консультирования при табакокурении

Такие приемы можно представить как совокупность пяти «О»: Открытые вопросы, Одобрение, Осмысление услышанного, Обобщение и Отработка потенциала изменений[19]

***Открытые вопросы*** - задавать вопросы без предложения возможных вариантов ответов, вопросы, требующие обдуманных ответов и содействующих дальнейшей беседе с пациентом.

**Примеры открытых вопросов:**

- «Что Вы видите хорошего (положительного) в потреблении табака?» или «Чем Вам нравится потребление табака?»
- «Что Вы видите плохого (отрицательного) в потреблении табака?» или «Есть что-нибудь, что Вам не нравится в потреблении табака?»
- Что Вы знаете о воздействии табачного дыма?
- Почему Вы курите?
- Как Вы думаете, почему Ваши родные хотят, чтобы Вы бросили курить?
- Я вижу Вас беспокоит тот факт, что Вы курите, расскажите, пожалуйста, что Вас конкретно волнует?
- Что бы Вы хотели предпринять?

**Одобрение** и поощрение высказываний и действий пациентов помогает создать атмосферу взаимопонимания и согласия с пациентом, помогает подбадривать его, повысить его уверенность в себе и в своих действиях.

**Примеры одобрений и поощрений:**

- «Спасибо, что пришли»
- «Очень хорошо, что вы согласились на беседу, даже если вы не думаете пока отказываться от курения»
- «Вы абсолютно правы, что важнейшим отрицательным фактором курения является … (поддержать правильное высказывание пациента)»
- «Я уверен(а), что вы сможете преодолеть трудности и отказаться от курения»

[19] Национальные клинические рекомендации «Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний», Санкт-Петербург, 2017, http://www.scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf

- «Не бойтесь выглядеть «слабым», табачную зависимость не всегда можно преодолеть без помощи врача и без лечения»
- «Как вы хорошо придумали заменить «утреннее курение» пробежками!»
- «Я уверен(а), у вас все получится!»
- «Хорошо, что у вас положительный настрой – медицина располагает большим арсеналом методов лечения табачной зависимости, но они эффективны только тогда, когда человек помогает сам себе».

**Осмысление услышанного.** В ходе беседы стараться корректировать мнение и отношение пациента и давать объяснения с учетом индивидуальных характеристик и показателей здоровья, сопутствующих факторов риска пациента, данных анамнеза и результатов диспансеризации. Этот прием используется для того, чтобы выявить и показать пациенту его неуверенность, подтолкнуть его к более глубокому пониманию проблемы и убедить принять решение к отказу от курения.

**Примеры осмысления:**

- «Вы, наверное, удивлены, что у Вас высокий риск развития сердечнососудистых/ бронхолегочных/метаболических расстройств, и что курением Вы только усугубляете этот риск»
- «Вы, наверное, удивлены, узнав, что отказ от курения - самый действенный и экономичный способ снижения риска сердечнососудистых и других хронических болезней»
- «Вы думаете, что Вам назначат лекарства, и у Вас все отрегулируется, но Вы, наверное, не знаете, что эффективность лечения будет низкой если Вы будете…»
- «Вы должно быть заинтересованы, чтобы Ваш ребенок родился и рос здоровым»
- «Я понимаю, Вам самому, наверное, приходило в голову расстаться с курением, но только решимости не хватало или уверенности в успехе»
- «Вам нравится курить, но курение портит Ваши отношения с Вашей семьей, кроме того, это немалые расходы»
- «Вам нравится курить, и пока Вы молоды и у Вас нет жалоб, Вы отгоняете от себя мысль, что Вы тоже когда-нибудь можете заболеть впоследствии потребления табака».

**Обобщение** помогает врачу собрать воедино и подытожить все доводы, приведенные в ходе беседы с пациентом, и подготовить его к дальнейшим действиям по отказу от курения. Обобщение и повторение усиливает воздействие консультирования в целом. Врач избирательно обобщает итоги беседы, выбирая то, на что пациенту важно обратить внимание. Обобщение должно быть кратким.

**Пример обобщения:**

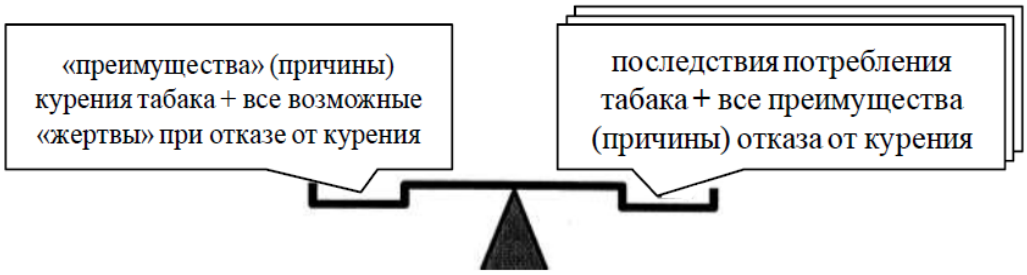
- «Итак: Вы курите, вам нравится курить, и Вам не приятна мысль о том, чтобы бросить курить. Между тем, у вас уже сейчас признаки… и высокий риск развития ... заболеваний. К тому же, у Вас растет маленький ребенок и Вам не безразлично Ваше здоровье и судьба Вашего ребенка. Вам неприятна мысль об отказе от курения потому, что Вы боитесь, что можете не справиться».

**Осознание (выявление) потенциала для изменения поведения.** На основе проведенной беседы в диалоге с курящим пациентом выявляется его потенциал к изменениям поведения в отношении курения и твердость мотивации пациента к отказу от курения (или отрицание желания отказа). Потенциал изменения курительного поведения определяется:

- признанием пациентом **вредных последствий** своего поведения;
- признанием **преимуществ изменения** поведения;

- проявлением **оптимистичного настроя** в отношении изменения поведения и проявлением **готовности к изменению** поведения.

Можно предложить пациенту взвесить все «за» и «против» отказа от потребления табака. Например, на одну чашу весов пациент ставит все «преимущества» (причины) курения табака и все что ему бы стоило бросить курить, а на другую чашу - настоящие и потенциальные последствия потребления табака и все преимущества (причины) отказа от курения.




**Некоторые советы, которые помогут курящему пациенту изменить поведение в отношении курения:**

- стараться думать только о «преимуществах» отказа от курения, которые у каждого человека могут быть индивидуальными в зависимости от обстоятельств;
- рассказать о своем стремлении бросить курить и начать жить без табака окружающим, желательно близким, попросить их поддержки, и помощи, в том числе, чтобы предостеречь от отсрочки принятого решения;
- оценить ситуации, при которых наиболее часто пациент курит, возможно «автоматически» (утром, после кофе, выход на улицу и пр.) и быть наиболее внимательным в этих ситуациях, убрать с видимых мест предметы, напоминающие о курении (прежнее удобное кресло переставить на другое место, убрать пепельницу и пр.;
- избегать прокуренных помещений и ситуаций, провоцирующих к закуриванию;
- заменить перекуры низкокалорийными фруктами, овощами или жевательной резинкой, не содержащей сахара;
- поощрять себя при устойчивости к соблазнам закурить (выбор поощрения за самим пациентом);
- обратиться за помощью при сильной тяге к курению (кабинет/отделение медицинской профилактики).

При высокой степени готовности к отказу от курения, особенно при наличии высокой степени никотиновой зависимости, поведенческое консультирование следует сочетать с медикаментозной или немедикаментозной терапией для снижения табачной зависимости. Рекомендовать пациенту повторное посещение кабинета (отделения) медицинской профилактики, назначить лечение в соответствии со стандартом и рекомендовать динамическое наблюдение. Контроль и наблюдение необходимы для профилактики возврата к курению, опасность которого особенно велика в течение первых 6 месяцев. При отсутствии должной поддержки до 75-80% лиц возвращаются к курению.

Пациент должен быть информирован о возможных реакциях и симптомах, которые могут возникнуть при отказе от курения: сильное желание закурить, возбудимость, беспокойство, нарушение концентрации внимания, раздражительность, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессия, сонливость, головная боль, головокружение, бессонница, тремор, потливость, увеличение веса, усиления кашля, затруднение отхождения мокроты, чувство заложенности в груди, боли в мышцах и др.

**Для облегчения симптомов отмены рекомендуется:**

- **увеличение объема потребляемой жидкости** - обильное питье помогает облегчить отхождение мокроты при усилении кашля, бороться с сухостью во рту и в горле, способствует удалению токсинов. Щелочное питье (несладкие минеральные воды, соки, овощные отвары) способствует уменьшению интоксикации при никотиновой зависимости, сопровождающимся "закислением" внутренней среды организма.
- увеличение потребления **продуктов, богатых витаминами и клетчаткой** -витамином С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамином В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (хлеб грубого помола, растительные масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы); в качестве источника углеводов, предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Правильное, сбалансированное, богатое витаминами питание способствует «оздоровлению» организма и предупреждению набора веса. Пища, богатая растворимой клетчаткой (пектином) способствует выведению токсинов, продукты, содержащие растворимые и нерастворимые пищевые волокна - фрукты и овощи, бобовые, овсянка - помогают при предупреждении и устранении запоров. Кроме того, здоровая еда (сельдерей, морковь, семечки) может служить альтернативой для сигарет и помочь курильщикам занять время, руки и рот вместо курения.
- **увеличение уровня физической активности** - упражнения, бег, ходьба на лыжах, плавание на свежем воздухе или в физкультурных залах. Расширение физической активности можно рекомендовать как здоровую альтернативу курению, регулярные тренировки могут даже служить источником эндорфинов, способствовать росту уверенности в себе и препятствовать увеличению веса.

## 17. Классификация полезности и эффективности рекомендаций и их уровень доказательности, на основе принципов доказательной медицины.

**Рекомендаций подразделяются на следующие классы:**

**Класс I** - рекомендации имеют согласованное мнение и доказательства полезности и эффективности.

**Класс II** – мнения о полезности/эффективности рекомендации противоречивы и/или противоположны.

**Класс II-а** - большинство мнений высказывается в пользу полезности/эффективности рекомендации (следует рекомендовать).

**Класс II-б** - полезность/эффективность рекомендаций не имеют достаточных доказательств или определенного мнения (может быть рекомендована).

**Класс III** - общее согласие свидетельствует о том, что рекомендация не является полезной/эффективной и даже в ряде случаев может быть вредной (не рекомендуется).

**Уровни доказательств подразделяют на три уровня:**

**Уровень А** - доказательства убедительны и основаны на данных многих рандомизированных клинических исследований (РКИ) или мета-анализов.

**Уровень Б** - доказательства основаны на данных одного РКИ или нескольких нерандомизированных исследований.

**Уровень С** - доказательства основаны на мнениях экспертов или немногочисленных исследованиях, или ретроспективных исследованиях или регистрах.

Наивысший уровень рекомендации - **I, A**.

## 18. Рекомендации Всемирной организации Здравоохранения по здоровому образу жизни

(Составлено на основе полной версии: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/ru)

Конкретные советы и положения, изложенные в данном разделе, составлены на основе современных рекомендаций ВОЗ и профессиональных сообществ и направлены на **формирование здорового образа жизни и снижение риска ХНИЗ** среди взрослого населения. Несомненно, что в понятие «здоровый образ жизни» входит более широкий спектр факторов образа жизни (здоровые семейные отношения, здоровая рабочая среда, здоровая экологическая обстановка, т.е. здоровый макро и микроклимат среды и пр.), однако эти вопросы выходят за рамка профилактического консультирования в ходе диспансеризации в соответствии с ее задачами. Тем не менее, при необходимости, эти факторы также могут приниматься во внимание при адресном консультировании пациентов.

Таким образом, все граждане, прошедшие диспансеризацию должны получить адресные советы, основанные на **принципах здорового образа жизни** (здоровое питание, достаточная физическая активность, здоровые привычки и пр.), а при заболеваниях и других патологических состояниях, требующих индивидуального подхода, при проведении всех видов профилактического консультирования в рекомендациях необходимо учитывать наличие имеющихся патологических отклонений, диагноза заболевания и конкретные показатели здоровья пациента, особенно если даются рекомендации по питанию и физической активности.

### Характеристика здорового образа жизни

#### 1) Здоровое питание

Согласно рекомендациям ВОЗ, **здоровое питание взрослых**, относящееся преимущественно к лицам **без ХНИЗ**, включает:

- фрукты, овощи, бобовые (например, чечевицу, фасоль), орехи и цельные злаки (например, непереработанную кукурузу, просо, овес, пшеницу, нешлифованный рис);
- по меньшей мере, 400 г (5 порций) фруктов и овощей в день (не считая картофеля и других содержащих крахмал клубней);
- менее 10% суммарной энергии за счет свободных сахаров, 5% за счет добавленного сахара, что эквивалентно 30 г (или примерно 6чайным ложкам сахара, меда варенья и т.п.) для человека со здоровой массой тела, потребляющего примерно 2000 калорий в день,, Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продукты производителем, поваром или потребителем, могут также содержаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах, что важно учитывать;
- менее 30% суммарной энергии за счет жиров - предпочтительнее ненасыщенные жиры (например, содержащиеся в рыбе, авокадо, орехах, подсолнечном масле, оливковом масле), чем насыщенные жиры (например, содержащиеся в жирном мясе, сливочном масле, пальмовом и кокосовом масле, сливках, сыре, свином сале). **В состав здорового рациона не должны входить** промышленные транс-жиры (содержащиеся в переработанных пищевых продуктах, еде быстрого приготовления, закусочных пищевых продуктах, жареной еде, замороженных пиццах, пирогах, печенье, крекерах, чипсах, маргаринах и бутербродных смесях).

- менее 5 г соли (что эквивалентно примерно одной чайной ложке) в день и использование йодированной соли.

**Практические советы по здоровому пищевому рациону:**

Для увеличения потребления **фруктов и овощей** рекомендуется всегда включать в свои блюда овощи; употреблять на перекусы фрукты и сырые овощи; разнообразить фрукты и овощи и употреблять их по сезону.

Потребление жиров можно сократить, изменив способ приготовления пищи (удалить жирную часть мяса, использовать растительное масло, отдавать предпочтение не жарению, а отвариванию, приготовлению на пару или запеканию); избегать обработанных пищевых продуктов, содержащих трансжиры; ограничить потребление продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (например, кондитерских изделий, мороженого, колбасных изделий).

Потребление **соли** можно сократить, ограничивая соль, соевый соус во время приготовления пищи; не выставляя соль на стол; ограничивая потребление соленых закусочных продуктов; выбирая продукты с более низким содержанием натрия.

Поступление в организм **сахара** можно сократить, ограничив потребление пищевых продуктов и напитков с высоким содержанием сахара (подслащенных напитков, пирожных и конфет); употребляя в пищу фрукты и сырые овощи и сухофрукты чтобы перекусить.

При наличии ХНИЗ питание является важнейшим профилактическим и лечебным фактором, рекомендации содержат ряд ограничений, что описании в соответствующих разделах настоящих рекомендаций.

**2) Достаточная физическая активность**

Глобальные рекомендации ВОЗ **по физической активности для здоровья** адресованы дифференцированно по возрастным группам (для лиц **без клинических противопоказаний, без основных ХНИЗ**).

Так, **для взрослых лиц в возрасте 18–64 лет** физическая активность для здоровья предполагает оздоровительные упражнения или занятия в период досуга, подвижные виды активности (например, велосипед или пешие прогулки), профессиональную деятельность (т.е. работа), домашние дела, игры, состязания, спортивные или плановые занятия в рамках ежедневной деятельности, семьи и сообщества. В целях укрепления сердечно-легочной системы, костно-мышечных тканей, снижения риска ХНИЗ и депрессии рекомендуется следующая практика физической активности:

- Взрослые люди в возрасте 18 – 64 лет должны уделять не менее 150 минут в неделю занятиям аэробикой средней интенсивности, или не менее 75 минут в неделю занятиям аэробикой высокой интенсивности, или аналогичному сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности;
- Каждое занятие аэробикой должно продолжаться не менее 10 минут;
- Для того чтобы получить дополнительные преимущества для здоровья, взрослые люди этой возрастной категории должны увеличить нагрузки своих занятий аэробикой средней интенсивности до 300 минут в неделю, или до 150 минут в неделю, если занимаются аэробикой высокой интенсивности, или аналогичное сочетание занятий аэробикой средней и высокой интенсивности;
- Силовым упражнениям, где задействованы основные группы мышц, следует посвящать 2 или более дней в неделю.

**Для взрослых 65 лет и старше** физическая активность предполагает оздоровительные упражнения или занятия в период досуга, подвижные виды активности (например, велосипед или пешие прогулки), профессиональной деятельности (если человек продолжает работать), домашние дела, игры, состязания, спортивные или плановые занятия в рамках ежедневной деятельности, семьи и общины. В целях укрепления сердечно-легочной системы, костно-мышечных тканей, функционального состояния и снижения риска неинфекционных заболеваний, депрессии и нарушения когнитивных функций рекомендуется следующая практика физической активности:

- Взрослые люди в возрасте 65 лет и старше должны уделять не менее 150 минут в неделю занятиям аэробикой средней интенсивности, или не менее 75 минут в неделю занятиям аэробикой высокой интенсивности, или аналогичной физической активности средней и высокой интенсивности;
- Каждое занятие должно продолжаться не менее 10 минут;
- Для того чтобы получить дополнительные преимущества для здоровья, взрослые люди этой возрастной категории должны увеличить нагрузки своих занятий аэробикой средней интенсивности до 300 минут в неделю, или до 150 минут в неделю, если занимаются аэробикой высокой интенсивности, или аналогичное сочетание занятий аэробикой средней и высокой интенсивности;
- Взрослые люди этой возрастной категории с проблемами суставов должны выполнять упражнения на равновесие, предотвращающие риск падений, 3 или более дней в неделю;
- Силовым упражнениям, где задействованы основные группы мышц, следует посвящать 2 или более дней в неделю;
- Если пожилые люди по состоянию своего здоровья не могут выполнять рекомендуемый объем физической активности, то они должны заниматься физическими упражнениями с учетом своих физических возможностей и состояния здоровья.

В целом, преимущества выполнения вышеуказанных рекомендаций для всех возрастных групп, включая сам факт физических упражнений, превосходят недостатки. При рекомендуемом уровне физической активности средней интенсивности в объеме 150 минут в неделю практически не бывает травм опорно-двигательного аппарата. При подходе, ориентированном на разные группы населения, представляется целесообразным начинать с занятий средней интенсивности с постепенным увеличением нагрузок до более высоких уровней физической активности.

Рекомендации по физической активности пациентам с ХНИЗ (сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями атеросклеротического генеза, больным артериальной гипертонией, сахарным диабетом и хроническими заболеваниями бронхолегочной системы, почек), а также лицам с высоким и очень высоким абсолютным СС риском должны даваться строго индивидуально и определяться лечащим врачом с учетом всего симтомокомплекса показателей здоровья.

### 3) Отсутствие поведенческих факторов риска – курения, риска пагубного потребления алкоголя, наркотиков и психотропных средств без назначения врача

**Курение табака** – один из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхолегочных, онкологических и других хронических заболеваний. Пассивное курение также вредно для здоровья, как и активное. Нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака. Так называемые «легкие» и тонкие сигареты, электронные сигареты также вредны для здоровья и их **нельзя рекомендовать** как безопасный способ курения и, тем более, как средство отказа от курения.

- Объяснить опасность курения для здоровья данного пациента и что основная рекомендация – **отказ от потребления табака.**

- Объяснить, что отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте, вне зависимости от «стажа» курения.
- Выяснить желание и готовность пациента и помочь в выборе тактики отказа от курения (самостоятельно или рекомендовать обратиться в кабинет по оказанию медицинской помощи при отказе от курения или отделение/кабинет медицинской профилактики, центр здоровья), дать информацию о режиме их работы.
- При нежелании пациента бросить курить, повторить совет, дать памятку, рекомендовать обдумать целесообразность отказаться от курения и обратиться в кабинет по оказанию медицинской помощи при отказе от курения либо в отделение/кабинет медицинской профилактики, даже если он не до конца уверен в своих силах и в успехе.

**Риск пагубного потребления алкоголя.** Информировать пациента о том, что у него имеется риск пагубного потребления алкоголя и о негативном влиянии алкоголя на здоровье. Более результативно проводить при этом факторе риска углубленное профилактическое консультирование, которое позволит получить информацию об отношении пациента к потреблению алкоголя, понимании вреда и готовности к изменениям (оздоровлению) привычки потребления алкоголя. При подозрении на наличие у пациента зависимости посоветовать обратиться за помощью к наркологу. Дать памятку.

**Подозрения на пагубное потребление наркотиков и психотропных средств без назначения врача.** Информировать пациента о выявленном факторе риска, оценить отношение пациента к потреблению наркотиков, стараться мотивировать к отказу, рекомендовать обратиться к наркологу, дать конкретную информацию о консультации врача-нарколога (кто, где, когда консультирует).

## 19. Федеральный закон от 23.02.2013 N 15-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака"

**Статья 17.** Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.

1. Лицам, потребляющим табак и обратившимся в медицинские организации, оказывается **медицинская помощь**, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.
2. Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, включая профилактику, диагностику и лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с **программой** государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
3. Медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, оказывается на основе **стандартов** медицинской помощи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.
4. Лечащий врач обязан дать пациенту, обратившемуся за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию независимо от причины обращения, рекомендации о прекращении потребления табака и предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана.

## 20. Компоненты табачного дыма

Компоненты табачного дыма обладают различными механизмами токсического и канцерогенного действия на организм. При курении образуются два потока дыма: **основной и побочный**. Основной поток образуется в горящем конусе сигареты (сигары, папиросы и др.) и в горячих зонах во время глубокого вдоха (затяжки), он проходит через весь стержень и попадает в дыхательные пути курильщика.

**Побочный поток** образуется между затяжками и выделяется из обугленного конца **в окружающий воздух**. Между основным и побочным потоками имеется и количественная, и качественная разница. Побочный поток, характеризующий "пассивное" курение, содержит большинство компонентов в значительно меньшем количестве, чем основной поток, однако вследствие различий химических процессов при горении и тлении и различий в степени контакта продуктов горения с кислородом воздуха, 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. В целом загрязненный дымом воздух в помещении по составу нельзя рассматривать как "разбавленный" основной поток.

Табачный дым состоит из двух фракций: **газообразной и твердой**. Вредоносные биологически активные факторы табачного дыма обусловлены в большей степени взвешенными частицами, распределяемыми между газообразной и твердой фазами.

В виде взвешенных частиц в парообразной фазе табачного дыма содержатся **токсические вещества** (окись углерода, ацетальдегид, окись азота, цианистый водород, аммиак, акролеин и др.), **канцерогенные вещества** (формальдегид, 2-нитропропан, гидразин, уретан, бензол, хлористый винил и др.), в том числе с доказанным канцерогенным влиянием на здоровье человека (бензол и хлористый винил).

Основным опухолеобразующим действием на организм обладают вещества, содержащиеся в твердой фазе табачного дыма, "смолы", вызывая развитие как доброкачественных, так и злокачественных новообразований.

В табачном дыме содержатся кроме **контактных канцерогенов** различные **органоспецифические канцерогенные** вещества, вызывающие 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. Сигареты, приготовленные из высушенного на открытом воздухе табака, содержат значительно больше нитрозаминов. Уровень нитрозаминов выше в табачных изделиях, приготовленных из табачной смеси, содержащей стебли и жилки листьев.
- **Никотин** относится к тромбообразующим факторам, вызывая повреждение эндотелиальных клеток крупных и мелких сосудов. Он способствует развитию атеросклероза, усугубляя повышение уровня холестерина в крови. Все это приводит к поражению сосудов сердца, головного мозга, периферических артерий, аорты, и, в конечном итоге, развитию ишемической болезни сердца, гипертонии, нарушениям мозгового кровообращения.
- **Смолы** содержат большинство известных опухолеобразующих веществ твердой фазы табачного дыма.
- **Кадмий** – тяжелый металл, обладает выраженным токсическим действием на все клетки органов дыхания.

- **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.
- **Окись углерода (CO)** – В организме курящего человека CO связывается с гемоглобином, образуя комплекс CO-гемоглобин – **карбоксигемоглобин.** Он гораздо устойчивее оксигемоглобина, циркулирует в крови намного дольше, нарушая, тем самым, насыщение гемоглобина кислородом и его отдача в тканях. Характерный для курящего человека серый оттенок кожных покровов – проявление нарушения транспорта кислорода в тканях.

## 21. 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.

### 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 дым содержит компоненты, которые, всасываясь уже со слизистой полости рта, значительно уменьшают насыщение крови кислородом. Так, окись углерода, соединяясь с гемоглобином крови, превращает его значительную часть в **карбоксигемоглобин,** который блокирует перенос кислорода к тканям и органам. Это приводит к **хроническому кислородному голоданию, увеличивает нагрузку на сердце,** которому требуется больше прокачивать такой малонасыщенной кислородом крови по сосудам. Это очень опасно тяжелыми осложнениями, особенно, при уже имеющихся в организме заболеваниях сердца и сосудов. **Никотин оказывает множественное повреждающее влияние и принимает патогенетическое участие практически во всех звеньях, ответственных за развитие атеросклероза:** нарушениях сосудистого тонуса, повреждении сосудистой стенки, нарушениях свертывающей системы крови и транспорта липидов крови. В сочетании с хронической кислородной недостаточностью тканей и на фоне возрастающей в этих условиях нагрузки на сердце, риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний значительно возрастает. Установлено, что **у курящих чаще развивается артериальная гипертония, появляется стенокардия напряжения, возникает инфаркт миокарда**. **Эти заболевания у курящих труднее поддаются лечению и чаще протекают с осложнениями, которые могут стать причиной смерти.** При преобладании поражений периферических сосудов (чаще бедренных артерий и их ветвей) развивается сосудистая недостаточность кровоснабжения сосудов ног, что на фоне постоянной потребности в выполнении нагрузок (ходьба, бег) приводит **к возникновению перемежающейся хромоты** – заболевания, значительно ограничивающего трудоспособность человека и очень часто на своей финальной стадии развития, приводящего к гангрене конечностей. Нередко в таких случаях требуется **ампутация** для спасения жизни больного.

### Мозг, нервная система

В первую очередь мозговая ткань и вся нервная система страдают от хронического кислородного голодания – это и **головные боли, головокружение, снижение работоспособности, утомляемость, ухудшение усвояемости нового, что особенно свойственно подрастающему организму.** Конечно, не все курильщики испытывают эти ощущения или осознают их связь с курением. Со временем сосуды мозга, наравне со всей сосудистой системой, подвергаются кумулирующему токсическому влиянию табакокурения и, как следствие – **осложнения, в виде преходящих или стойких нарушений мозгового кровообращения (мозговой инсульт) и др.** Страдает и вся нервная система, неустойчивость

настроения, раздражительность, повышенная утомляемость свойственны почти всем курильщикам. Страдает и **периферическая нервная система**, развиваются местные или распространенные **невриты,** что очень неблагоприятно для прогноза при сочетании с поражениями сосудов.

## Дыхательная система

Поражение верхних дыхательных путей, трахеи, гортани, бронхов и легких связано со всем многообразием негативного влияния табакокурения: **прямое и непрямое токсическое и канцерогенное, контактное канцерогенное и органоспецифическое канцерогенное действие,** высокая температура табачного дыма и др. Немаловажное значение имеет иммунодепрессивное влияние табака и компонентов его метаболизма на сопротивляемость другим патогенным факторам (инфекциям, неблагоприятным экологическим воздействиям, производственным вредностям и др.). **Воспалительные изменения со стороны всего тракта дыхательной системы**, конечно выраженные в различной степени, приобретают практически все курильщики. **Раковые заболевания губ, ротовой полости, языка, глотки, гортани, трахеи, бронхов, легких считаются причинносвязанными с курением.**

## Пищевод, желудок, поджелудочная железа, желчный пузырь

Попадание метаболитов табачного дыма (никотин, смолы) со слюной в пищевод, а затем в желудок приводит к развитию **хронического, нередко эрозивного воспаления, которое может перейти в язвенную болезнь и злокачественное новообразование.** Вовлечение метаболитов табака во многие звенья обмена, нарушает экскрецию желез внутренней секреции, отягощает и провоцирует скрытые или начальные изменения, может способствовать провокации **манифестации сахарного диабета, дискинезии желчного пузыря**. Следствием длительного и интенсивного курения нередко является также **рак поджелудочной железы, желчного пузыря.**

## Мочеполовая система

**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. 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. С возрастом у курящих и мужчин, и женщин повышается **риск злокачественных новообразований мочеполовой системы** – рака мочевого пузыря и др.

## 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".**

## Костная система

У курящих часто развивается остеопороз (потеря костной ткани, ломкость костей), особенно он опасен женщинам в постменопаузальный период. Распространенность этого заболевания увеличилась по ряду причин: вследствие постарения населения и увеличения в населении болезней пожилых, вследствие значительной распространенности сидячих профессий

и снижения общего уровня физической активности населения, а также в связи с неблагоприятными факторами, исходящими из неправильного питания и поведенческих привычек. **Курение является одной из причин остеопороза**, который значительной увеличивает риск переломов, особенно переломов шейки бедра. **Причина развития остеопороза у курящих также 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 патологии со стороны костной системы.

## 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. Это означает, что курение может быть, как основной причиной хронических заболеваний, так и их роста среди населения.

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.

По заключению экспертов ВОЗ, из всех поведенческих факторов риска только **курение относится к предотвратимым причинам заболеваемости и смертности,** так как уменьшение курения среди населения способствует улучшению показателей здоровья и снижению смертности.

Последствия табакокурения отрицательно сказываются не только на здоровье самого курящего, но и на окружающих, особенно на здоровье женщин и детей. **Пассивное курение так же вредно для здоровья, как и курение**, разница может быть лишь только в экспозиции (интенсивности). Имеются данные об увеличении заболеваемости раком легких среди жен заядлых курильщиков. Дети, в присутствии которых курят родители, не только подвергаются в той же степени вреду курения, что и сами курящие, но и, имея перед собой пример курящих взрослых, чаще закуривают, став повзрослее.

Парадоксально, что большинство курящих считают курение вредным для здоровья, но продолжают придерживаться этой привычки. Во многом это обусловлено **знание курящих о конкретном для них вреде табака носит поверхностный характер и недостаточно,** для правильного отношения к курению. не тратить деньги на то, за что потом нужно дорого платить.

## 22. Оценка степени никотиновой зависимости (Тест Фагестрема)

| Вопрос | Ответ | Баллы |
|---|---|---|
| 1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1 сигарету? | • В течение первых 5м<br>• В течение 6-30мин<br>• 30 мин- 60 мин<br>• Более чем 60 мин | 3<br>2<br>1<br>0 |
| 2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено? | • Да<br>• Нет | 1<br>0 |
| 3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться? | • Первая утром<br>• Все остальные | 1<br>0 |
| 4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день? | • 10 или меньше<br>• 11-12<br>• 21-30<br>• 31 и более | 0<br>1<br>2<br>3 |
| 5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня? | • Да<br>• Нет | 1<br>0 |
| 6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день? | • Да<br>• Нет | 1<br>0 |
| Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов: 0-2 – очень слабая; 3-4 – слабая; 5 - средняя; 6-7 – высокая; 8-10 – очень высокая. | | |

## 23. Характеристика здорового питания

(Рекомендации Европейского общества кардиологов - 2016 г.)

- Насыщенные жирные кислоты <10% от общего потребления энергии, замена их на полиненасыщенные жирные кислоты;
- Как можно меньше транс-жирных кислот (<1 % от общего потребления энергии);
- Поваренная соль <5г. в день;
- Клетчатка 30-45 г в день, предпочтительно от цельнозерновых продуктов.
- ≥200 г фруктов в день (2-3 порции);
- ≥200 г овощей в день (2-3 порции);
- Рыба 1-2 раза в неделю, причем хотя бы один раз это должна быть рыба была жирных сортов;
- 30 г несоленых орехов в день.

## 24. Режимы питания, которые можно рекомендовать пациентам с избыточной массой тела и ожирением

**Тарелка и пирамида оптимального соотношения продуктов дневного рациона (рекомендации ВОЗ):**

**Характеристики основных режимов питания, которые могут быть предложены пациенту для снижения веса:**

| | Принцип | Снижение веса | Метаболические эффекты | Риск |
|---|---|---|---|---|
| **Низкоуглеводная диета** | Примерно 50–150 г углеводов в день, иногда меньше. | • Может привести к большей потере веса по сравнению с низкожировой диетой в первые 6 месяцев. Впоследствии потеря веса соответствует другим диетам с ограничением калорий<br>• Может снизить тягу к пище | • ↓гликемию натощак и уровень инсулина<br>• ↓ТГ<br>• Незначительно ↑ ЛПВП и ЛПНП<br>• Метаболические эффекты, отмеченные выше, могут происходить с или без потери веса<br>• Может способствовать незначительному ↓ АД<br>• У пациентов с эпилепсией кетогенные диеты могут уменьшить судороги<br>• Кетогенные диеты, возможно, улучшают прогноз осложнений СД 2-го типа (т.е. нефропатия) | Может вызвать тягу к углеводам в течение первых нескольких дней, что может быть преодолено путем добавления искусственных подсластителей или продуктов с низким гликемическим индексом |
| **Низкожировая диета** | Жиры — примерно 20-30 % от общего числа калорий | Через 6 мес. эффект на вес сопоставим с низкоуглеводной диетой | • может ↓гликемию натощак и уровень инсулин Незначительно<br>•незначительно ↓ЛПВП и ЛПНП<br>• Может способствовать незначительному ↓ АД | Контроль аппетита может быть сложным, возможно добавление препаратов для снижения аппетита. При увеличении потребления углеводов потеря веса не будет достигнута, |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | возможно развитие гипергликемии, ↑инсулина, ↑ ТГ и ↓ ЛПВП |
| **Очень низкокалорийная диета** | | Приводит к более быстрой потере веса, чем стандартный режим ограничения углеводов и / или жиров | • ↓гликемию натощак и уровень инсулина<br>• ↓ТГ<br>• Незначительно ↑ ЛПВП<br>• Незначительно ↓ ЛПНП<br>• ↓ АД | Усталость, тошнота, запор, диарея, потеря волос, ломкость ногтей и непереносимость холода, дисменорея, камни в желчном пузыре, камни в почках, подагра. При недостаточном потреблении минералов возможны: тахикардия и аритмии, мышечные спазмы, увеличение риска остеопороза, кариес |
| **Высокобелковая диета** | | Потеря веса сопоставима со стандартным режимом ограничения углеводов и / или жиров | Эффекты зависят от преобладания жиров или углеводов в рационе | - |

(Из Национальных клинических рекомендаций «Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Санкт-Петербург, 2017**,** http://www.scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf)

## 25. Рекомендации при избыточной массе тела (код МКБ-10 R63.5) и ожирении (код МКБ-10 Е66)

**Различают 2 типа ожирения:**

- центральное, абдоминальное (тип «яблоко») характеризуется особым отложением висцеральной жировой ткани в пределах верхней части туловища и живота. Чаще приводит к сердечно-сосудистым осложнениям и метаболическим нарушениям, таким как дислипидемии, гипергликемии, инсулинорезистентность;
- нижнее (тип «груша»). Ожирение типа «груша» связано с отложением жира в пределах нижних частей тела (бедро, голень). К типичным осложнениям для этого типа ожирения чаще относятся дегенеративные изменения в области опорно-двигательного аппарата и венозная недостаточность.

Риск сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений определяется как **высокий** при окружности талии у женщин 88 см и выше, у мужчин 102 см и выше и **повышенный** при окружности талии у женщин 80-88см и у мужчин. 94-102см.

**Цель** – снижение индекса Кетле до 25 кг/м$^2$, окружность талии для мужчин менее 94 см, для женщин – менее 80 см.

**Промежуточная цель** при ожирении, особенно при значительной степени ожирения – индекс Кетле ниже 30 кг/м$^2$ (или на 10% от исходного на начальном этапе), окружность талии для мужчин менее 102 см, для женщин – менее 88 см.

Доказано, что даже небольшое снижение массы тела оказывает достоверное положительное влияние на состояние здоровья и способствует уменьшению числа осложнений.

Снижение веса на 10% сопровождается уменьшением общей смертности на 20%, смертности, обусловленной диабетом, на 30%, смертности от онкологических заболеваний, часто встречающихся при ожирении, на 40%, снижением уровня глюкозы в крови натощак при сахарном диабете II типа на 50%.

Отличным результатом считается снижение массы тела на 10% и более за 6 месяцев, хорошим 5%-10%, стабилизация массы тела или снижение до 5% – удовлетворительным. При этом темп снижения веса должен быть весьма умеренным – не более1кг в неделю[20].

Второй и не менее важной задачей является стойкое удержание нового сниженного веса – задача, для выполнения которой врачу приходится прилагать не меньше терапевтических усилий. И в этом вопросе важное значение имеют методы психотерапевтического воздействия и регулярность двигательной активности.[21]

**Диетологическое консультирование** занимает главное место в лечении ожирения. Только постепенное, длительное изменение характера питания, формирование более здоровых привычек, а не временное ограничение употребления определенных продуктов (особенно не рекомендуется голодание) может привести к успешному снижению веса.

**Шесть принципов питания при избыточной массе тела:**

**1) Контроль энергетического равновесия** рациона питания: уменьшение энергопоступления и/или увеличение энерготрат. При избыточной массе тела и ожирении 1степени достаточно снижение калорийности на 300-500ккал, при 2 и 3 степени, когда индекс массы тела превышает 35 и даже 40кг/м$^2$ – на 500 и даже 1000ккал. Не надо начинать лечение с очень строгих диет и разгрузок. Лучше начать с 1500-1800 ккал, затем снизить калорийность до 1500 – для мужчин, 1200 до 1000 ккал – для женщин. Набор продуктов на 1800ккал и пример диеты на 1500ккал и менее приведены ниже.

**2) Сбалансированность (полноценность) по нутриентному составу** (белки, жиры, углеводы, витамины, макро- и микроэлементы): белок – 15-25% от общей калорийности (75-95 г), жир – до 20 - 30% от общей калорийности (60-80 г), углеводы - 45-60% от общей калорийности с ограничением и даже полным исключением **добавленных** простых сахаров (0-5%).

**Белки.** Из продуктов, богатых белками, предпочтительны нежирные сорта мяса, рыбы и сыра; белое мясо птицы; нежирные молочные продукты; бобовые, грибы. Полноценное белковое питание могут обеспечить 2-е порции (по 100-120 г в готовом виде) мяса, рыбы или птицы и 1 порции молочного блюда (100 г творога или 150-200 мл молочного напитка пониженной жирности без сахара) в день. Суточную потребность в растительных белках может обеспечит 100 г зернового хлеба и 100-200 г крахмалистого блюда (картофель, каша или макаронные изделия).

**Жиры.** Уменьшение доли жиров животного происхождения – **исключение из рациона** жирных сортов свинины, баранины, птицы (гуси, утки) мясопродуктов (колбасы, паштеты), жирных молочных продуктов (сливки, сметана и пр.). Предпочтение отдавать обезжиренным и низкожирным сортам молочных продуктов (молоко, кефир, йогурт, творог, сыр). Избыток жиров

[22] Проблемы ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегия ее решения ВОЗ 2009;
[23] Глобальная стратегия по питанию, физической активностью и здоровью ВОЗ; 2010;

растительного происхождения не желателен – он влияет на энергоценность пищи (калорийность растительного масла несколько выше, чем сливочного). Растительные транс-жиры входят в состав майонеза, чипсов, фаст-фудов изделий из шоколада, многих кондитерских изделий и продуктов, приготовленных во фритюре, поэтому потребление этих продуктов следует ограничить или исключить. Они содержат в большом количестве насыщенные и ненасыщенные транс- жиры.

**Углеводы.** Основу питания должны составлять трудноусвояемые углеводы (менее обработанные и не рафинированные крупы, овощи, бобовые, фрукты, ягоды, хлеб грубого помола и др.). Не рекомендуются (ограничиваются или исключаются) продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы: сахар, варенье, кондитерские изделия, сладкие напитки и др. Следует ограничить (или исключить) газированные и сладкие напитки. Из источников углеводов предпочтение следует отдавать растительным продуктам – цельнозерновым, овощам, фруктам и ягодам, которые содержат в достаточном количестве пищевые волокна.

3) **Исключение потребления алкоголя**, особенно при наличии артериальной гипертонии, других сердечно-сосудистых и цереброваскулярных болезней. 1 г алкоголя содержит 7ккал.
4) **Соблюдение водно-солевого режима.** Рекомендуется ограничение поваренной соли до 5 г/сутки (1 чайная ложка без верха), исключив приправы, экстрактивные вещества.
5) **Технология приготовления пищи.** Рекомендуется предпочтение отдавать отвариванию, припусканию, тушению в собственном соку, обжариванию в специальной посуде без добавления жиров, сахара, соли, приготовлению на пару, в духовке, в фольге или пергаменте, на гриле, без дополнительного использования жиров. Не следует злоупотреблять растительными маслами, майонезом при приготовлении салатов.
6) **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.

Пациентам с ожирением (индекс 30 кг/м$^2$ и выше) возможно рекомендовать при индивидуальном консультировании консультации врача-эндокринолога, так как ожирение - это болезнь, и как любую болезнь ее следует лечить.

Необходимо учитывать сопутствующие заболевания:

- При сопутствующей артериальной гипертонии и сердечной недостаточности в рационе должно быть увеличено количество продуктов, содержащих соли калия (печеный картофель, кабачки, тыква, курага, чернослив) и магния (каши, орехи). Необходимо еще большее ограничение поваренной соли. При сердечной недостаточности желательно шире использовать разгрузочные (особенно молочные, калиевые) дни.
- При сопутствующей гиперхолестеринемии необходимо большее внимание уделять оптимальному соотношению (1:1) животных и растительных жиров и ограничению субпродуктов, как основных поставщиков экзогенного холестерина
- Рацион, рекомендуемый лицам с избыточной массой тела благодаря ограничению простых углеводов, способствует нормализации углеводного обмена и снижению уровня триглицеридов. Этот факт особенно нужно учитывать у тучных лиц с сопутствующими НТУ, сахарным диабетом и гипертриглицеридемией. Можно в ряде случаев рекомендовать заменители сахара - ксилит, сорбит, сахарин.
- При сопутствующих дискинезиях желчного пузыря и толстого кишечника увеличение квоты балластных веществ (фруктов, овощей, хлеба грубого помола) рекомендуется с целью нормализации желчеотделения и устранения запоров.
- При сочетании избыточной массы тела с мочекислым диатезом, подагрой, остеохондрозом целесообразно ограничение экзогенно вводимых пуринов за счет исключения потребления мясных и рыбных бульонов и некоторого ограничения потребления мяса (до 2-3- раз в неделю). Рекомендуется потребление фруктов, которые благодаря содержанию цитратов ощелачивают мочу и препятствуют выпадению в ней

солей уратов и оксалатов в осадок. При оксалурии лучше - исключить щавель, шпинат, ревень, а также шоколад и кофе.

- Наличие воспалительных изменений в желудочно-кишечном тракте тучного человека (гастриты, энтериты, колиты) требует изменения в технологии приготовления пищи. Продукты потребляются те же, в том же количестве, но только в отварном, запеченном, протертом виде.

Таким образом, в зависимости от характера сопутствующей патологии, рацион тучного человека должен видоизменяться. Но остается главным основной принцип диетотерапии - снижение калорийности суточного рациона.

В рекомендациях по снижению избыточного веса обязательным компонентом должна быть достаточная физическая активность. Однако, при чрезмерном избытке массы тела рекомендуется поэтапное включение в программу повышения двигательной активности, после некоторого снижения массы тела диетическими мерами. При углубленном консультировании при диспансеризации пациент должен быть информирован об этой особенности. Оптимальным видом физической нагрузки, применяемой для лечения избыточной массы тела и ожирения, является динамическая аэробная нагрузка. Простым, доступным и эффективным видом этой нагрузки является ходьба 30-40 мин в день, 5-7 раз в неделю и главное - регулярно.

У пациентов с индексом массы тела до 40 кг/м$^2$ при отсутствии противопоказаний рекомендуют начинать физические тренировки с ходьбы в среднем темпе — 100 шагов в минуту. Продолжительность таких тренировок составляет 30 мин, а их периодичность — 3–4 раза в неделю. Постепенно интенсивность нагрузки увеличивают: темп ходьбы доводят до высокого (100-120 шагов в минуту), продолжительность — до 45–60 мин, периодичность — до 5-7 раз в неделю. Такой объем физической активности позволяет увеличить энерготраты на 200–300 ккал в сутки.

У пациентов с индексом 40 кг/м$^2$ и более рекомендации по физической активности даются с учетом общесоматического состояния и после осмотра лечащего врача (или эндокринолога) или врача ЛФК и полного обследования для исключения противопоказаний. При отсутствии противопоказаний физические упражнения начинают с ходьбы в медленном темпе (70-80 шагов в минуту) в течение 10 мин 3 раза в неделю. Постепенно интенсивность нагрузки увеличивают до среднего уровня — 100 шагов в минуту в течение 30–45 мин 4–7 раз в неделю.

Любые рекомендации по повышению интенсивности физической активности как в повседневном режиме, и, особенно, в режиме, тренировок и оздоровительных занятий требуют **обязательного обследования, особенно в возрасте старше 35 - 40 лет** *даже* при отсутствии клинических признаков заболевания.

## 26. Гиперхолестеринемия/дислипидемия (код МКБ-10 Е78)

**Диетические рекомендации при дислипидемии:**

- Калорийность пищи должна поддерживать оптимальный для конкретного больного вес тела.
- Количество потребляемого жира (включая растительные жиры) не должно превышать 30% от общей калорийности, причем на долю насыщенных (животных) жиров должно приходиться не более 10 % от этого количества; ХС – 300 мг/сут. При высоком и очень высоком риске необходимо снижать долю общего жира до 20% от общей калорийности (7% насыщенных жиров) и ХС – до 200 мг/сут. Рекомендуется уменьшать потребление продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином (жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, шоколад, выпечка с содержанием жиров, желтки яиц и сами жиры – сало, масло сливочное, маргарины, кокосовое масло, пальмовое масло). В мясе

животных жиров обычно меньше, чем во многих колбасных продуктах. Например, в нежирной говядине около 5-10% жира по сравнению с 23% жира в молочной колбасе, 20-30% жира в говяжьих сосисках и 40-50% жира в сырокопченых колбасах.

- Доля животных жиров должна составлять не более половины от суточной потребности жиров (25-30 г/сут). Остальная половина суточного жира должна быть представлена растительными маслами (оливковое, соевое, подсолнечное, льняное, кунжутное, кедровое) (25-30 г/сут.), содержащими полиненасыщенные и мононенасыщенные жирные кислоты, которые содержатся также в жирных сортах рыб (сельдь, сардины, макрель, лосось, тунец, скумбрия, палтус и др.) и орехах. Желательным считается регулярное потребление морской рыбы не менее 2 раз в неделю, 1 раз жирных сортов. Предпочтение следует отдавать рыбе северных морей, содержащей большое количество ω-3 ПНЖК, которые играют важную роль в профилактике атеросклероза и инфаркта миокарда.
- Рекомендуется сократить потребление продуктов, богатых холестерином (яичные желтки, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, сосиски и колбасы с высоким содержанием жира), не более 200-300 мг пищевого холестерина в сутки. Желтки яиц желательно ограничить до 2-4 шт. в неделю.
- Повысить потребление продуктов, богатых пищевыми волокнами (не менее 25-30 г). Например, потребление в день 1 яблока, 1 апельсина, 6 шт. чернослива и 1/2 чашки вареной фасоли обеспечивает 20-30 г пищевых волокон или 400 г овощей, 100 г готовой каши и 15 г орехов. Особенно полезны так называемые растворимые **пищевые волокна** — пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и выводят его из организма.
- Поскольку за счет повседневного питания трудно восполнить потребности в витаминах, макро- и микроэлементах, желательно дополнять пищевые рационы препаратами поливитаминно-минеральных комплексов, но не в лечебных, а в физиологических дозах.

**Употребление алкоголя** следует ограничить, а при заболеваниях – исключить. При беременности, дислипидемиях в сочетании с АГ и клиническими проявлениями коронарного атеросклероза, аритмиями рекомендуется отказаться полностью от употребления алкогольных напитков. Одномоментное употребление больших доз алкоголя за счет любых напитков является достоверным фактором риска внезапной коронарной смерти инсультов любого типа, особенно при сочетании ИБС с АГ. Следует отказаться от употребления алкоголя и при повышенном содержании в крови триглицеридов,приеме статинов, патологии поджелудочной железы и печени.

**Физическая активность** - прежде всего рекомендуется ходьба 30-40 мин в день, 5-7 раз в неделю и главное, чтобы такая физическая активност стала постоянной, жизненной привычкой, а не эпизодическим занятием. Если имеются заболевания сердца, АГ, болезни суставов или другие сопутствующие заболевания **пациент должен быть обследован и определен его индивидуальный уровень физических нагрузок**, желательно с тестированием (тредмил, велоэргометрия и др.). Любые рекомендации по повышению интенсивности нагрузки как в повседневном режиме, и, особенно, в режиме, тренировок и оздоровительных занятий требуют обязательного обследования лиц в возрасте 40 лет и старше даже при отсутствии клинических признаков заболевания.

Нагрузка считается оптимальной, когда она проходит в аэробном режиме. Оптимальный режим аэробной нагрузки контролируется ЧСС, составляющий 60-75% от максимальной и рассчитывается по формуле: «ЧСС = (220 – возраст человека) х (0,6-0,75)». Так, например, человеку в возрасте 50 лет (без клинических проявлений ИБС и без АГ) оптимальный тренирующий режим может быть обеспечен при нагрузке с ЧСС от 102 до 134 ударов в минуту. При наличии ССЗ уровень допустимой нагрузки определяется врачом индивидуально.

## 27. Распределение физической активности[22]

## 28. Неблагоприятные эффекты со стороны соматической сферы употребления и злоупотребления алкоголем [23]

**Опасное** (также известное как «рискованное» или «увеличивающее риск») употребление алкоголя – это уровень потребления алкоголя или модель употребления алкоголя, которые увеличивают риск причинения вреда здоровью потребителя.

В некоторых обстоятельствах любое потребление может быть опасным. Появляются все новые доказательства этого, но очевидно, что любое потребление алкоголя увеличивает риск развития рака, и что риски, связанные с употреблением алкоголя, вероятно, перевешивают любые преимущества (если они существуют) при употреблении более одной стандартной порции алкоголя день.

В номенклатуру МКБ-10 внесено понятие **«употребление с вредными (пагубными) последствиями»** (F10.1). К данной категории относятся медицинские или связанные с ними типы вредных последствий. Употребление с вредными последствиями определяется как состояние, когда употребление алкоголя уже причиняет вред здоровью. Данный вред может относиться к физическому здоровью (например, заболевания печени, связанные с хроническим потреблением алкоголя) или психическому здоровью (например, эпизоды депрессии, вызванные употреблением алкоголя).

---

[22] Из Национальных клинических рекомендаций «Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Санкт-Петербург, 2017
http://www.scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf

[23] G. A. Barclay, J. Barbour, S. Stewart, C. P. Day и E. Gilvarry.2008 the Royal College of Psychiatrists.

**Синдром алкогольной зависимости (F10.2)** включает сочетание поведенческих, когнитивных и физиологических признаков, развивающихся после многократного применения алкоголя. Диагноз зависимости может быть поставлен при наличии 3 или более следующих признаков на протяжении 1 месяца в течение последнего года. К ним относится сильная непреодолимая потребность («тяга») или необходимость принять спиртное. Во-вторых, нарушение способности контролировать прием алкоголя (начало и окончание выпивки или принятую порцию) («нет тормозов»). О нарушении контроля также свидетельствуют прием большого количества спиртного в течение длительного времени (запои) и наличие желания или неудачных попыток сокращения или контроля выпивок («пробовал бросить пить и срывался»).

Третьим признаком является развитие состояния отмены (абстинентный синдром) при прекращении или уменьшении приема алкоголя. При синдроме отмены алкоголя могут наблюдаться: желание употреблять алкоголь; тремор рук, век или языка; потливость; тошнота или рвота; тахикардия или гипертензия; возбуждение; головная боль; бессонница; недомогание или слабость; галлюцинации; судороги; сниженное настроение и раздражительность. При этом человек осознает, что прием алкоголя («опохмелка») облегчает или предотвращает эти нарушения. Именно тяжесть состояний отмены заставляет многих людей, злоупотребляющих алкоголем, обращаться к врачам с просьбами «почистить кровь или подлечить сердце, давление, нервы и т.д.».

Толерантность к алкоголю проявляется в постепенном увеличении порции алкоголя, необходимой для опьянения («от бутылки водки уже не пьянею»). Кроме того, зависимого от алкоголя человека характеризует нарастающее забвение других интересов, и увеличение времени, связанного с употребления спиртного. Наконец, еще один признак – это продолжение выпивок, несмотря на их очевидный вред для здоровья. Последнее часто связано с анозогнозией – нарушением осознания пьющим человеком последствий из-за присутствия у него психологической защиты: «я не алкоголик», «у меня нет проблем с выпивкой», «хочу – пью, хочу – не пью», «люди пьют даже больше меня».

**Binge drinking** («биндж дринкинг» в русском языке нет аналогичного термина) может быть определен, как эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах, что приводит к алкогольному опьянению или потере контроля. Это употребление мужчинами пяти, женщинами четырех стандартных порций алкоголя в течение 2-3 часов.

## Градация риска, связанного с употреблением алкоголя

**Низкий риск:**

Здоровые мужчины до 65 лет:

- не больше 3 стандартных порций в день, И НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ
- 15 стандартных порций в неделю

Здоровые женщины и мужчины старше 65:

- не больше 2 стандартных порций в день, И НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ
- 10 стандартных порций в неделю

**Умеренный риск (опасное употребление):**

Превышение указанных количеств, увеличивается риск вредных последствий.

**Высокий риск(вредное употребление):**

В анамнезе есть заболевания, связанные с употреблением алкоголя.

## Последствия длительного злоупотребления алкоголем

### Печень

Алкоголь — наиболее частая причина поражения печени. Выделяют три типа поражения печени алкоголем: жировая инфильтрация печени (или жировая дегенерация), алкогольный гепатит и цирроз.

Жировая инфильтрация печени – наиболее распространенная находка у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Она характеризуется накоплением триглицеридов в печеночных клетках (гепатоцитах), протекает бессимптомно и обычно выявляется случайно во время биохимических исследований, результаты которых свидетельствуют о нарушении функционирования печени. Прогноз при жировой инфильтрации печени благоприятный при условии, что пациенты будут воздерживаться от употребления алкоголя. Однако примерно у 30% пациентов, продолжающих пить, она прогрессирует до развития цирроза в течение 10 лет.

### Алкогольный гепатит

Гистологическая картина алкогольного гепатита характеризуется жировой дегенерацией, поражением гепатоцитов, нейтрофильным инфильтратом и перицеллюлярным («мелкая проволочная сетка») фиброзом (разрастанием волокнистой соединительной ткани). Схожие признаки наблюдаются при других тяжелых состояниях, включая ожирение и сахарный диабет, при которых их называют «неалкогольный стеатогепатит». Течение может быть бессимптомным, однако тяжелый алкогольный гепатит часто проявляется в виде безболевой желтухи на фоне тяжелого пьянства.

### Цирроз печени

Для цирроза печени характерна следующая гистологическая картина — отложение коллагена в перисинусоидальном пространстве вокруг гепатоцитов. Пациенты могут обращаться по поводу симптомов сниженной синтетической функции печени и/или симптомов портальной гипертензии. До 90% случаев смерти среди пациентов с алкогольным циррозом связаны с поражением печени; из них 33% вызваны гепатоцеллюлярной карциномой. У большинства лиц с тяжелым пьянством развивается жировая инфильтрация печени, однако только у трети из них возникает тяжелый фиброз или цирроз. Причины этого неясны. Доза алкоголя и характер пьянства, масса тела, наличие или отсутствие сахарного диабета типа II, а также пол считаются возможными факторами риска. Описаны специфические гены, которые воздействуют на восприимчивость к развитию алкогольного цирроза.

### Желудочно-кишечный тракт

Характерны воспалительные процессы практически на протяжении всего желудочно-кишечного тракта, в том числе на губах и языке (глоссит), могут поражаться слюнные железы, развивается ожирение околоушных слюнных желез, лейкоплакии слизистых, в 3–16% случаев злокачественное перерождение (плоскоклеточный рак). Гастрит и дуоденит могут быть следствием злоупотребления алкоголем. Варикозное расширение вен пищевода и желудка может возникать вторично вследствие портальной гипертензии. Алкоголь — одна из основных причин недостаточности питания, заболеваний желчных путей, острого и хронического панкреатита.

### Сердечно-сосудистая система

Острое и хроническое употребление алкоголя может оказывать вредное воздействие на сердечно-сосудистую систему, которое часто недооценивается (Систолическая и диастолическая гипертензия, инсульт, неишемическая, дилатационная кардиомиопатия, сердечные аритмии). Почти 50% избыточных случаев смерти вследствие злоупотребления алкоголем происходят из-за болезни, протекающей с расстройством кровообращения, а не болезни печени.

### Дыхательная система

Высокие дозы алкоголя снижают частоту дыхания, вентиляцию легких и транспорт кислорода в организме, тем самым усиливая многие симптомы заболевания легких (Аспирационная пневмония, синдром обструктивного апноэ сна, снижение защитных свойств легких против инфекции, острый респираторный дистресс-синдром).

### Нервная система

Как острое, так и хроническое употребление алкоголя ассоциируется с широким спектром воздействий на нервную систему (нейроинтоксикация, синдром алкогольной зависимости, синдром отмены алкоголя, судорожные припадки, когнитивное снижение, ведущее к корсаковскому психозу и др., прогрессирующая мозжечковая дегенерация, острое состояние спутанности, периферическая и вегетативная невропатия). Алкоголь и его метаболит ацетальдегид почти достоверно обладают непосредственным нейротоксическим действием, но связанная с ним недостаточность питательных веществ, несомненно, способствует патогенезу связанных с алкоголем неврологических заболеваний.

## Эндокринная система

Воздействие алкоголя на эндокринную систему мужчин проявляется гипоандрогенизацией, импотенцией, токсическим воздействием на клетки Leydig, гинекомастией, у женщин – нарушениями менструального цикла.

Кроме этого, возможно развитие алкогольного псевдосиндрома Кушинга, остеопороза, сахарного диабета,

## Опорно-двигательный аппарат

Злоупотребление алкоголем может приводить к остеопорозу и остеомаляции, переломам, бессосудистому некрозу, токсической миопатии.

## Кожа

Воздействие алкоголя на кожу – это псориаз и дискоидная экзема, телеангиэктазии, юношеские угри, неглубокие инфекционные поражения, поздняя порфирия кожи, базальноклеточные карциномы, кожные стигмы.

## Кроветворная система

Тромбоцитопения – наиболее распространенная патология из всех гематологических нарушений. Она может быть обусловлена гиперспленическим синдромом, или угнетением мегакариоцитов костного мозга алкоголем, а также недостаточностью питательных веществ – фолата и витамина $B_{12}$. Функция тромбоцитов может также нарушаться при хроническом злоупотреблении алкоголем, при этом снижается выработка тромбоксана $A_2$ и происходит дисфункциональная агрегация тромбоцитов. После прекращения употребления алкоголя количество и функция тромбоцитов нормализуются через несколько дней или недель.

## Мочевыделительная система

Последствия острого воздействия алкоголя – учащение мочеиспускания, обусловленное ингибирующим воздействием алкоголя на секрецию антидиуретического гормона из нейрогипофиза (задняя доля гипофиза). Недержание мочи может быть осложнением, особенно у людей пожилого возраста. Длительное злоупотребление алкоголем ассоциируется с задержкой воды и соли, вызывая увеличение объема внеклеточной ткани. Нарушение функции почек, обусловленное длительным злоупотреблением алкоголем, также приводит к метаболическому ацидозу, как и другие нарушения электролитного баланса, например, гипомагниемия, гипофосфатемия и гипокальциемия. Тяжелое злоупотребление алкоголем предрасполагает к острой почечной недостаточности, а также к описанной выше миоглобулинурии. При злоупотреблении алкоголем изредка возникает дисфункция мочевого пузыря, возможно, вследствие нейропатического мочевого пузыря, вызванного алкоголем. Возможны задержка мочи и вздутие живота.

## Алкоголь и рак

Тяжелое употребление алкоголя ассоциируется с более высокой заболеваемостью раком и со смертностью от онкологических заболеваний. Употребление алкоголя больше всего коррелирует **с раком слизистой рта и ротоглотки** (относительный риск ОР <5,4), далее следуют **рак гортани** (ОР <4,9), **рак пищевода** (ОР <4,4) и **рак печени** (ОР <3,6) (Anderson & Baumberg,

2006). **Повышенный риск рака особенно характерен для курильщиков**. **Рак желудка** также более распространен при злоупотреблении алкоголем, рак толстой кишки (ОР = 1,50) и прямой кишки (ОР = 1,63).

**Риск рака толстого кишечника и прямой кишки увеличивается на 15% на каждые 12,5 единиц алкоголя, употребленного за неделю.** Результаты крупного метаанализа показали линейную корреляцию между повышением уровня употребления алкоголя и возрастанием риска развития **рака молочной железы**. По данным публикаций, **карцинома носоглотки, бронхиального дерева**, **предстательной железы, яичников и кожи** (как указано выше) чаще встречается среди индивидов, хронически злоупотребляющих алкоголем. В проведенных исследованиях получены противоречивые выводы в отношении канцерогенного потенциала длительного злоупотребления алкоголем для **мочевого пузыря**, но в самых крупных и самых последних публикациях такой связи не отмечается.

## 29. Оценка количества употребляемого алкоголя[24]

Первая задача врача – выяснить, употребляет ли пациент алкоголь и, если употребляет, то является ли количество употребляемого алкоголя опасным для его здоровья. Поскольку для врача и пациента очень важно использовать одни и те же единицы для подсчета выпитого алкоголя, то обычно применяются стандартные порции. Одна **стандартная порция** (доза, единица) алкоголя соответствует 10г (или 12 мл) чистого этанола. Понятие **«стандартная порция»** - универсально и подчеркивает, что алкоголь всегда остаётся алкоголем, в каком бы напитке он не находился, с чем бы не смешивался. Ориентировочно количество выпитого алкоголя можно определять с помощью данной таблицы.

| **Крепость алкоголя** | 50 | 100 | 150 | 200 | 330 | 500 | 750 | 1000 | 2000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4% | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 6 |
| 5% | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | **8*** |
| 6% | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 5 | **9** |
| 7% | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | **11** |
| 8% | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | **13** |
| 9% | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 5 | **7** | **14** |
| 10% | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | **8** | **16** |
| 11% | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | **7** | **9** | **17** |
| 12% | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 5 | **7** | **9** | **19** |
| 13% | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | **8** | **10** | **21** |
| 14% | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 6 | **8** | **11** | **22** |
| 15% | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 6 | **9** | **12** | **24** |
| 16% | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | **9** | **13** | **25** |
| 17% | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | **7** | **10** | **13** | **27** |
| 18% | 1 | 1 | 2 | 3 | 5 | **7** | **11** | **14** | **28** |
| 19% | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | **8** | **11** | **15** | **30** |
| 20% | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | **8** | **12** | **16** | **32** |
| 21% | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | **8** | **12** | **17** | **33** |
| 22% | 1 | 2 | 3 | 3 | 6 | **9** | **13** | **17** | **35** |
| 30% | 1 | 2 | 4 | 5 | **8** | **12** | **18** | **24** | **47** |

[24] Дегтярева Л.Н., Кузнецова О.Ю., Плавинский С.Л., Баринова А.Н. Использование методики модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя. //Российский семейный врач. - 2012. - т. 16. - № 1. - с. 55-64

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 35% | 1 | 3 | 4 | 6 | **9** | **14** | **21** | **28** | **55** |
| 38% | 2 | 3 | 5 | 6 | **10** | **15** | **23** | **30** | **60** |
| 40% | 2 | 3 | 5 | 6 | **10** | **16** | **24** | **32** | **63** |
| 50% | 2 | 4 | **6** | **8** | **13** | **20** | **30** | **40** | **79** |
| 80% | 3 | 6 | **9** | **13** | **21** | **32** | **47** | **63** | **126** |

*Закрашены ячейки с высоким и опасным количеством употреблённых доз алкоголя

Данные, представленные в этой схеме, помогут пациенту легче запомнить пределы опасного употребления алкогольных напитков. Целесообразно обсудить эти цифры или после заполнения дневника по употреблению алкоголя или после заполнения вопросника AUDIT. Желательно передавать эти материалы пациенту вместе с таблицей порций.

**Дозы разумного потребления алкоголя, при невозможности отказа от употребления – Правило «2 3 4 5 0»**

<table>
<tr><td colspan="2">Уменьшать долгосрочные риски</td><td colspan="2">Уменьшать риск травм</td><td>Беременные</td></tr>
<tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr>
<tr><td colspan="2">Не более чем</td><td colspan="2">Не более чем</td><td>Противопоказано</td></tr>
<tr><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr>
<tr><td colspan="2">стандартных порций ежедневно</td><td colspan="2">стандартных порций в течение одного мероприятия</td><td rowspan="3">существует риск потребления алкоголя на любой стадии беременности</td></tr>
<tr><td>но не более чем 10 в неделю</td><td>но не более чем 15 в неделю</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">по меньшей мере 2 дня в неделю свободных от алкоголя</td><td></td><td></td></tr>
</table>

**Таким образом, НИЗКИЙ** уровень риска употребления алкогольных напитков:

- **2 порции /день** для женщин;
- **3 порции /день** для мужчин;
- **4 (5) порции /день** в исключительных социальных случаях (вечеринка);
- **0 порций /день** один-два дня в неделю и в случае беременности, грудного вскармливания, управления автомобилем или машинами и механизмами и т.д.

## 30. Опросник AUDIT[25]

(Приведенные вариант вопросника и его трактовка заимствованы из публикации «Использование методики модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя». /Дегтярева Л.Н., Кузнецова О.Ю., Плавинский С.Л., Баринова А.Н. //Российский семейный врач. - 2012. - т. 16. - № 1. - с. 55-64)

**Отметьте, пожалуйста, тот вариант ответа, который наиболее соответствует вашей ситуации в отношении приема алкоголя**

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки? Постарайтесь припомнить также и те случаи, когда Вы принимали спиртное в небольшом количестве, например, бутылку пива средней крепости или немного вина?

| | | |
|---|---|---|
| 0 | | Никогда |
| 1 | | примерно раз в месяц или реже |
| 2 | | 2-4 раза в месяц |
| 3 | | 2-3 раза в неделю |
| 4 | | 4 раза в неделю или чаще |

2. Сколько порций алкогольных напитков Вы употребляете в обычный день, когда вы пьете?

| | | |
|---|---|---|
| 0 | | 1-3 порции |
| 1 | | 4-5 порций |
| 2 | | 6-8 порций |
| 3 | | 9-12 порций |
| 4 | | 13 и более порций |

3. Как часто Вы выпиваете шесть или более стандартных порций алкогольных напитков за один раз?

| | | |
|---|---|---|
| 0 | | ни разу |
| 1 | | реже, чем раз в месяц |
| 2 | | раз в месяц |
| 3 | | раз в неделю |
| 4 | | ежедневно или почти ежедневно |

4. Как часто за последний год Вы не могли остановиться после того, как начали употреблять алкоголь?

| | | |
|---|---|---|
| 0 | | ни разу |
| 1 | | реже, чем раз в месяц |
| 2 | | раз в месяц |
| 3 | | раз в неделю |
| 4 | | ежедневно или почти ежедневно |

5. Как часто за последний год Вы не смогли сделать того, что было запланировано, по причине употребления алкоголя?

| | | |
|---|---|---|
| 0 | | ни разу |
| 1 | | реже, чем раз в месяц |
| 2 | | раз в месяц |
| 3 | | раз в неделю |
| 4 | | ежедневно или почти ежедневно |

6. Как часто за последний год Вам было нужно выпить с утра, чтобы прийти в себя

[25] Тест разработан Всемирной Организацией здравоохранения (WHO) [Документы Всемирной организации здравоохранения — Стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. EB126.R11,22 января 2010 г (http://www.who.in/|topics/alcohol_drinking.ru)

после того, как Вы накануне употребляли алкоголь?

| | | |
|---|---|---|
| 0 | | ни разу |
| 1 | | реже, чем раз в месяц |
| 2 | | раз в месяц |
| 3 | | раз в неделю |
| 4 | | ежедневно или почти ежедневно |

7. Как часто за последний год Вы чувствовали вину или раскаянье после употребления алкоголя?

| | | |
|---|---|---|
| 0 | | ни разу |
| 1 | | реже, чем раз в месяц |
| 2 | | раз в месяц |
| 3 | | раз в неделю |
| 4 | | ежедневно или почти ежедневно |

8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить то, что было накануне, по причине употребления алкоголя?

| | | |
|---|---|---|
| 0 | | ни разу |
| 1 | | реже, чем раз в месяц |
| 2 | | раз в месяц |
| 3 | | раз в неделю |
| 4 | | ежедневно или почти ежедневно |

9. Получали ли Вы или кто-то другой травмы в результате того, что Вы употребляли алкоголь?

| | | |
|---|---|---|
| 0 | | Нет |
| 2 | | да, но не в течение последнего года |
| 4 | | да, в течение последнего года |

10. Озабочены ли Ваши близкие, друзья, врач или кто-то другой тем, что Вы выпиваете? Предлагали ли они Вам сократить прием алкогольных напитков?

| | | |
|---|---|---|
| 0 | | Нет |
| 2 | | да, но не в течение последнего года |
| 4 | | да, в течение последнего года |

СОСЧИТАВ СУММУ НОМЕРОВ ВЫБРАННЫХ ВАМИ ОТВЕТОВ, ВЫ ПОЛУЧИТЕ РЕЗУЛЬТАТ В БАЛЛАХ.

Всего: _____ Дата: _____

| | |
|---|---|
| 0 - 7 | Небольшая степень риска от употребления алкоголя |
| 8 - 10 | Слегка повышенная степень риска от употребления алкоголя |
| 11 – 14 | Значительно повышенная степень риска от употребления алкоголя |
| 15 – 19 | Высокая степень риска от употребления алкоголя |
| 20 - 40 | Очень высокая степень риска от употребления алкоголя |

**Пояснения к опроснику для пациентов:**

Если, согласно тесту, степень риска потребления алкоголя повышена или Вы принимаете в течение недели, как минимум, шесть доз алкогольных напитков, стоит задуматься над сложившейся ситуацией, и уменьшить потребление алкоголя.

Подумайте, какие изменения в приеме алкоголя Вам стоит сделать, и какая польза могла бы быть от этого. Что подходит Вам больше, только сократить прием алкоголя или полностью прекратить его употребление?

Даже если Вы озабочены результатом теста, стоит помнить, что вред от воздействия алкоголя и проблемы, вызванные приемом алкоголя, обычно можно уменьшить или исправить полностью, если вовремя остановиться.

Если решите сократить количество выпиваемого Вами алкоголя или полностью прекратить его прием, Вы можете сделать это и самостоятельно. Повторите тест через несколько месяцев и сосчитайте количество полученных баллов.

Обратитесь за помощью к специалисту, у Вас есть на это право. Особенно, если сумма набранных Вами баллов превышает 10, стоит посоветоваться с врачом. Вы сможете получить разъяснения по поводу того, как алкоголь влияет именно на Вас и Ваше здоровье. Вам помогут уменьшить или прекратить прием алкогольных напитков

## Оценка результатов опроса (для врачей)

Эта схема помогает выбрать тактику ведения пациента после анализа результатов, полученных при использовании опросника AUDIT. Опираясь на эту схему, Вы будете выбирать вид беседы по схеме:

| Зона риска по потреблению алкоголя | Количество баллов | Действия врача |
|---|---|---|
| Зона I | 0-7 баллов | Краткое информирование о влияния алкоголя на организм |
| Зона II | 8-15 баллов | Совет по ограничению употребления алкоголя |
| Зона III | 16-19 баллов | Совет по ограничению употребления алкоголя и короткое консультирование, направленное на ограничение употребление алкоголя, наблюдение |
| Зона IV | 20-40 баллов | Направление к специалисту |

## Структура опросника AUDIT

В схеме представлено распределение вопросов по диагностическим блокам. Это важно для комплексной оценки риска при употреблении алкогольных напитков, например, помогает обратить внимание на усиленный риск зависимости или травматизма вследствие употребления алкогольных напитков.

| Блоки вопросов | Номер вопроса | Характер проблемы, связанной с употреблением алкоголя |
|---|---|---|
| Опасное потребление алкоголя | 1 | Частота употребления алкоголя |
| | 2 | Обычное потребление алкоголя |
| | 3 | Частота значительного потребления |
| Симптомы зависимости от алкоголя | 4 | Нарушенный контроль при потреблении |
| | 5 | Влияние потребления на дела |
| | 6 | Потребление алкоголя утром |
| Вредное потребление алкоголя | 7 | Ощущение чувства вины |
| | 8 | Потеря памяти после потребления |
| | 9 | Травмы после потребления |
| | 10 | Социальная обеспокоенность от употребления |

## 31. Лекарственные препараты, при лечении которыми употребление алкоголя противопоказано.

| Фармакологическое действие препаратов | Действующее вещество | Торговое название препарата | Реакции с алкоголем |
|---|---|---|---|
| Противоаллергическое, антигистаминное, антиэкссудативное, противозудное | Лоратадин | Кларитин<br>Кларинекс<br>Кларотадин<br>Лоратадин<br>Ломилан<br>ЛораГЕКСАЛ | Сонливость, головокружение |
| Антигистаминное, противоаллергическое, холинолитическое, противорвотное, седативное, снотворное, местноанестезирующее. | Дифенгидрамин | Димедрол<br>Псило-бальзам | |
| Антигистаминное, противоаллергическое | Хлорфенирамин | Ринза<br>Хлорфенирамина малеат<br>Колдакт<br>ТераФлю<br>ФлюСтоп | |
| Антигистаминное, противоаллергическое | Цетиризин | Зиртек<br>Центрин<br>Центризин Гексал | |
| Седативное, анксиолитическое. | Гидроксизин | Атаракс<br>Гидроксизин | |
| Антиангиальное | Изосорбида мононитрат | Моносан<br>Моночинкве<br>Изосорбида мононитрат | Учащение сердцебиения, внезапные изменения артериального давления, головокружение, обморок |
| Антиангинальное, сосудорасширяющее, коронародилатирующее. | Нитроглицерин | Нитроглицерин | |
| Анксиолитическое, седативное, снотворное, миорелаксирующее, центральное, противосудорожное | Лоразепам | Лоразепам | Усиления угнетающего влияния на ЦНС возможны парадоксальные реакции (психомоторное возбуждение, агрессивное |
| Анксиолитическое | Буспирон | Спитомин | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | поведение, состояние патологического опьянения) |
| Противоэпилептическое, противосудорожное, анксиолитическое, миорелаксирующее, седативное | Клоназепам | Клоназепам | Парадоксальные реакции: психомоторное возбуждение или агрессивное поведение, возможно состояние патологического опьянения |
| Анксиолитическое, седативное, снотворное, миорелаксирующее, центральное | Хлордиазепоксид | Элениум | Усиление действия алкоголя |
| Антидепрессивное | Пароксетин | Паксил<br>Рексетин | Не рекомендуется прием у больных депрессией |
| Анксиолитическое, миорелаксирующее, транквилизирующее. | Диазепам | Дизепам | Не рекомендуется прием алкоголя |
| Анксиолитическое, седативное, миорелаксирующее, центральное. | Алпразолам | Ксанакс<br>Алпразолам | Усиливает действие алкоголя |
| Противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее. | Целекоксиб | Целебрекс | Язва желудка, желудочные кровотечения, поражения печени |
| | Напроксен | Напроксен | |
| | Диклофенак | Вольтарен<br>Диклофенак | |
| Противокашлевое | Кодеин | Кодеин+Парацетамол | Усиливает действие этанола на психомоторную функцию |
| Антидепрессивное, тимолептическое, седативное. | Пипофезин | Азафен | Потенцирует эффекты алкоголя |
| | Амитриптилин | Амитриптилин | Усиливает угнетающее действие алкоголя на ЦНС |
| Антидепрессивное | Пароксетин | Паксил<br>Рексетин | Одновременный прием у больных депрессией не рекомендуется |
| | Флувоксамин | Феварин | Усиливает побочные эффекты алкоголя |
| Антипсихотическое, нейролептическое. | Оланзапин | Зипрекса<br>Заласта | Повышается риск развития ортостатической гипотензии |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Гипогликемическое | Метформин | Глюкофаж<br>Метформин<br>Сиофор<br>Форметин | Повышается риск развития молочного ацидоза |
| Гипотензивное, сосудорасширяющее, гиполипидемическое, спазмолитическое. | Доксазозин | Доксазозин<br>Зоксон<br>Кардура | Алкоголь может усиливать нежелательные реакции |
| Альфа-адренолитическое, антидизурическое | Тамсулозин | Омник<br>Профлосин<br>Фокусин | |
| Вазодилатирующее, антидизурическое, гиполипидемическое | Теразозин | Корнам<br>Теразозин | |
| Прокинетическое, противорвотное, противоикотное | Метоклопрамид | Церукал<br>Метоклопрамид | Одновременное применение с алкоголем может усиливать угнетающее действие алкоголя на ЦНС |
| Противоязвенное. | Ранитидин | Ранитидин<br>Зантак<br>Ацилок | Возможно взаимодействие с алкоголем |
| Антиангинальное, гипотензивное, антиаритмическое | Верапамил | Верапамил<br>Изоптин | Рекомендуется исключить прием алкоголя |
| Диуретическое, гипотензивное | Гидрохлоротиазид | Гидрохлоротиазид | Алкоголь усиливает ортостатический гипотензивный эффект |
| Гипотензивное, седативное | Клонидин | Клофелин | |
| Антигипертензивное | Лозартан | Лозап<br>Лориста<br>Козаар | Сонливость Головокружение, аритмия |
| Гипотензивное, вазодилатирующее, кардиопротективное, натрийуретическое | Эналаприл | Энап<br>Энанаприл<br>Берлиприл<br>Ренитек | |
| Гиполипидемическое, гипохолестеринемическое | Ловастатин | Ловастатин<br>Кардиостатин | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Гиполипидемическое, ингибирующее ГМГ-КоА-редуктазу | Розувастатин | Ростера<br>Мертенил<br>Крестор<br>Розувастатин | Поражение печени |
| Гиполипидемическое. | Аторвастатин | Аторис<br>Липримар<br>Аторвастатин | |
| Гиполипидемическое. | Правастатин | Липостат<br>Правастатин | |
| Гипохолестеринемическое | Симвастатин | Симвастатин<br>Вазилип<br>Зокор | |
| Антибактериальное широкого спектра, бактерицидное | Нитрофурантоин | Фурадонин | Тахикардия, одышка, снижение артериального давления |
| Противомикробное, антибактериальное, противопротозойное, трихомонацидное, противоязвенное, антиалкогольное | Метронидазол | Метронидазол<br>Трихапол<br>Флагил | Развивается антабусподобный синдром |
| Противогрибковое, фунгистатическое | Гризеофульвин | Гризеофульвин | Во время лечения нельзя употреблять алкогольные напитки |
| Противогрибковое, фунгистатическое, фунгицидное, антиандрогенное | Кетоконазол | Микозарал<br>Низорал | Несовместим с алкоголем |
| Противопротозойное, антибактериальное | Тинидазол | Тинидазол<br>Физижин | Тошнота, рвота, кишечные колики |
| Антибактериальное широкого спектра. | Азитромицин | Сумамед | Поражения печени |
| Противоэпилептическое, миорелаксирующее, седативное. | Вальпроевая кислота | Депакин<br>Конвулекс<br>Вальпарин | Поражения печени |
| Нормотимическое, антипсихотическое, седативное | Лития карбонат | Седалит<br>Лития карбонат | Несовместим с алкоголем |
| Антигистаминное, холинолитическое, противорвотное | Дименгидринат | Драмина | Несовместим с алкоголем |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Противоаллергическое, антигистаминное, седативное, противорвотное, противозудное, снотворное, местноанестезирующее | Прометазин | Пипольфен | Необходимо исключить употребление алкоголя |
| Противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее | Ибупрофен | Нурофен<br>Ибупрофен<br>Ибуфен | Не рекомендуется употребления алкоголя |
| Противовоспалительное, жаропонижающее, анальгезирующее | Напроксен | Налгезин<br>Напроксен | |
| Противовоспалительное, жаропонижающее, антиагрегационное, анальгезирующее | Ацетилсалициловая кислота | Аспирин | |
| Противовоспалительное, жаропонижающее, анальгезирующее. | Парацетомол | Парацетомол | |
| Снотворное, седативное | Золпидем | Ивадал<br>Золпидем<br>Гипноген | Угнетающее действие на ЦНС |
| Анксиолитическое, миорелаксирующее, снотворное, седативное. | Эстазолам | Эстазолам | Исключить прием алкоголя |
| Снотворное, седативное | Темазепам | Сигнопам | Исключить прием алкоголя |
| Снотворное, седативное, противоаллергическое | Доксиламин | Донормил<br>Валокардин-Доксиламин | Исключить прием алкоголя |

## 32. Скрининг-тест на употребление наркотиков психотропных веществ (DAST 10)[26].

(Информация для интервьюера)

**Психотропные вещества** включают различные вещества и некоторые лекарственные препараты, которые изменяют психическое состояние человека и могут вызвать зависимость. Различные классы психотропных веществ включают: каннабис (марихуану, гашиш), растворители (например, бензин, ацетон и клей), транквилизаторы (например, фенозепам, реланиум и др.), барбитураты, кокаин, стимуляторы (например, метамфетамин), галлюциногены (например, ЛСД, грибы), опиоиды (например, героин, метадон, морфин).

Этот вопросник не включает алкоголь.

Использование психотропных веществ может повлиять на Ваше здоровье и на действие некоторых лекарств, которые Вы можете принимать.

Пожалуйста, ответьте на нижеприведенные вопросы, что поможет оценить необходимость медицинской помощи. Отметьте, какие из следующих психотропных препаратов вы использовали за последний год?

Вопросы относятся к употреблению наркотиков и психотропных веществ в течение последних 12 месяцев.

Дата: _____

| № п/п | Вопросы | Ответы | |
|---|---|---|---|
| 1 | Принимали ли Вы наркотические или психотропные вещества без рекомендации врача? | Нет | Да |
| 2 | Употребляли ли Вы одновременно более чем одно психотропное вещество /наркотик? | Нет | Да |
| 3 | Считаете ли Вы, что можете прекратить употребление психотропных веществ/наркотиков без назначения врача, всегда, когда захотите? | Нет | Да |
| 4 | Бывали ли у Вас состояния полного «отключения» или «вспышки пережитого» в результате приема психотропных веществ/наркотиков без назначения врача? | Нет | Да |
| 5 | Вы когда-нибудь чувствовали себя плохо или вину из-за употребления психотропных веществ/наркотиков без назначения врача? | Нет | Да |
| 6 | Проявляли ли беспокойство или недовольство по поводу Вашего употребления психотропных веществ/наркотиков без назначения врача близкие вам люди - родители, братья, сестры и т.д.? | Нет | Да |
| 7 | Приходилось ли Вам игнорировать семью или обязанности, связанные с работой или учебой из-за приема психотропных веществ/наркотиков без назначения врача? | Нет | Да |
| 8 | Вовлекались ли Вы в противоправную деятельность, чтобы достать психотропные вещества/наркотики? | Нет | Да |
| 9 | Испытывали ли вы симптомы отмены (плохое самочувствие) после прекращения приема психотропных веществ/наркотиков без назначения врача? | Нет | Да |

[26] Адаптировано по Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. Addictive Behavior, 7(4), 363–371.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | Есть ли у Вас медицинские проблемы, связанные с приемом психотропных веществ/наркотиков без назначения врача (например, нарушения памяти, гепатит, ВИЧ-инфекция, судороги, кровотечение и т.д.)? | Нет | Да |

**Количество баллов** _____

## 33. Интерпретация вопросника DAST-10

(материал для врачей)

Каждый положительный ответ на вопросы оценивается в 1 балл, кроме вопроса №3, в котором ответ «нет» оценивается в 1 балл.

| Количество баллов | Уровень риска | Предлагаемые действия |
|---|---|---|
| **0** | Нет риска | Никаких |
| **1-2** | Низкий уровень | Наблюдение, назначение следующей встречи с повторной оценкой |
| **3-5** | Средний уровень | Углубленная оценка и консультация |
| **6-8** | Существенный уровень | Углубленная оценка и консультация, направление к специалисту |
| **9-10** | Тяжелый уровень | Углубленная оценка и консультация, направление к специалисту |

## 34. Шкала «Возраст не помеха»

**Вопросы из анкеты диспансеризации для пациентов 75 лет и старше («Возраст не помеха»)**

| | | |
|---|---|---|
| Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? | Да | Нет |
| Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? | Да | Нет |
| Были ли у Вас за последний год случаи падений? | Да | Нет |
| Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? | Да | Нет |
| Страдаете ли Вы недержанием мочи? | Да | Нет |
| Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет? | Да | Нет |
| Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? | Да | Нет |
| Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)? | Да | Нет |

**Интерпретация результатов (для врачей):**

- **Старческая астения:** 3-4 положительных ответа на перечисленные вопросы;
- **Вероятность старческой астении:** 1-2 положительных ответа на перечисленные вопросы.

## 35. Рекомендации по профилактическому консультированию пожилых на основе оценки по шкале «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»

| Вопрос | Возможные причины | Рекомендации |
|---|---|---|
| **Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?** | Депрессия, саркопения, синдром мальнутриции, отсутствие зубов и зубных протезов, заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта, снижение функциональной активности, сенсорные дефициты, полипрагмазия, когнитивные нарушения, социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода, соматические заболевания | • Регулярная физическая активность;<br>• Рациональное питание;<br>• Направление на зубопротезирование;<br>• Направление в центры социального обслуживания, в том числе, привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов;<br>• Для исключения соматических причин рекомендовать обследование у лечащего врача; |
| **Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?** | Возрастные изменения органов зрения и слуха | • Направление к офтальмологу, ЛОР-врачу (офтальмологу) |
| **Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?** | Мышечная слабость, нарушение походки и равновесия, периферическая нейропатия, лекарственные средства, влияющие на ЦНС, антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии, полипрагмазия, снижение зрения, болевой синдром, когнитивные нарушения, депрессия, факторы окружающей среды (скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.), опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неположенном месте) | • Рекомендации по организации безопасного быта;<br>• Направление для коррекции зрения;<br>• Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки);<br>• Использование бедренных протекторов;<br>• Обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользкая подошва, обязательны задники) и улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок);<br>• Прием препаратов кальция (в дозе 1000-1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800-1000 мг/сутки |

| | | |
|---|---|---|
| **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | Когнитивные нарушения | • Регулярная физическая активность;<br>• Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функции. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.);<br>• Рекомендовать консультирование гериатром/неврологом или специалистом по нарушениям памяти по результатам теста Мини-Ког; |
| **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Возрастные изменения мочевых путей<br>Лекарственные препараты<br>Пролапс тазовых органов; Заболевания предстательной железы; Сопутствующие заболевания. Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов | • Регулярная физическая активность, укрепление мышц тазового дна;<br>• Уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков;<br>• Абсорбирующее белье;<br>• Консультирование гериатра/уролога/гинеколога; |
| **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?** | Полиморбидность, деменция, злоупотребление седативными и снотворными средствами, одиночество, социальная изоляция | • В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей - консультация психиатра;<br>• Направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции;<br>• Консультирование гериатра; |
| **Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)** | Мышечная слабость, заболевания суставов, периферическая нейропатия, заболевания ЦНС | • Регулярная физическая активность;<br>• Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки);<br>• Консультирование ортопеда, невролога, гериатра. |

## 36. Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког

**Шаг 1.** Скажите пациенту: «*Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их и запомнить*». Выберите один из нижеперечисленных вариантов и четко произнесите 3 слова:

**Вариант 1:** ключ, лимон, шар

**Вариант 2:** яблоко, стол, монета

**Шаг 2.** Скажите пациенту: «*Далее, я хочу, чтобы Вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате*». После завершения попросите пациента отметить стрелками время 11 часов 10 минут.

**Шаг 3.** Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.

### Интерпретация результатов теста Мини-Ког

| | |
|---|---|
| Воспроизведение слов_____ (0-3 балла) | 1 балл за каждое воспроизведенное пациентом слово |
| Рисование часов _____ (0 или 2 балла) | Правильно нарисованные часы = 2 балла. Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов. |
| Общий балл _____ (0-5 баллов) | Общий балл = Балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов. <3 баллов - валидированный скрининговый критерий деменции, но многие люди с клинически значимыми когнитивными нарушениями могут иметь более высокий балл. |

**Интерпретация:**

- Начисляется 2 балла за каждое воспроизведенное пациентом слово
- Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается.
- Правильно нарисованные часы = 1 балл
- Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.
- Общий балл = Балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов.

## 37. Краткие рекомендации по коррекции факторов

### Питание:

- ограничение потребления: поваренной соли (не более 5 г в сутки – 1 чайная ложка без верха); «добавленных» сахаров в виде сахара, варенья, джемов, в составе сладких напитков – до 30г в сутки; жира до 30% и менее от суточной калорийности (в основном за счет животных жиров с частичной заменой на растительные жиры) и за счет уменьшения потребления продуктов, богатых животными жирами и холестерином (колбасные изделия, жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, жирные

сорта сыра, желтки яиц и сами жиры «в чистом виде»– сало, масло сливочное, маргарины, кокосовое, пальмовое масло). Рекомендации особенно важны при сопутствующей дислипидемии. Животные жиры должны составлять не более половины суточной потребности в жирах – около 25-30 г/сут. Остальные 25-30г – восполняется за счет растительных жиров, богатых полиненасыщенными и мононенасыщенными жирными кислотами, желательно нерафинированных и без термической обработки.

- рекомендуется потребление не менее 2 раз в неделю рыбы, желательно 1 раз жирной морской рыбы *по 100-150 г* в виде различных блюд; ежедневно 400-500 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля); предпочтительное потребление цельнозерновых продуктов (хлеб, крупы). Полезны растворимые **пищевые волокна** — пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и выводят его из организма.
- рекомендуется разнообразить рацион (способствует сбалансированности), противопоказаны односторонние несбалансированные рационы и диеты. Объяснить опасность снижения избыточной массы тела путем применения различных «модных» диет, особенно голодания.

**Физическая активность:**

- информировать пациента о том, что физическая активность, минимально необходимая для поддержания здоровья – это ходьба в умеренном темпе не менее 30 минут в день большинство дней в неделю, дифференцированно по возрасту.

**Поведенческие факторы риска:**

- **риск пагубного потребления алкоголя** – информировать пациента об имеющемся факторе риска и мотивировать его пройти углубленное профилактическое консультирование (2 этап диспансеризации).
- При *подозрении* **на пагубное потребление наркотиков и психотропных средств** – информировать пациента о выявленном факторе риска, оценить отношение пациента к потреблению наркотиков, стараться мотивировать к отказу, рекомендовать обратиться к наркологу, дать конкретную информацию о консультации врача-нарколога (кто, где, когда консультирует).

## 38. Перечень памяток для населения и пациентов с риском хронических неинфекционных заболеваний и ссылки на электронные ресурсы

1. **«Здоровый образ жизни. Как сохранить сердце здоровым»**
2. **«Избыточная масса тела. Как похудеть. Советы эксперта»**
3. **«Как бросить курить?»**
4. **«Профилактика инсульта»**
5. **«Физическая активность для здоровых людей»**
6. **«Чем опасно курение?»**
7. **«Что надо знать об остеопорозе?»**

## 39. Здоровый образ жизни. Как сохранить сердце здоровым.

(памятка для пациентов)

**Здоровый образ жизни** - эффективный метод снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), обусловленных атеросклерозом сосудов: ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, мозговых сосудистых нарушений и инсульта, недостаточности кровоснабжения мышц нижних конечностей (тяжелые боли при ходьбе, гангренозные язвы).

### Наиболее опасные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний:

- повышенный уровень ХОЛЕСТЕРИНА в крови (ХС) за счет увеличения «плохого» ХС (входит в состав ХС ЛНП и ХС ЛОНП) и снижения «хорошего» ХС (ХС ЛВП). «Плохой» ХС способствует формированию атеросклеротических бляшек, «хороший» ХС задерживает рост атеросклеротических бляшек, удаляет избыток ХС из тканей;
- повышенное артериальное давление (АД);
- курение.

### Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом включает:

- поддержание уровня ХС не выше 5 ммоль/л у здоровых людей и не выше 4,5 ммоль/л у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями или/и сахарным диабетом;
- поддержание уровня АД не выше 140/90 мм рт.ст.;
- отказ от курения;
- обеспечение достаточной физической нагрузкой (ходьба, плавание и др. 4-5 раз в неделю по 30 мин).

### Отказ от курения

Доказано, что как активное курение курильщика, так и пассивное курение окружающих повышают риск развития многих тяжелых заболеваний, прежде всего онкологических и сердечно-сосудистых. Табачный дым содержит целый спектр токсичных для многих органов и тканей веществ (никотин, окись углерода, цианистый водород, канцерогенные вещества). Никотин, например, нарушает тонус сосудистой стенки и способствует ее повреждениям, спазмам, усугубляет образование тромбов в кровеносных сосудах. Окись углерода, соединяясь с гемоглобином, блокирует перенос кислорода к органам и тканям. Компоненты табачного дыма способствуют развитию артериальной гипертонии, нарушению в системе переноса холестерина в стенки сосуда, усугубляя отложение в них холестерина. Создается высокий суммарный риск развития ССЗ.

### Достаточная физическая активность

Достаточная физическая нагрузка - неотъемлемая часть здорового стиля жизни. Наиболее доступный и достаточно эффективный вид физической активности - быстрая ходьба на свежем воздухе. Заниматься следует 5 раз в неделю, по 30-45 минут (до 2-х часов). Частота пульса должна достигать 65-70% от той, которая достигается при максимальной нагрузке для данного возраста. Максимальную частоту пульса для конкретного человека можно рассчитать по формуле: 220-возраст в годах. Например, для практически здорового человека 50 лет максимальная частота пульса составляет 220-50=170 ударов в минуту, а частота пульса, которую рекомендуется достичь при тренировке, составляет 110-120 ударов в минуту.

Многим не хватает времени для тренировок, тогда необходимо использовать любые возможности для движения во время рабочего дня и после. Например, для людей «сидячих» профессий рекомендуется вставать, чтобы позвонить по телефону или выбросить мусор в

корзину, пройти по лестнице вместо того, чтобы воспользоваться лифтом, провести короткое совещание стоя и т.п.

Полученные результаты больших исследований показали, что сочетание регулярных физических нагрузок с уменьшением периодов длительной сидячей работы за счет коротких перерывов вносят взаимодополняющий существенный вклад в профилактику болезней сердца и сосудов.

При наличии заболеваний сердца и сосудов режим физических нагрузок подбирает врач индивидуально, строго в соответствие с результатами электрокардиографического теста с физической нагрузкой.

## Правильное питание

Здоровое питание способствует коррекции нарушений профиля ХС в крови и снижению АД, оно является соратником и помощником их лекарственного лечения.

## Основные правила диеты, снижающей риск сердечно-сосудистых заболеваний:

- снижение избыточного веса, определяемого по величине отношения вес в кг/рост (м)$^2$, необходимо при величине этого отношения более 27 кг/м2, особенно при окружности талии более 88 см для женщин и более 102 см для мужчин. Наиболее эффективно достигается снижением потребления жиров и простых углеводов (сахар, мед, сладкие газированные напитки), а также повышением физических нагрузок (ходьба, спорт);
- большую часть калорийности питания - 50-60% должны составлять углеводы овощей, фруктов, зерновых продуктов, содержащих много клетчатки (в том числе водорастворимой). Это пектин, клейковина цельнозерновых продуктов, которые выводят ХС из кишечника. Потребление простых углеводов (сахара, меда) - не более 30-40 г в сутки;
- белок должен составлять не менее 10-20% калорийности, т.е. 100-120 г в сутки, в том числе растительный белок, которым богаты бобовые продукты и орехи;
- необходимо обеспечение организма витаминами в физиологических количествах, в том числе антиоксидантами (витамины А, С, Е), фолиевой кислотой;
- потребление жира должно соответствовать примерно 30% калорийности питания, при нормальном весе для мужчин это 75-90 г, для женщин - 50-65 г с сутки. Насыщенные жиры (животные, твердые растительные жиры) - 1/3 потребляемых жиров, остальные 2/3 жиров должны быть ненасыщенными, жидкими жирами. Это растительные масла (необходимы и подсолнечное, и оливковое) и жир рыбы. Ограничение потребления животных жиров ведет к снижению потребления содержащегося в них ХС.

В последние десятилетия появились основательные научные данные о некоторых особенно «атерогенных» жирах, то есть способствующих развитию атеросклероза и связанных с ним заболеваний сосудов и сердца. К таким веществам относятся так называемые трансизомеры жирных кислот, то есть жирные кислоты с изменённой по сравнению с наиболее распространённой в природе пространственной структурой. Потребление трансформ жирных кислот сопряжено с повышенным риском ишемической болезни сердца, это доказано в ряде научных профилактических программ.

По рекомендациям ВОЗ в питании не должно быть более 1% трансформ жирных кислот, но пока в нашей стране количество трансизомеров даже не выносится на этикетки жировых продуктов, что было бы чрезвычайно целесообразным для людей и медицинской общественности, стремящихся к оздоровлению питания.

Известно, что в натуральных, не прошедших специальную обработку растительных жирах (маслах) содержатся только цис-изомеры жирных кислот, которые не оказывают

неблагоприятного действия на сосуды. В сливочном масле количество трансизомеров составляет 5-8%. Основная опасность образования значительного количества (до 48%) трансизомеров связана с производством маргаринов, которые получают старым способом пропускания водорода через жидкое растительное (например, подсолнечное) масло при высокой температуре. Употребление в пищу таких маргаринов многократно повышает риск развития атеросклероза.

В настоящее время разработан и используется некоторыми производителями другой способ получения похожих на сливочное масло растительно-жировых спредов, при котором трансизомеры жирных кислот не образуются. Он заключается в интенсивном смешивании растительных жидких масел (подсолнечное, соевое) с растительными, но твёрдыми маслами (пальмовое, кокосовое) без нагревания. Вследствие такой технологии получается продукт, не содержащий ни холестерина, ни трансизомеров - жировой продукт, отвечающий требованиям здорового питания.

## Диета для снижения холестерина

- Основа всех диет по снижению холестерина - снижение потребления насыщенных (твердых) жиров, особенно жиров животного происхождения (жирное мясо, субпродукты, сливочное масло, жирные молочные продукты, сдобная выпечка и др.) и замена их на растительные масла (подсолнечное, оливковое, кукурузное).
- В умеренном (ограниченном) количестве разрешаются молочные продукты со сниженным содержанием жира, нежирные сыры (не более 30% жирности), нежирное мясо, выпечка на растительных жирах, жареная рыба, жареный только на растительных жирах картофель.
- Яйца разрешается употреблять только в вареном виде или жареном на растительном масле (омлет).
- Чаще используйте в своем рационе продукты со сниженным содержанием жира и холестерина: хлеб из муки грубого помола, цельнозерновой, любые каши, макаронные изделия, обезжиренные молочные продукты, всевозможные овощные блюда и фрукты.
- Из мясных продуктов следует предпочесть курицу, индейку, телятину. Удаляйте жир и кожу с птицы перед приготовлением.
- Употребляйте больше рыбы, особенно морской, можно ввести 2 рыбных дня в неделю или есть по одному рыбному блюду каждый день.
- Предпочитайте десерты без жира, без сливок, без сахара, лучше фруктовые.
- Обратите особое внимание на регулярное потребление продуктов, снижающих уровень холестерина в организме и увеличивающих его выведение. Они содержат растворимую клетчатку (пектин, псиллим, клейковину) и при варке образуют желеобразную массу. Это овсяные хлопья (геркулес), яблоки, сливы, различные ягоды.
- Регулярно употребляйте бобовые продукты (фасоль, горох).
- При приготовлении пищи избегайте жарить на сливочном масле и животном жире, чаще варите, тушите, запекайте. Используйте посуду со специальным покрытием, не требующим добавления жира при приготовлении пищи.

## Дополнительные рекомендации по питанию для пациентов с артериальной гипертензией

Если у Вас бывают эпизоды повышения давления (> 140/90 мм рт. ст.):

- исключите избыточное потребление алкоголя (не больше 70 г водки или 250 г сухого вина в день);
- ограничьте потребление соли и продуктов, богатых натрием. Старайтесь недосаливать пищу. Для улучшения вкусовых качеств пищи используйте различные травы, специи, лимонный сок, чеснок;

- увеличьте потребление продуктов, богатых калием и магнием (картофель, томаты, бананы, апельсины, киви, а также молоко, мясо, бобовые, зерновые, в первую очередь овес и орехи).

**Рекомендации к выбору продуктов питания для профилактики атеросклероза[27]**

| Виды продуктов | Рекомендуются | Потреблять в умеренном количестве | Исключить из питания |
|---|---|---|---|
| Зерновые | Хлеб цельнозерновой, из муки грубого помола, каши, макаронные изделия | Хлеб из муки тонкого помола | Сдобный хлеб |
| Супы | Овощные | Рыбные | На мясном бульоне |
| Молочные | Молочные продукты и сыры сниженной жирности | Полужирные молочные продукты и жиры | Цельное молоко, сливки, жирные кисло-молочные продукты и сыры |
| Яйца | Яичный белок | Яйца | Яичница на животных жирах |
| Морепродукты | Морской гребешок, устрицы | Мидии, крабы, лангусты | Кальмары, креветки |
| Рыба | Все виды, особенно морская | Жареная на растительных маслах, слабосоленая | Жареная на животных жирах, твердых маргаринах или на неизвестных жирах |
| Мясо и птица | Курица, индейка без кожи, телятина, кролик | Постные сорта говядины, баранины, ветчины; печень | Жирное мясо, утка, гусь, жирные колбасы, паштеты |
| Жиры | Растительные жидкие масла: подсолнечное, оливковое, соевое | Мягкие растительно-жировые спреды, не содержащие транс-жиры | Сливочное масло, жир мяса, сало, твердые маргарины |
| Овощи и фрукты | Любые свежие, мороженные, паровые, отварные, бобовые | Картофель, жареный на растительных маслах | Картофель и др. овощи, жареные на животных или неизвестных жирах |
| Орехи | Миндаль, грецкие | Арахис, фисташки, фундук | Кокосовые, соленые |

[27] Текст подготовлен по материалам профессора Перовой Н.В., отдел биохимических маркеров хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦПМ - https://www.gnicpm.ru/Article/1

| | | | |
|---|---|---|---|
| Десерт | Не подслащенные соки, морсы, фруктовое мороженое | Кондитерские изделия, выпечка, кремы, мороженое на растительных жирах | Выпечка, сладости, кремы, мороженое, пирожное на животных жирах |
| Приправы | Перец, горчица, специи | Соусы несоленые | Майонез, сметанные соленые |
| Напитки | Чай, кофе, вода, безалкогольные напитки | Алкогольные напитки - малое/умеренное количество | Кофе или шоколадные напитки со сливками |

## 40. Как бросить курить?[28]

(памятка для пациентов)

Вы задавали себе вопрос «Почему Я курю?». Неужели чтобы успокоиться, отдохнуть, снять стресс, расслабиться, сосредоточиться, начать трудный разговор?

Анализируя причины своих привычек, становится ясно, что мы курим, потому что не можем быть спокойны, не мыслим отдыха без перекура, постоянно нервничаем в ожидании чего-то, не можем сосредоточиться и адекватно общаться без очередной сигареты, или просто не представляем нашей повседневной жизни без сигарет!

Я курю, потому что не могу не курить!

**Оцените, насколько Вы зависимы?**

Курю много! Жить не могу без сигареты и думаю об этом постоянно! Это, наверное, зависимость! А можно ли измерить степень своей никотиновой зависимости?

Специальный тест - тест Фагестрема поможет оценить степень никотиновой зависимости: Просто ответьте на вопросы и считайте баллы!

| Вопрос | Ответ | Баллы |
|---|---|---|
| 1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1сигарету? | - в течение первых 5м<br>- в течение 6-30мин<br>- 30 мин- 60 мин<br>- более чем 60 мин | 3<br>2<br>1<br>0 |
| 2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено? | - да<br>- нет | 1<br>0 |
| 3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться? | - первая утром<br>- все остальные | 1<br>0 |
| 4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день? | - 10 или меньше<br>- 11-12 | 0<br>1 |

[28] Материал разработан Гамбарян Маринэ Генриевной (в.н.с. , пульмонолог, кандидат медицинских наук,магистр общественного здравоохранения. ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России - https://www.gnicpm.ru/Article/3.

| | | |
|---|---|---|
| | - 21-30<br>- 31 и более | 2<br>3 |
| 5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня? | - да<br>- нет | 1<br>0 |
| 6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день? | - да<br>- нет | 1<br>0 |

**Сумма баллов:**

- 0-2 - у меня очень слабая зависимость, я справлюсь!
- 3-4 - у меня слабая зависимость, может, в самом деле, взять и бросить курить!
- 5 - у меня средняя зависимость, надо подумать!
- 6-7 - у меня высокая зависимость! Что же делать, надо бежать за помощью!
- 8-10 - у меня очень высокая зависимость! Точно надо искать помощь!

**Вы решили бросить курить? А как это проверить?**

Считаем баллы!

| **Вопрос 1.**<br>**Бросили бы я курить, если бы это было легко?** | **Вопрос 2.**<br>**Как сильно я хочу бросить курить?** |
|---|---|
| 1. Определенно нет - 0;<br>2. Вероятнее всего, нет - 1;<br>3. Возможно, да - 2;<br>4. Вероятнее всего, да - 3;<br>5. Определенно, да - 4. | 1. Не хочу вообще - 0;<br>2. Слабое желание - 1;<br>3. В средней степени - 2;<br>4. Сильное желание - 3;<br>5. Однозначно хочу бросить курить - 4. |

- **Сумма баллов больше 6** - ура! Я хочу, я могу, я буду бросать курить! Скорей, за помощью, в целях полного отказа от этой пагубной привычки!
- **Сумма баллов от 4 - 6**- да, слабовата мотивация! Но попытаться стоит, хотя бы снизить сначала интенсивность курения, и работать над собой... Надо искать помощь...
- **Сумма баллов меньше 3** - да, похоже, я совсем еще не готов к таким подвигам! Но делать что-то надо! Может, пока начать меньше курить?!

**Бросить курить раз и навсегда!**

Надо «завязывать» - бросить курить раз и навсегда!!! Единственный эффективный способ навсегда избавиться от сигарет, и всего вреда, связанного с ними. Другие же бросают, и я смогу! Резко, дерзко, без отговорок, самообмана и смешных попыток снизить количество выкуриваемых сигарет или заменить их на так называемые «легкие». Надо только найти метод, который подходит именно мне! Не поможет, попробуем другой!

**А у меня не получается резко и сразу, что же мне махнуть рукой и оставаться на всю жизнь курильщиком?**

Нет, можно попытаться для начала бросать постепенно, но, чтобы потом - насовсем! Я сделаю это:

- буду планировать количество выкуриваемых сигарет на каждый день до окончательного отказа от них;
- стану уменьшать количество выкуриваемых сигарет каждый день;
- буду покупать сигареты не больше одной пачки, заменить марку на менее любимую;

- буду прятать сигареты в необычные места или отдавать их кому-нибудь на хранение, чтобы каждый раз приходилось их искать, просить, когда захочется курить.

## Бросить курить: с чего начать?

- Попробую разобраться, почему я курю.
- Попробую разобраться, сколько я курю: сколько сигарет в день, одну, полторы или две пачки, сколько из них «по делу», а сколько автоматически.
- Буду контролировать свои привычки, разберусь, какие рутинные действия автоматически сопровождаются выкуриванием сигареты.
- Буду перекладывать сигареты на новое место, вдалеке от зажигалки, чтобы вдруг не закурить «автоматически».
- Буду обходить стороной компании курящих и прокуренные помещения.
- Соберусь, и, наконец, назначу день полного отказа от курения - в выходные, или в свой день рождения? С другой стороны, в день рождения придется выпить, а это может расстроить планы бросить курить.
- Буду остерегаться ненужных стимулов закурить - алкоголь, кофе.
- Расскажу родным, их поддержка не помешает.
- Променяю сигареты на что-нибудь не менее приятное, но полезное, что поможет занять время, руки и рот.
- Буду больше бывать на открытом воздухе, начну бегать по утрам, или в другое время, гулять. Кстати, давно собирался записаться в тренажерный зал. Думаю, время пришло!

## Куда пойти, что делать?

Есть множество способов отказа от курения, какой выбрать?

- **Сам:** собрался, решил, бросил. Дешево и сердито. Но не всегда и не для всех применим.
- **Спорт:** очень полезное занятие: и приятная альтернатива курению - способен предупредить тягу к курению, депрессивные состояния, нервозность, стрессовые ситуации, прибавку в весе, аи поэтому помогает предупреждать рецидивы курения и повысить самооценку.
- **С помощью врача:** врач порекомендует, расскажет, поможет и поддержит...
- Индивидуально или в группе: психологическая поддержка - индивидуальная или групповая помогает в отказе от курения. Часто в сочетании с лекарствами.
- **Гипноз:** возможно, помогает, хотя нет убедительных данных. Может найти что-нибудь другое?
- **Лекарства:** есть такие, но лучше, чтобы их рекомендовал и назначил врач. Некоторые лекарственные препараты в виде пластырей, ингаляторов и жевательных резинок содержат никотин и призваны частично восполнять его запасы в организме уже бывшего курильщика, чтобы тот не так сильно переживал синдром отмены сигарет.
- Другие лекарства ведут себя как никотин и также призваны снижать тягу к курению.
- **Не лекарства:** иголки, электромагнитные волны, электропунктура - все это хорошо, все работает, помогает преодолеть синдром отмены, а порой, и предупредить его.

Все методы хороши, если есть желание и твердая воля к победе!

## Свершилось! Что дальше?

- Похоже, первые дни после отказа от курения - самые тяжелые.
- Приходится заглушать желание курить, мне советуют:
  - питаться дробно,
  - больше есть фруктов и овощей,
  - пить соки и воду,

- больше проводить времени на свежем воздухе. Тогда организм освободится от никотина и его вредных действий.
- Может усилиться кашель, но скоро пройдет.
- При сильной тяге к курению всегда можно обратиться к врачу.
- Сорвался, не выдержал, - к нему же! И не падать духом! Некоторым нужно несколько попыток, некоторым - еще больше!
- Надо просто понять причину срыва и не повторять ошибок...

**Я принял решение отказаться от курения, и я это сделал!**

## 41. Что такое атеросклероз и чем он опасен?

(памятка для пациентов)

Сейчас почти каждый знает, что сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее частой причиной инвалидности и смерти в самом продуктивном возрасте человека. В основе сердечно-сосудистых заболеваний лежит повреждение стенок кровеносных сосудов **атеросклерозом**. Люди с пораженными атеросклерозом кровеносными сосудами сердца страдают от тяжелых болей за грудиной, - стенокардии, которая нередко заканчивается инфарктом миокарда - омертвением сердечной мышцы. Атеросклероз может поражать кровеносные сосуды, несущие кровь к мозгу, - тогда развиваются мозговые нарушения, вплоть до мозгового инсульта - омертвения мозговой ткани.

Бывает, что атеросклероз поражает сосуды, несущие кровь к мышцам ног, тогда от нестерпимых болей человек не может ходить, а в конечном этапе развивается гангрена. В обиходе существует два неправильных мнения об атеросклерозе. Одно из них - у более молодых людей, что атеросклероз еще не скоро. Другое - у более пожилых, что атеросклероз у меня все равно есть и сопротивляться ему бесполезно.

### Что такое факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

В больших научных эпидемиологических программах с обследованием сотен тысяч людей и наблюдением за ними в течение десятилетий было доказано существование факторов, сильно повышающих вероятность развития заболеваний, связанных с атеросклерозом в любом возрасте. Их называют факторами риска.

Самые опасные из них: повышенный уровень холестерина в крови, повышенное артериальное давление и курение. За ними следуют сахарный диабет/повышенный уровень глюкозы в крови и избыточная масса тела - ожирение. Действие одного фактора усиливает действие другого, поэтому особенно опасно их сочетание. Если же снизить уровень каждого фактора риска, например, снизить уровень холестерина в крови, снизить артериальное давление, бросить курить, снизить избыточный вес, то общая вероятность заболеть сердечно-сосудистыми заболеваниями реально снизится, а развитие атеросклероза замедлится. В наибольшей степени это доказано для снижения уровня холестерина в крови.

### Что такое холестерин

Холестерин - жироподобное вещество, которое жизненно необходимо человеку. Он входит в состав мембран всех клеток организма, много холестерина в нервной ткани, из холестерина образуются желчные кислоты, необходимые для пищеварения, и стероидные гормоны.

На все эти нужды в организме (в печени) образуется холестерина более чем достаточно. Но человек потребляет его еще и с пищей, и часто в избыточном количестве. В основном,

источником холестерина служат жирные животные продукты. Если их много в рационе питания, а не содержащих холестерин растительных масел, зерновых, овощей и фруктов - мало, то содержание холестерина в крови увеличивается, и он из необходимого организму друга превращается в смертельного врага.

## Что такое липопротеины

Не весь холестерин крови одинаково опасен: иногда говорят о «хорошем» и «плохом» холестерине. Но холестерин как вещество весь одинаков, просто находится в крови в разных сферических частицах - комплексах с другими жировыми и белковыми молекулами - их называют ЛИПОПРОТЕИНАМИ. Одни из них - липопротеины низких плотностей несут холестерин с кровью в периферические ткани из печени, где он синтезируется. Если этих частиц образуется слишком много или нарушен их распад, в крови накапливается много холестерина, он откладывается в стенках кровеносных сосудов, а вокруг его отложений разрастается соединительная (рубцовая) ткань. Так образуется АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА, сужающая просвет сосуда и затрудняющая ток крови. И вот тогда холестерин в составе липоротеинов низких плотностей можно назвать «плохим».

Атеросклеротические бляшки бывают разные. Самые злокачественные, - с большим холестериновым ядром и тонкой шапочкой из соединительной ткани, - называют нестабильными. Такая бляшка легко разрывается, вскрывается как нарыв в просвет сосуда. В ответ на это организм старается закрыть образовавшееся повреждение тромбом. Зачастую тромб не может остановиться в своем росте и закрывает, как пробка, весь просвет сосуда. Ток крови останавливается, а ткань органа без снабжения кислородом и питательными веществами отмирает. Если это происходит в сердце - развивается инфаркт миокарда, если в мозге - мозговой инсульт. Как видно из вышеизложенного, началу таких опасных заболеваний дает повышенный уровень холестерина, который находится в липопротеинах низкой плотности. Именно поэтому он и называется «плохим». В развернутом лабораторном анализе липидов (жиров и жироподобных веществ) крови этот показатель обозначается сокращенно - ХС ЛНП.

Но в крови находятся и другие - «хорошие» липидно-белковые комплексы. Их называют липопротеины высокой плотности (ЛВП). ЛВП захватывают и удаляют холестерин из мест его накопления в стенках кровеносных сосудов. «Очищая» сосуды от избытка холестерина, ЛВП не дают образоваться атеросклеротическим бляшкам.

Чем выше содержание в крови ХС ЛНП (холестерина в «плохих» комплексах) и чем ниже уровень ХС ЛВП (холестерина в «хороших» комплексах), тем быстрее разовьется атеросклероз.

Кардиологи всего мира придерживаются мнения, что каждый человек старше 20 лет должен знать свой уровень холестерина. Причем необходимо сделать анализ крови на «хороший» и «плохой» холестерин, т.е. развернутый анализ на липиды. В нашем Центре работает липидная клиника, так что в клинико-диагностической лаборатории Вы можете сделать подробный анализ липидного профиля, а также обратиться к врачу-липидологу, специалисту, который грамотно проконсультирует Вас, исходя из результатов лабораторных исследований. В зависимости от уровня холестерина и его распределения в «плохих» и «хороших» комплексах, а также по данным других обследований врач решает вопрос о необходимости диетической или лекарственной коррекции и дает соответствующие рекомендации. При этом надо иметь в виду, что цена лекарств - это не только цена снижения холестерина, но ицена продления активной жизни человека.

Итак, если холестерин повышен - он опасен, как фактор, способствующий развитию атеросклероза и тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний.

## Как снизить уровень «плохого» холестерина

Уровень холестерина крови можно снизить. Для этого постарайтесь изменить свой образ жизни:

- оздоровите питание;
- откажитесь от курения;
- больше двигайтесь.

## Диета для снижения холестерина

- Основа всех диет по снижению холестерина - снижение потребления насыщенных (твердых) жиров, особенно жиров животного происхождения (жирное мясо, субпродукты, сливочное масло, жирные молочные продукты, сдобная выпечка и др.) и замена их на растительные масла (подсолнечное, оливковое, кукурузное).
- В умеренном (ограниченном) количестве разрешаются молочные продукты со сниженным содержанием жира, нежирные сыры (не более 30% жирности), нежирное мясо, выпечка на растительных жирах, жареная рыба, жареный только на растительных жирах картофель.
- Яйца разрешается употреблять только в вареном виде или жареном на растительном масле (омлет).
- Чаще используйте в своем рационе продукты со сниженным содержанием жира и холестерина: хлеб из муки грубого помола, цельнозерновой, любые каши, макаронные изделия, обезжиренные молочные продукты, всевозможные овощные блюда и фрукты.
- Из мясных продуктов следует предпочесть курицу, индейку, телятину. Удаляйте жир и кожу с птицы перед приготовлением.
- Употребляйте больше рыбы, особенно морской, можно ввести 2 рыбных дня в неделю или есть по одному рыбному блюду каждый день.
- Предпочитайте десерты без жира, без сливок, без сахара, лучше фруктовые.
- Обратите особое внимание на регулярное потребление продуктов, снижающих уровень холестерина в организме и увеличивающих его выведение. Они содержат растворимую клетчатку (пектин, псиллим, клейковину) и при варке образуют желеобразную массу. Это овсяные хлопья (геркулес), яблоки, сливы, различные ягоды.
- Регулярно употребляйте бобовые продукты (фасоль, горох).
- При приготовлении пищи избегайте жарить на сливочном масле и животном жире, чаще варите, тушите, запекайте. Используйте посуду со специальным покрытием, не требующим добавления жира при приготовлении пищи.

## Рекомендации к выбору продуктов питания

| Виды продуктов | Рекомендуются | Потреблять в умеренном количестве | Исключить из питания |
|---|---|---|---|
| Зерновые | Хлеб цельнозерновой, из муки грубого помола, каши, макаронные изделия | Хлеб из муки тонкого помола | Сдобный хлеб |
| Супы | Овощные | Рыбные | На мясном бульоне |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Молочные | Молочные продукты и сыры сниженной жирности | Полужирные молочные продукты и жиры | Цельное молоко, сливки, жирные кисло-молочные продукты и сыры |
| Яйца | Яичный белок | Яйца | Яичница на животных жирах |
| Морепродукты | Морской гребешок, устрицы | Мидии, крабы, лангусты | Кальмары, креветки |
| Рыба | Все виды, особенно морская | Жареная на растительных маслах, слабосоленая | Жареная на животных жирах, твердых маргаринах или на неизвестных жирах |
| Мясо и птица | Курица, индейка без кожи, телятина, кролик | Постные сорта говядины, баранины, ветчины; печень | Жирное мясо, утка, гусь, жирные колбасы, паштеты |
| Жиры | Растительные жидкие масла: подсолнечное, оливковое, соевое | Мягкие растительно-жировые спреды, не содержащие транс-жиры | Сливочное масло, жир мяса, сало, твердые маргарины |
| Овощи и фрукты | Любые свежие, мороженные, паровые, отварные, бобовые | Картофель, жареный на растительных маслах | Картофель и др. овощи, жареные на животных или неизвестных жирах |
| Орехи | Миндаль, грецкие | Арахис, фисташки, фундук | Кокосовые, соленые |
| Десерт | НЕ подслащенные соки, морсы, фруктовое мороженое | Кондитерские изделия, выпечка, кремы, мороженое на растительных жирах | Выпечка, сладости, кремы, мороженое, пирожное на животных жирах |
| Приправы | Перец, горчица, специи | Соусы несоленые | Майонез, сметанные соленые |
| Напитки | Чай, кофе, вода, безалкогольные напитки | Алкогольные напитки - малое/умеренное количество | Кофе или шоколадные напитки со сливками |

Тщательным соблюдением диеты можно добиться снижения холестерина крови на 10-12%. Такая диета не только понижает уровень «плохого» холестерина, но и повышает уровень «хорошего» холестерина.

Если соблюдение диеты в течение 6-8 недель не приведет к желательному снижению уровня общего холестерина крови (менее 5 ммоль/л) и ХС ЛНП (менее 3 ммоль/л), а риск развития заболеваний, вызванных атеросклерозом, остается высоким, то врач поставит вопрос о назначении лекарств, снижающих холестерин.

Таких препаратов сейчас много. Главное - не заниматься самолечением, наслушавшись реклам о чудодейственных и безопасных пищевых добавках. Из пищевых добавок могут действовать только те, которые содержат известные компоненты пищи, воздействующие на холестерин, например, препараты растворимой клетчатки. Однако их эффективность не выше хорошо налаженной диеты, они лишь помогают ее действию.

Из медикаментов, используемых для снижения уровня холестерина крови, врачи чаще всего назначают статины. Эти препараты в обычных дозах снижают холестерин на 20-40%. Научные исследования показали, что статины не только снижают холестерин крови, но и облегчают течение заболеваний, вызванных атеросклерозом, уменьшают смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и общую смертность. С помощью специальных исследований сосудов сердца было показано, что лечение статинами замедляет рост атеросклеротических бляшек и даже вызывает их уменьшение.

## Отказ от курения

Доказано, что как активное курение курильщика, так и пассивное курение окружающих повышают риск развития многих тяжелых заболеваний, прежде всего онкологических и сердечно-сосудистых. Табачный дым содержит целый спектр токсичных для многих органов и тканей веществ (никотин, окись углерода, цианистый водород, канцерогенные вещества). Никотин, например, нарушает тонус сосудистой стенки и способствует ее повреждениям, спазмам, усугубляет образование тромбов в кровеносных сосудах. Окись углерода, соединяясь с гемоглобином, блокирует перенос кислорода к органам и тканям. Компоненты табачного дыма способствуют развитию артериальной гипертонии, нарушению в системе переноса холестерина в стенки сосуда, усугубляя отложение в них холестерина. Создается высокий суммарный риск развития ССЗ.

## Достаточная физическая активность[29]

Достаточная физическая нагрузка - неотъемлемая часть здорового стиля жизни. Наиболее доступный и достаточно эффективный вид физической активности - быстрая ходьба на свежем воздухе. Заниматься следует 5 раз в неделю, по 30-45 минут (до 2-х часов). Частота пульса должна достигать 65-70% от той, которая достигается при максимальной нагрузке для данного возраста. Максимальную частоту пульса для конкретного человека можно рассчитать по формуле: 220-возраст в годах. Например, для практически здорового человека 50 лет максимальная частота пульса составляет 220-50=170 ударов в минуту, а частота пульса, которую рекомендуется достичь при тренировке, составляет 110-120 ударов в минуту.

Многим не хватает времени для тренировок, тогда необходимо использовать любые возможности для движения во время рабочего дня и после. Например, для людей «сидячих» профессий рекомендуется вставать, чтобы позвонить по телефону или выбросить мусор в корзину, пройти по лестнице вместо того, чтобы воспользоваться лифтом, провести короткое совещание, стоя и т.п.

Полученные результаты больших исследований показали, что сочетание регулярных физических нагрузок с уменьшением периодов длительной сидячей работы за счет коротких перерывов вносят взаимодополняющий существенный вклад в профилактику болезней сердца и сосудов.

При наличии заболеваний сердца и сосудов режим физических нагрузок подбирает врач индивидуально, строго в соответствие с результатами электрокардиографического теста с физической нагрузкой.

[29] Текст подготовлен по материалам профессора Перовой Н.В., отдел биохимических маркеров хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦПМ

## 42. Избыточная масса тела. Как похудеть. Советы эксперта

(памятка для пациентов)

Избыточный вес тела и, особенно, его крайняя степень - ожирение, являются фактором повышенного риска болезней сердца и кровеносных сосудов.

### Оценка веса

Для оценки веса (массы) тела рекомендуется пользоваться показателем индекса массы тела (ИМТ): ИМТ= вес в кг/ (рост в м)$^2$. Оптимальный ИМТ находится в пределах 18.5-25 кг/м$^2$, избыточный вес регистрируется при ИМТ равном или большем 27 кг/м$^2$, но меньшем 30 кг/м$^2$, ожирение при ИМТ равном или большем 30 кг/м$^2$.

Человеку с избыточной массой тела рекомендуется снизить вес в идеале до оптимального. Однако, для многих этого трудно достичь; в таких случаях рекомендуется снизить общий вес на 10% от исходного или до ИМТ равной или меньшей 27 кг/м$^2$и поддерживать его на достигнутом уровне.

### Возможные болезни

Наибольшую подверженность болезням сердца и сосудов, а также сахарному диабету, имеют люди с преимущественным отложением жира в брюшной полости, то есть с так называемым абдоминальным (или центральным) ожирением. При абдоминальном ожирении увеличен преимущественно живот и окружность талии. Показателем уже опасного для здоровья сердца и сосудов абдоминального отложения жира считается величина окружности талии у мужчин 94 см, у женщин 80 см. Окружность талии свыше данных значений указывает на необходимость принять меры для снижения веса тела.

### Снижение веса возможно за счет уменьшения калорийности питания и увеличения физической активности

При оценке калорийности своего питания полезно знать, что средняя суточная калорийность пищи при нормальной массе тела составляет для мужчин, в среднем, составляет 2500 ккал, для женщин - 2000 ккал. Для того чтобы достигнуть уменьшения веса тела следует снизить калорийность рациона до 1800-1200 ккал/сутки, то есть примерно на одну треть. Снижение веса должно быть медленным: на 400-800 г в неделю. Это идеальный темп потери «лишних» килограммов. Более быстрое похудание делает чрезвычайно трудным сохранение достигнутого успеха.

Наибольшей калорийностью обладают жиры, за счёт преимущественного снижения потребления которых рационально снижать калорийность питания. При расщеплении в организме 1г жира образуется 9 ккал энергии, при расщеплении белков и углеводов - 4 ккал. Однако снижать потребление жиров меньше 30% калорийности питания, не следует, так как при этом обычно увеличивают потребление быстро усвояемых углеводов в виде сахара, сладостей, мёда. Это также ведёт к повышению массы тела, повышению уровня глюкозы в крови, способствует развитию сахарного диабета типа 2, а также нарушению нормального спектра липидов крови, которые способствуют развитию атеросклероза.

Медикаментозное лечение избыточного веса применяется в тех случаях, когда не удалось снизить вес путем уменьшения калорийности питания и повышения физической активности. Существуют медикаментозные препараты разного механизма действия, но они имеют нежелательные побочные явления и должны применяться только под строгим контролем врача.

### Как похудеть?

В большинстве случаев для того, чтобы похудеть и не набрать вес снова, необходима помощь врача-диетолога.

### Причины накопления избыточного веса

Ни у кого не вызывает сомнения, что основной причиной накопления избыточного веса и развития ожирения в большинстве случаев является неправильное питание. Неправильное питание - понятие неоднозначное. Оно включает в себя нарушение пищевого поведения, употребление неподходящих продуктов питания и неправильное усвоение пищи. Наиболее распространенной причиной ожирения является нарушение пищевого поведения. Именно привычка есть не для того, чтобы утолить голод, а для того, чтобы получить удовольствие, чтобы «заесть» неприятности и просто развлечься, приводит к накоплению жира в организме. Именно по этой причине диетологи часто работают совместно с психотерапевтами.

### Калорийность пищи

Большую роль в развитии ожирения играет употребление избыточно калорийной пищи и уменьшение энергозатрат. В долгом процессе эволюции желудок человека приобрел такой объем, чтобы он смог усваивать количество пищи, обеспечивающее физическую активность на 8-12 часов в сутки. Однако в наше время расход энергии снизился. Жизнь стала более комфортной (личный и общественный транспорт, бытовые приборы, офисная работа), а значит, уменьшилась и потребность в еде. Понятно, что даже посещение фитнесс - клуба 3 раза в неделю по 40 минут не эквивалентно прежним затратам. И в то же время, сами продукты питания стали более доступными и калорийными. Следует учесть, что мы не так давно живем в условиях, когда еды хватает, поэтому навык самоограничения есть не у всех. Кстати, обеспеченные слои населения, которые не имели недостатка в продуктах питания, выработали особые правила приема пищи. Основных из них два - во-первых, никогда не кормить детей насильно, чтобы не нарушить формирование механизма самоконтроля, во-вторых, никогда не переедать - вставать из-за стола «с чувством легкого голода». Да и с физической активностью они всегда дружили - охота, спортивные игры на свежем воздухе. Особенно четко эти традиции проявляются в аристократической и буржуазной среде Западной Европы, где людей с избыточным весом было немного.

### Усваиваемость пищи

Еще один важный момент - пища должна усвоиться. Для этого желудочно-кишечный тракт должен правильно функционировать.

Особую группу составляют пациенты с гормональными нарушениями. Эти нарушения могут быть как первичными, то есть усиливать аппетит и определять архитектонику жировых отложений, или вторичными - когда гормональные нарушения возникают из-за неправильного питания и отложению жира во внутренних органах. Развивается так называемый метаболический синдром, когда нарушается усвоение пищи на клеточном уровне. Врач-диетолог обладает всеми необходимыми средствами диагностики и лечения, чтобы эту проблему решить.

Сегодня для того, чтобы выглядеть преуспевающим, недостаточно надеть хороший костюм. Современному человеку нужно быть всегда в хорошей форме. Чудес не бывает, и волшебной таблетки для похудания нет. Для этого нужно потрудиться. Но нормализация веса не потребует от Вас сверхчеловеческих усилий и тяжелых страданий, а качество жизни значительно улучшится. Попробуйте и Вам понравится!

## Этапы лечения ожирения[30]

### Первый этап

При первом посещении диетолог назначает обследование. Прежде всего, необходимо определить состав тела, чтобы точно узнать, есть ли избыток жировой массы и оценить степень ожирения. Это можно сделать при помощи специального метода - биоимпеданса, или вычислить по толщине жировых складок. Затем следует установить причину избыточного веса. Для этого изучают гормональный фон: гормоны щитовидной железы, половые и пищеварительные гормоны. В некоторых случаях, когда масса тела очень большая, диетолог назначает также дополнительное обследование для того, чтобы определить, привело ли ожирение к нарушению обмена веществ, так называемому «метаболическому синдрому». Важным этапом является проведение психологического тестирования для выявления нарушений пищевого поведения (частой причины развития ожирения). Часто при опросе и обследовании у пациентов с ожирением выявляются заболеваний желудочно-кишечного тракта, требующие лечения. Обязательным компонентом терапии является ведение пищевого дневника.

### Второй этап

При втором посещении диетолог оценивает результаты анализов, и, если есть такая необходимость, назначает медикаментозное лечение. Особое внимание уделяется анализу ведения пищевого дневника. Следует помнить, что диетолог может рекомендовать правильное питание, но не может контролировать выполнение этих рекомендаций. Все зависит от самого пациента. Если есть сложности в соблюдении рекомендаций, обязательна работа с психотерапевтом.

Частота последующих посещений определяется индивидуально в зависимости от причины, стадии болезни и скорости достижения желаемого результата. Обычно в течение первого полугодия врач наблюдает пациента 1 раз в месяц.

## Ожирение у подростков

Нами накоплен успешный опыт работы с подростками, страдающими ожирением. Ожирение у подростков очень распространенно. За последние 10 лет в Европе число детей и подростков, которые имеют лишний вес, достигло 30% и продолжает неуклонно увеличиваться. Считается, что ожирение у подростков плохо поддается лечению. Действительно, как ограничить подростка в питании, если он продолжает расти?! Даже если он отчетливо ест больше, чем ему нужно, трудно, ох как трудно «морить голодом» свое чадо, а сдерживать аппетит лекарствами у детей нельзя, чтобы не повредить растущему организму. С чего начать?! Несомненно, здесь требуется помощь профессионалов. Этими вопросами занимаются специалисты - диетологи.

## 43. Самоконтроль артериального давления в домашних условиях[31]

Рекомендуется дать пациенту совет приобрести домашний тонометр, периодически измерять АД вне зависимости от самочувствия и регистрировать результат.

Показатели АД, полученные при проведении самоконтроля АД (СКАД), могут стать ценным дополнением к клиническому АД при диагностике АГ и контроле за эффективностью лечения, но предполагают применение других нормативов (см. таблицу).

| Категория | САД (мм рт.ст.) | | ДАД (мм рт.ст.) |
|---|---|---|---|

[30] Опубликовано: https://www.gnicpm.ru/Article/5; https://www.gnicpm.ru/Article/6

[31] Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии, «Кардиологический вестник» - 2015(1).– 1-92. https://www.cardioweb.ru

| | | | |
|---|---|---|---|
| Офисное АД | ≥140 | и/или | ≥90 |
| Амбулаторное АД | | | |
| Дневное (бодрствование) | ≥135 | и/или | ≥85 |
| Ночное (сон) | ≥120 | и/или | ≥70 |
| Суточное | ≥130 | и/или | ≥80 |
| СКАД | ≥135 | и/или | ≥85 |

Величина АД, полученная методом СКАД более тесно коррелирует с поражениями органов-мишеней и прогнозом заболевания, чем клиническое АД и его прогностическая ценность сопоставима с методом суточного мониторирования АД (СМАД) после поправки на пол и возраст. Доказано, что метод СКАД повышает приверженность пациентов к лечению. Ограничением применения метода СКАД являются те случаи, когда пациент склонен использовать полученные результаты для самостоятельной коррекции терапии. Необходимо учитывать, что СКАД не может дать информацию об уровнях АД в течение «повседневной» (реальной) дневной активности, особенно у работающей части населения, и в ночные часы. Для СКАД могут быть использованы традиционные тонометры со стрелочными манометрами, а также автоматические и полуавтоматические приборы для домашнего применения, прошедшие сертификацию. Для оценки уровня АД в ситуациях резкого ухудшения самочувствия больного вне стационарных условий (в поездках, на работе и др.) можно рекомендовать использование запястных автоматических измерителей АД, но с теми же правилами измерения АД (2-3 кратное измерение, расположение руки на уровне сердца и т.д.). Следует помнить, что АД, измеренное на запястье может быть несколько ниже уровня АД на плече.

## 44. Как не поддаться влечению к спиртному?

(Памятка для пациента)

Никакие мероприятия по профилактике алкоголизма не будут действенными, если человек не возьмется за себя сам. Вот некоторые советы, которые помогут отвлечься от желания выпить.

1. Не держите дома спиртное, чтобы не поддаться импульсу и не выпить.
2. Больше времени уделяйте семье. Начните налаживать испорченные отношения.
3. Возобновите старую работу или найдите новую, которая бы была по душе. Занятость позволит не скучать и мысли об алкоголе, которые обычно приходят во время безделья, реже будут посещать вашу голову. К тому же работа улучшит ваше финансовое положение и даст возможность найти новое общение.
4. Уделяйте время своим хобби. Чувство удовлетворения от любимого занятия поможет расширить зону удовольствия и будет способствовать повышению самооценки.
5. Признайте, что у вас есть проблема с алкоголем и при необходимости пользуйтесь услугами психолога.
6. Занимайтесь спортом и физкультурой, это поможет держать организм в тонусе, ориентироваться в собственных возможностях и адекватно себя оценивать.
7. Работайте над своими внутренними конфликтами. Пагубное пристрастие к спиртному – следствие не биологических, а психологических причин.
8. Принимайте себя таким, какой вы есть, признавая и положительные, и отрицательные качества своего характера. Осознав свои отрицательные черты, вы сможете работать над собой, чтобы улучшить свои личностные качества.

9. Избавляйтесь от своей тревожности. Повышенная тревожность – популярная черта характера людей с проблемой тяги к спиртному. Тревога – это страх перед предстоящими событиями, обычно беспричинный и не обоснованный. Человек сам не понимает, чего боится. При таком настроении вся жизнь видится человеку в негативном ракурсе, и он хочет уйти от неприятных переживаний с помощью опьянения.

10. Признавайте жизненные трудности и находите решения проблем. Справившись с трудностями, вы будете каждый раз повышать свою самооценку.

11. Избегайте просмотра передач с большим количеством негативной информации, например, новостей о трагических происшествиях, авариях и болезнях. Такая информация только повысит ощущение тревожности, и может спровоцировать желание выпить, чтобы избавиться от этого чувства.

12. Расширяйте диапазон своих удовольствий. Пусть этими удовольствиями станут лакомства, приятная музыка, интересная книга, приятное путешествие, просмотр хорошего фильма, помощь кому-либо, обновка, общение с домашним любимцем и т. д. И тогда воспоминания об удовольствии от алкоголя будут все больше отдаляться.

13. Расширяйте свой кругозор. Ходите в кино, театры, на концерты, в музеи. Включайтесь в общественную работу. Это повысит вашу самооценку и станет источником новых удовольствий.

14. Чаще гуляйте. Отвлекайтесь от домашней обстановки и бытовой рутины. Измените хоть немного привычную атмосферу, это полезно для саморазвития и принятия ответственности за собственную жизнь.

15. Признайте себя личностью. Если вы почувствуете себя личностью, то это будет первой ступенью к жизненным изменениям, связанным с полным отказом от алкоголя.

16. Уделяйте внимание своему внешнему виду. Следите за прической и одеждой, интересуйтесь модными тенденциями. Удовлетворение собственным внешним видом – это дополнительное удовольствие и стимул к дальнейшему совершенствованию.

17. Если вы чувствуете, что внутреннее напряжение растет, — обращайтесь к психологу, психотерапевту или к другим специалистам.

## 45. Профилактика инсульта

(памятка для пациентов, опубликовано: https://www.gnicpm.ru/Article/21)

Проблема инсульта в настоящее время волнует очень многих. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – самое грозное осложнение таких заболеваний сердечно-сосудистой системы, как артериальная гипертония, **нарушения сердечного ритма и атеросклероз.** По данным ВОЗ, ежегодно острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) переносят около 15 миллионов человек. При этом около 5 миллионов умирают от инсульта, а еще 5 миллионов пациентов остаются глубокими инвалидами.

Первыми признаками инсульта наиболее часто являются внезапное развитие односторонней слабости в конечностях, речевые нарушения, асимметрия лица, онемение половины тела, выпадение полей зрения, головокружение и дискоординация. В случае внезапного развития подобных симптомов необходимо сразу же вызвать бригаду скорой медицинской помощи для незамедлительной транспортировки больного с инсультом в специализированное инсультное отделение. Только соблюдение золотого правила лечения инсульта - «время-мозг» может позволить при наличии показаний вовремя применить наиболее эффективный метод лечения ишемического инсульта - тромболитическую терапию и спасти пациенту жизнь.

Что делать, чтобы избежать инсульта? Необходимо вовремя выявить факторы риска этого заболевания и принять необходимые меры их коррекции.

Какие основные факторы риска инсульта? Артериальная гипертония, **нарушения сердечного ритма**, сахарный диабет, **атеросклероз сосудов**, пожилой возраст – это основные факторы, которые могут привести к нарушению мозгового кровообращения.

Таким образом, для предупреждения инсульта необходимо постоянно контролировать уровень артериального давления и вести дневник артериального давления и частоты сердечных сокращений, фиксировать наличие нарушений сердечного ритма. Необходимо поддерживать оптимальный уровень глюкозы крови и **холестерина**. Крайне важно отказаться от курения и злоупотребления алкоголем, соблюдать рекомендации врача лечебной физкультуры, поддерживать высокий уровень физической активности, бороться с ожирением.

Риск развития повторного ОНМК у пациентов, перенесших инсульт, составляет 30%, что в 9 раз превышает риск развития инсульта в среднем в популяции.

Основными препаратами профилактики инсульта являются антитромботические препараты – **антиагреганты или антикоагулянты** (для пациентов с мерцательной аритмией). Важно помнить, что при антикоагулянтная терапия с использованием варфарина эффективна только при регулярном лабораторном контроле и поддержании показателя МНО в пределах целевых значений (2,0-3,0).

Не менее важная группа препаратов профилактики ОНМК, это лекарства, снижающие **уровень холестерина** – статины.

Принимать назначенные врачом антиагреганты или антикоагулянты, гипотензивные препараты, статины необходимо пожизненно после выписки пациента из стационара.

Родственникам больных, перенесших тяжелый инсульт, необходимо соблюдать правильный режим кормления и гидратации, правила ухода за парализованными пациентами и их активизации.

У пациентов, перенесших инсульт, в случае выявления гемодинамически значимого атеросклероза сонных артерий в качестве вторичной профилактики ОНМК необходимо рассматривать **хирургические методы реваскуляризации (восстановления кровотока).**

Пациентам, имеющим факторы риска инсульта, необходимо помнить о необходимости **своевременного обращения к врачу** для подбора препаратов для вторичной профилактики инсульта и методов коррекции имеющихся факторов риска.

## 46. Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов

(памятка)

- Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по совету соседей или средств массовой информации (даже, если это передача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение;
- Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам лучше бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения;
- Информируйте врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты;
- Информируйте врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом;

- Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для вас лекарства;
- Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача;
- Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства;
- Каждый человек должен знать о **каждом** принимаемом лекарственном препарате (уточните эту информацию у врача, при необходимости – запишите):
    - Название препарата;
    - По какому поводу Вы его принимаете;
    - Как следует принимать препарат (доза, время, кратность и длительность приема, влияние приема пищи);
    - Каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эффекты препарата;
    - Что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с приемом препарата;
    - Что следует делать, если пропущен очередной прием.

## 47. Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении

(с уточнениями и дополнениями; для медицинских работников кабинетов и отделений медицинской профилактики, центров здоровья)

Утверждено главным внештатным специалистом Минздрава России по медицинской профилактике С.А. Бойцовым, главным внештатным специалистом гериатром Минздрава России О.Н. Ткачевой, Москва, 2017 год.

**Авторы:** ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины" Минздрава России, ОСП "Российский геронтологический научно-клинический центр", ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России: Драпкина О.М., Калинина А.М., Карамнова Н.С., Гамбарян М.Г., Бубнова М.Г., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Воробьева Н.М., Дудинская Е.Н., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Тюхменев Е.А., Остапенко В.С., Каштанова Д.А.

### Введение

В последние годы произошла смена представлений об успешном старении. Если ранее успешное старение ассоциировалось исключительно с отсутствием болезни, хорошим физическим и когнитивным статусом, самостоятельностью и социальной поддержкой, то современное понимание успешного старения значительно шире и включает психологическое, физическое и социальное здоровье, функционирование, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмора, духовность.

**Успешное старение** - основная психологическая потребность человека. Даже в очень преклонном возрасте люди сохраняют потребность в активной жизни и развитии. Физическая активность, любая деятельность, социальная интеграция способствуют успешному старению. Депрессия является наиболее значимым фактором, оказывающим отрицательное влияние на успешное старение.

Медицинский персонал должен знать закономерности изменений организма человека, связанные со старением, уметь рано распознавать гериатрические проблемы и обладать навыками профилактического консультирования по их предупреждению и замедлению прогрессирования.

## Определение понятий

## Старческая астения

**Старческая астения** («хрупкость», шифр по МКБ-10 R54) - ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Старческая астения сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва, способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию, ухудшает прогноз состояния здоровья

Старческая астения включает в себя более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Роль традиционных факторов риска в пожилом возрасте сохраняется, однако на первое место выходят факторы старческой астении, которые пожилой человек (и/или его окружающие) должен знать и уметь снижать их негативное влияние на качество жизни.

Развитие старческой астении может быть предотвращено, отсрочено или замедлено.

Распространенность синдрома старческой астении увеличивается с возрастом, особенно отчетливо риск его развития повышается после 75 лет, что делает обязательным его скрининг в этой возрастной группе. Медицинские работники, сталкивающиеся с пожилыми людьми, должны быть осведомлены об основных признаках этого синдрома и распознавать его ранние проявления и у более молодых лиц пожилого возраста, создавая тем самым возможность для профилактики его прогрессирования.

Скрининг на предмет наличия синдрома старческой астении с использованием короткого скринингового опросника должен осуществляться везде, где пожилой человек сталкивается с медицинским работником, - в отделениях и кабинетах медицинской профилактики, центрах здоровья, кабинетах участкового врача/врача общей практики, при нахождении на стационарном лечении.

## Алгоритм диагностики и ведения старческой астении

**Отделения и кабинеты медицинской профилактики, центр здоровья, кабинет участкового врача/врача общей практики**
**Граждане 75 лет и старше**

↓

**Скрининг по шкале «Возраст не помеха»**

↓

| Высоко вероятная старческая астения «хрупкие» пациенты | Вероятная старческая астения «прехрупкие» пациенты | Отсутствие старческой астении «крепкие» пациенты |
|---|---|---|
| ≥3 положительных ответов | 1-2 положительных ответа | Нет положительных ответов |

## Задачи кабинетов и отделений медицинской профилактики, центров здоровья

- Выявление у лиц 75лет и старше ранних признаков старческой астении, факторов риска ее развития и прогрессирования
- Выделение группы риска с высокой вероятностью наличия старческой астении для направления на гериатрическое консультирование
- Осуществление профилактического консультирования лиц пожилого и старческого возраста в соответствии с выявленными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний с учетом возрастных особенностей
- Осуществление профилактического консультирования лиц с признаками старческой астении для предупреждения ее развития и прогрессирования с целью сохранения качества жизни, когнитивных функций и функциональной независимости
- Популяризация мер успешного старения и активного долголетия

## Особенности обследования пожилых пациентов в кабинетах и отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья

- В рамках диспансеризации анкетирование пациентов 75 лет и старше необходимо проводить по специальной анкете, в которой учтены особенности данной возрастной категории пациентов (приложение 1) и дополнить оценкой когнитивных функций по тесту Мини-Ког (приложение 2)
- Анализ результатов анкетирования следует проводить с учетом шкалы «Возраст не помеха», вопросы которой включены в анкету диспансеризации для граждан 75 лет и старше
- Профилактическое консультирование следует проводить всем пациентам 75 лет и старше с акцентом на положительные ответы на вопросы шкалы "Возраст не помеха" (приложение 3)
- Следует делать акцент на выявление полипрагмазии (хронический прием 5 и более лекарственных препаратов). При оценке числа принимаемых препаратов следует учесть, что если пациент принимает фиксированные комбинированные препараты (2 и более действующих вещества в одной таблетке), то каждый компонент учитывается как отдельный препарат. При выявлении полипрагмазии целесообразно рекомендовать обратиться к лечащему врачу на предмет анализа лекарственных назначений. Если полипрагмазия сочетается с высокой вероятностью старческой астении по шкале "Возраст не помеха", настойчиво рекомендовать консультацию гериатра.

## Особенности профилактического консультирования лиц 75 лет и старше

- При профилактическом консультировании используется принятый принцип выделения групп риска, но должны быть учтены возрастные особенности коррекции артериальной гипертонии, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии у людей пожилого и

старческого возраста, а также высокая вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний

- Пациента следует ориентировать не только за устранение симптомов заболеваний (при их наличии), но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни без негативных для здоровья факторов.
- Всем консультируемым должны быть даны учитывающие возрастной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств
- Профилактическое консультирование должно учитывать положительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха» (приложение 3)
- При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зрения), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов
- При высокой вероятности старческой астении по данным скрининговой шкалы «Возраст не помеха» пациента следует направить к гериатру.

**Физическая активность**

- Аэробная физическая активность средней интенсивности не менее 150 минут в неделю, или выполнение упражнений высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю с учетом индивидуальных особенностей пациента и при отсутствии противопоказаний
- Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут.
- Начинать физические занятия следует с разминки (медленная ходьба и легкие потягивания), если пациент только начинает заниматься физическими упражнениями, то 5-10-минутная разминка может составлять целое занятие;
- Продолжительность занятия должна постепенно увеличивать до 30 минут в день; если до этого пожилой человек вел малоподвижный образ жизни, то этот период должен составлять не менее трех недель.
- Наиболее эффективны ходьба по ровной местности, скандинавская ходьба, лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и др, а также ежедневная утренняя гимнастика (или длительная прогулка в лесу, парке, сквере).
- Если пожилые люди не могут выполнять рекомендуемый объем физических нагрузок, им следует выполнять объем упражнений, соответствующий их возможностям и состоянию здоровья
- Пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать повышение физической активности медленно, начиная с нескольких минут в день, и постепенно увеличивать продолжительность и частоту физических занятий (при отсутствии противопоказаний).
- Следует исключать упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п.
- Выполнение упражнений на равновесие и предотвращение падений 3 и более дней в неделю до 30 минут (*например*, ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках). В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору.
- Заболевания суставов не являются противопоказанием для физических упражнений. Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно - реабилитолога, для разработки индивидуальной программы физической активности.
- Осторожно следует в программу физической активности должны включаться бег, прыжки, упражнения с тяжестями и другие виды нагрузок, которые могут привести к травмам.

## Питание

- Энергетическая ценность рациона питания для лиц старше 75 лет должна составлять 1600 ккал для женщин и 1800 ккал для мужчин.
- Режим питания должен обязательно включать три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня).
- Общий водный режим составляет не менее 2 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл. Для лиц имеющих сердечную недостаточность питьевой режим должен быть согласован с участковым терапевтом или кардиологом.
- Следует учитывать, что потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста в виду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1-1,2 г/кг/сут с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками. Оптимальными источниками животного белка являются молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина, а растительного – крупы, бобовые, семена и орехи. Необходимо рекомендовать ежедневное употребление животного белка. Если пациент не употребляет мясо, рыбу и птицу или делает это в недостаточном количестве, следует направить его на консультацию к диетологу для решения вопроса о назначении дополнительных источников белка в виде функционального продукта или подбора специализированного рациона питания для обеспечения потребления белка на необходимом уровне.
- На долю общего жира в рационе не должно приходиться более 25-30% от суточной калорийности, при этом треть отводится на насыщенные жиры, а другие две трети - на равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. Из растительных жиров предпочтительны оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25-30мл в день (2 столовые ложки). Потребление животных жиров (сливочное масло, сливки, сметана, топленый жир) следует ограничить, также, как и продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных транс-жирных кислот, содержащихся в переработанных пищевых продуктах, еде быстрого приготовления, закусочных пищевых продуктах, жареной во фритюре еде, замороженных пицце и пирогах, печенье, маргарине и бутербродной смеси.
- Рекомендуется потребление не менее двух порций молочных продуктов в день. Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленные сахар и/или насыщенные жиры. У лиц старшего возраста может иметь место вторичная лактозная непереносимость, в таком случае, продукты с молочным сахаром – лактозой, следует исключить из рациона питания (молоко и др.), но продукты, в которых лактоза была израсходована на процесс ферментации, следует оставить в рационе (творог, сыр, йогурт). Пациенту показано потребление без- или низколактозных молочных продуктов. При наличии вторичной непереносимости к молочным (сывороточным) белкам пациенту следует предложить потребление продуктов растительного происхождения (миндального, рисового или соевого молока, йогурта, сыра тофу).
- С возрастом снижается толерантность к углеводам, поэтому углеводный компонент питания должен быть сформирован из продуктов, содержащих «сложные» углеводы и богатых пищевыми волокнами: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная греча, нешлифованный рис, непереработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые (включая сою), грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей, овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500г/сут). Одна порция – это один фрукт крупного размера (яблоко, груша, апельсин), ½ стакана фруктового салата, замороженных или консервированных

фруктов, 3-4 штуки мелких фруктов (абрикос, слива, клубника), 3-4 ягоды сухофруктов (курага, финик, инжир), ½ стакана приготовленных или 1 стакан свежих мелко нарезанных овощей. Потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы и саго) и корнеплодов (картофель, батат, касава и др.) следует ограничивать.

- Потребление свободных сахаров ограничено 10% суточной калорийности рациона (50г/сутки). Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продукты производителем, поваром или потребителем (добавленные сахара) и могут также содержаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах. Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи. Потребление сахара в чистом виде (добавленного) следует ограничивать до 5% общей калорийности (около 25г/сутки, примерно 6 чайных ложек без «верха»).
- Рекомендуемое потребление поваренной соли должно составлять до 5,0 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. Однако, если пожилой человек ранее не придерживался такого уровня потребления соли, не следует вводить его резкие ограничения. Целесообразно проанализировать потребление и рекомендовать отказаться от продуктов с высоким содержанием соли: копчености, колбасные изделия, консервированные продукты, соусы, соления, и рекомендовать исключить досаливание уже готового блюда.
- Из способов кулинарной обработки рекомендуется использование щадящих режимов: отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.
- С целью профилактики падений, остеопороза и переломов всем пациентам следует рекомендовать ежедневный прием препаратов кальция (в дозе 1000-1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800-1000 мг/сутки).
- Рекомендации по питанию пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале "Возраст не помеха") даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки.

## Курение

- Пожилые пациенты менее внимательны к доводам о вреде курения, склонны недооценивать опасность курения и переоценивать его преимущества, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения.
- При профилактическом консультировании пожилых необходимо акцентировать внимание на том, что эти пациенты, продолжающие курить, тяжелее переносят болезни, характерные для пожилого возраста, такие как диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии, которые для многих пожилых людей имеют фатальные последствия. Потребление табака может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста. Воздействие вторичного табачного дыма (пассивное курение) также пагубно для здоровья пожилого человека.
- Рекомендации по отказу от курения пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале "Возраст не помеха") даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки.
- Краткое консультирование обычно проводится в течение 5 минут, включает краткий опрос-беседу, обсуждение и поддержку. Сопровождение краткого совета предоставлением материалов для самопомощи может повысить вероятность в отказе от курения.

## Организация безопасного быта

Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, особенно для пациентов с падениями в анамнезе:

- Убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о которые можно споткнуться;
- Убрать скользкие коврики или закрепить их на полу;
- Предупредить возможность споткнуться о край ковра, порожки;
- Использовать нескользящий коврик для дна ванной, душевой кабины;
- Пол в ванной комнате должен быть нескользким;
- Оборудовать ванну и пространство рядом с унитазом поручнями;
- Обеспечить достаточное освещение: повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной/туалета был хорошо освещен;
- При необходимости использовать устойчивую стремянку, а не стул/табурет/стол;

## Когнитивный тренинг

Примеры упражнений для когнитивного тренинга

- заучивание стихов, песен;
- игра на музыкальных инструментах;
- рисование;
- решение логических задач;
- разгадывание кроссвордов;
- может быть рекомендовано обращение в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности.

## Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов

- Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по совету соседей или средств массовой информации (даже, если это передача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение
- Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам лучше бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения
- Информируйте врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты
- Информируйте врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом.
- Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для Вас лекарства
- Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача
- Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства
- Каждый человек должен знать о **каждом** принимаемом лекарственном препарате (уточните эту информацию у врача, при необходимости – запишите):
  - Название препарата;
  - По какому поводу Вы его принимаете;
  - Как следует принимать препарат (доза, время, кратность и длительность приема, влияние приема пищи);
  - Каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эффекты препарата;

- Что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с приемом препарата;
- Что следует делать, если пропущен очередной прием.

## Особенности коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых пациентов

### Общие принципы

В случае, если пациентам пожилого возраста требуется медикаментозное лечение, это лечение назначается и контролируется лечащим врачом или врачом-гериатром (пациенты со старческой астенией и/или старше 80 лет).

Задача врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья - способствовать соблюдению пациентом врачебных назначений, при консультировании по факторам риска важно также оценивать приверженность пациентов к приему назначенных медикаментозных средств и контролировать

### Контроль массы тела

Особого внимания у пожилых требует низкая масса тела (индекс массы тела <23 кг/м$^2$). При снижении веса на 5 кг (для лиц с исходной массой тела 70 кг и выше) или на 5% от исходного веса (для лиц с массой тела ниже 70кг) за последние 3 месяца, необходимо проведение обследования для уточнения причины снижения массы тела и исключения развития саркопении. Следует рекомендовать снижение веса только пациентам с ИМТ≥35 кг/м$^2$. Снижение веса осуществляется под контролем врача. При консультировании пожилых пациентов следует предупредить о недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

### Артериальная гипертония

Лечение проводится лечащим врачом. Всем пожилым пациентам с систолическим АД ≥160 мм.рт.ст. без старческой астении следует обязательно рекомендовать обращение к лечащему врачу для назначения/коррекции антигипертензивной терапии. При наличии старческой астении рекомендуется консультация гериатра.

Целевое систолическое АД у пожилых пациентов без старческой астении составляет 140-150 мм рт.ст. У пожилых пациентов <80 лет возможно назначение антигипертензивной терапии при САД более 140 мм рт. ст. и достижение целевого уровня САД <140 мм рт. ст., однако необходимо учитывать индивидуальную переносимость более низких значений АД и клинический статус.

Целевое АД у пожилых пациентов со старческой астенией определяется врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

### Дислипидемия

Лечение проводится лечащим врачом. С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам по назначению лечащего врача показано назначение липидснижающей терапии (статинов). Эффективность и безопасность липидснижающей терапии контролируется лечащим врачом. Для первичной профилактики ССЗ у пожилых≥ 75 лет (особенно в возрасте 80 лет и старше), назначение статинов не показано независимо от уровня холестерина.

### Применение ацетилсалициловой кислоты (75-150 мг/сутки)

Лечение проводится лечащим врачом с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний при условии контролируемой АГ. Для первичной профилактики - не показано

### Коррекция гипергликемии

Лечение проводится лечащим врачом и/или врачом-эндокринологом. Рекомендуемый целевой уровень HbA1c <7,5% при отсутствии тяжелых осложнений СД и/или риска тяжелой гипогликемии, при тяжелых осложнениях СД и/или риске тяжелой гипогликемии, целевой уровень HbA1c <8,0%.

Приложение 1

## Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког

**Шаг 1.** Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их и запомнить». Выберите один из нижеперечисленных вариантов и четко произнесите 3 слова:

**Вариант 1***:* ключ, лимон, шар

**Вариант 2***:* яблоко, стол, монета

**Шаг 2.** Скажите пациенту: «Далее, я хочу, чтобы Вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента отметить стрелками время 11 часов 10 минут.

**Шаг 3.** Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.

## Интерпретация результатов теста Мини-Ког

| | |
|---|---|
| Воспроизведение слов_____ **(0-3 балла)** | 1 балл за каждое воспроизведенное пациентом слово |
| Рисование часов _____ **(0 или 2 балла)** | Правильно нарисованные часы = 2 балла.<br>Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается.<br>Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов. |
| Общий балл _____ **(0-5 баллов)** | Общий балл = Балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов.<br><3 баллов - валидированный скрининговый критерий деменции, но многие люди с клинически значимыми когнитивными нарушениями могут иметь более высокий балл. |

**Интерпретация:**

- Начисляется 2 балла за каждое воспроизведенное пациентом слово.
- Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается.
- Правильно нарисованные часы = 1 балл
- Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.
- Общий балл = Балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов.

Приложение 3

**Рекомендации по профилактическому консультированию при положительных ответах на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха»**

| Вопрос | Возможные причины | Рекомендации |
|---|---|---|
| **Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?** | Депрессия<br>Саркопения<br>Синдром мальнутриции<br>Отсутствие зубов и зубных протезов<br>Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта<br>Снижение функциональной активности<br>Сенсорные дефициты<br>Полипрагмазия<br>Когнитивные нарушения<br>Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода<br>Соматические заболевания | • Регулярная физическая активность<br>• Рациональное питание<br>• Направление на зубопротезирование<br>• Направление в центры социального обслуживания, в том числе, привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов<br>• Для исключения соматических причин рекомендовать обследование у лечащего врача |
| **Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?** | Возрастные изменения органов зрения и слуха | • Направление к офтальмологу, ЛОР-врачу |

| | | |
|---|---|---|
| **Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?** | Мышечная слабость<br>Нарушение походки и равновесия<br>Периферическая нейропатия<br>Лекарственные средства, влияющие на ЦНС<br>Антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии<br>Полипрагмазия<br>Снижение зрения<br>Болевой синдром<br>Когнитивные нарушения<br>Депрессия<br>Факторы окружающей среды (скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.)<br>Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неположенном месте) | • Рекомендации по организации безопасного быта<br>• Направление для коррекции зрения<br>• Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки)<br>• Использование бедренных протекторов<br>• Обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользкая подошва, обязательны задники) и улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок)<br>• Прием препаратов кальция (в дозе 1000-1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800-1000 мг/сутки |
| **Есть ли у Вас проблемы с Памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | Когнитивные нарушения | • Регулярная физическая активность<br>• Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функции. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.)<br>• Рекомендовать специализированное консультирование гериатром/неврологом/ специалистом по нарушениям памяти по результатам теста Мини-Ког |
| **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Возрастные изменения мочевых путей<br>Лекарственные препараты<br>Пролапс тазовых органов<br>Заболевания предстательной железы<br>Сопутствующие заболевания | • Регулярная физическая активность, укрепление мышц тазового дна<br>• Уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков<br>• Абсорбирующее белье<br>• Консультирование гериатра/уролога/гинеколога |

| | | |
|---|---|---|
| | Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов | |
| **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?** | Полиморбидность<br>Деменция<br>Злоупотребление седативными и снотворными средствами<br>Одиночество, социальная изоляция | • В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей - консультация психиатра<br>• Направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции<br>• Консультирование гериатра |
| **Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)** | Мышечная слабость<br>Заболевания суставов<br>Периферическая нейропатия<br>Заболевания ЦНС | • Регулярная физическая активность<br>• Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки)<br>• Консультирование ортопеда, невролога, гериатра |

# ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

## И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР У ВЗРОСЛЫХ

Волонтеры медики

НМИЦ профилактической медицины

## Когда?

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ПМО) ПРОХОДИТ ЕЖЕГОДНО**

### ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

**18-39 лет** – 1 раз в 3 года

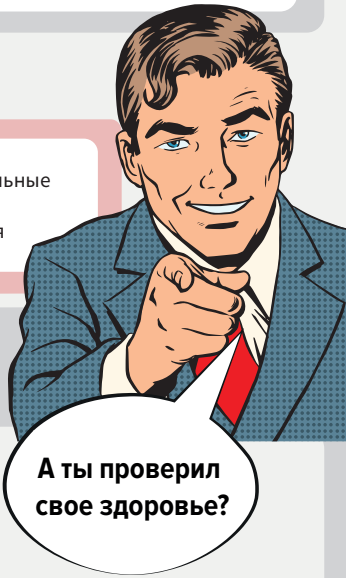
**старше 40 лет и другие категории граждан*** – ежегодно

*в том числе, работающие пенсионеры и работающие граждане за 5 лет и менее до наступления пенсионного возраста

## Зачем?

своевременно выявить на ранних стадиях отклонения в здоровье и риск болезни

получить индивидуальные рекомендации по сохранению здоровья




## Что входит в ПМО?

1. **анкетирование** (>18 лет – 1 раз в год)
2. **расчет на основании антропометрии** - индекса массы тела, окружность талии (>18 лет – 1 раз в год)
3. **измерение артериального давления** (>18 лет – 1 раз в год)
4. **определение уровня холестерина и глюкозы в крови** (>18 лет – 1 раз в год)
5. **определение относительного сердечно-сосудистого риска** (18 - 39 лет – 1 раз в год)
6. **определение абсолютного сердечно-сосудистого риска в возрасте** (40 - 64 лет – 1 раз в год)
7. **флюорографию легких или рентгенографию легких** (>18 лет – 1 раз в 2 года)
8. **ЭКГ в покое** (при первом прохождении ПМО, далее >35 лет – 1 раз в год)
9. **осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом** (женщин, 18 - 39 лет – 1 раз в год)
10. **измерение внутриглазного давления** (при первом прохождении ПМО, далее > 40 лет – 1 раз в год)
11. **прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра,** в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний

# Что входит в I этап диспансеризации?

| 18 - 39 лет<br>1 раз в 3 года | 40 - 64 лет<br>1 раз в год | > 65 лет<br>1 раз в год |
|---|---|---|
| **профилактический медицинский осмотр** | | |
| **скрининг на выявление онкологических заболеваний** | | |
| **взятие мазка** с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки (1 раз в 3 года) | **осмотр фельдшером** (акушеркой) или врачом акушером- гинекологом (1 раз в год) | **осмотр фельдшером** (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом (1 раз в год) |
| **осмотр** кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, **пальпация** щитовидной железы, лимфатических узлов | **взятие мазка** с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки (1 раз в 3 года) | **маммография** обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм до 75 (1 раз в 2 года) |
| | **маммография** обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм (1 раз в 2 года) | **исследование кала на скрытую кровь** иммунохимическим качественным или количественным методом до 75 лет (1 раз в год) |
| | **эзофагогастродуоденоскопия** в возрасте 45 лет | **осмотр** кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, **пальпация** щитовидной железы, лимфатических узлов |
| | **определение простат-специфического антигена** в крови (в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет) | |
| | **исследование кала на скрытую кровь** иммунохимическим качественным или количественным методом (1 раз в 2 года) | |
| | **осмотр** кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, **пальпация** щитовидной железы, лимфатических узлов | |
| | **общий анализ крови** (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ) | |
| **краткое профилактическое консультирование** | | |
| **прием (осмотр) врачом-терапевтом** | | |

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП, хранится в системе электронного документооборота Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

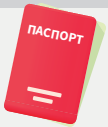
СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 01D558BC0500000000CD195F122E0001
Кому выдан: Киселев-Романов Алексей Анатольевич
Действителен: с 22.08.2019 до 22.08.2020

**Для дополнительного обследования и уточнения диагноза проводится II этап диспансеризации. А полный список обследований и консультаций зависит от возраста и выявленных заболеваний**

## Что необходимо?

Обратиться в медицинскую организацию по месту жительства, при себе иметь паспорт и полис ОМС




**Работающим гражданам предоставляется оплачиваемое освобождение от работы в количестве 1 рабочего дня для прохождения диспансеризации**