

Министерство здравоохранения Российской Федерации Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

Под редакцией Драпкиной О.М.

ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

**ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП**

**ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО**

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ**

*Методические рекомендации*



москвл2020

Министерство здравоохранения Российской Федерации Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Директор ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России, член-корреспондент РАН, профессор,

Главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России



О.М. Драпкина

«19» ноября 2019 г.

«1

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России

Л.Ю. Дроздова

Л.Ю.



«19» ноября 2019 г.

«19» нояб

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

Методические рекомендации

МОСКВА 2020

УДК 616-084

ББК 51.12

О64

**Авторы:**

*О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, Р.А. Еганян,*

*Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова*

**Рецензент:**

главный научный консультант ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э.Э. Эйхвальда, заслуженный деятель науки, академик РАН,

профессор *В.И. Мазуров*

О64 **Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения.** Методические рекомендации / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, РА. Еганян, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова. Издание 2-е. — М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. — 232 с.

ISBN 978-5-6043991-1-8

Методические рекомендации содержат расширенное описание организации проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого на- селения в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и дис- пансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Минздрава России от 13 марта 2019 г. № 124н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Феде- рации 24 апреля 2019 г. Регистрационный № 54495).

Методические рекомендации содержат комментарии к отдельным пунктам Порядка, облег- чающие его понимание и практическое применение. Рекомендации предназначены для руково- дителей медицинских организаций, осуществляющих профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию, для врачебного и среднего медицинского персонала, непосредственно уча- ствующего в их проведении.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России (Протокол № 11 от 19 ноября 2019 г.).

УДК 616-084

ББК 51.12

ISBN 978-5-6043991-1-8 © Коллектив авторов, 2020

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020

# Содержание

[СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 5](#_TOC_250001)

[ВВЕДЕНИЕ 6](#_TOC_250000)

ЧАСТЬ 1. Организационные аспекты проведения профилактического

медицинского осмотра и диспансеризации 9

ЧАСТЬ 2. Профилактическое консультирование в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации

взрослого населения 42

ПРИЛОЖЕНИЯ К МЕТОДИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ 73

**Приложение 1.** Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность

развития хронических неинфекционных заболеваний 73

**Приложение 2.** Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства

в отношении определенных видов медицинских вмешательств 76

**Приложение 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 81

**Приложение 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 83

Приложение 5. Диспансеризация взрослого населения (краткая

информация для граждан о диспансеризации и порядке ее прохождения) 85

**Приложение 6.** Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ

без назначения врача 88

**Приложение 7.** Правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) в рамках диспансеризации граждан в возрасте до 65 лет 92

Приложение 8. Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше

на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов

риска, старческой астении 97

Приложение 9. Правила вынесения заключения по результатам

анкетирования граждан в возрасте 65 лет и старше 100

Приложение 10. Неотложные меры самопомощи и взаимопомощи

при острых жизнеугрожающих состояниях 107

Приложение 11. Оценка сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE 119

Приложение 12. Осмотр кожных покровов и слизистых

(онкологическая составляющая врачебного осмотра) 123

Приложение 13. Навыки профилактического консультирования 126

Приложение 14. Алгоритм профилактического консультирования 129

Приложение 15. Оценка готовности пациента к снижению избыточной

массы тела 134

Приложение 16. Приемы эффективного профилактического

консультирования при табакокурении 135

**Приложение 17.** Классификация полезности и эффективности рекомендаций и их уровень доказательности на основе принципов

доказательной медицины 140

Приложение 18. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения

по здоровому образу жизни 141

**Приложение 19.** Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об охране здоровья граждан от воздействия

окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» 146

Приложение 20. Компоненты табачного дыма 147

Приложение 21. Влияние курения на здоровье и прогноз жизни 149

Приложение 22. Оценка степени никотиновой зависимости

(Тест Фагерстрема) 153

Приложение 23. Характеристика здорового образа жизни. 154

Приложение 24. Режимы питания, которые можно рекомендовать

пациентам с избыточной массой тела и ожирением 154

Приложение 25. Рекомендации при избыточной массе тела

(код МКБ-10 R63.5) и ожирении (код МКБ-10 Е66) 157

Приложение 26. Гиперхолестеринемия/дислипидемия (код МКБ-10 Е78) 162

Приложение 27. Распределение физической активности 164

Приложение 28. Неблагоприятные эффекты со стороны соматической

сферы употребления и злоупотребления алкоголем 165

Приложение 29. Оценка количества употребляемого алкоголя. 171

Приложение 30. Опросник AUDIT 173

Приложение 31. Лекарственные препараты, при лечении которыми

употребление алкоголя противопоказано 177

Приложение 32. Скрининг-тест на употребление наркотиков,

психотропных веществ (DAST 10) 183

Приложение 33. Интерпретация вопросника DAST-10 184

Приложение 34. Шкала «Возраст не помеха» 185

**Приложение 35.** Рекомендации по профилактическому консультированию пожилых на основе оценки по шкале «Возраст не помеха» 186

Приложение 36. Оценка когнитивных функций с использованием

теста Мини-Ког 188

Приложение 37. Краткие рекомендации по коррекции факторов 189

**Приложение 38.** Перечень памяток для населения и пациентов с риском хронических неинфекционных заболеваний и ссылки

на электронные ресурсы 190

Приложение 39. Здоровый образ жизни. Как сохранить сердце здоровым?. 191

Приложение 40. Как бросить курить? 197

Приложение 41. Что такое атеросклероз и чем он опасен? 201

Приложение 42. Избыточная масса тела. Как похудеть. Советы эксперта 207

Приложение 43. Самоконтроль артериального давления

в домашних условиях 211

Приложение 44. Как не поддаться влечению к спиртному? 212

Приложение 45. Профилактика инсульта 214

**Приложение 46.** Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов 216

**Приложение 47.** Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики

развития и прогрессирования старческой астении 217

# 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 кровообра-

щения

**ВОЗ** – Всемирная организация здра- воохранения

**ГГ** – гипергликемия

**ГТГ** – гипертриглицеридемия

**ГХС** – гиперхолестеринемия

**ДАД** – диастолическое артериальное давление

**ДЛП** – дислипопротеинемия

**ДН** – диспансерное наблюдение **ЖКТ** – желудочно-кишечный тракт **ЗНО** – злокачественные новообра-

зования

**ЗОЖ** – здоровый образ жизни

**ИБС** – ишемическая болезнь сердца **ИзбМТ** – избыточная масса тела **ИМТ** – индекс массы тела

**ИС** – информационная система

**КМП** – кабинет медицинской профи- лактики

**ЛЖ** – левый желудочек

**ЛПУ** – лечебно-профилактические учреждения

**НИ** – неинфекционные заболевания **НФА** – низкая физическая активность **ПК** – профилактическое консультиро-

вание

**ПМО** – профилактический медицин- ский осмотр

**ПМСП** – первичная медико-санитар- ная 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 профилактиче- ское консультирование

**ФР** – фактор риска

**ХНИЗ** – хронические неинфекцион- ные заболевания

# Введение

В соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 27 июня 2019 г.

№ 1391-р предписано:

* высшим исполнительным органам государственной власти субъек- тов Российской Федерации в 2019 и 2020 гг. организовать проведе- ние профилактических медицинских осмотров (далее —ПМО) и диспансеризации определенных групп взрослого населения в ме- дицинских организациях, участвующих в реализации терри- ториальных программ государственных гарантий бесплатного ока- зания гражданам медицинской помощи, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 13 марта 2019 г. № 124н;
* Федеральному фонду обязательного медицинского страхования со- вместно с территориальными фондами обязательного медицинско- го страхования и страховыми медицинскими организациями, Рос- здравнадзору в рамках установленных полномочий осуществлять контроль их проведения.

В целях повышения охвата граждан ПМО и диспансеризацией Минздраву России, Минпросвещения России, Минобрнауки России, Минкомсвязи России, Минспорту России, Минтрансу России и Мин- труду России предписано обеспечить размещение информационных материалов и проведение информационно-коммуникационной кампа- ний, направленных на популяризацию ПМО и диспансеризации, в том числе на телевидении, радио и в информационнотелекоммуникационной сети «Интернет».

Новый порядок проведения ПМО и диспансеризации предусма- тривает ежегодное проведение ПМО для всех взрослых граждан Рос- сии и диспансеризации в возрасте 18–39 лет 1 раз в 3 года, а в возрас- те 40 лет и старше — ежегодно. Важно отметить, что диспансеризация включает раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидно- сти и преждевременной смертности населения Российской Федерации, в том числе онкоскрининг на 7 наиболее распространенных локализа- ций онкологических заболеваний, а также дополнительное обследова- ние граждан старших возрастных групп, направленное на выявление возраст-ассоциированных патологических состояний (гериатрических синдромов).

Учение о скрининге (раннем выявлении) высокоактуальных для общества заболеваний путем массового обследования здорового (бес-

симптомного) 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 де- сятилетия 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 ве- роятными негативными последствиями. Внедрение любого скрининг- теста требует клинико-экономического обоснования его эффектив- ности, четкого определения баланса пользы и вреда от его массового применения, а также глубокого медико-статистического анализа ре- зультатов его проведения, прежде всего по изучению динамики показа- телей смертности и инвалидности населения (контингентов, подвер- женных скринингу). Результаты такого ежегодного анализа должны лежать в основе решения о дальнейшем продолжении или исключении проводимого скрининга, в том числе проводимого в рамках диспансе- ризации.

Очень важной новацией нового порядка проведения ПМО и дис- пансеризации стала организационно-правовая возможность привлече- ния медицинских работников медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь для проведения приемов (осмотров, консультаций), исследований и иных медицинских вмеша- тельств, 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 устанав- ливается диспансерное наблюдение. Целевой показатель охвата дис- пансерным 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 проведе- ния ПМО или диспансеризации одновременно с проведением очеред- ного диспансерного обследования и осмотра в рамках диспансерного наблюдения граждан. При этом исключается дублирование лаборатор- но-инструментальных исследований и осмотров врачами-специалиста- ми, экономится время, особенно работающих граждан и медицинского

персонала.

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

Для обеспечения широкого охвата профилактическими мероприя- тиями в Национальный проект «Здравоохранение», реализуемый с 2019 г., включены меры по расширению кадрового и ресурсного обе- спечения первичного звена здравоохранения. Это касается и до- страивания сети амбулаторных медицинских организаций первичного звена в сельской местности на основе единой для страны геоинформа- ционной электронной системы территориального планирования. Для оказания первичной медико-санитарной помощи жителям малонасе- ленных и труднодоступных районов развиваются выездные формы ра- боты с помощью мобильных медицинских комплексов, укомплектован- ных диагностическим оборудованием и бригадами специалистов.

Настоящие методические рекомендации подготовлены в целях ока- зания практической помощи как ответственным лицам — организато- рам 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 содержат 47 приложений, включающих материалы для медицинских работников и пациентов.

В первую часть «Организационные аспекты проведения профи- лактического медицинского осмотра и диспансеризации» вошли ком- ментарии, методические приемы и практические примеры реализации отдельных, требующих пояснений пунктов «Порядка проведения про- филактического медицинского осмотра и диспансеризации определен- ных групп взрослого населения» (далее — Порядок), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. №124н, а также рекомендации по их практическому использованию.

Вторая часть «Профилактическое консультирование в рамках про- филактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения» представляет собой изложение основных принципов, по- ложений и приемов проведения отдельных видов профилактического консультирования применительно к проведению ПМО и диспансери- зации взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. №124н.

Приложения содержат нормативно-правовые и методические мате- риалы для медицинских работников и пациентов, конкретные примеры практической реализации основных организационных и лечебно-диаг- ностических мероприятий по проведению ПМО и диспансеризации.

**ЧАСТЬ 1**

# Организационные аспекты проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации

**Разъяснения к отдельным пунктам Порядка проведения профилак- тического 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 настоя- щего порядка, направлены на профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состоя- ний), являющихся основной причиной инвалидности и прежде- временной 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 актив- ность, избыточную массу тела или ожирение (далее — факто- ры риска), а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача».*

Необходимо отметить, что ранняя диагностика и скрининг — это два самостоятельных понятия, различия которых были представлены в Руководстве ВОЗ по ранней диагностике рака [Guide to Cancer Early Diagnosis] в 2017 г. (рис. 1).

К хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ), являю- щимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертно- сти населения, согласно рекомендации ООН (2010), относятся болез- ни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразова- ния (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 раз- вития, причем большинство из них поддаются коррекции. Концепция ФР стала научной основой профилактики: неопровержимо доказано, что распространенность ФР развития основных ХНИЗ среди населе-

|  |
| --- |
| **ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ СКРИНИНГ ОТ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ** |

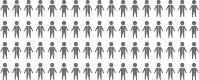
*Источник:*

Guide to cancer early diagnosis. World Health Organization, 2017.

**Как правило не одно, а несколько разных исследований, в соответствии со стандартом медицинской помощи**

Обследуют тысячи — выявляют единицы

**Дорогое мероприятие, большой биз- нес, много желающих заработать. Необходимо тщательное клинико- экономическое обоснование и досто- верное определение баланса пользы и вреда от проводимого скрининга**



**Подлежат скринингу (просеиванию)**

большие целевые группы населения

Появление симптомов

СКРИНИНГ

Смерть

Распростра- ненный рак

Инвазив- ный рак

Преинвазив- ный рак

Аномальные клетки

Здоровье клетки

**Подлежат диагностике только** лица, имеющие симптомы заболевания

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА

**Рисунок 1.** Основные различия скрининга и ранней диагностики заболеваний

ния непосредственно связана с уровнем смертности от них. Мировой опыт свидетельствует о том, что воздействия в течение 10 лет, направ- ленные на снижение распространенности указанных ФР, обуславлива- ют основной вклад в снижение смертности от ХНИЗ.

Основные ФР ХНИЗ и критерии для их определения представлены в Приложении № 3 к Порядку проведения ПМО и диспансеризации (Приложение 1 к настоящим методическим рекомендациям).

*«3) проведение профилактического консультирования граж- дан с выявленными хроническими неинфекционными заболевани- ями и факторами риска их развития».*

Необходимо обратить внимание на то, что проведение профилак- тического консультирования граждан с выявленными ХНИЗ и ФР их развития предусмотрено в рамках диспансеризации.

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

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

*«а) с выявленной ишемической болезнью сердца, церебровас- кулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конеч- ностей атеросклеротического генеза или болезнями, характе- ризующимися повышенным кровяным давлением;*

*б) с выявленным по результатам анкетирования риском па- губного потребления алкоголя и (или) потребления наркотиче- ских средств и психотропных веществ без назначения врача;*

*в) для всех граждан в возрасте 65лет и старше в целях кор- рекции выявленных факторов риска и (или) профилактики стар- ческой астении;*

*г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожи- рения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холесте- рина 8 ммоль/л и более, а также при выявлении по результатам анкетирования дозы курения более 20 сигарет в день, при 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 еже- годно:*

1. *в качестве самостоятельного мероприятия;*
2. *в рамках диспансеризации;*
3. *в рамках диспансерного наблюдения (при проведении пер- вого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консуль- тации».*

Это положение Порядка дает очень важную в практическом отно- шении 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 дис- пансерное наблюдение.

Реализация этого положения позволит:

* исключить дублирование основных профилактических мероприя- тий (осмотров, исследований, консультаций), проводимых в рамках

ПМО, диспансеризации и ДН, а следовательно, уменьшить мате- риальные затраты на их проведение;

* существенно увеличить охват больных 3А и 3Б групп здоровья дис- пансерным наблюдением и в полном объеме осуществить охват диспансерным наблюдением пациентов со 2-й группой здоровья;
* существенно сократить затраты рабочего времени медицинского персонала на проведение ПМО, диспансеризации и ДН, а для граждан, соответственно, сократить время на посещение поликли- ники, что особенно важно для работающих граждан (раздельное проведение этих мероприятий, бесспорно, потребует больших за- трат 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 40лет и старше, а также в отноше- нии 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 работа- ющих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет».*

Необходимо обратить внимание на информацию в сноске (\*) При- ложения № 1 к Порядку проведения ПМО и диспансеризации: «\* — если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследова- ние не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в пункте 16 или 17 настоящего порядка, то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуе- мой 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 (табл. 1).

Верхняя граница трудоспособного возраста лиц, застрахованных по ОМС, а также возраст, по достижении которого для мужчин и жен- щин возникает право на страховую пенсию по старости, зависят от пе- риода представления формы территориальными фондами в Феде- ральный фонд (табл. 2).

##### *Таблица 1.* График исследований с учетом первичного обращения для прохождения ПМО и диспансеризации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| Диспансериза- ция проводится: 1 раз в 3 года, начиная с лю- бого возраста  в интервале  от 18 до 39 лет; в возрасте  40 лет и стар- ше — ежегодно | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + | ежегод- но |
|  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  |
|  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |

*Таблица 2.* **Верхняя граница трудоспособного возраста застрахованных по ОМС и возраст, по достижении**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Период представления формы территори- альными**  **фондами**  **в Федеральный фонд** | **Мужчины** | | **Женщины** | |
| **(V—1) —**  **верхняя граница трудо- способного возраста,**  **лет** | **V — возраст, по достижении которого воз- никает право на страховую пенсию по ста- рости, лет** | **(V—1) —**  **верхняя граница трудоспособ- ного возраста, лет** | **V — возраст, по достижении которого воз- никает право на страховую пенсию по ста- рости, 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 последую- щие годы | 64 | 65 | 59 | 60 |

*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).

## Пункт 10 Порядка проведения ПМО и диспансеризации

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

В целях повышения доступности проведения ПМО и диспансери- зации ряд исследований может быть выполнен в других медицинских организациях, в том числе оказывающих специализированную меди- цинскую помощь.

## Пункт 11 Порядка проведения ПМО и диспансеризации

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

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

Порядок и формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от определенных видов медицин- ских вмешательств утверждены приказом Минздрава России от 20 де- кабря 2012 г. № 1177н (в ред. от 17.07.2019 № 538н) (Приложения 2, 3 к настоящим методическим рекомендациям).

Согласно изменениям, введенным приказом Минздрава России от 17.07.2019 № 538н, информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, а также отказ от одного или нескольких видов вмешательств теперь могут оформляться не только в виде доку- мента на бумажном носителе, но и в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица с использованием усиленной квалифицирован- ной электронной подписи или простой электронной подписи посред- ством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квали- фицированной электронной подписи. Такое согласие включается в ме- дицинскую документацию пациента.

Информированное добровольное согласие или отказ от медицин- ского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием ЕГИС в сфере здравоохранения, ГИС в сфере здраво- охранения субъектов РФ, медицинских ИС медицинских организаций,

иных ИС, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предо- ставления информации, касающейся деятельности медицинских орга- низаций и предоставляемых ими услуг.

Информированное добровольное согласие или отказ от медицин- ского 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 элек- тронной подписи его личность установлена при личном приеме.

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на ко- торые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), утвержденный приказом Мин- здравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистриро- ван Минюстом РФ 5 мая 2012 г., № 24082), не содержит эзофагога- стродуоденоскопии, ректороманоскопии и колоноскопии, входящих в объем диспансеризации. По этой причине у лиц, которым показано проведение данных исследований (медицинских вмешательств), необ- ходимо отдельно брать добровольное информированное согласие или отказ от проведения эзофагогастродуоденоскопии и/или ректоромано- скопии 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 профилактиче- ского медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здраво- охранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н» абзац 2 пункта 12 представлен в следующей редакции:

«Медицинский работник, уполномоченный руководителем меди- цинской организации, осуществляет информационное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями в целях организации информирования граждан, подлежащих профилактическому медицин- скому осмотру и (или) диспансеризации в текущем году, или их закон- ных представителей о возможности прохождения профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации в соответствии с Пра- вилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н [зарегистриро- ван Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный № 54643]» (далее — Правила обязательного меди- цинского страхования).

## Пункт 13 Порядка проведения ПМО и диспансеризации

*«13. Основными задачами фельдшера фельдшерского здрав- пункта или фельдшерско-акушерского пункта при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и дис- пансеризации 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 подраз- делений медицинской организации, участвующих в проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также по- вышение мотивации граждан к регулярному прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансериза- ции, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи».*

Пример краткой информации для граждан о ПМО и диспансериза- ции, которая должна быть адаптирована к местным условиям, пред- ставлена в Приложении 5 к настоящим методическим рекомендациям. См. также пояснения по пункту 15 Порядка.

*«3) выполнение приемов (осмотров), медицинских исследо- ваний и иных медицинских вмешательств, входящих в объем про- филактического медицинского осмотра и первого этапа диспан- серизац*

* *опроса (анкетирования) граждан и подготовки заключения по его результатам, а также установления факта наличия дополнительных жалоб на состояние здоровья, не выявлен- ных при опросе (анкетировании) (далее — анкетирова- ние)».*

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребле- ния наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса (анке- тирования) 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 вынесе- ния заключения по результатам анкетирования граждан 65 лет и стар- ше представлены в Приложениях 6–9 к настоящим методическим ре- комендациям.

* *«...измерения артериального давления на периферических артериях».*

Измерение артериального давления проводится только на плече- вой 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 ро- товой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфати- ческих узлов»;*
* *«...проведения краткого индивидуального профилактиче- ского консультирования в рамках первого этапа диспансери- зации».*

Методика проведения индивидуального профилактического кон- сультирования, представлена в части 2 настоящих методических реко- мендаций.

*«4) организация выполнения приемов (осмотров), медицин- ских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, не указанных в подпункте 3 настояще- го пункта, в том числе направление по результатам профилак- тического медицинского осмотра граждан, находящихся под диспансерным наблюдением (с 3-й группой здоровья), на прием (осмотр) врачом-терапевтом, врачом по медицинской про- филактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья в объеме, предусмотренном в подпункте 11 пункта 16настоящего 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 (аку- шеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39лет 1 раз в год»*, а подпункт 12 пункта 16 посвящен объ- ему приема (осмотра) врачомтерапевтом и врачом по медицинской профилактике: *«12) прием (осмотр) по результатам профилак- тического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выяв- ление визуальных и иных локализаций онкологических заболева- ний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ро- товой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско- акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицин- ской профилактике отделения (кабинета) медицинской профи- лактики 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, цереброва- скулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних ко- нечностей атеросклеротического генеза, болезнями, харак- теризующимися повышенным кровяным давлением, — основ- ных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важно- сти своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи». Необходимо перечислить пациенту выявленные у него ФР, па- губные последствия их наличия и основные направления по их коррекции.*

Больным ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной ги- пертонией (АГ), цереброваскулярными болезнями и другими пораже- ниями сосудов атеросклеротической природы, сахарным диабетом (СД) 2-го типа, а также пациентам с высоким суммарным сердечно-со- судистым риском (СС риск) и их близким рекомендуется дать памятку, которая содержит правила неотложных мер при возникновении жиз- неугрожающих состояний в период до прибытия медицинского работ- ника (Приложение 10 к настоящим методическим рекомендациям).

*«7) формирование комплекта документов, заполнение кар- ты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) по форме, утверждаемой в соответствии с ча- стью 3 статьи 97 Федерального закона № 323-ФЗ Минис- терством здравоохранения Российской Федерации (далее — карта учета диспансеризации)».*

Необходимо подчеркнуть, что работником фельдшерского здрав- пункта или фельдшерско-акушерского пункта заполняется карта учета ПМО (диспансеризации) только по результатам исследований, прове- денных 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 профи- лактики или центра здоровья, а также фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта (по результатам исследований, про- веденных в рамках профилактического медицинского осмотра и дис- пансеризации 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 дис- пансеризации являются:*

*1) привлечение населения, прикрепленного к участку, к про- хождению профилактического медицинского осмотра и дис- пансеризации, информирование граждан об их целях, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений ме- дицинской организации, участвующих в проведении профилак- тического медицинского осмотра и диспансеризации, необхо- димых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к регулярному прохождению профилакти- ческого медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи».*

Пример краткой информации для граждан о ПМО и диспансериза- ции, которая должна быть адаптирована к местным условиям, пред- ставлена в Приложении 5 к настоящим методическим рекомендациям. См. также пояснения по пункту 15 Порядка.

*«2) прием (осмотр) по результатам профилактического ме- дицинского осмотра, в том числе граждан, направленных в соответствии с подпунктом 4 пункта 13 и подпунктом 6 пункта 15 настоящего порядка, в объеме, предусмотрен- ном 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 осмо- тру 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 меди- цинского 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, фельд- шером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушер- ского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилак- тики или центра здоровья».*

*«2) ...прием (осмотр) по результатам первого этапа дис- пансеризации, включающий осмотр на выявление визуальных*

*и иных локализаций онкологических заболеваний, включаю- щих осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой по- лости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза заболевания (состоя- ния), определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмо- тров (консультаций) и исследований в рамках второго эта- па диспансеризации, а также прием (осмотр) по результа- там второго этапа диспансеризации...».*

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

Заключение оформляется в карте учета профилактического меди- цинского осмотра (диспансеризации). Направление на второй этап диспансеризации необходимо сопровождать формулировкой, объяс- няющей причину этого направления, а также упоминанием вида ис- следования или наименованием врача-специалиста.

*«3) разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний о мерах по их снижению, а па- циентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно- сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезня- ми, характеризующимися повышенным кровяным давлени- ем, — основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала по- явления симптомов) вызова бригады скорой медицинской по- мощи». Необходимо перечислить пациенту выявленные у него ФР, пагубные последствия их наличия и основные направле- ния по их коррекции.*

Больным ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной ги-

пертонией (АГ), цереброваскулярными болезнями и другими пораже- ниями сосудов атеросклеротической природы, сахарным диабетом (СД) 2-го типа, а также пациентам с высоким суммарным сердечно-со- судистым риском (СС риск) и их близким рекомендуется дать памятку, которая содержит правила неотложных мер при возникновении жиз- неугрожающих состояний в период до прибытия медицинского работ- ника (Приложение 10 к настоящим методическим рекомендациям).

*«5) В случае отсутствия в медицинской организации от-*

*деления (кабинета) медицинской профилактики к задачам врача-терапевта (в том числе врачебной амбулатории) при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации относятся задачи, предусмо- тренные подпунктами 1, 3, абзацами с первого по десятый, а также 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 ка- чества не имеет реальной возможности. Кроме того, необходимо учи- тывать, что в тексте Порядка допущена ошибка: в подпункте 4 пункта 15 отсутствуют 12 и 13 абзацы.

## Пункт 15 Порядка проведения ПМО и диспансеризации

*«15. Основными задачами отделения (кабинета) медицин- ской профилактики и центра здоровья при организации и про- ведении профилактического медицинского осмотра и диспансе- ризации являются:*

1. *составление плана проведения профилактического меди- цинского осмотра и диспансеризации в текущем календарном году;*
2. *участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о прове- дениипрофилактическогомедицинскогоосмотраидиспансериза- ции, 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 те- кущем календарном году и при информировании населения, находяще- гося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении ПМО и диспансеризации необходимо учитывать уста- новленные целевые и дополнительные показатели следующих нацио- нальных и федеральных проектов.

Национальный проект «Здравоохранение». Паспорт Националь- ного проекта «Здравоохранение» утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и на- циональным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. № 16) и содер- жит такой целевой показатель, как охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами (табл. 3).

##### *Таблица 3.* Охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами в рамках Национального проекта «Здравоохранение

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **П/п** | **Целевой показатель** | **Уровень конт- роля** | **Базовое значение** | | **Период, год** | | | | | | |
| **Зна- че ние** | **Дата** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** |
| 6.1. | Охват всех граждан профи- лактическими медицинскими осмотрами, % | Совет | 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 «Здраво- охранение» (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 такие целевые по- казатели, как число граждан, прошедших ПМО, и доля впервые в жиз- ни установленных неинфекционных заболеваний, выявленных при проведении диспансеризации и ПМО (табл. 4).

##### *Таблица 4.* Целевые показатели федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование показателя** | **Тип показа- теля** | **Базовое значение** | | **Период, год** | | | | | |
| **Зна- чение** | **Дата** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** |
| Число граждан, про- шедших ПМО, млн чел. | Основ- ной | 58,4 | 31.12.2017 | 61,39 | 63,83 | 66,20 | 78,60 | 87,68 | 102,74 |
| Доля впервые в жизни установленных неин- фекционных заболева- ний, выявленных при проведении диспансери- зации и ПМО у взрос- лого населения, от об- щего числа неинфекци- онных заболеваний  с впервые установлен-  ным диагнозом, % | Допол- нитель- ный | 16,7 | 31.12.2017 | 17,4 | 18,1 | 18,9 | 19,6 | 20,3 | 21,1 |

Федеральный проект «Старшее поколение» (входит в состав На- ционального проекта «Демография», паспорт которого утвержден ре- шением президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 г.). Паспорт федерального проекта «Старшее поколение» вклю- чает такой целевой показатель, как охват граждан старше трудоспо- собного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансе- ризацию1 (табл. 5).

##### *Таблица 5.* Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, в рамках федерального проекта «Старшее поколение»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **П/п** | **Наименование показателя** | **Тип показа теля** | **Базовое значение** | | **Период, год** | | | | | |
| **Зна- чение** | **Дата** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** |
| 3. | Охват граждан старше трудоспо- собного возраста1 профилактиче- скими осмотрами, включая диспансе- ризацию, % | Допол- нитель- ный | 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 прохожде- ния и последовательности проведения обследования».*

Пример краткой информации для граждан о профилактическом медицинском осмотре и диспансеризации, которая должна быть адап- тирована к местным условиям, представлена в Приложении 5 к настоя- щим методическим рекомендациям.

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 преду- смотренных федеральным проектом задач, либо в случае изменения прогнозного значения показателей.

2 Здесь и далее по тексту федерального проекта термин «старше трудоспособ- ного возраста» употребляется в отношении женщин, достигших возраста 55 лет и старше, и мужчин, достигших возраста 60 лет и старше.

*«4) выполнение приемов (осмотров), медицинских исследо- ваний и иных медицинских вмешательств, входящих в объем про- филактического медицинского осмотра и диспансеризации:*

* *анкетирования».*

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребле- ния наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса (анке- тирования) 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 вынесе- ния заключения по результатам анкетирования граждан 65 лет и стар- ше представлены в Приложениях 6–9 к настоящим методическим ре- комендациям.

* *«...измерения артериального давления на периферических ар- териях».*

Измерение артериального давления проводится только на плече- вой артерии по методу Короткова.

«...приема (осмотра) по результатам профилактического медицин- ского осмотра в объеме, предусмотренном в подпункте 11 пункта 16на- стоящего 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 (аку- шеркой) 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 меди- цинской профилактике: «12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических за- болеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфа- тических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или вра- чом по медицинской профилактике отделения (кабинета) меди- цинской профилактики или центра здоровья».*

*«6) направление по результатам профилактического меди-*

*цинского 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 (от- клонение от нормы) увеличилась».*

Для граждан с установленной 1-й или 2-й группой здоровья, у ко- торых по результатам анкетирования, приема (осмотра) и исследова- ний не выявляются жалобы на здоровье и (или) патологические изме- нения 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 про- филактике, а также врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицин- ской профилактики или центра здоровья, которые прошли обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квали- фикации по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

*«7) разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний мер по их снижению, а пациен- там с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-со- судистым риском, больным ишемической болезнью сердца, це- реброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезня- ми, характеризующимися повышенным кровяным давлением, основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а так- же правил первой помощи при их развитии, жизненной важ- ности 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 на- правления по их коррекции.*

Больным ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной ги-

пертонией (АГ), цереброваскулярными болезнями и другими пораже- ниями сосудов атеросклеротической природы, сахарным диабетом (СД) второго типа, а также пациентам с высоким суммарным сердечно-со- судистым риском (СС риск) и их близким рекомендуется дать памятку, которая содержит правила неотложных мер при возникновении жиз- неугрожающих состояний в период до прибытия медицинского работ- ника (Приложение 10 к настоящим методическим рекомендациям).

## 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 веществ без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирова- ния) граждан в возрасте до 65 лет, а также анкета для граждан в воз- расте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных за- болеваний, факторов риска, старческой астении и правила вынесения заключения по результатам анкетирования граждан 65 лет и старше представлены в Приложениях 6–9 к настоящим методическим реко- мендациям.

*«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 плече-

вой артерии по методу Короткова.

*«6) определение относительного сердечно-сосудистого ри- ска 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, свя- занных с атеросклерозом, сахарного диабета второго типа и хрониче- ских болезней почек (Приложение 11 к настоящим методическим ре- комендациям).

*«12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление ви- зуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ро- товой полости, лимфатических узлов, фельдшером фель- дшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пун- кта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профи- лактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья».*

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

Для граждан 1, 2-й групп здоровья, у которых по результатам анке- тирования, приема (осмотра) и исследований не выявляются жалобы

на здоровье и (или) патологические изменения исследуемых показате- лей, которых ранее не было или их степень выраженности (отклонение от нормы) не увеличилась, завершающий прием (осмотр) в ПМО мо- жет и должен проводить фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врач по медицинской профилакти- ке, а также врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской про- филактики или центра здоровья, которые прошли обучение по допол- нительным профессиональным программам повышения квалификации по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формиро- вания здорового образа жизни.

Кроме того, врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья в соответствии с Порядком прове- дения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным при- казом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 173н, а также фельдшер фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов3 осуществляют диспансерное наблюдение за лицами с установленной по результатам ПМО и дис- пансеризации 2-й группой здоровья, имеющими высокий или очень высокий абсолютный СС риск, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансер- ному наблюдению врачом-терапевтом. Следует отметить, что в прием врача-терапевта входит обязательное:

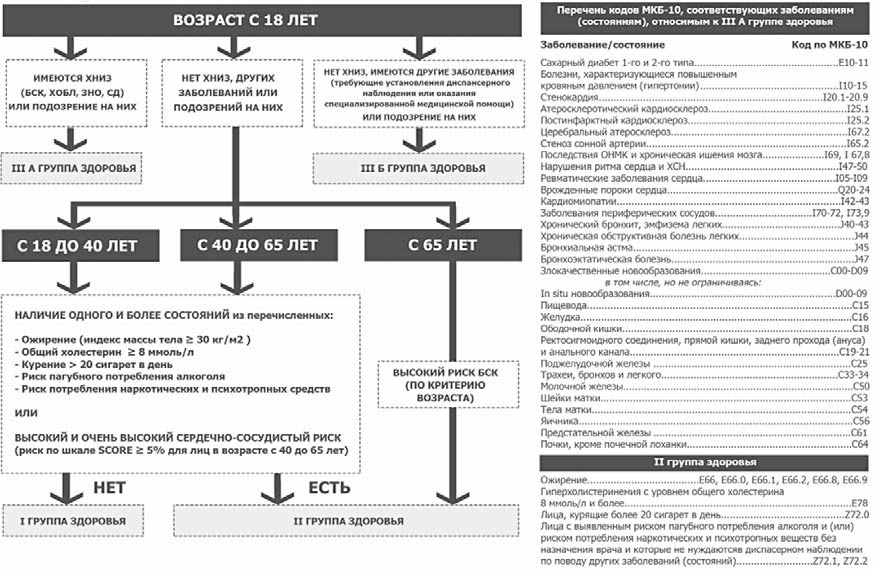
а) установление диагноза заболевания;

1. определение в соответствии с заболеванием группы здоровья и группы диспансерного наблюдения (рис. 2);
2. направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем профилак- тического медицинского осмотра.

В процессе приема (осмотра) фельдшером фельдшерского здрав- пункта или фельдшерскоакушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике, врачом (фельдшером, меди- цинской сестрой) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья необходимо в соответствии с подпунктом 5 пунк- та 13, подпунктом 3 пункта 14 и подпунктом 7 пункта 15 провести разъ- яснение 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, характеризую-

3 Для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, рас- положенных в удаленной или труднодоступной местности.

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



28

**Рисунок 2.** Алгоритм установления групп здоровья

щимися повышенным кровяным давлением, об основных симптомах инфаркта миокарда и инсульта, о правилах первой помощи при их раз- витии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от на- чала 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 упо- требления алкоголя, потребления наркотических средств и пси- хотропных веществ без назначения врача, определения группы здоровья, а также определения медицинских показаний к выпол- нению дополнительных обследований и осмотров врачами- специалистами для уточнения диагноза заболевания (состоя- ния) 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 на- стоящего 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 профилактиче- ского консультирования в отделении (кабинете) медицин- ской профилактики (центре здоровья)...».*

Данное положение Порядка предусматривает проведение краткого индивидуального профилактического консультирования врачом по ме- дицинской профилактике (фельдшером) отделения (кабинета) меди- цинской профилактики или центра здоровья.

*«г) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на вы- явление визуальных и иных локализаций онкологических забо- леваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, опре-*

*деления группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консуль- таций) и обследований в рамках второго этапа диспансери- зации».*

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

Заключение оформляется в карте учета профилактического меди- цинского осмотра (диспансеризации). Направление на второй этап диспансеризации необходимо сопровождать формулировкой, объяс- няющей причину этого направления, а также упоминанием вида ис- следования или наименованием врача-специалиста.

*«2) для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включитель- но 1 раз в год (за исключением приемов (осмотров), медицин- ских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем первого этапа диспансеризации, с иной периодично- стью):*

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

*3) для граждан в возрасте 65лет и старше 1 раз в год (за иск- лючением 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 на то, что граждане с установлен- ным ДН согласно клиническим рекомендациям по профилю их заболе- вания могут нуждаться в более полном клиническом анализе крови. Для того чтобы исключить дублирование указанных исследований кро- ви, им назначается клинический анализ крови в предусмотренном кли- ническими рекомендациями объеме, на бланке анализа делается по- метка «Диспансеризация+ДН».

## Пункт 18 Порядка проведения ПМО и диспансеризации

*18. Второй этап диспансеризации проводится с целью допол- нительного 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 75лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результа- там скрининга на выявление злокачественных новообразо-*

*ваний толстого кишечника и прямой кишки, при отягощен- ной наследственности по семейному аденоматозу и (или) злокачественным новообразованиям толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других медицинских показа- ний по результатам анкетирования, а также по назначе- нию врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гине- колога в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки)».*

Необходимо обратить внимание на то, что семейный аденоматоз толстой кишки называется также диффузным полипозом толстой киш- ки, выявление отягощенной наследственности по которому тоже явля- ется целью опроса (анкетирования) граждан.

*«9) осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом (для женщин в возрасте 18 лет и старше с выявленными па- тологическими 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, на- правленного на раннее выявление злокачественных новооб- разований молочных желез)».*

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

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

*а) с выявленной ишемической болезнью сердца, церебровас- кулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конеч- ностей атеросклеротического генеза или болезнями, характе- ризующимися повышенным кровяным давлением;*

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

*в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях кор- рекции выявленных факторов риска и (или) профилактики стар- ческой астении;*

*г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечнососудистого риска, и (или) ожи- рения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холесте- рина 8 ммоль/л и более, а также для установленных по резуль- татам анкетирования дозы курения более 20 сигарет в день...».*

Основные принципы, положения и приемы проведения УПК под- робно описаны в части 2 «Профилактическое консультирование в рам- ках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения» данных методических рекомендаций.

*«13) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здо- ровья, определение группы диспансерного наблюдения (с уче- том заключений врачей-специалистов), направление граж- дан 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 вы- сокотехнологичной медицинской помощи, на санаторно- курортное лечение».*

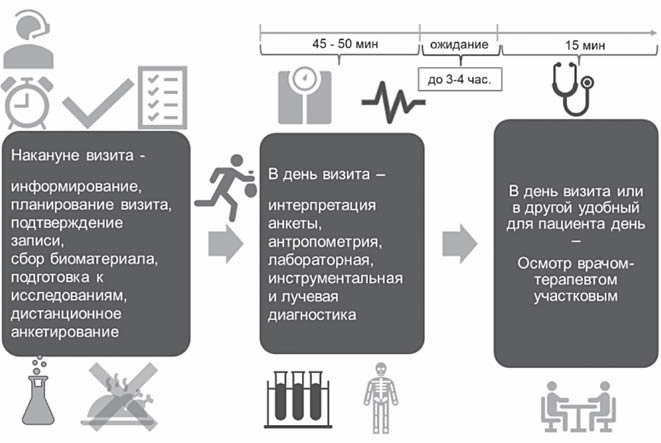
В соответствии с приказом Минздрава России от 2 сентября 2019 г.

№ 716н «О внесении изменений в порядок проведения профилактиче- ского медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здраво- охранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н»

*«профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансе- ризации рекомендуется проводить в течение одного рабочего дня».* Для выполнения в течение одного рабочего дня скрининговых ме- роприятий, составляющих объем ПМО или первого этапа диспансери- зации, медицинские организации, оказывающие ПМСП, должны обе-

спечить:

* заблаговременное информирование граждан о перечне исследова- ний, включенных в объем ПМО и первый этап диспансеризации, в соответствии с их полом и возрастом, а также о правилах подго- товки к этим исследованиям (включая правила сбора биоматериа- лов, 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 рентге- нографии легких; электрокардиографии; измерения внутриглазно- го давления; осмотра женщин фельдшером (акушеркой) или вра- чом акушером-гинекологом; взятие мазка с шейки матки; маммо- графии в двух проекциях; эзофагогастродуоденоскопии;
* прием врачом-терапевтом участковым.



**Рисунок 3.** Организация профилактического осмотра и первого этапа диспансеризации за 1—2 визита

В случаях, когда невозможно получение результата лабораторных исследований в день обращения и/или проведение приема врачом- терапевтом участковым (в связи со сменным графиком работы), допу- стимо его проведение по предварительной записи в иные сроки, удоб- ные для гражданина (рис. 3).

В соответствии с приказом Минздрава России от 2 сентября 2019 г.

№ 716н «О внесении изменений в порядок проведения профилактиче- ского медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здраво- охранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н»:

*«Медицинской организацией работающему гражданину вы- дается справка о прохождении профилактического медицинско- го осмотра или диспансеризации в день прохождения указанных осмотров в соответствии с Порядком выдачи медицинскими ор- ганизациями справок и медицинских заключений, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального разви- тия Российской Федерации от 2 мая 2012 г. № 441н».*

Справка о прохождении ПМО и диспансеризации оформляется в произвольной форме.

**Приложение № 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 вклю- чительно – маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года».*

Следует подчеркнуть, что допускается и учитывается только цито- логическое исследование мазка с шейки матки, в том числе с примене- нием жидкостной технологии, с окраской по методу Папаниколау, по- лучившего международное признание как наиболее эффективный ме- тод скрининга рака шейки матки.

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

*«г) скрининг на выявление злокачественных новообразова- ний толстого кишечника и прямой кишки:*

* *в возрасте от 40 до 64 лет включительно – исследование кала на скрытую кровь иммуно-химическим качественным или количественным методом 1 раз в 2 года;*
* *в возрасте от 65 до 75 лет включительно – исследование кала на скрытую кровь иммуно-химическим качественным или количественным методом 1 раз в год».*

Учитывается исследование кала на скрытую кровь только иммуно- химическим качественным или количественным методом. Все другие методы исследования кала на скрытую кровь не учитываются.

*«д) осмотр на выявление визуальных и иных локализаций он- кологических заболеваний, включающий осмотр кожных покро- вов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов».*

По данным Всемирной организации здравоохранения скрининго- вое 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 распо- лагается у основания языка (задняя треть языка), мягкого нёба (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 дис- пансеризации.

**Приложение № 1** с уточнениями

35

**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

1. 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 граждан 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, окруж- ности талии) индекса массы тела | + | + | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |
| Измерение артериалвного давления на периферических артериях | + | + | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |
| Определение уровня общего холестерина в крови | + | + | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |
| Определение уровня глюкозы в крови натощак | + | + | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |
| Определение относителвного сердечно- сосудистого риска | + | + | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Определение абсолютного сердечно- сосудистого риска |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |
| Флюорография легких\* | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |
| Электрокардиография в покое\*\* | (+) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  |
| Измерение внутриглазного давления\*\*\* | (+) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |

36

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| Осмотр фельдшером (акушеркой) или вра- чом акушером-гинекологом женщин | + | + | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |
| Общий анализ крови |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |
| Взятие с использованием щетки цитоло- гической 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\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |
| Прием (осмотр) по результатам про- филактического медицинского осмотра,  в том числе осмотр на выявление визуаль- ных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой поло- сти, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов фельдшером фель- дшерского здравпункта или фельдшерско- акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профи- лактики или центра здоровья |  | + + |  |  | + + |  |  | + + |  | + + |  | + |  | + + |  |  | + + |  |  | + + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |

37

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| Определение простат-специфического антигена в крови у мужчин |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |  |  | + |
| Эзофагогастродуоденоскопия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Краткое индивидуальное профилактическое консультирование | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  |
| Прием (осмотр) врачом-терапевтом по ре- зультатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуаль- ных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой поло- сти, пальпацию щитовидной железы, лим- фатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, опре- деления медицинских показаний для осмо- тров (консультаций) и обследований в рам- ках второго этапа диспансеризации | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  |

\*Если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в пункт 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 стар- ше 1 раз в год.

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.

1. 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

38

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 фелвдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |
| Общий анализ крови | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |
| Исследование кала на скрытую кровь иммуно- химическим методом\* | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

39

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| Маммография обеих молочных желез у женщин в двух проекциях\* | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Краткое индивидуальное профилактическое кон- сультирование | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + + |  | + |
| Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на вывление 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.

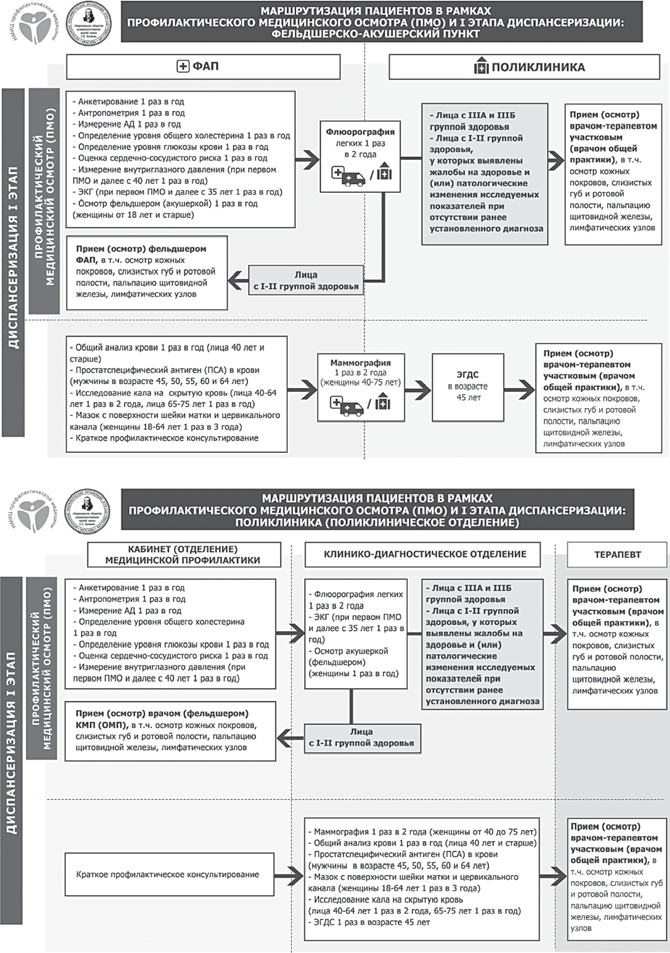
**Приложение № 3**

**к Порядку проведения ПМО и диспансеризации**

*«Относительный сердечно-сосудистый риск устанавлива- ется 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 дополни- тельной шкале SCORE у граждан в возрасте моложе 40 лет, за исклю- чением лиц, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и/или хроническое заболевание почек, у которых уровень абсо- лютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале сердечно-сосудистого риска не рассчитывается. Исходя из вы- шесказанного, определение относительного СС риска можно прово-

дить с 18 лет.

Маршрутизация пациентов в рамках ПМО и первого этапа дис- пансеризации представлена на рисунке 4.



**Рисунок 4.** Маршрутизация пациентов в рамках ПМО и первого этапа диспансеризации

**ЧАСТЬ 2.**

# Профилактическое консультирование в рамках профилактического медицинского осмотра

**и диспансеризации взрослого населения**

Профилактическое консультирование — это эффективная техно- логия профилактики ХНИЗ и коррекции факторов риска их развития, включенная в программу профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения.

Каждый гражданин, прошедший профилактическое консультиро- вание, должен быть информирован об основах здорового образа жиз- ни, порядке действий в случае возникновения жизнеугрожающих со- стояний, получить адресную профилактическую консультацию, спо- собствующую формированию мотивации к ведению здорового образа жизни и коррекции выявленных факторов риска развития ХНИЗ и дру- гих патологических состояний.

## Виды профилактического консультирования

**(согласно приказу Минздрава России от 13.03.2019 № 124н)**

**Профилактическое консультирование** — это процесс информи- рования и обучения пациента для повышения его приверженности вы- полнению врачебных назначений и формированию поведенческих на- выков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).

Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2019 г. № 124н, определены формы, показания и способы про- ведения профилактического консультирования4:

1. разъяснение пациентам с факторами риска ХНИЗ мер по их снижению;
2. краткое индивидуальное профилактическое консультирование;
3. индивидуальное углубленное профилактическое консультиро- вание;
4. групповое углубленное профилактическое консультирование (школы пациентов).

В таблице 6 представлены целевые группы и показания к проведе- нию перечисленных выше видов профилактического консультирования в рамках и вне рамок диспансеризации, дана их характеристика.

4 Определение видов профилактического консультирования может не совпа- дать с наименованием данных услуг в номенклатуре медицинских услуг (Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры меди- цинских услуг». Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 № 48808).

##### *Таблица 6.* Профилактическое консультирование при проведении ПМО и диспансеризации

**(на основании приказа Минздрава России от 13.03.2019 г. № 124н)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вид консульти- рования** | **Целевая группа** | **Место проведения** | **Время проведения** | |
| **В рамках** | **Вне рамок** |
| Разъяснение пациентам  с факторами риска ХНИЗ мер по их сни- жению | Все граждане с выяв- ленными факторами ри- ска развития ХНИЗ, вне зависимости от их выра- женности | ОМП/КМП  (центр здоровья) | ПМО  и 1 этапе диспан- серизации |  |
| Краткое инди- видуальное профилактиче- ское консуль- тирование (продолжи- тельность  5–7 минут) | Для граждан  в возрасте от 18 до 39 лет включительно | ОМП/КМП  (центр здо- ровья) врачом- терапевтом | На 1 этапе диспансе- ризации  1 раз в 3 года |  |
| Для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включи- тельно | ОМП/КМП  (центр здоровья) | 1 раз в год |  |
| Для граждан в возрасте 65 лет и старше | ОМП/КМП  (центр здоровья) | 1 раз в год |  |
| Индивидуаль- ное или груп- повое углу- бленное про- филактическое консультирова- ние (продол- жительность 25–30 минут) | С выявленной ИБС, ЦВЗ, хронической ишемией нижних конеч- ностей атеросклеротиче- ского генеза или болез- нями, характеризую- щимися повышенным кровяным давлением | ОМП/КМП  (центр здоровья) | 2 этап диспан- серизации |  |
| С выявленным по результатам анкетирова- ния риском пагубного потребления алкоголя  и (или) потребления наркотических средств  и психотропных веществ без назначения врача | ОМП/КМП  (центр здоровья) | 2 этап диспан- серизации |  |
| Для всех граждан  в возрасте 65 лет и стар- ше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилак- тики старческой астении | ОМП/КМП  (центр здоровья) | 2 этап диспан- серизации |  |

*Примечание:* ИБС — ишемическая болезнь сердца, КМП — кабинет медицинской профилак- тики, ОМП — отделение медицинской профилактики, ЦВЗ — цереброваскулярные заболе- вания.

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

Проводится в рамках профилактического осмотра медицинским ра- ботником отделения (кабинета) медицинской профилактики, в т.ч. на- ходящихся в составе центров здоровья, или фельдшером фельдшерско- го здравпункта (фельдшерско-акушерского пункта) (см. таблицу 6), в момент выявления фактора риска ХНИЗ (при анкетировании, антро- пометрии, 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 коррек-

ции выявленных факторов риска.

Устные советы и рекомендации специалиста могут быть дополнены письменными, для чего могут быть использованы специально подго- товленные 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 здоровья5, или фельдшером фельдшерского здрав- пункта (фельдшерско-акушерского пункта) или врачом-терапевтом для граждан 18–39 лет (см. таблицу 6).

Краткому индивидуальному профилактическому консультирова- нию подлежат **все граждане в зависимости от возраста**:

* для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в 3 года;
* 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 здрав- пункта (фельдшерско-акушерского пункта). Индивидуальному или групповому углубленному профилактическому консультированию **в рамках диспансеризации подлежат (и направляются врачом-тера- певтом) следующие группы граждан в зависимости от выявленных заболеваний (состояний) и факторов риска:**

* с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярны- ми заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей

5 В том случае, если центр здоровья принимает участие в выполнении 1этапа диспансеризации.

атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;

* с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного по- требления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
* для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выяв- ленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;
* при выявлении высокого относительного, высокого и очень высо- кого абсолютного сердечно-сосудистого риска и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также при установлении по результатам анке- тирования дозы курения более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;

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

Обычно наибольшие сложности встречает мотивационный компо- нент, принципы которого были представлены в 4-м издании рекомен- даций по проведению диспансеризации6 и Приложениях 13–16 к на- стоящим методическим рекомендациям.

Для повышения результативности профилактического консульти- рования рекомендуется устные советы и рекомендации врача допол- нить письменными, для чего могут быть использованы специально раз- работанные памятки, разработанные с участием специалистов ФГБУ

«НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России (Прило- жения 37–45 к настоящим методическим рекомендациям).

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

6 *Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М., Ипатов П.В., Верга- зова 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 практи- ческой реализации приказа Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2017. — 162 с.; URL: gnicpm.ru; [http://ropniz.ru](http://ropniz.ru/)

В нижеприведенных разделах методических рекомендаций дано описание особенностей организации и алгоритмов проведения основ- ных видов профилактического консультирования, а также представле- на справочная информация для медицинских работников с необхо- димыми приложениями.

В основу любого вида профилактического консультирования **при отсутствии медицинских противопоказаний или особых ситуаций** по- ложены рекомендации профессиональных сообществ и ВОЗ по здоро- вому образу жизни и профилактике основных ХНИЗ (приложение 18 к настоящим методическим рекомендациям). При наличии ХНИЗ при- водятся уточнения рекомендаций в зависимости от индивидуальных медицинских показаний и уровней факторов риска пациента.

## Организация и алгоритм проведения краткого индивидуального профилактического консультирования

Данный вид профилактического консультирования введен в про- грамму диспансеризации приказом МЗ РФ от 13.03.2019 г № 124н. Проводится в рамках 1 этапа диспансеризации (см. таблицу 6).

### Целевая группа: граждане в возрасте 18–39 лет

При высоком относительном сердечно-сосудистом риске при кон- сультировании рекомендуется обсудить с пациентом риск с использо- ванием таблицы SCОRE для лиц до 40 лет и с демонстрацией пациенту возможности снижения его индивидуального риска при снижении фак- торов риска. Необходимо объяснить пациенту понятие СС риска, дать трактовку величины его индивидуального риска. Используя цветную шкалу риска при объяснении, продемонстрировать возможности сни- жения риска при уменьшении уровня факторов риска, отказа от куре- ния — 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) гиперхолесте- ринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также при установлении по результатам анкетирования дозы курения бо- лее 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**. |

### Целевая группа: граждане в возрасте 40–64 лет

При высоком или очень высоком сердечно-сосудистом риске при консультировании необходимо обсудить с пациентом риск с использо- ванием таблицы SCORE для лиц 40–65 лет и с демонстрацией пациен- ту 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 шкалу SCORE c цветовой инди- кацией уровней риска, применяя методику «сравнения рисков» (табл. 10). В шкале 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 профилак- тического медицинского осмотра** у гражданина 40–64 лет высоко- го или очень высокого абсолютного СС риска и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также при установлении по результатам анке- тирования дозы 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 консуль- тирование 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, акцен- тированное на отказ от курения независимо от количества потребляе- мых сигарет. Поскольку выкуривание даже одной сигареты в день зна- чительно повышает риск ССЗ, обеспечивая половину риска, связанно- го с курением 20 сигарет.

### 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 асте- нии (под ред. Ткачевой О.Н., Бойцова С.А.). — М.: 2017; Приложение 47 к настоящим методическим рекомендациям)

**Здоровое старение, по определению экспертов ВОЗ**7, — это про- цесс, который происходит на протяжении всего жизненного цикла. Вредный для здоровья стиль поведения, часто формирующийся на ран- них 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 таких хронических неинфекционных за- болеваний, как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания, которые обуславливают примерно 77% бремени болезней и 86% случаев смер- ти в Европе.

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 по- жилых людей свойственных этой возрастной категории факторов ри- ска8, а также профилактика старческой астении.

**Старческая астения** («хрупкость», шифр по МКБ-10 R54) — ас- социированный с возрастом синдром, основными клиническими про- явлениями которого являются медлительность и/или непреднамерен- ная 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 спо- собности к самообслуживанию, ухудшает прогноз состояния здоровья. Задача врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья — при консультировании по факторам риска оцени- вать приверженность пациентов к приему назначенных медикаментоз- ных средств и способствовать соблюдению пациентом врачебных на-

значений.

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

**Углубленное профилактическое консультирование** — это не про- сто совет и объяснение пациенту рекомендаций. Важно, чтобы была достигнута цель углубленного профилактического консультирования:

7 URL: [www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-](http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-) and-statistics/risk-factors-of-ill-healthamong-older-people.

8 *Киселева Е.С.* Поведенческие факторы риска в старших возрастах: сравни- тельный анализ ситуации в России и европейских странах. Демоскоп. № 463–464. URL: demoscope.ru/weekly/20n/0463/analit05.php

наряду с повышением информированности пациента это формирование партнерства «врач-пациент» через формирование у него мотивации к сохранению здоровья и снижению поведенческих факторов риска, выполнению врачебных назначений (приверженности) и ответствен- ного отношения к своему здоровью. Процесс снижения риска забо- леваний затрагивает многие стороны образа жизни пациента, поэтому не может произойти в один момент и часто требует повторных консуль- таций специалиста. Углубленное профилактическое консультирование проводится специалистами по медицинской профилактике, владеющи- ми навыками мотивационного консультирования. Углубленное профи- лактическое консультирование в целевых группах проводится в режи- ме индивидуального или группового профилактического консультиро- вания. В рамках диспансеризации предпочтительнее индивидуальная форма, она позволяет пациентам активно участвовать в обсуждении с врачом собственных проблем со здоровьем без посторонних уча- стников.

Углубленное групповое профилактическое консультирование (шко- ла пациента) — форма консультирования группы пациентов (предпо- чтительнее цикл обучающих групповых занятий), применение которой обоснованно повышает вероятность достижения стойкого позитивного эффекта. В рамках диспансеризации данная форма углубленного про- филактического консультирования проводится **при наличии возмож- ности формирования однородных групп пациентов**.

### Целевая группа: больные сердечно-сосудистыми заболеваниями

Согласно положениям Порядка проведения ПМО и диспансериза- ции к данной категории относятся пациенты с выявленной ишемиче- ской болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хрони- ческой 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. Объяснить пациенту характер имеющегося у него заболевания, важность факторов, способствующих развитию заболевания (по- веденческие факторы риска: курение, алкоголь, низкая физическая активность, нерациональное питание, наследственность ранних ССЗ), факторов, 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 (При- ложение 41 к настоящим методическим рекомендациям) и о про- филактике инсульта (Приложение 45 к настоящим методическим рекомендациям).

1. Объяснить симптомы (возможные) острых жизнеугрожающих со- стояний и правила неотложных мер при их возникновении. Жела- тельно дать памятку (Приложение 10 к настоящим методическим рекомендациям).
2. Объяснить и обучить пациента самоконтролю артериального давле- ния (Приложение 43 к настоящим методическим рекомендациям).
3. Информировать пациента о выявленных у него факторах риска, дать их объяснение необходимости снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важности контроля факторов риска и снижения их повышенных уровней. Объяснить, что при уже имеющемся у пациента заболе- вании снижение сопутствующих факторов риска наряду с медика- ментозным лечением (назначается и проводится под контролем участкового врача-терапевта или при показаниях врача-специали- ста). Если пациенты не получили памятки, дать эти материалы.
4. При наличии фактора курения у пациента провести углубленное консультирование по отказу от курения вне зависимости от количе- ства выкуриваемых сигарет.
5. Объяснить пациенту важность и необходимость диспансерного на- блюдения, которое проводит или участковый врач-терапевт, или врач-специалист (в зависимости от имеющейся патологии).
6. Оценить отношение пациента к его факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни (Прило- жение 15 к настоящим методическим рекомендациям).
7. Обратить внимание на курение и употребление алкоголя пациен- тов, особенно, если пациент принимает лекарственные препараты (Приложение 31 к настоящим методическим рекомендациям), при которых прием алкоголя противопоказан.
8. 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 осо- бенно важно для лиц с высоким и очень высоким СС риском, кото- рые подлежат диспансерному наблюдению в кабинете (отделении) медицинской профилактики.
9. В ходе консультирования необходимо уточнять, насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу об- ратной связи). Желательно предоставить пациенту письменные ре-

комендации (памятки, листовки и пр.). Повторять рекомендации и акцентировать внимание пациента на важности снижения риска заболеваний при каждом посещении медицинского учреждения.

1. Важно регистрировать в амбулаторных картах и учетных формах диспансеризации все советы и обязательно их уточнять, напоми- нать и контролировать результат (при опросе) в ходе последующих визитов. Вносить необходимые изменения в тактику ведения паци- ента 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, прогрес- сированию АГ, но и снижает чувствительность к медикаментозной те- рапии.

Углубленное профилактическое консультирование при потребле- нии табака включает диагностику статуса курения и проведение страте- гического либо мотивационного консультирования. Диагностика стату- са курения включает интенсивность, стаж курения, попытки бросить, оценку никотиновой зависимости теста Фагерстрема (Приложение 22 к настоящим методическим рекомендациям) и оценку готовности бро- сить 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 до- стижения цели, изучение ответной реакции и результатов лечения. Ча- сто для лиц с высокой или средней никотиновой зависимостью страте- гическое консультирование **сопровождается назначением фармако- терапии**.

**Углубленное мотивационное консультирование** носит характер поведенческой когнитивной поддержки. Помимо информирования па- циента о вредном воздействии табачного дыма на организм, с учетом его индивидуальных особенностей оказывается помощь по отказу от

курения, по изменению установок в отношении курения, помощь в преодолении сомнений и опасений возможных негативных послед- ствий отказа от курения (стресс, набор лишнего веса, проявлений син- дрома отмены), рекомендации по фармакотерапии. Углубленное мотивационное консультирование сводится к доверительной беседе с пациентом, во время которого определяются причины курения и от- каза от курения, последствия курения, преимущества отказа от куре- ния, препятствия для отказа от курения: техника 5 «П»9 (табл. 7).

*Таблица 7.* **Мотивационное консультирование «5П»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Мотива- ция** | **Пример** |
| 1. | Причина отказа от курения | Врач подбирает причины для отказа от курения для каждого пациента, привязывая к состоянию его здоровья, наличию факторов риска или других факторов, важных лично для него (наличие маленьких детей, изменение внешности, прошлые попытки бросить курить) |
| 2. | Послед- ствия курения | Врач обсуждает с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, возник- новение и/или обострение бронхиальной астмы и других хро- нических болезней легких, сердечно-сосудистые болезни (ин- фаркт, инсульт), онкологические болезни (рак легких, рак груди и других локализаций), риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у бере- менных женщин, проблемы с эректильной дисфункцией у мужчин, преждевременное старение кожи. Уточните, какие из них наиболее серьезные для пациента  Врач обращает внимание пациента на то, что потребление  «легких сигарет» и других форм табака также вредно для здо- ровья, как обычных сигарет, а курение «легких сигарет» на- много вреднее, чем обычных, для окружающих людей.  Врач поясняет пагубные последствия «пассивного куре- ния» — для самого пациента и для окружающих его людей: повышенный риск развития сердечно-сосудистых, заболева- ний, 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 мла- денческой смерти, повышенный риск рождения детей с ма- лым весом, а значит, подверженных развитию хронических респираторных и сердечно-сосудистых болезней в будущем, повышенный риск развития бронхиальной астмы, отитов, ре- спираторных заболеваний у детей курящих |

9 Motivational interviewing — **5’R’** — **R**elevance, **R**isk, **R**ewards, **R**oadblocks, **R**epetition.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Мотива- ция** | **Пример** |
| 3. | Преиму- щества отказа от курения | Врач просит пациента продумать и обсудить с ним наиболее значимые для него преимущества отказа от потребления таба- ка. В привязке к состоянию здоровья пациента и его личным мотивам расскажите ему о пользе отказа от курения, напри- мер:   * улучшение самочувствия и состояния здоровья; * восстановление/улучшение функций сердечно-сосудистой и дыхательной системы; * улучшение вкусовых и обонятельных ощущений; * повышение выносливости и работоспособности; * улучшение цвета лица и состояния кожи; * снижение риска преждевременного старения; * снижение риска развития хронических заболеваний; * снижение риска развития эректильной дисфункции у муж- чин; * увеличение вероятности родить и вырастить здоровых детей |
| 4. | Препят- ствия для отказа от курения | Врач уточняет у пациента, что мешает ему отказаться от куре- ния. Обсуждает с ним все препятствия и пробует аргументи- рованно опровергнуть его доводы, объяснить, что большин- ство трудностей на пути к отказу от курения связано с табач- ной зависимостью, которую можно преодолеть с помощью лечения. В основном указываются следующие причины про- должения курения:   * боязнь синдрома отмены; * боязнь стресса; * боязнь набора веса; * ощущение подавленности и депрессии; * сознание утратить удовольствие от курения; * боязнь неудачи.   А еще приводятся доводы: мне ничего не будет, дед курил всю жизнь и дожил до 90 лет; все так вокруг загрязнено, мое куре- ние — капля в море; я могу бросить курить в любую минуту, и т.д. |
| 5. | Повторе- ние попыток | Мотивационное консультирование повторяется при каждой встрече с пациентом. При этом учитываются все предыдущие попытки пациента бросить курить (если таковые были), тща- тельно вместе с пациентом анализируются причины срыва, даются рекомендации на основании анализа ошибок.  Врач объясняет пациенту, что многие курильщики испытыва- ют несколько эпизодов срыва, прежде чем добиваются ре- зультата. |

Некоторые приемы работы с пациентом при углубленном консуль- тировании приведены в Приложении 16 к настоящим методическим рекомендациям «Приемы эффективного профилактического консуль- тирования при табакокурении».

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

##### Фактор риска — алкоголь

Больным со всеми формами сердечно-сосудистых заболеваний **по- требление алкоголя противопоказано**. Пациенту необходимо дать ин- формацию 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 не- дооценивается. Злоупотребление алкоголем способствует развитию:

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

##### Алиментарно-зависимые факторы риска

Снижение избыточной массы тела/ожирения рекомендуется всем пациентам данной целевой группы (желательно, чтобы индекс массы тела был не более 25 кг/м2; при ожирении рекомендуется постепенное снижение массы тела на начальном этапе на 5–10% от исходной мас- сы тела за 6–12мес. Если пациент не получил памятку ранее, дать па- мятку «Избыточная масса тела. Как похудеть?» (Приложение 42 к на- стоящим методическим рекомендациям).

* Ограничение потребления соли (до 5 г/сутки — 1 чайная ложка без верха; пациентам следует рекомендовать избегать подсалива- ния пищи, употребления соленых продуктов, уменьшать использо- вание 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 трансжиров. Рацион должен содержать достаточное количество растительных масел (20–30 г/сут.), обеспечивающих организм полиненасыщен- ными жирными кислотами (рыба не менее 2 раз в неделю, жела- тельно 1 раз жирных сортов). Продукты, богатые жирами и холе- стерином (мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, живот- ные жиры, а также сыр, сметана, майонез, сосиски и колбасы с вы- соким содержанием жира), следует ограничить. Рекомендуется снижение потребления промышленно-переработанного жира (трансжиров): фастфуда, чипсов, крекеров, кондитерских изделий, а также маргарина 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 клини- ко-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 и подъем тяжестей, которые **могут вызвать значи- тельное повышение АД и обострение заболевания**. Исходя из ком- плексной оценки состояния пациента, наличия и степени выраженно- сти осложнений и сопутствующих заболеваний могут быть рекомендо- ваны занятия лечебной физкультурой под контролем врача ЛФК и инструктора по лечебной физкультуре.

### Целевая группа для УПК на 2 этапе диспансеризации — пациенты с риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Углубленное профилактическое консультирование при выявлен- ном риске пагубного потребления алкоголя проводится в отделении (кабинете) медицинской профилактики на 2 этапе диспансеризации по направлению врача-терапевта в случае положительного заполнения вопросника AUDIT-С (включенного в анкету 1 этапа), представленно- го в таблице 8.

Результаты теста считаются положительными при сумме баллов **для мужчин 4 балла, для женщин 3 балла**. Данный вопросник, состоя- щий из 3 вопросов, является частью более полного вопросника AUDIT,

*Таблица 8.* **Вопросник AUDIT-С**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вопрос** | | | | |
| 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) |
| Всего в ответах на вопросы № 23–25 баллов | | | | | |

рекомендуемого специалистами для более детальной оценки риска, связанного с потреблением алкоголя.

Итак, цель углубленного профилактического консультирования па- циента **с риском пагубного потребления алкоголя — повысить** ин- формированность пациента об имеющемся у него риске вследствие не- благоприятного влияния алкоголя на здоровье, предупредить пациента о несовместимости алкоголя с приемом лекарственных препаратов, оценить степень риска и мотивировать к уменьшению потребления ал- коголя (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 вопро- сника AUDIT для более детального определения проблем с потребле- нием алкоголя, важно установить с ним доверительный контакт, помо-

гающий снять «закрытость» и начать конструктивную беседу (консуль- тирование). Для этого предлагаются следующие рекомендации.

Представьтесь, узнайте имя пациента и спросите, как он предпо- читает, чтобы к нему обращались.

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

**Пример начала беседы:** *«Здравствуйте. Меня зовут . Я специалист кабинета медицинской профилактики и консуль- тирую пациентов с разными факторами риска. Вы не воз- ражаете, если я задам Вам несколько вопросов о потреблении алкогольных напитков в течение прошедшего года. Поскольку потребление алкоголя может повлиять на многие аспекты Ва- шего здоровья (и изменить 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 во- просы насколько возможно честно и точно. Я со своей стороны гарантирую конфиденциальность информации».*

Если пациент отказался отвечать на вопросы AUDIT, в амбулатор- ной карте делается соответствующая отметка.

Дальнейшие действия зависят от результата заполнения вопросни- ка AUDIT (табл. 9).

##### *Таблица 9.* 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  0—8 для мужчин | Низкий риск | Одобрить, дать инфор- мацию об опасных ко- личествах потребления алкоголя |
| 19 для женщин  19 для мужчин | Опасное (рискованное) потребление или пагубное потребление (потребление с вредными послед- ствиями) | Дать информацию о не- благоприятном влиянии алкоголя на здоровье. Совет по ограничению потребления алкоголя |
| Больше 20 | Возможная зависимость | Направление (рекоменда- ция) к специалисту- наркологу |

1. 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 ал- коголем. Если Вы продолжите употреблять его в таких же не- больших количествах или будете воздерживаться от употре- бления алкоголя, риск останется таким же низким».*

Напомните пациенту об опасности превышения порога потребле- ния алкогольных напитков. Например: *«Если Вы выпиваете алко- гольные 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, превы- шающие безопасные пределы, повышают вероятность возник- новения проблем, связанных с алкоголем, в первую очередь травм, повышения артериального давления, поражения печени, рака и болезней сердца».*

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

1. Действия специалиста в случае опасного (рискованного) потре- бления или пагубного потребления (потребления с вредными послед- ствиями) — 8–19 баллов (для женщин) и 9–19 баллов (для мужчин): Необходимо обсудить результаты скрининга (заполнения вопро- сника) с использованием приемов обратной связи — узнать мнение,

отношение, проконтролировать, как пациент понял вас.

Если пациент готов к сотрудничеству и признает у себя наличие проблемы, врач-консультант может предложить ему обсудить конкрет- ные планы изменения образа жизни, опираясь на варианты, изложен- ные 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 паци- ента о «минусах» употребления алкоголя. Подведите итог. Используй- те полученную информацию для того, чтобы подчеркнуть двойствен- ность его отношения к употреблению алкоголя. Например, *«Помоги- те мне понять, что положительного дает Вам употребление алкоголя? Какие отрицательные стороны употребления алко-*

*голя Вы можете назвать?С одной стороны, Вы говорили..., с дру- гой стороны Вы говорили...».*

1. **Информирование и обратная связь.** Попросите у пациента раз- решение и покажите таблицу с данными об уровнях рисках. Дайте по возможности полную информацию о неблагоприятном влиянии алко- голя на здоровье. Обсудите информацию об опасных уровнях по- требления 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 (M) в день, и более чем 10 (Ж) /15 (M) в неделю может увеличить риск заболевания или травмы. Это может стать также причиной некоторых за- болеваний»* **[обратите внимание пациента на заболевания, которые есть или могут возникнуть у данного пациента]**. *« Что Вы думаете по этому поводу?»*
2. **Оценка мотивации** (важности, уверенности и готовности к из- менениям) с использованием линеек (шкал).
3. Дальнейший ход консультации будет определяться уровнем мо- тивации (готовности) пациента к изменениям:

* **0–3 балла** — пациент не готов к изменениям. В этом случае не- обходимо предложить информацию и обсудить возможность по- вторного визита.
* **4–7 баллов** — пациент осознает, что проблема действительно су- ществует, и думает о целесообразности изменения поведения. В этом случае необходимо продолжать консультирование, чтобы помочь пациенту осознать противоречия.

В завершение беседы следует **ободрить пациента**. Например: *«Те- перь 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 уве- рен 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 проб- лем»*.

* **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 ме- дицинское 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) обсу- дить с пациентом направление к наркологу.

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

В ходе углубленного профилактического консультирования паци- ента с выявленным риском **потребления психотропных веществ или наркотиков без назначения врача** прежде всего рекомендуется про- вести детальный опрос по уточнению ситуации, для чего может быть рекомендовано самозаполнение адаптированного международного во- просника на употребление психотропных веществ или наркотических средств DAST-1010 и таблицы его интерпретации.

**Психотропные вещества включают различные вещества и неко- торые 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 по- дозрение на зависимость от потребления наркотиков и психотроп- ных средств, дать разъяснение.
* Объяснить негативное влияние немедицинского потребления нар- котиков и психотропных средств на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации).
* Спросить пациента о его отношении к собственной привычке по- требления наркотиков и психотропных средств и готовности сни- зить это потребление.
* Совместно с пациентом проанализировать ситуации, провоцирую- щие потребление наркотиков и психотропных средств.

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

* 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 употребле- нию наркотиков и психотропных средств, уже имеет личностные нару- шения различного генеза и вида, поэтому желательно, чтобы профи- лактическая работа в таком случае проводилась специалистом (психо- логом, психотерапевтом, психиатром), имеющим подготовку в области наркологии.

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

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

### 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 представлена в Приложении 47 к настоящим методическим рекомендациям.*

**Здоровое старение, по определению экспертов ВОЗ**11, — это процесс, который происходит на протяжении всего жизненного цикла. Вредный для здоровья стиль поведения, часто формирующийся на ран- них 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)

обуславливают примерно 77% бремени болезней и 86% случаев смер- ти в Европейском регионе.

##### Несмотря на то, что, например, курение и недостаточная физиче- ская активность могут иметь негативные отдаленные последствия для здоровья, изменение привычек в любом возрасте будет полез- ным. Если люди бросают курить даже в 60-75 лет, риск преждевре- менной смерти снижается на 50%.

Кроме того, согласно Глобальным рекомендациям ВОЗ по физиче- ской активности для здоровья и обобщенным научным данным, физи- чески активные пожилые люди, по сравнению с менее активными муж- чинами 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**. Здо- ровое питание, регулярная физическая активность, поддержание нор- мальной массы тела и отказ от употребления табака могут предотвра- тить или хотя бы отсрочить развитие диабета 2 типа.

Таким образом, одним из ключевых подходов к сохранению здоро- вья и продлению жизни человека, в том числе достигшего старшего возраста, является сокращение негативного воздействия на здоровье и качество жизни пожилых людей свойственных этой возрастной кате- гории факторов риска12. 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 ста- новятся важными такие факторы, как снижение функциональной ак- тивности, 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) — ас- социированный с возрастом синдром, основными клиническими про- явлениями которого являются медлительность и/или непреднамерен- ная 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 здо- ровья.

12 *Киселева Е.С.* Поведенческие факторы риска в старших возрастах: сравни- тельный анализ ситуации в России и европейских странах. Демоскоп. № 463–464. URL: demoscope.ru/weekly/2011/0463/analit05.php

Старческая астения включает в себя более 85 различных гериат- рических синдромов, основными из которых являются синдромы паде- ний, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (умень- шение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Роль тради- ционных 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 каче- ство жизни.

Алгоритм анкетирования, профилактического консультирования пациентов пожилого возраста в рамках диспансеризации изложен в методических рекомендациях, составленных коллективом авторов ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр ФГ- БОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России и ФГБУ «На- циональный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России»13.

Анкетирование пожилых людей проводится по специальной анкете для пациентов 65 лет и старше для выявления факторов риска и при- знаков 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 от- ношении выявленных факторов риска хронических неинфекцион- ных заболеваний с учетом возрастных особенностей и в отношении признаков старческой астении** для предупреждения ее прогрессиро- вания, сохранения качества жизни.

Геронтологи рекомендуют проводить скрининг (опрос по шкале

«Возраст не помеха») на предмет наличия синдрома старческой асте- нии везде, где пожилой человек сталкивается с медицинским работни- ком — в отделениях и кабинетах медицинской профилактики, центрах здоровья, кабинетах участкового врача/врача общей практики, при на- хождении на стационарном лечении.

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

1. При профилактическом консультировании должны быть учтены возрастные особенности коррекции артериальной гипертонии, избы-

13 Методические рекомендации по профилактическому консультированию па- циентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования стар- ческой астении (под ред Ткачевой О.Н., Бойцова С.А.). — М.: 2017.

точной массы тела и ожирения, гипергликемии у людей пожилого и старческого возраста, а также вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний.

1. Пациента следует ориентировать не только за устранение сим- птомов заболеваний, но и на здоровое старение и долголетие, актив- ный образ жизни без негативных для здоровья факторов.
2. Всем консультируемым должны быть даны учитывающие воз- растной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, пра- вилам приема лекарств в соответствии с методическими рекомен- дациями по профилактическому консультированию пожилых.
3. Профилактическое консультирование должно учитывать поло- жительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не по- меха» и проводиться с учетом рекомендаций по профилактическому консультированию пожилых по результатам оценки по этой шкале;
4. При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зре- ния), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов.
5. При высокой вероятности старческой астении по данным скри- нинговой шкалы «Возраст не помеха» пациента следует направить к гериатру.

**2.3.4 Целевая группа для УПК на 2 этапе диспансеризации — пациенты с высоким относительным, высоким и очень высоким абсолютным СС риском и (или) ожирением,**

**и (или) ГХС с уровнем общего ХС 8 ммоль/л и более,**

**а также с установленной по результатам анкетирования дозой курения более 20 сигарет в день, риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском 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 воз- можности снижения его индивидуального абсолютного риска при сни- жении факторов риска. Необходимо объяснить пациенту понятие аб- солютного СС риска, дать трактовку величины его индивидуального риска. Демонстрируя возможности снижения СС риска при уменьше- нии уровня факторов риска, для визуализации снижения риска исполь- зуется 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 куре- ния, как на фактор, определяющий у него высокий сердечно-сосуди- стый 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 каково количество выкуриваемых сигарет (20 сигарет и более).

Определение готовности бросить курить.

*Тактика.* Если пациент готов бросить курить и у него высокая сте- пень никотиновой зависимости, дать информацию, где специализиро- ванная помощь по отказу от табака может быть оказана, направить на углубленное консультирование с возможным назначением фар- макотерапии.

*Тактика.* Если пациент готов бросить курить и у него невысокая степень никотиновой зависимости и готов бросить курить самостоя- тельно, дать печатные материалы (памятку «Как бросить курить?»). Если 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 воз- можности лечения табакокурения и направить на углубленное консуль- тирование для повышения мотивации по отказу от курения.

*Тактика*. Если пациент не готов бросить курить и у него невысо- кая степень никотиновой зависимости, дать информацию о существую- щих методах лечения табакокурения и адреса, где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана, а также памятку «Как бросить курить?»

1. Если у пациента повышен уровень общего холестерина, дать со- вет 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 ли- пидных нарушений, назначение медикаментозного лечения и динами- ческий контроль) таким пациентам проводит лечащий врач-терапевт.
2. При консультировании врач/фельдшер обязательно должен учи- тывать 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).
3. Пациенту необходимо объяснить правила неотложных мер при возникновении жизнеугрожающих состояний, объяснить возможные

симптомы и меры первой помощи до приезда врача неотложной/ско- рой помощи, дать номер телефона, желательно дать памятку.

1. Объяснить пациенту преимущества регулярного диспансерного наблюдения в отделении (кабинете) медицинской профилактики, со- ставить совместно с пациентом конкретный план его действий по сни- жению поведенческих факторов риска (что должен предпринять па- циент) и назначить контрольный визит.
2. В качестве контроля могут быть использованы различные дис- танционные технологии: телефонный звонок, смс-информирование/ напоминание, дистанционный мониторинг (устройства приобретаются за счет личных средств 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 демонстраци- ей таблицы с величиной индекса массы тела (см. далее) возможности смещения величины индекса в «зеленую» (более здоровую зону).
2. Уточнить фактические, конкретные данные анамнеза и уровни сопутствующих факторов риска консультируемого пациента и, при воз- можности, данные анкетирования (личный, семейный анамнез, сопут- ствующие факторы риска, оцениваемые по данным анкетирования и антропометрии, в частности, массу тела, физическую активность, по- требление алкоголя, питание).
3. Сообщить пациенту с избыточным весом и ожирением с факто- рами 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 доказательно- сти рекомендации IA. Рекомендуются памятки «Здоровый образ жиз- ни», «Избыточная масса тела. Как похудеть?», «Что надо знать об ате- росклерозе?».
4. Объяснить, что устойчивая потеря веса от 3 до 5%, скорее всего, приведет к клинически значимому снижению уровня триглицеридов, глюкозы крови, HbAlc и риска развития СД 2-го типа. Уровень доказа- тельности рекомендации — IA.
5. Объяснить, что снижение веса приведет к достижению целевых значений АД, ЛПНП и ЛПВП, дальнейшему снижению уровня три- глицеридов и глюкозы крови, а также уменьшит потребность в лекар- ственных средствах для контроля АД, глюкозы крови и липидов. Уро- вень доказательности рекомендации — IA.
6. Рекомендовать пациенту придерживаться диетических рекомен- даций при избыточной массе тела под контролем врача ОМП/КМП или центра здоровья и лечащего врача-терапевта (3А группа здоровья и при ГХС 8 ммоль/л и более), желательно вне рамок диспансеризации получить рекомендации врача-эндокринолога (пациентам с ожирени- ем) и/или диетолога.

##### Справочная информация

Классификация массы тела по индексу Кетле (индексу массы тела) (индекс Кетле = отношение массы тела в кг к росту в м2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Тип массы тела** | **Индекс Кетле, кг/м2** | **Риск сердечно- сосудистых заболеваний** |
| Дефицит массы тела | <18,5  18,5–24,9  25–29,9  30,0–34,9  35,0–39,9  ≥40 | **Низкий** |
| Нормальная масса тела | Обычный |
| Избыточная масса тела | Повышенный |
| Ожирение I степени | Высокий |
| Ожирение II степени | Очень высокий |
| Ожирение III степени | 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 увеличе- нию риска сердечно-сосудистой смертности в 4 раза и смертности в ре- зультате онкологических заболеваний в 2 раза.

К ожирению приводит дисбаланс между потребляемой и расходуе- мой энергией, в основе которого лежат не только нарушения метабо- лизма, но и генетическая предрасположенность, нарушение поведен- ческих реакций и влияние внешних факторов.

К заболеваниям, ассоциированным с ожирением, относятся:

* нарушение толерантности к глюкозе;
* нарушенная гликемия натощак и сахарный диабет 2-го 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 ожире- нием даст лечащий врач-терапевт. При необходимости и подозрении на

вторичное ожирение назначается консультация эндокринолога вне ра- мок диспансеризации.

Режимы питания при ожирении, которые могут быть рекомендова- ны пациентам с ожирением при индивидуальном профилактическом консультировании, основываются на рекомендациях ВОЗ по питанию и принципам рационального питания, которые получили такие назва- ния, как «тарелка оптимального соотношения продуктов дневного ра- циона» и «пирамида рационального питания».

Назначения делает врач ОМП/КМП и/или лечащий врач-тера- певт. Важнейшим условием является контроль за снижением веса и исключение всех возможных противопоказаний тех или иных ограни- чений. При необходимости вне рамок диспансеризации можно назна- чить консультацию диетолога и/или эндокринолога.

В задачи врача при индивидуальном профилактическом консульти- ровании пациентов с ожирением входит объяснение важности и необ- ходимости получения и выполнения назначений лечащего врача с уче- том его готовности к снижению избыточной массы тела и недопусти- мости 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. Необ- ходимо помнить, что при ожирении 2–3 степеней режимы физической нагрузки выбираются врачом-специалистом строго индивидуально и должны следовать за диетическими рекомендациями, а не предше- ствовать им.

Если пациент выражает желание и готовность к изменению, необ- ходимо дать рекомендации при избыточной массе тела и ожирении с конкретными советами о питании, физической активности. Таким па- циентам рекомендуется дать памятку с советами экспертов «Избыточ- ная масса тела. Как похудеть?».

Если пациент не выражает желания снижать избыточную массу тела, рекомендуется информировать его о риске для здоровья ожире- ния, 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 эф- фективной профилактики ССЗ. Проводить это необходимо по со- гласованию с лечащим врачом (участковым терапевтом). Объяснить,

что такие исследования проводятся вне рамок диспансеризации по на- значению лечащего врача, который назначит необходимое лечение и контроль по их результатам. Дать пациенту памятку «Что надо знать об атеросклерозе?».

1. Ключевыми рекомендациями являются рекомендации при дис- липидемии по питанию и физической активности при дислипидемии. Эти рекомендации должны быть даны каждому пациенту с ГХС. Не- обходимо также объяснить пациенту с ГХС, что современная медицина располагает эффективными средствами для снижения уровня холесте- рина и отдельных его фракций, причем эти средства имеют доказанное влияние на прогноз клинического течения заболеваний (при их нали- чии) и на снижение риска их развития. **Важно**, что все медикаментоз- ные назначения и последующий контроль проводит лечащий врач-тера- певт. Рекомендуется дать памятки «Что надо знать об атеросклерозе?».
2. При консультировании врач/фельдшер обязательно должен уточ- нить фактические, конкретные данные анамнеза и уровни сопутствую- щих факторов риска консультируемого пациента и, при возможности, данные анкетирования (личный, семейный анамнез, сопутствующие факторы риска, оцениваемые по данным анкетирования и антропоме- трии, в частности, массу тела, физическую активность, потребление алкоголя, питание).
3. 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 сниже- нию риска ССЗ. Уровень доказательности и рекомендации — IA.
4. Если у пациента повышается артериальное давление, то необ- ходимо объяснить необходимость наблюдения и лечения (диспансер- ное наблюдение) у участкового врача-терапевта и самоконтроля уров- ня АД в домашних условиях. При необходимости дать памятку о профи- лактике инсульта.

##### Алгоритм профилактического консультирования: курение

1. Все курящие пациенты, прошедшие диспансеризацию, должны получить совет и помощь по отказу от курения согласно положениям статьи 17 ФЗ-15 от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граж- дан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий по- требления табака». Особого внимания требует интенсивное курение.
2. С помощью анкетирования выявляется факт курения пациента, количество выкуриваемых сигарет в день и стаж курения. В ходе даль- нейшего 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 за-

болеваний или состояний, рассказать, что отказ от курения может сни- зить этот риск.

##### При консультировании курящих лиц с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском особенно актуально, не- зависимо от количества выкуриваемых сигарет, объяснить, что ку- рение определяет высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, а отказ от курения может снизить этот риск наполовину.

1. 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 каков количество выкуриваемых сигарет (20 си- гарет и более).
2. Определить готовность пациента бросить курить.

*Тактика:* если пациент готов бросить курить и у него высокая сте- пень никотиновой зависимости, дать информацию, где специализиро- ванная помощь по отказу от табака может быть оказана, направить на углубленное консультирование с возможным назначением фармако- терапии.

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

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

*Тактика:* если пациент не готов бросить курить и у него высокая степень никотиновой зависимости, рассказать про современные воз- можности лечения табакокурения и направить на углубленное консуль- тирование 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 адрес, где специализированная по- мощь по отказу от табака может быть оказана, а также памятку «Как бросить курить?».

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

Углубленное групповое профилактическое консультирование (школа пациента) — это специальная организационная форма кон- сультирования 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 прово- дить групповое углубленное профилактическое консультирование 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 консультирова- ния зависит не только от качества проведения последних, но и от ин- дивидуальных предпочтений пациентов. Эти два вида консультиро- вания могут быть равносильны и в равной степени эффективны для разных групп пациентов.

**Преимущества группового профилактического консультирова- ния**. Обучение в группе усиливает действенность обучения — создает- ся атмосфера коллектива, нивелируется чувство одиночества, улучша- ется эмоциональный контакт. Эффективность повышается за счет об- мена 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 отно- сительно сходными характеристиками: например, больные с нео- сложненным течением артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца; больные ишемической болезнью сердца, перенес- шие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, интервенци- онное 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 со- ставленному 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, демонстра- ционный материал, раздаточный материал, блокноты и пр.).

**Необходимо избегать наиболее частой ошибки при организации школы**. Школа пациентов, к сожалению, нередко подменивается лек- торием, 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 спе- циалистов, практически неэффективна, т.к. нарушаются главные прин- ципы группового консультирования.

Школы пациентов в рамках диспансеризации, профилактических медицинских осмотров проводятся медицинскими работниками каби- нетов (отделений) медицинской профилактики (врач, фельдшер меди- цинской профилактики). Для проведения школ необходим обученный персонал и обеспечение условий для эффективного группового кон- сультирования.

При необходимости для проведения отдельных занятий могут при- влекаться профильные специалисты (при наличии их в учреждении — психологи и др.). Пациенты направляются в школу пациента участко- вым врачом.

Программа обучения строится из цикла структурированных заня- тий продолжительностью около 60 минут каждое. Всего в цикле опти- мально 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 хронометри- рованы, иметь четкие инструкции по ведению.

Вся наглядная информация, используемая в школе, должна быть красочной, демонстративной, запоминающейся, понятной, заинтере- совывающей, доступной.

**Заключение части 2**

**«ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ**

**В РАМКАХ ПМО И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ»**

Следует подчеркнуть, что среди многих проблем профилактики не- инфекционных заболеваний, находящихся в компетенции и зоне ответ- ственности 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 базиро- вания на концептуальных принципах эффективного профилактическо- го консультирования. В то же время, если эти принципы не учитывают- ся, трудно ожидать партнерских согласованных действий врача и паци- ента в оздоровлении поведенческих привычек, лежащих в основе многих факторов риска неинфекционных заболеваний.

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

# ПРИЛОЖЕНИЯ

**К МЕТОДИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ**

**Приложение 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 гипер- тоническую болезнь или симптоматические артериальные гипертензии (кодируется по МКБ-10 кодами 110–115), а также граждане с повы- шенным артериальным давлением при отсутствии диагноза гипертони- ческой болезни или симптоматической артериальной гипертензии (ко- дируется 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 бо- лее (кодируется по МКБ-10 кодом R73.9) либо наличие сахарного диа- бета, в том числе в случае, если в результате эффективной терапии до- стигнута нормогликемия.

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

**Нерациональное питание** — избыточное потребление пищи, жи- ров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки, недостаточное потребление фруктов, овощей, рыбы. Определяется с помощью опроса (анкетирования) граждан, предусмотренного поряд- ком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансе- ризации, утвержденным настоящим приказом (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.4).

**Избыточная масса тела** — индекс массы тела 25–29,9 кг/м2 (ко- дируется по МКБ-10 кодом R63.5)**14**.

14 В приказе № 869н данный пункт содержит опечатку. Настоящий текст ис- правлен и приведен в правильной формулировке.

**Ожирение** — индекс массы тела 30 кг/м2 и более (кодируется по МКБ-10 кодом Е66).

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

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

**Отягощенная наследственность по ССЗ** определяется при нали- чии 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 новообра- зованиям** (кодируется по МКБ-10 кодом Z80):

* колоректальной области — наличие злокачественных новообразо- ваний колоректальной области и (или) семейного аденоматоза у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в не- скольких поколениях;
* других локализаций — наличие злокачественных новообразований у близких родственников в молодом или среднем возрасте, или в нескольких поколениях.

**Отягощенная наследственность по хроническим болезням ниж- них дыхательных путей** — наличие астмы и другие хронических болез- ней нижних дыхательных путей у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.5).

**Отягощенная наследственность по сахарному диабету** — нали- чие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодиру- ется по МКБ-10 кодом Z83.3).

**Абсолютный сердечно-сосудистый риск** устанавливается у граж- дан 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%, уста- новленные по шкале SCORE, очень высокому — 10% и более. У граж- дан в возрасте старше 65 лет и/или у граждан, имеющих сердечно- сосудистые заболевания, сахарный диабет 2-го 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-сосудис- тому риску соответствуют значения более 1.

**Старческая астения** (кодируется по МКБ-10 кодом R54) — ассо- циированный с возрастом синдром, основными клиническими прояв- лениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Включает более 85 различных гериатри- ческих синдромов, основными из которых являются синдромы паде- ний, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьше- ние массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сен- сорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Определяется в рамках профилактического медицинского осмотра с помощью анке- тирования у граждан 65 лет и старше, включающего вопросник «Воз- раст не помеха».

**Приложение 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 вмеша- тельство и отказа от медицинского вмешательства в отношении опре- деленных видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и ме- дицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистри- рован Минюстом РФ 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082) (да- лее — 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 од- ним 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:

* лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание за- конодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724;

2012, № 26, ст. 3442, 3446) (несовершеннолетнего, больного нар- команией, не достигшего возраста 16 лет, и иного несовершенно- летнего, не достигшего возраста 15 лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицин- ское вмешательство;

* несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствова- нии несовершеннолетнего в целях установления состояния нарко- тического либо иного токсического опьянения (за исключением

установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста)15.

1. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется после выбора медицинской организации и врача16 при первом обращении в медицин- скую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.
2. Перед оформлением информированного добровольного согла- сия на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, ле- чащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одно- му 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 по- мощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицин- ских вмешательств, включенных в Перечень, о последствиях этих ме- дицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития ослож- нений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
3. 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 до- ступной для него форме должны быть разъяснены возможные последст- вия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений за- болевания (состояния).
4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, пред- усмотренной Приложением № 2 к приказу Министерства здравоохра- нения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н, под- писывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и под- шивается в медицинскую документацию пациента.

15 В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федера- ции».

16 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Россий- ской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 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. № 24278).

1. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.
2. Гражданин, один из родителей или иной законный представи- тель лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, имеет право от- казаться 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 Пере- чень), 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».
3. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, вклю- ченных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной прило- жением № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н, подписывается граждани- ном, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским ра- ботником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую до- кументацию пациента.

### 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)

« »

год рождения,

зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицин- ских вмешательств, на которые граждане дают информированное до- бровольное 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082) (далее — Перечень) для получения пер- вичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико- санитарной помощи лицом, законным представителем которого я явля- юсь (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, включен- ных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключени-

ем 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 пун- ктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федера- ции» 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.

**Приложение 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)

« » года 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 граж- дане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и меди- цинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального раз- вития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (да- лее — 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 воз- никновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов ме- дицинских 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**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноско- пия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное иссле- дование (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 двига- тельной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммуно- логические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокар- диография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электро- энцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюоро- графия (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.

**Приложение 4.**

83

### 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 фактиче- ского про- живания** | **Элект- ронный адрес** | **Телефоны: домашний, мобильный, служебный** | **Дата информиро- вания о порядке проведения ПМО и диспансеризации** | **Согласованный с гражда- нином срок прохождения** | | **Дата фактического за- вершения прохождения** | |
| **диспансеризации** | **ПМО** | **диспансеризации** | **ПМО** |
| Список мужчин, которые в 20 году будут находиться в возрасте от 18 до 34 лет включительно | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Список женшин, которые в 20 году будут находиться возрасте от 18 до 34 лет включительно | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Список мужчин, которые в 20 году будут находиться в возрасте от 35 до 39лет включительно | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Список женщин, которые в 20 году будут находиться в возрасте от 35 до 39 лет включительно | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Список мужчин, которые в 20 году будут находиться в возрасте от 40 до 54 лет включительно | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

84

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия, имя, отчество** | **Адрес места фактиче- ского про- живания** | **Элект- ронный адрес** | **Телефоны: домашний, мобильный, служебный** | **Дата информиро- вания о порядке проведения ПМО и диспансеризации** | **Согласованный с гражда- нином срок прохождения** | | **Дата фактического за- вершения прохождения** | |
| **диспансеризации** | **ПМО** | **диспансеризации** | **ПМО** |
| Список женшин, которые в 20 году будут находиться в возрасте от 40 до 54 лет включительно | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Список мужчин, которые в 20 году будут находиться в возрасте от 55 до 59лет включительно | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Список женшин, которые в 20 году будут находиться в возрасте от 55 до 59 лет включительно | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Список лиц, которые в 20 году будут находиться в возрасте от 60 до 64лет включительно | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Список лиц, которые в 20 году будут находиться в возрасте от 65 до 74 лет включительно | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Список лиц, которые в 20 году будут находиться 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 .

**Приложение 5.**

### Диспансеризация взрослого населения

(краткая информация для граждан о диспансеризации и порядке ее прохождения)

##### Основные цели диспансеризации

Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, яв- ляющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее — хронические неинфекционные заболевания), к которым относятсяболезни 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 коррек- цию основных факторов риска развития указанных заболеваний, к ко- торым 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 ри- ска их развития, но и проведение для граждан, имеющих указанные факторы риска, краткого профилактического консультирования, а так- же для лиц с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском индивидуального углубленного и группового (школа пациента) профилактического консультирования.

Такие активные профилактические вмешательства позволяют до- статочно быстро и в значительной степени снизить вероятность разви- тия у каждого конкретного человека опасных хронических неинфекци- онных заболеваний, а у лиц уже страдающих такими заболеваниями значительно уменьшить тяжесть течения заболевания и частоту раз- вития осложнений.

##### Где и когда можно пройти диспансеризацию

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

Ваш участковый врач (фельдшер), 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 зависимо- сти 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 выявле- но подозрение на наличие хронического неинфекционного заболева- ния 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 статье 24 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» работодатели обязаны обеспечивать усло- вия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансе- ризации, а также беспрепятственно отпускать работников для их про- хождения.

Кроме того, в 2018 году Трудовой кодекс РФ дополнен статьей

185.1 «Гарантии работникам при прохождении диспансеризации», со- гласно 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 диспансеризац

* Для прохождения первого этапа диспансеризации желательно прийти в медицинскую организацию (поликлинику) утром, на- тощак.
* 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 заболе- ваний органов малого таза, что для снижения вероятности по- лучения ложных результатов анализа мазка необходимо исклю- чить половые контакты в течение 2 суток перед диспансериза- цией, отменить любые вагинальные препараты, спермициды, тампоны и спринцевания.
* Мужчинам, которым назначено исследование простат-специ- фического антигена в крови (онкомаркер рака предстательной железы) необходимо помнить, что лучше воздержаться от про- ведения этого анализа в течение 7–10 дней после любых воз- действий 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 дис- пансеризации проходили медицинские исследования, возьмите документы, подтверждающие этот факт, и покажите их меди- цинским работникам перед началом прохождения диспансери- зации.
* Объем подготовки для прохождения второго этапа диспансери- зации Вам объяснит участковый врач (фельдшер).

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

**Приложение 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: | | | |
| **1.** | **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется** | Да | Нет |
| 1.1. | Гипертоническая болезнь (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 (заболева- ние сосудов головного мозга)? | Да | Нет |
| 1.4. | Хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиаль- ная 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 злокаче-**  **ственные новообразования** (легкого, желуд- ка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или по- липоз желудка, семейный аденоматоз / диф- фузный 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 хо- лодный воздух, боль или ощущение давле- ния, жжения, тяжести или явного диском- форта за грудиной и (или) в левой полови- не 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 по- сле прекращения ходьбы/адаптации к хо- лоду/ в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1–5 мин после приема нитроглице- рина** | 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 онеме- ние 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 еже- дневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3 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 кровохар- канье?** | 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 (полу- жидкий) черный или дегтеобразный стул?** | Да | Нет |
| **16.** | **Похудели ли Вы за последнее время без ви- димых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности  и пр.)? | Да | Нет |
| **17.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепро- ходного отверстия?** | Да | Нет |
| **18.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | Да | Нет |
| **19.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сига- рет 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 раци- оне 400–500 г сырых овощей и фруктов?** | Да | Нет |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **23.** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приго- товленную пищу, не пробуя ее?** | | | Да | Нет |
| **24.** | **Принимали ли Вы за последний год психо- тропные 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 выпи- ваете обычно за один раз?**  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?** 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) |
| **Всего баллов за ответы на вопросы № 25–27** | | | | | |
| **28.** | Есть ли у Вас другие жалобы на свое здо- ровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)? | | | **Да** | **Нет** |

**Приложение 7.**

92

### 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);  Вопросы 2 и 3 | Ответ «ДА» на любой вопрос. Вероятность заболевания в лич- ном анамнезе;  Ответ «Да» на  вторую часть вопроса 1.1 — ве- роятность медикаментозной ги- потензивной терапии | **Получить** документальное подтверждение заболевания (амб. карта, выписки) и при его наличии внести диагноз заболеваний в учетную форму.  С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопроса 1.1, **внести информацию** об эффективности гипотензивной терапии в учет- ную форму. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию про- водить с учетом выявленного в анамнезе заболевания |
| **Семейный анамнез** | | |
| Вопросы 4 и 5 | Ответ «ДА» на вопрос 4 — отя- гощенная наследственность по инфаркту и инсульту | При профилактическом консультирования **обратить внимание** на меры по профилактике атеросклероза, особенно при наличии клинических проявле- ний ИБС, ЦВБ |
|  | Ответ «ДА» на вопрос 5 — отя- гощенная наследственность  и высокий риск развития коло- ректального рака | **Для граждан в возрасте от 40 лет и старш**е при отягощенной наследственно- сти по колоректальному раку, семейному аденоматозу (диффузному полипо- зу) толстой кишки, направить **на 2 этап диспансеризации** (осмотр врачом- хирургом или врачом-колопроктологом) |
| **Выявление вероятности стенокардии** | | |
| Вопросы 6 и 7 | Ответ ДА» на вопрос 6 или на оба вопроса. Имеется вероят- ность стенокардии | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр па- циента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ. **Исключить** острую фор- му ИБС, рассмотреть необходимость назначения медикаментозной терапии. |

93

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы анкеты** | **Ответ**  **и Заключение** | **Врачебная тактика. Показания на 2 этап диспансеризации ИЛИ дополнительное обследование вне рамок диспансеризации\*** |
|  |  | **Направить** на консультацию к врачу-кардиологу вне рамок профилактиче- ского медицинского осмотра и диспансеризации для уточнения диагноза, определения дальнейшей тактики лечения, включая специализированную медицинскую помощь и высокотехнологичные вмешательства.  При профилактическом консультировании **информировать** пациента о необ- ходимости обследования и уточнения наличия стенокардии. Объяснить серь- езность высокого риска развития угрожающих жизни состояний при стено- кардии, характерных проявлениях этих состояний и необходимых неотложных мерах, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи.  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 во- прос — имеется вероятность преходящей ишемической атаки (ТИА) или перенесенного ОНМК | **Направить** пациента на консультацию (осмотр) к врачу-неврологу в рамках 2 этапа диспансеризации. **Информировать** граждан о высоком риске разви- тия инсульта, о его характерных проявлениях, о неотложных мероприятиях самои взаимопомощи, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи. При подтверждении диагноза направить на углубленное профилак- тическое 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 во- прос — имеется вероятность хронического заболевания ниж- них дыхательных путей | **Направить** на второй этап диспансеризации для проведения спирометрии. При выявлении патологических отклонений **провести** обследование и лече- ние пациента в соответствии со стандартом ПСМП вне рамок диспансериза- ции.  При проведении профилактического консультирования **обратить** внимание на меры профилактики ХОБЛ и важность коррекции имеющихся факторов риска |

94

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы анкеты** | **Ответ**  **и Заключение** | **Врачебная тактика. Показания на 2 этап диспансеризации ИЛИ дополнительное обследование вне рамок диспансеризации\*** |
| Вопрос 13  Вопрос 5 | Ответ «ДА» на вопрос 13 — вероятность наличия заболева- ния легких (бронхоэктазы, онкопатология, туберкулез) | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюо- рографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютер- ную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации.  При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику |
| Ответ «Да» на вопрос 13 и на вопрос 5 (отягощенная наслед- ственность 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 рент- генографии и/или компьютерной томографии легких и по результатам опре- делить дальнейшую врачебную тактику вне рамок диспансеризации |
| **Выявление вероятности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе и онкологических** | | |
| Вопрос 14–16 | Ответ «ДА» на вопрос 16  в сочетании с ответом «Да» на вопрос 14 и/или 15 — вероят- ность заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. **Направить** на второй этап диспансеризации для проведения эзофагогастродуоденоскопии. По ее резуль- татам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансери- зации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симпто- матику |
| Вопросы 16–18 | Ответ «ДА» на вопрос 16 в со- четании с ответом на вопрос 17 и/или 18 — вероятность забо- левания нижних отделов ЖКТ | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. Направить на 2 этап дис- пансеризации на осмотр врачом-хирургом или колопроктологом. При профи- лактическом консультировании о**братить внимание** на профилактику коло- ректального рака и коррекцию факторов риска его развития |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы анкеты** | **Ответ**  **и Заключение** | **Врачебная тактика. Показания на 2 этап диспансеризации ИЛИ дополнительное обследование вне рамок диспансеризации\*** |
| **Выявление поведенческих факторов риска — курение** | | |
| Вопросы 19–20  и Вопрос 5 | Ответ «ДА» на вопрос 19 — фактор риска «курение» | **Оценить риск по шкале SCORE** (за исключением лиц, имеющих ССЗ, обу- словленные атеросклерозом, сахарный диабет 2 или хроническую болезнь почек):   * в возрасте до 40 лет — относительный риск; * в возрасте 40–65 лет — абсолютный риск;   **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 **напра- вить их на 2 этап диспансеризации** для проведения углубленного профилак- тического консультирования.  **Информировать** всех курящих о его пагубных последствиях и необходимо- сти отказа от курения |
| Ответ на вопрос 20 «более 20 сигарет в день» свидетель-  ствует об интенсивном курении |
|  | Ответ «Да» на вопрос 19 и на вопрос 5 — отягощенная на- следственность по раку легкого | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюо- рографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютер- ную 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» — фак- тор риска «низкая физическая активность» | Учесть факт наличия низкой физической активности при проведении профи- лактического консультирования |
| **Выявление поведенческих факторов риска — нерациональное питание** | | |
| Вопросы 22 и 23 | Ответ «Нет» на вопрос 22 и/или ответ «ДА» на вопрос 23 — фактор риска «нерацио- нальное питание» | Учесть наличие фактора риска «нерациональное питание» при проведении профилактического консультирования |

95

96

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы анкеты** | **Ответ**  **и Заключение** | **Врачебная тактика. Показания на 2 этап диспансеризации ИЛИ дополнительное обследование вне рамок диспансеризации\*** |
| **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 для женщин — 3 балла и бо- лее, для мужчин — 4 балла  и более — риск пагубного по- требления алкоголя | Направить пациента на углубленное профилактическое консультирование на 2 этапе диспансеризации. |
| Вопрос 28 | При ответе «Да» — риск нали- чия заболевания или его обо- стрения | Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По ее результатам опреде- лить 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 завершении профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации.

**Приложение 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. медицинского работника, 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 дав- ление (артериальная гипертония)? | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да | Нет |
| 1.2. | Сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (саха- ра) 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 по- мещения на холодный воздух, боль или ощущение давле- ния, жжения, тяжести или явного дискомфорта за груди- ной 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/ощу- щения/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 поло- вине 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 ме- сяцев 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 по- следние 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, бобо- вые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | Да | Нет |
| **18.** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнасти- ку 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 по- вседневной жизни из-за снижения зрения?** | Да | Нет |
| **21.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в по- вседневной 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, ориен- тацией 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 спе- циальным соблюдением диеты или увеличением физиче- ской 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 вошед- шие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сооб- щить врачу (фельдшеру)?** | Да | Нет |

**Приложение 9.**

100

### 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 ука- зание на наличие заболева- ния в личном анамнезе.  Ответ «ДА» на вторую часть вопроса 1.1 — вероятность наличия медикаментозной гипотензивной терапии | **Уточнить** документальное подтверждение заболевания (амб. карта/выписки и др.);  **Зарегистрировать** диагноз заболевания в учетных формах. С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопроса 1.1, **внести** информацию об эффективности гипотензивной терапии в учетную форму. |
|  |  | 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 — вероят- ность стенокардии | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациен- та, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ. Исключить острую форму ИБС, рассмотреть необходимость назначения медикаментозной терапии. **Направить** на консультацию к врачу-кардиологу вне рамок диспансеризации для уточнения диа- гноза, определения дальнейшей тактики лечения, включая специализированную медицинскую помощь и высокотехнологические вмешательства.  При профилактическом консультировании **информировать** пациента о необходи- мости обследования и уточнения наличия стенокардии. **Сообщить** о высоком ри- ске развития угрожающих жизни состояний при стенокардии, характерных прояв- лениях этих состояний и необходимых неотложных мерах, включая своевремен- ный вызов скорой медицинской помощи.  **Обратить внимание** на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции |

101

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы** | **Ответ и заключение** | **Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации** |
| 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 вра- чу неврологу для определения дальнейшего обследования (дуплексное сканиро- вание БЦА в рамках диспансеризации) и лечения.  При подтверждении диагноза, направить на углубленное профилактическое кон- сультирование в рамках диспансеризации.  **Информировать** о высоком риске развития инсульта, о характерных проявлениях инсульта и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вы- зов скорой медицинской помощи |
| Вопрос 7 | Ответ «ДА» — вероятно на- личие сердечной недостаточ- ности | **Провести детальный** сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациен- та, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ и флюорографии.  По выявленным показаниям **назначить** дополнительное обследование и лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению больных с хрониче- ской сердечной недостаточности вне **рамок диспансеризации**. **Информировать** граждан о высоком риске развития острой сердечной недостаточности, о ее харак- терных проявлениях и необходимых неотложных мероприятиях, включая сво- евременный 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 вероят- ность хронического заболе- вания нижних дыхательных путей | **Направить** на 2 этап диспансеризации для проведения спирометриии. При выяв- лении патологических отклонений **провести** обследование и лечение пациента  в соответствии со стандартом ПСМП вне рамок диспансеризации. При проведе- нии профилактического консультирования **обратить** внимание на меры профи- лактики ХОБЛ и важность коррекции имеющихся факторов риска |

102

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы** | **Ответ и заключение** | **Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации** |
| Вопрос 10 | Ответ «ДА» — вероятность наличия заболевания легких (бронхоэктазы, онкопатоло- гия, туберкулез) | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюорогра- фии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию лег- ких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне ра- мок диспансеризации.  При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику |
| **Выявление вероятности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе и онкологических** | | |
| Вопрос 11 | Ответ «ДА» — вероят- ность заболеваний верхних отделов желудочно-кишеч- ного тракта | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. **Направить** на 2 этап диспансе- ризации для проведения эзофагогастродуоденоскопии. По ее результатам **опреде- лить** дальнейшую тактику обследования **вне** рамок диспансеризации.  При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику |
| Вопрос 12 | Ответ «ДА» в сочетании  с ответом «ДА» на вопрос 26 и/или «НЕТ» на вопрос  27 — вероятность заболева- ния нижних отделов ЖКТ | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. **Направить** на 2 этап диспансе- ризации на осмотр врачом-хирургом или колопроктологом.  При профилактическом консультировании обратить внимание на профилактику колоректального рака и коррекцию факторов риска его развития |

103

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы** | **Ответ и заключение** | **Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации** |
| **Фактор риска — курение** | | |
| Вопрос 13 | Ответ «ДА» — курит в на- стоящее 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 ново- образование легкого) и вне рамок диспансеризации.  **На первом этапе диспансеризации** в рамках краткого профилактического кон- сультирования информировать о пагубных последствиях курения и необходимости отказа от курения.  **В рамках 2 этапа диспансеризации** при проведении углубленного профилактиче- ского консультирования сделать акцент на отказ от курения |
| **Фактор риска — риск остеопороза** | | |
| Вопросы 14, 15 | Ответы «ДА» на любой во- прос — имеется риск остео- пороза | При проведении УПК — **учесть** наличие фактора риска. **Рекомендовать вне ра- мок диспансеризации** консультацию ревматолога или эндокринолога для опреде- ления показаний для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации (денситометрию или рентгенографию позвоночника и др) |
| **Фактор риска — нерациональное питание** | | |
| Вопросы 16, 17 | Ответ «НЕТ» на оба вопро- са — нерациональное пита- ние | 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. |

104

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы** | **Ответ и заключение** | **Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации** |
| **Шкала «Возраст не помеха». Риск старческой астении** | | |
| Вопрос 19 | Ответ «ДА» — имеется риск падений  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.  При проведении УПК **учесть** наличие фактора риска |
| Вопрос 20 | Ответ «ДА» — вероятность снижения зрения.  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. При проведении УПК **учесть** снижение зрения |
| Вопрос 21 | Ответ «ДА» — риск сниже- ния слуха.  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. При проведении УПК **учесть** снижение слуха |
| Вопрос 22 | Ответ «ДА» — риск депрес- сии Ответ учитывается  в шкале «Возраст не поме- ха» при подсчете суммы бал- лов (ответ «ДА» = 1 баллу) | **Направить** на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-неврологу. При проведении УПК **учесть** наличие риск депрессии |

105

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы** | **Ответ и заключение** | **Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации** |
| Вопрос 23 | Ответ «ДА» — наличие проблемы с удержанием мочи.  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. При профилактическом консультирова- нии учесть выявленную симптоматику |
| Вопрос 24 | Ответ «ДА» — вероятность ограничения мобильности. Ответ учитывается в шкале  «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «ДА» = 1 баллу) | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациен- та, оценить клиническую картину. По результатам **определить** дальнейшую такти- ку обследования вне рамок диспансеризации.  При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику |
| Вопрос 25 | Ответ «ДА» — вероятность наличия когнитивных нару- шений. Ответ учитывается в шкале «Возраст не поме-  ха» при подсчете суммы бал- лов (ответ «ДА» = 1 баллу) | **Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациен- та, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую такти- ку обследования вне рамок диспансеризации.  При профилактическом консультировании **учесть** выявленную симптоматику |
| Вопрос 26 | Ответ «ДА» на вопрос 6  в сочетании с ответом «НЕТ» на вопрос 27— учитывается в шкале «Возраст не поме- ха» при подсчете суммы бал- лов (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 дис- пансеризации |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы** | **Ответ и заключение** | **Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации** |
| Сумма от- ветов ДА» (баллов) на вопро- сы 19–26 | Сумма баллов 3 и более от- ветов «ДА» на вопросы 19- 26 — имеется риск старче- ской 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 дис- пансеризации |
| **Полипрагмазия** | | |
| Вопрос 29 | Если пациент **называет 5 и более** лекарственных средств — выявлена поли- прагмазия | **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.

106

С результатами анкетирования ознакомлен

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

**Приложение 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 цереброва- скулярных 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 родствен- ники) поздно вызывают врача скорой медицинской помощи, что сни- жает вероятность спасения.

##### При овладении необходимыми навыками оказания первой помо- щи в форме само- или взаимопомощи (со стороны людей, окружаю- щих человека, оказавшегося в таком критическом состоянии) мож- но в большинстве случаев спасти жизнь больного.

Данный раздел профилактического консультирования адресован, в первую очередь, больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, па- циентам с высоким и очень высоким риском их развития, их родствен- никам и близким, так как известно, что нередко до 30–50% жизнеугро- жающее осложнение, опасное фатальным исходом, может быть пер- вым и последним проявлением этих заболеваний (осложнений). Также информация будет полезна практически всем людям, которые могут оказаться в ситуации, когда возникнет необходимость оказания экс- тренной помощи до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

## ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при сердечном приступе

##### Характерные признаки (симптомы) сердечного приступа (инфар- кта миокарда)

* внезапно (приступообразно) возникающие, давящие, сжимающие, жгущие, ломящие боли в грудной клетке (за грудиной) продолжаю- щиеся 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 ниж- ней части грудины вместе с верхней частью живота;
* нехватка воздуха, одышка, резкая слабость, холодный пот, тошнота часто возникают вместе, иногда следуют за или предшествуют дис- комфорту/болям в грудной клетке;
* ***нередко указанные проявления болезни развиваются на фоне физической или психоэмоциональной нагрузки, но чаще с не- которым интервалом после них.***

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

Если у Вас или кого-либо внезапно появились вышеуказанные ха- рактерные признаки сердечного приступа даже при слабой или умерен- ной их интенсивности, которые держатся более 5 мин, не задумывай- тесь, сразу вызывайте бригаду скорой медицинской помощи. Не вы- жидайте более 10 минут! В такой ситуации это опасно для жизни.

##### Помните, что состояние алкогольного опьянения в этой смер- тельно опасной ситуации не является разумным доводом для откла- дывания вызова скорой помощи.

Если у Вас появились симптомы сердечного приступа и нет воз- можности 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 соглас- но следующему алгоритму** (рис. 5):

* сразу после возникновения приступа сесть (лучше в кресло с под- локотниками) или лечь в постель с приподнятым изголовьем, при- нять 0,25 г ацетилсалициловой кислоты (аспирина) (таблетку раз- жевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (одну ингаляционную дозу распылить в полость рта при задержке дыхания, одну таблет- ку/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 обя- зательном (жизнеспасающем) порядке вызвать бригаду скорой ме- дицинской 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, снижаю- щие уровень холестерина в крови из группы статинов (симваста- тин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розуво- астатин), дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.

|  |
| --- |
| **Сесть в кресло с подлокотниками или лечь в постель с приподнятым изголовьем** |

**1**

**АЦЕТИЛСАЛЕЦИЛОВАЯ КИСЛОТА** 0,5 г

*Принять половинку таблетки, разжевать, проглотить*

**НИТРОГЛИЦЕРИН** 0,5 мг

*Капсулу раскусить, положить под язык, не глотать*

**2**

ОСВОБОДИТЬ ШЕЮ И ОБЕСПЕЧИТЬ ПОСТУПЛЕНИЕ СВЕЖЕГО ВОЗДУХА (ОТКРЫТЬ ФОРТОЧКИ ИЛИ ОКНО)

*Через 5 мин*

*Боли сохраняются Боли исчезли*

**4**

**ПРИНЯТЬ НИТРОГЛИЦЕРИН**

0,5 мг

*Капсулу раскусить, положить под язык, не глотать*

СРОЧНО ВЫЗВАТЬ СКОРУЮ ПОМОЩЬ

**3**

**ПРИНЯТЬ НИТРОГЛИЦЕРИН** 0,5 мг

*Капсулу раскусить, положить под язык, не глотать*

*Через 10 мин*

*Боли сохраняются Боли исчезли*

Действия по указанию врача скорой помощи

Обратиться к участковому

врачу

**Рисунок 5.** Алгоритм действий при сердечном приступе

**Внимание!** Больному с сердечным приступом категорически за- прещается вставать, ходить, курить и принимать пищу до особого раз- решения врача.

**Нельзя принимать аспирин** (ацетилсалициловую кислоту) при не- переносимости его (аллергические реакции), а также при явном обо- стрении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Нельзя принимать нитроглицерин** при резкой слабости, потливо- сти, 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 (обездвижива- ние) руки, ноги, половины тела, перекашивание лица и/или слюно- течение на одной стороне;
* речевые нарушения (затруднения в подборе нужных слов, понима- ния речи и чтения, невнятная и нечеткая речь, до полной потери речи);
* нарушения или потеря зрения, «двоение» в глазах, затруднена фо- кусировка зрения;
* нарушение равновесия и координации движений (ощущения «по- качивания, проваливания, вращения тела, головокружения», неустойчивая походка вплоть до падения);
* необычная сильная головная боль (нередко после стресса или фи- зического напряжения);
* спутанность сознания или его утрата, неконтролируемые моче- испускание или дефекация.

**При внезапном появлении любого из этих признаков СРОЧНО ВЫЗЫВАЙТЕ БРИГАДУ скорой медицинской помощи,** даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут (рис. 6).

|  |
| --- |
| Помогите больному принять удобное сидячее или полусидячее положение  в кресле или на кровати, подложив под спину подушки. Если больной без сознания положите его на бок, удалите из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что больной дышит |
| Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротничок рубашки, ремень или пояс, снимите стесняющую одежду |
| **Измерьте температуру (t) тела больного**  Если t 38oC или более дайте больному 2 таблетки парацетамола по 0,5 г (*таблетки разжевать, проглотить*)  **При отсутствии парацетамола другие жаропонижающие препараты принимать нельзя!** |
| Положите на лоб и голову лед или продукты из морозильника, уложенные  в непромокаемые пакеты, обернутые полотенцем. Если глотание затруднено, изо рта капает слюна, наклоните голову к более слабой стороне тела, промокайте  стекающую слюну чистыми салфетками |
| Если пострадавший не может говорить или его речь невнятная, успокойте его заверив, что это состояние временное. Держите егоза руку на непарализованной стороне, пресекайте попытки разговаривать и не задавайте вопросов, требующих ответа.  Помните, что хотя пострадавший не может говорить, он сознает происходящее и слышит все, что говорят |

**Рисунок 6.** Алгоритм действий при ОНМК

## Алгоритм неотложных действий при ОНМК (советы пациенту) — памятка для пациента

##### Срочно вызывайте бригаду скорой медицинской помощи, даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут.

1. **До прибытия бригады скорой медицинской помощи:**

* Если больной без сознания, положите его на бок, удалите из по- лости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убеди- тесь, что больной дышит.
* Если пострадавший в сознании, помогите ему принять удобное си- дячее или полусидящее положение в кресле или на кровати, под- ложив под спину подушки. Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротник рубашки, ремень, пояс, снимите стесняющую одежду.
* Измерьте артериальное давление, если его верхний уровень пре- вышает 220 мм рт. ст., дайте больному препарат, снижающий арте- риальное давление, который он принимал раньше.
* Измерьте температуру тела. Если 1=38°или более, проверьте со- хранность акта глотания (глотает слюну и свободно проглатывает столовую ложку воды) и дайте больному 1 г парацетамола (2 та- блетки по 0,5 г разжевать, проглотить), (при отсутствии парацета- мола других жаропонижающих препаратов не давать!).
* Положите на лоб и голову лед, можно взять продукты из морозиль- ника, уложенные в непромокаемые пакеты и обернутые полотенцем.
* Если больной ранее принимал лекарственные препараты, снижаю- щие уровень холестерина в крови из группы статинов (симваста- тин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розува- статин), 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 сте- кающую 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 по- пытки 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 на- пряжения;
* одышкой, слабостью, постоянными монотонными ноющими боля- ми/дискомфортом в области сердца, иногда появлением или нарас- танием пастозности/отечности кожи лица, рук, ног.

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

При появлении симптомов гипертонического криза, необходимо (рис. 7):

* убрать яркий свет, обеспечить покой, доступ свежего воздуха (рас- стегнуть ворот рубашки, проветрить помещение и т.п.);
* измерить артериальное давление (методику измерения АД смотри- те в конце данного раздела) и если его «верхний» уровень выше или равен 160 мм рт. ст. необходимо принять гипотензивный пре- парат, ранее рекомендованный врачом. При отсутствии рекомен- дованного 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 воз- можности, сесть в кресло с подлокотниками и принять горячую ножную ванну (опустить ноги в емкость с горячей водой).

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

При беседе с врачом необходимо уточнить, какие препараты Вам необходимо принимать при развитии гипертонического криза, четко записать их наименования, дозировку и временную последователь- ность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача, при каких проявлениях болезни Вам необходимо срочно вызывать скорую меди- цинскую помощь.

|  |
| --- |
| Убрать яркий свет, обеспечить покой, доступ свежего воздуха  *(расстегнуть ворот рубашки, проветрить помещение и т.п.)* |
| Измерить артериальное давление  *(методику измерения АД необходимо освоить заранее)* |
| АД ≥ 160 мм рт. ст. Нет возможности измерить АД или АД > 210 мм рт. ст.  Принять лекарства  (вписывает врач **СРОЧНО ВЫЗВАТЬ СКОРУЮ ПОМОЩЬ**  с указанием дозы):  1)  2)  3) |
| Сесть в кресло с подлокотниками и принятьгорячую ножную ванну (опустить ноги в емкость с горячей водой) или поставить на ноги горчичники, выпить чашку сладкого чая |
| *Через 30–60 мин*  Действия  АД ≤ 160 мм рт. ст. АД > 160 мм рт. ст. по указанию  врача скорой  кОбратиться **СРОЧНО ВЫЗВАТЬ** помощи  участковому  врачу **СКОРУЮ ПОМОЩЬ** |

**Рисунок 7.** Алгоритм действий при гипертоническом кризе

|  |
| --- |
| Всем больным с гипертонической болезнью необходимо **сфор- мировать индивидуальную мини-аптечку первой помощи** при ги- пертоническом кризе и постоянно носить ее с собой, так как гипер- тонический криз может развиться в любое время и в любом месте. |

##### Чему необходимо обучить пациента при углубленном профилак- тическом консультировании:

* мерам самопомощи при гипертоническом кризе;
* правилам измерения артериального давления (нормативы, целе- вые уровни АД, в том числе и с учетом возраста пациента и особен- ностей течения заболевания);
* режиму самоконтроля артериального давления в домашних условиях.

## ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при острой сердечной недостаточности

**Острая сердечная недостаточность (ОСН)** — это тяжелое пато- логическое состояние, которое развивается у больных с различными заболеваниями сердца и гипертонической болезнью. Это одна из наи- более частых причин вызова скорой помощи и госпитализации боль- ных, а также смертности населения нашей страны и всего мира.

##### Основными проявлениями (симптомами) острой сердечной не- достаточности являются:

* тяжелое, частое (более 24 в мин), шумное дыхание — одышка, иногда достигающая степени удушья, с преимущественным затруд- нением вдоха и явным усилением одышки и кашля в горизонталь- ном положении. Сидячее положение или лежачее положение с вы- соко поднятым изголовьем облегчает состояние больного;
* часто при дыхании становятся слышны влажные хлюпающие хрипы/ звуки, прерываемые кашлем; в терминальной стадии дыхание при- обретает характер клокочущего с появлением пены у рта больного;
* характерная сидячая поза больного, упирающегося прямыми рука- ми 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 боль- шинстве случаев от первых клинических признаков до тяжелых прояв- лений ОСН проходит 6–12 и более часов, однако без медицинской по- мощи большинство больные с ОСН погибает.

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

При появлении у больных гипертонической болезнью или болез- нью сердца (но не легких или бронхов) вышеуказанных симптомов ОСН **необходимо** (рис. 8):

##### вызвать скорую медицинскую помощь;

* придать больному сидячее положение, лучше в кресле с подлокот- никами, 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 неглубокие арте- рии, что уменьшает приток крови к сердцу и тем самым облегчает его работу.

|  |
| --- |
| **НИТРОГЛИЦЕРИН** 0,5 мг  *Капсулу раскусить, положить под язык, не глотать* |
| Принять, рекомендованные лечащим врачом лекарства:  1)  (вписывает врач с указателем дозы)  2) |

ОБЕСПЕЧИТЬ СВЕЖИЙ ВОЗДУХ, СЕСТЬ, ЛУЧШЕ В КРЕСЛО С ПОДЛОКОТНИКАМИ, НОГИ ОПУСТИТЬ В ТАЗ ИЛИ ВЕДРО С ГОРЯЧЕЙ ВОДОЙ

|  |
| --- |
| **АЦЕТИЛСАЛИЦИПОВАЯ КИСЛОТА** 0,25 г  *Таблетку разжевать, проглотить* |
| Если после приема первой капсулы нитроглицерина **наступило облегчение**,  то продолжатьего прием по 1 капс. каждые 10–15 мин до прибытия скорой помощи.  Нитроглицерин 4 капсулы по 0,5 мг    ПРИ ОТСУТСТВИИ ОТЧЕТЛИВОГО ОБЛЕГЧЕНИЯ — НИТРОГЛИЦЕРИН НЕ ПРИНИМАТЬ |

**Рисунок 8.** Алгоритм действий при ОСН

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 раску- сить, не глотать). При улучшении самочувствия больного после при- менения нитроглицерина, его применяют повторно, через каждые 10– 15 мин. до прибытия бригады скорой медицинской помощи. При от- сутствии улучшения самочувствия больного после очередного приема нитроглицерина его больше не применяют.

**Внимание!** Больному с ОСН необходимо исключить все физи- ческие 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 запи- сать их наименования, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача, при каких проявлени- ях болезни срочно вызывать скорую медицинскую помощь. Каждому такому больному нужно сформировать индивидуальную аптечку пер- вой помощи при ОСН и постоянно иметь ее при себе.

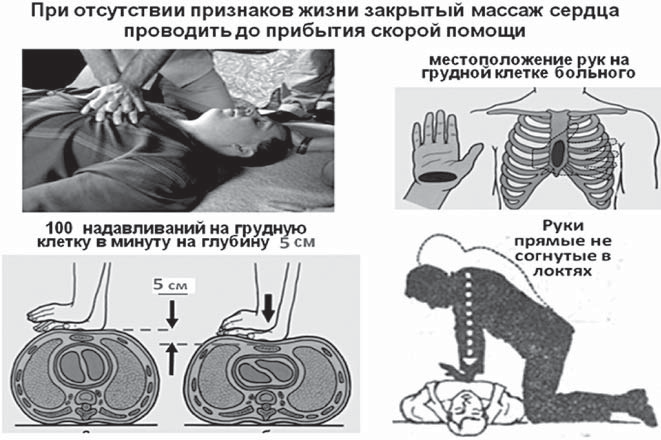
## ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при внезапной смерти (советы очевидцам)

Чаще всего внезапная смерть происходит вследствие прекращения сердечной деятельности. **Основные признаки (симптомы) внезапной смерти:**

* Внезапная потеря сознания, часто сопровождающаяся агональны- ми движениями (стоящий или сидящий человек падает, нередко на- блюдаются судорожное напряжение мышц, непроизвольное моче- испускание 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 изда- ет хрипящие и/или булькающие звуки, иногда похожие на судо- рожную попытку что-то сказать.

## Алгоритм неотложных действий очевидцев внезапной смерти человека

* Если человек внезапно потерял сознание, **сразу же вызывайте бригаду скорой медицинской помощи** (если рядом есть другие люди, 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 отсут- ствии какой-либо реакции сразу же приступайте **к закрытому мас- сажу 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 местоположе- ние рук на грудной клетке больного как указано на рисунке 9. 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 энергич- ное ритмичное сдавливание грудной клетки пострадавшего на глу- бину 5 см с частотой 100 надавливаний на грудную клетку в минуту.



**Рисунок 9.** Алгоритм действий при внезапной смерти

* При появлении признаков жизни (любые реакции, мимика, движе- ния или звуки, издаваемые больным) массаж сердца необходимо прекратить. При исчезновении указанных признаков жизни мас- саж сердца необходимо возобновить. Остановки массажа сердца должны быть минимальными — не более 5–10 секунд. При воз- обновлении признаков жизни массаж сердца прекращается, боль- ному 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 искус- ственную вентиляцию легких. **При отсутствии специальной подготов- ки проводить больному искусственную вентиляцию легких и опреде- ление пульса на сонной артерии не следует**, так как специальные на- учные исследования показали, что такие процедуры вне опытных 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 при- ступа или ОНМК скорая медицинская помощь позволяет в пол- ном объеме использовать современные высокоэффективные методы стационарного лечения и во много раз снизить смерт- ность от этих заболеваний; * ацетилсалициловая кислота (аспирин) и нитроглицерин, приня- тые в первые минуты, могут предотвратить развитие инфаркта миокарда и значительно уменьшить риск смерти от него; * состояние алкогольного опьянения не является разумным осно- ванием для задержки вызова бригады скорой помощи при раз- витии сердечного приступа и острого нарушения мозгового кро- вообращения — около 30% лиц внезапно (в течение 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. |

**Приложение 11.**

### Оценка сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE

**Оценка абсолютного сердечно-сосудистого риска** (риска фаталь- ных сердечно-сосудистых осложнений в течение предстоящих 10 лет) проводится по Европейской шкале SCORE (Systematic CQronarv Risk Evaluation). Шкала риска разработана экспертами Европейского об- щества кардиологов на основании данных проспективных исследова- ний, проведенных в 12 странах Европы, в том числе в России, с участи- ем 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 неатеро- склеротических причин смерти.

Для расчета суммарного риска фатальных ССЗ учитываются 2 не- модифицируемых 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, обу- словленных атеросклерозом (ИБС, ЦВБ, поражения перифе- рических 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 вы- сокий сердечно-сосудистый риск вследствие фактора возраста);
* у граждан моложе 40 лет (риск оценивается по шкале относи- тельного риска, см. далее).

##### 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-сосуди- стым риском относятся к **1-й группе здоровья** (при отсутствии заболе- ваний, требующих диспансерного динамического наблюдения).

Пациенты с **высоким** и **очень высоким абсолютным** сердечно- сосудистым риском относятся ко 2-й группе здоровья (при отсутствии заболеваний, требующих диспансерного динамического наблюдения).

## Методика определения абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE (табл. 10)

Выберите ту часть шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения пациента. Далее внутри таблицы следует найти клет- ку, соответствующую индивидуальному уровню измеренного систоли- ческого АД и общего холестерина. Цифра, указанная в клетке, показы- вает 10-летний суммарный сердечно-сосудистый риск данного пациен- та. 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 SCORE, разработанной специально с этой целью (см. табл. 10), 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 сер- дечно-сосудистым риском, и использоваться как мотивирующий фак- тор к ведению здчорового образа жизни.

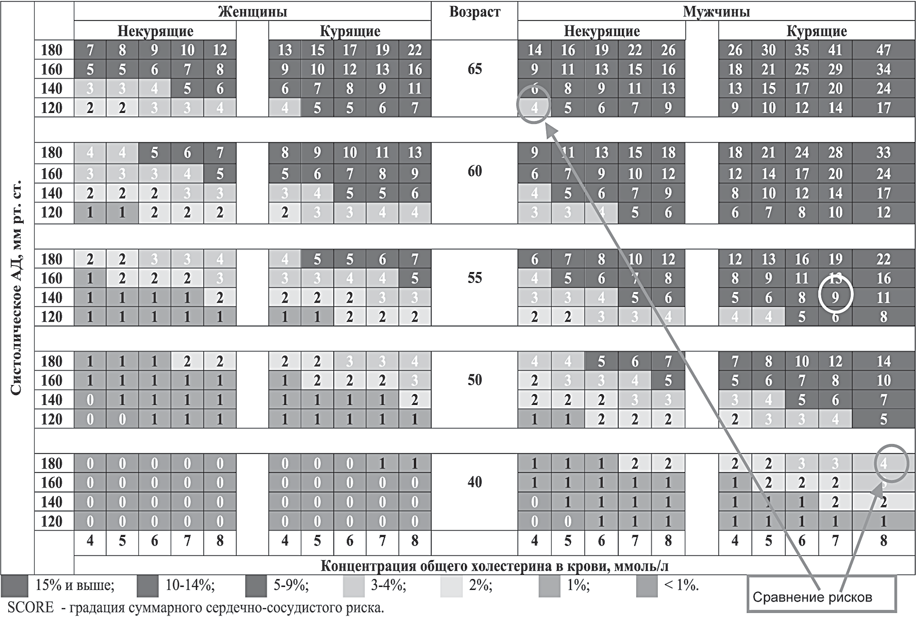
## Оценка относительного сердечно-сосудистого риска

**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 14) имеет в 12 раз

*Таблица 10.* **Сравнение рисков — шкала SCORE**

121



*Примечание:* SCORE – градация суммарного сердечно-сосудистого риска. 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).

меньший относительный суммарный сердечно-сосудистый риск по сравнению с человеком, имеющим указанные факторы риска (правый верхний угол таблицы 11).

##### *Таблица 11.* Относительный суммарный сердечно-сосудистый риск для лиц моложе 40 лет

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | | **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 |

*Примечание:* 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 ме- тодику сравнения рисков у лиц разного возраста (см. табл. 10 «Сравне- ние рисков»), которое позволяет проиллюстрировать высокую вероят- ность сокращения ожидаемой продолжительности жизни, если моло- дой человек с низким абсолютным и высоким относительным суммарным риском сердечно-сосудистых заболеваний не будет пред- принимать превентивные меры по коррекции, имеющихся факторов риска.

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 включенны- ми в шкале суммарного риска SCORE (с гипергликемией, избыточ- ной массой тела/ожирением, низкой физической активностью, на- следственной 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; триглицеридах более 1,7 ммоль/л.

**Приложение 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 ощу- щений в животе или поясничной области, изменение цвета или появле- ние примесей крови в выделениях.

При жалобах на осиплость голоса и кашель, которые не очень бес- покоят пациента, можно заподозрить рак гортани или легких, а при ма- лейших затруднениях проглатывания твердой пищи — опухоль пище- вода или кардиального отдела желудка.

Следует выяснить, нет ли «ранок» во рту, увеличивающихся роди- мых пятен или родинок, изъязвлений кожи, выделений из сосков. При опросе женщин следует обращать внимание на нарушение менстру- ального цикла, наличие и появление болей и атипичных кровяных выделений в межменструальном периоде и в менопаузе. У мужчин вы- ясняется, нет ли затруднений при мочеиспускании и его частота в ноч- ное 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 одноразо- вого шпателя осматривают слизистую губ, щек, десен, языка. Для осмотра языка его кончик берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу. Цель осмотра — обнаружение лейкоплакий, трещин, изъяз- влений слизистой.

Лейкоплакии выглядят как белые шероховатые налеты или плот- ные белые бляшки, возвышающиеся над поверхностью гладкой, розо- вой 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 участ- ках 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-не- кротического налета его необходимо удалить сухим ватно-марлевым тампоном. Мазки подсушивают на воздухе.

##### Осмотр кожных покровов

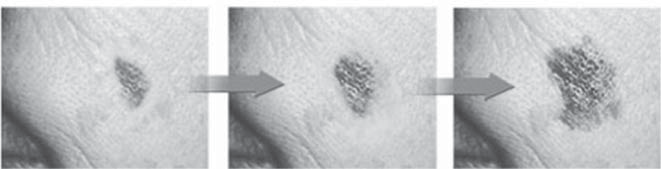
Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных бородавчатых и узелко- вых образований, изъязвлений. Следует обращать внимание на нали- чие длительно существующих гиперемированных участков кожи с ше- роховатой поверхностью и наклонностью к изъязвлению, которые располагаются в области тела, подвергающихся воздействию раздра- жающих факторов (трение краев одежды, воздействие солнечных лу- чей, 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 опу- холи кожи — меланомы, представляют темные и синюшно-багровые пятна и узелковые образования, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к увеличению и изъязвлению. Такие образования ча- сто встречаются на коже живота, спины, нижних конечностей.

Поскольку связь меланомы с родинками, пигментными невусами довольно высока (частота развития меланомы из предшествующих не- вусов колеблется от 10 до 100 % случаев) при сборе анамнеза и осмо- тре 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 пла- не ранней диагностики меланомы кожи. Начальная картина заболева- ния в случае роста из невуса протекает следующим образом. Родимое пятно после предшествующей травмы или без видимых причин начи- нает увеличиваться, изменять окраску и превращается в экзофитную



**Рисунок 10.** Эволюция невуса в меланому

опухоль, которая иногда возникает эксцентрично на одном из участков пигментного образования (рис. 10).

С пигментных опухолей материал получают только методом отпе- чатков путем прикладывания чистого обезжиренного стекла к изъяз- вившейся или мацерированной поверхности.

##### Исследование органов мошонки и полового члена

У мужчин при визуальном осмотре обращают внимание на состоя- ние кожных покровов половых органов, наличие ссадин и трещин, ма- цераций, гиперемированных участков на коже головки полового члена, величину и форму яичек.

При пальпации органов мошонки отмечают размеры яичек, при- датков, 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, упругомягкой консистенции. Болезненность при паль- пации, наличие уплотнений в виде равномерного шнурка или отдель- ных узелков указывают на патологические изменения в стенке уретры.

**Приложение 13.**

### Навыки профилактического консультирования

#### (для отделений/кабинетов медицинской профилактики)

**Профилактическое консультирование (ПК)** — это правильно по- строенная беседа с пациентом (разной продолжительности) с элемен- тами эмпатии (сопереживания, понимания проблем пациента), осно- ванная на фактических данных конкретного пациента. Цель — бескон- фликтно побуждать пациента задуматься об изменении поведения и мотивировать к планированию конкретных шагов.

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

Очень важно, чтобы ПК было основано на сочувственных, уважи- тельных, позитивных отношениях с пациентом и являлось бескон- фликтными, 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 яв- ляется использование ключевых навыков мотивационного консульти- рования (известных в англоязычной литературе как OARS), включаю- щих открытые вопросы, требующие развернутого ответа (Open- ended- questions), поддерживающие утверждения (Aﬃrmations), активное или рефлексивное слушание (Reﬂections) и обобщения (Summaries). 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 (Open-endedquestions)** — это вопросы, ко- торые 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 [*встав- ляете... обсуждаемый с пациентом фактор риска/риско- ванное/проблемное/нездоровое поведение*]?» * «Что происходит, как Вы себя чувствуете, когда Вы [*вставляе- те... обсуждаемый с пациентом факторриска/рискован- ное/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, напри- мер: «Как часто Вы переедаете?», «Сколько лет Вы курили?».

**Поддерживающие утверждения** (Aﬃrmations)— это утверждения (заявления), которые используются как признание сильных сторон лю- дей, успехов и усилий для изменения. Они помогают повысить уверен- ность 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, обе- спокоенные своим [*вставитьрискованное/проблемное/не- здоровое поведение*]». |

Примечание: избегайте утверждений, которые звучат слишком за- искивающе или неискренне, например, «Ничего себе, это невероят- но!» или «Это здорово, я знал, что Вы можете это сделать\»

**Рефлексивное (отражающее) слушание** (Reﬂections) — это вы- сказывания, 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 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/про- блемного/ нездорового поведения] на самом деле не очень боль- шая проблема сейчас». * «Как Вы думаете, что может измениться в будущем?» * «У меня такое чувство, что Вы сильно меняетесь, и Вы не увере- ны, что можете это сделать из-за трудностей, которые Вы испы- тывали, когда пытались в прошлом». |

|  |
| --- |
| **Примеры рефлексивного слушания (отражение чувств):**   * «Представляю, как Вам тяжело.» * «Вы чувствуете себя раздраженным (обиженным, взволнован- ным и т.д.)» * «Я услышал разочарование в Вашем голосе, когда Вы говорили о прошлой попытке бросить курить» |

**Обобщение** (Summaries) — это подытоживание основных идей, чувств говорящего. Это воспроизведение слов партнера в сокращен- ном виде, краткое формулирование самого главного, подведение итога. Этот прием уместен при длительных беседах, при завершении разго- вора, при долгом обсуждении, при расхождении мнений, в случае пре- тензий, разногласий, когда необходимо решить какие-либо проблемы. Обобщение — хороший способ закончить консультацию или переве- сти разговор на другую тему.

|  |
| --- |
| **Примеры обобщения:**   * «Похоже, Вы обеспокоены тем, что [вставляете рискованное/ проблемное/нездоровое поведение], потому что это так негатив- но отражается на Вас. Куда это может привести Вас?» * «С одной стороны, Вы чувствуете, что Вам нужно бросить ку- рить, но, с другой стороны, это, вероятно, означает, что Вы буде- те меньше общаться с вашими друзьями. Это нелегкий выбор». * «Похоже, Вы начали признавать проблемы из-за избыточного веса. И Ваша подруга сказала, что покинет Вас, если Вы ничего не сделаете со своим весом. Легко понять, почему Вы теперь го- товы работать с этой проблемой». |

**Приложение 14.**

### Алгоритм профилактического консультирования

#### (для отделений/кабинетов медицинской профилактики)

##### ШАГ 1 — Установление контакта

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

Объясните свою роль и попросите разрешение на разговор по по- воду факторов риска. Избегайте осуждения, понимайте позицию паци- ента 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 положитель- ные, 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 фактор /нездоровое поведе- ние*]?» [Пациент ответит] * «Хорошо, а что отрицательного в [*вставить имеющийся у па- циента поведенческий фактор /нездоровое поведение*]?» |

Можно заполнить вместе с пациентом таблицу «Баланс принятия решений» (табл. 12) или предложить ему самому провести такой ана- лиз, а полученную информацию использовать на следующих этапах консультирования.

*Таблица 12.* **Баланс принятия решений**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 (табл. 13)

*Таблица 13.* **Информирование и обратная связь**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Задача** | **На практике** | **Функция выявления** |
| Попросить разрешения | *«Могу я ...? или*  *«Хотели бы Вы узнать...»* | Говорит об **уважении пациента**, усиливает его готовность услышать то, что Вы ему скажете |
| Уточнить необходи- мость информации | *«Что Вам изве- стно о...?»* | Помогает не повторять то, что человек уже знает и позволяет заполнить пробел в знаниях |
| Осведомление  о заинтересованности | *«Что бы Вы хо- тели знать о ...?»* | Позволяет определить, что пациент хотел бы узнать больше всего, и может существенно отличаться от того, что Вы планировали сказать |
| **Функция сообщения. На практике** | | |
| Расставить приотеты | *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 ин- формацией или оставить ее без внимания* | |
|  | *Сообщайте информацию беспристрастно, не интерпре- тируя, какое значение это имеет для пациента* | |
| **Функция выявления. На практике** | | |
| Задавать вопросы об интерпретации пробле- мы пациентом, его по- нимании и реакции | Задавайте открытые вопросы. Используйте приемы рефлек- сивного слушания.  Дайте время обработать информацию и ответить на нее | |

Третий шаг — это перепроверка того, как человек понимает, ин- терпретирует 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 нестатична. Человек в своих действиях и планах в процессе принятия решения находится на разных стадиях готовности к этим изменениям, имеет разную силу мо- тивации. Если специалист-консультант знает, на какой стадии готов- ности находится пациент, он будут лучше подготовлен к более эффек- тивному консультированию. В зависимости от того, где человек нахо- дится на линейке готовности, разговор может иметь разные направления (рис. 11).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

**Рисунок 11.** Пример использования линейки готовности

|  |
| --- |
| ***Специалист:*** «На шкале от 0 до 10, где 0 — совсем не готов к изменению и 10 — абсолютно готов к изменениям, как бы Вы оце- нили свою готовность?»  ***Пациент:*** «На 7».  ***Специалист:*** «А какой была Ваша готовность шесть месяцев назад?»  ***Пациент:*** «2». |

|  |
| --- |
| ***Специалист:*** «Похоже, Вы далеко ушли от неготовности изме- нить свое [вставить рискованное/проблемное/нездоровое поведе- ние] 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 послед- ние 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. Шка- ла 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 охарактеризо- вали свою уверенность в способности изменить свое поведе- ние?» * «Что потребуется, чтобы повысить Вашу уверенность с [*вста- вить число*] до [*большее число*]?» * «Как Вы думаете, что Вы можете сделать, чтобы повысить свою уверенность в изменении Вашего [*вставитьрискованное/ 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 практически из-за отсутствия мотивации у пациента.

**Тактика:** предоставить информацию и порекомендовать следую- щую 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 актив- но избегает уговоров, советов без разрешения на это, спора или бес- полезных вопросов, которые генерируют «разговор о сохранении status quo» (пациент приводит причины, чтобы не меняться, или гово- рит о барьерах, препятствующих изменениям). Назначить следующий визит.

**Градация на шкале 8–10** (высокая мотивация, готовность к изме- нениям) — совместно разработать согласованный план, оказать по- мощь и поддержку. Пациенты готовы подумать об изменениях или хо- тят измениться — медицинский работник выясняет у пациента или (с разрешения пациента) сам предоставляет выбор альтернативных ва- риантов 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 изме- ниться.

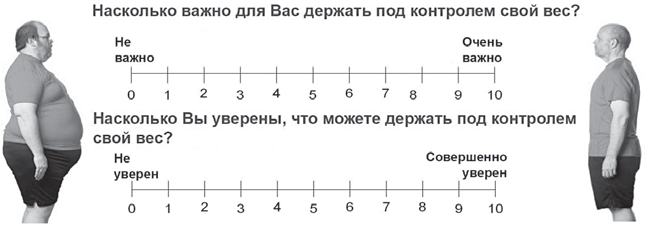
Медицинский работник укрепляет веру пациента в себя, в то, что он может успешно изменить свое поведение и управлять любой слож- ной ситуацией. Назначить следующий визит.

**Приложение 15.**

### Оценка готовности пациента к снижению избыточной массы тела

*(в помощь врачу-консультанту)*

При проведении индивидуального профилактического консульти- рования все конкретные советы должны быть даны пациенту в зависи- мости от того, насколько он мотивирован и готов принимать их. Меди- цинские психологи предлагают простой метод оценки готовности к из- менениям с помощью обычной 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (рис. 12). Пороговым значением, говорящим о достаточной го- товности пациента к модификации образа жизни и терапии ожирения, принять считать 6,5 баллов17.



**Рисунок 12.** Шкала готовности к снижению веса

17 *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.

**Приложение 16.**

### Приемы эффективного профилактического консультирования при табакокурении

Такие приемы в совокупности образуют пять «О»: Открытые во- просы, Одобрение, Осмысление услышанного, Обобщение и Отра- ботка потенциала изменений**18**.

***Открытые вопросы*** — это вопросы без предложения возмож- ных вариантов ответов, требующие обдуманных ответов и содействую- щие дальнейшей беседе с пациентом.

|  |
| --- |
| **Примеры открытых вопросов:**   * «Что Вы видите хорошего (положительного) в потреблении та- бака?» или «Чем Вам нравится потребление табака?» * «Что Вы видите плохого (отрицательного) в потреблении таба- ка?» 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, по- жалуйста, что Вас конкретно волнует? * Что бы Вы хотели предпринять? |

**Одобрение** и поощрение высказываний и действий пациентов по- могает создать атмосферу взаимопонимания и согласия с пациентом, помогает вдохновлять его, повышать 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 отказы * ваться от курения». * «Вы абсолютно правы в том, что важнейшим отрицательным фактором курения является ... (поддержать правильное выска- зывание пациента)». |

18 Национальные клинические рекомендации «Диагностика, лечение, профи- лактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний». Санкт-Петербург, 2017. URL: [www.scardio.ru/content/Guidelines/](http://www.scardio.ru/content/Guidelines/) project/Ozhirenie\_klin\_rek\_proekt.pdf

|  |
| --- |
| * «Я уверен(а), что Вы сможете преодолеть трудности и отказать- ся от курения». * «Не бойтесь выглядеть «слабым», табачную зависимость не всег- да можно преодолеть без помощи врача и без лечения». * «Как Вы хорошо придумали заменить «утреннее курение» про- бежками!» * «Я уверен(а), у Вас все получится!» * «Хорошо, что у Вас положительный настрой — медицина рас- полагает большим арсеналом методов лечения табачной зависи- мости, но они эффективны только тогда, когда человек помогает сам себе». |

**Осмысление услышанного.** В ходе беседы стараться корректиро- вать мнение и отношение пациента и давать объяснения с учетом инди- видуальных характеристик и показателей здоровья, сопутствующих факторов риска пациента, данных анамнеза и результатов диспансери- зации. Этот прием используется для того, чтобы выявить и показать пациенту его неуверенность, подтолкнуть его к более глубокому пони- манию проблемы и убедить принять решение к отказу от курения.

|  |
| --- |
| **Примеры осмысления:**   * Вы, наверное, удивлены, что у Вас высокий риск развития сер- дечно-сосудистых/ 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 сердечно- сосудистых и других хронических болезней». * «Вы думаете, что Вам назначат лекарства, и у Вас все отрегули- руется? Но Вы, наверное, не знаете, что эффективность лечения будет низкой, если Вы будете.». * «Вы должно быть заинтересованы в том, чтобы Ваш ребенок ро- дился и рос здоровым». * «Я понимаю, Вам самому, наверное, приходило в голову рас- статься с курением, но только решимости не хватало или уверен- ности 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 о том, что Вы тоже когда-нибудь може- те заболеть от последствий потребления табака». |

**Обобщение** помогает врачу собрать воедино и подытожить все до- воды, приведенные в ходе беседы с пациентом, и подготовить его к дальнейшим действиям по отказу от курения. Обобщение и повторе- ние усиливает воздействие консультирования в целом. Врач избира- тельно обобщает итоги беседы, выбирая то, на что пациенту важно об- ратить внимание. Обобщение должно быть кратким.

|  |
| --- |
| **Пример обобщения:**   * «Итак: Вы курите, Вам нравится курить, и Вам неприятна мысль о том, чтобы бросить курить. Между тем, у Вас уже сейчас при- знаки... и высокий риск развития ... заболеваний. К тому же, у Вас растет маленький ребенок, и Вам небезразлично Ваше здо- ровье 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 выяв- ляется его потенциал к изменениям поведения в отношении курения и твердость мотивации пациента к отказу от курения (или отрицание желания отказа). Потенциал изменения курительного поведения опре- деляется:

* 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 стои- ло бросить курить, а на другую чашу — настоящие и потенциальные последствия потребления табака и все преимущества (причины) отказа от курения (рис. 13).

**Рисунок 13.** Преимущества курения и последствия



Последствия потребления табака

+

все преимущества (причины) отказа от курения

«Преимущества» (причины) курения табака

+

все возможные «жертвы» при отказе от курения

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

* стараться думать только о «преимуществах» отказа от курения, ко- торые у каждого человека могут быть индивидуальными в зависи- мости от обстоятельств;
* рассказать о своем стремлении бросить курить и начать жить без табака окружающим, желательно близким, попросить их поддерж- ки и помощи, в том числе для того, чтобы предостеречь от отсрочки принятого решения;
* оценить ситуации, при которых наиболее часто пациент курит, воз- можно «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 крес- ло 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 по- ощрения — за самим пациентом);
* обратиться за помощью при сильной тяге к курению (кабинет/от- деление медицинской профилактики).

При высокой степени готовности к отказу от курения, особенно при наличии высокой степени никотиновой зависимости, поведенческое консультирование следует сочетать с медикаментозной или немедика- ментозной терапией для снижения табачной зависимости. Рекомендо- вать пациенту повторное посещение кабинета (отделения) медицин- ской профилактики, назначить лечение в соответствии со стандартом и рекомендовать динамическое наблюдение. Контроль и наблюдение необходимы для профилактики возврата к курению, опасность которо- го особенно велика в течение первых 6 месяцев. При отсутствии долж- ной поддержки до 75–80% лиц возвращаются к курению.

Пациент должен быть информирован о возможных реакциях и сим- птомах, которые могут возникнуть при отказе от курения (сильное же- лание закурить, возбудимость, беспокойство, нарушение концентра- ции внимания, раздражительность, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессия, сонливость, головная боль, головокружение, бессон- ница, тремор, потливость, увеличение веса, усиление кашля, затрудне- ние отхождения мокроты, чувство заложенности в груди, боли в мыш- цах и др.).

##### Для облегчения симптомов отмены рекомендуется:

* **увеличение объема потребляемой жидкости** — обильное питье помогает облегчить отхождение мокроты при усилении кашля, бо- роться с сухостью во рту и в горле, способствует удалению токси- нов. Щелочное питье (несладкие минеральные воды, соки, ово- щные отвары) способствует уменьшению интоксикации при нико- тиновой зависимости, сопровождающимся «закислением» вну- тренней среды организма;
* увеличение потребления **продуктов, богатых витаминами и клет- чаткой** — 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), ви- тамина Е (хлеб грубого помола, растительные масло, зеленые ово- щи, зародыши пшеницы); в качестве источника углеводов пред- почтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Правильное, сбалансированное, богатое витаминами питание способствует оздоровлению организма и предупреждению набора веса. Пища, богатая растворимой клетчаткой (пектином) способствует выведе- нию токсинов. Продукты, содержащие растворимые и нераствори- мые пищевые волокна (фрукты и овощи, бобовые, овсянка), спо- собствуют предупреждению и устранению запоров. Кроме того, здоровая еда (сельдерей, морковь, семечки) может служить альтер- нативой сигаретам, так как позволяет курильщикам занять время, руки и рот вместо того, чтобы еще раз затянуться.
* **увеличение уровня физической активности** — упражнения, бег,

ходьба на лыжах, плавание на свежем воздухе или в физкультур- ных залах. Расширение физической активности можно рекомендо- вать как здоровую альтернативу курению, регулярные тренировки могут даже служить источником эндорфинов, способствовать росту уверенности в себе и препятствовать увеличению веса.

**Приложение 17.**

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

##### Рекомендации подразделяются на следующие классы:

**Класс I** — рекомендации имеют согласованное мнение и доказа- тельства полезности и эффективности.

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

**Класс II-А** — большинство мнений высказывается в пользу полез- ности/эффективности рекомендации (следует рекомендовать).

**Класс II-Б** — полезность/эффективность рекомендаций не имеют достаточных доказательств или определенного мнения (может быть ре- комендована).

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

##### Существует три уровня доказательств:

**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 исследовани- ях, или регистрах.

Наивысший уровень рекомендации — **I, А**.

**Приложение 18.**

### Рекомендации Всемирной организации здравоохранения по здоровому образу жизни

*(Составлено на основе полной версии:*

*URL:* [*www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/ru)*](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/ru))

Конкретные советы и положения, изложенные в данном разделе, составлены на основе современных рекомендаций ВОЗ и профессио- нальных сообществ и направлены на **формирование здорового обра- за жизни и снижение риска ХНИЗ** среди взрослого населения. Несом- ненно, что в понятие «здоровый образ жизни» входит более широкий спектр факторов образа жизни (здоровые семейные отношения, здоро- вая рабочая среда, здоровая экологическая обстановка, т.е. здоровый макро и микроклимат среды и пр.), однако эти вопросы выходят за рам- ки профилактического консультирования в ходе диспансеризации в со- ответствии с ее задачами. Тем не менее при необходимости эти факто- ры также могут приниматься во внимание при адресном консультиро- вании пациентов.

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

## Характеристика здорового образа жизни

##### 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 6 чайным ложкам сахара, меда варенья и т.п.) для человека со здо- ровой массой тела, потребляющего примерно 2000 калорий в день. Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продук- ты производителем, поваром или потребителем, могут также со- держаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах, что важно учитывать;
* менее 30% суммарной энергии за счет жиров — ненасыщенные жиры (например, содержащиеся в рыбе, авокадо, орехах, подсол- нечном, оливковом маслах) более предпочтительны, чем насыщен- ные жиры (например, содержащиеся в жирном мясе, сливочном, пальмовом и кокосовом маслах, сливках, сыре, свином сале). В со- став 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 приготов- ления пищи (удалить жирную часть мяса, использовать растительное масло, отдавать предпочтение не жарению, а отвариванию, приготов- лению на пару или запеканию); избегать обработанных пищевых про- дуктов, 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; ограни- чивая потребление соленых закусочных продуктов; выбирая продукты с более низким содержанием натрия.

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

|  |
| --- |
| При наличии ХНИЗ питание является важнейшим профилакти- ческим и лечебным фактором, рекомендации содержат ряд ограни- чений, которые даны в описании в соответствующих разделах на- стоящих рекомендаций. |

##### 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 актив- ность для здоровья предполагает оздоровительные упражнения или за- нятия в период досуга, подвижные виды активности (например, вело- сипед или пешие прогулки), профессиональную деятельность (т.е. ра- бота), домашние дела, игры, состязания, спортивные или плановые занятия в рамках ежедневной деятельности, семьи и сообщества. В це- лях укрепления сердечно-легочной системы, костномышечных тканей, снижения риска ХНИЗ и депрессии рекомендуется следующая практи- ка 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 интенсив- ности, или аналогичному сочетанию физической активности сред- ней и высокой интенсивности.
* Каждое занятие аэробикой должно продолжаться не менее 10 минут.
* Для того чтобы получить дополнительные преимущества для здо- ровья, взрослые люди этой возрастной категории должны увели- чить 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 за- нятий 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 предполага- ет оздоровительные упражнения или занятия в период досуга, подвиж- ные виды активности (например, велосипед или пешие прогулки), про- фессиональной деятельности (если человек продолжает работать), до- машние дела, игры, состязания, спортивные или плановые занятия в рамках ежедневной деятельности, семьи и общины. В целях укрепле- ния сердечно-легочной системы, костно-мышечных тканей, функцио- нального состояния и снижения риска неинфекционных заболеваний,

депрессии и нарушения когнитивных функций рекомендуется следую- щая практика физической активности:

* Взрослые люди в возрасте 65 лет и старше должны уделять не ме- нее 150 минут в неделю занятиям аэробикой средней интенсивно- сти 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 здо- ровья, взрослые люди этой возрастной категории должны увели- чить 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 за- нятий 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 выпол- нять рекомендуемый объем физической активности, то они должны заниматься физическими упражнениями с учетом своих физиче- ских 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 ак- тивности средней интенсивности в объеме 150 минут в неделю пра- ктически не бывает травм опорно-двигательного аппарата. При под- ходе, ориентированном на разные группы населения, представляется целесообразным начинать с занятий средней интенсивности с посте- пенным 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 абсо- лютным СС риском должны даваться строго индивидуально и опре- деляться лечащим врачом с учетом всего симптомокомплекса по- казателей здоровья. |

##### 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 хро- нических 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 сига- реты также вредны для здоровья, и их **нельзя рекомендовать** как безо- пасный способ курения и, тем более, как средство отказа от курения.

* Объяснить опасность курения для здоровья данного пациента и убедить в том, что основная рекомендация — **отказ от потребле- ния табака**.
* Объяснить, что отказ от курения будет полезен для здоровья в лю- бом возрасте, независимо от стажа курения.
* Выяснить желание и готовность пациента и помочь в выборе такти- ки отказа от курения (самостоятельно или рекомендовать обра- титься 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 про- филактики, 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 не- гативном влиянии алкоголя на здоровье. Более результативно прово- дить при этом факторе риска углубленное профилактическое консуль- тирование, которое позволит получить информацию об отношении па- циента к потреблению алкоголя, понимании вреда и готовности к изменениям (оздоровлению) привычки потребления алкоголя. При подозрении на наличие у пациента зависимости посоветовать обра- титься за помощью к наркологу. Дать памятку.

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

**Приложение 19.**

### Федеральный закон от 23.02.2013 № 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, направлен- ной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимо- сти 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, диагности- ку и лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, медицинскими организациями государственной системы здраво- охранения, муниципальной системы здравоохранения и частной систе- мы здравоохранения осуществляется в соответствии с **программой** государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицин- ской помощи.
3. Медицинская помощь, направленная на прекращение потре- бления табака, лечение табачной зависимости и последствий потре- бления табака, оказывается на основе **стандартов** медицинской помо- щи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.
4. Лечащий врач обязан дать пациенту, обратившемуся за оказа- нием медицинской помощи в медицинскую организацию независимо от причины обращения, рекомендации о прекращении потребления таба- ка и предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана.

**Приложение 20.**

### Компоненты табачного дыма

Компоненты табачного дыма обладают различными механизмами токсического и канцерогенного действия на организм. При курении об- разуются два потока дыма: **основной и побочный**. Основной поток об- разуется в горящем конусе сигареты (сигары, папиросы и др.) и в горя- чих 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 побоч- ным потоками имеется и количественная, и качественная разница. По- бочный поток, характеризующий пассивное курение, содержит боль- шинство компонентов значительно в меньшем количестве, чем основ- ной 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 об- разуются аммиак, амины (включая ароматические) и летучие канцеро- генные нитрозамины. Содержание никотина в твердой фазе побочного потока иногда превышает его содержание в основном. В целом загряз- ненный 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 обу- словлены в большей степени взвешенными частицами, распределяе- мыми 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.), **канцероген- ные вещества** (формальдегид, 2-нитропропан, гидразин, уретан, бен- зол, 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, вы- зывая развитие как доброкачественных, так и злокачественных ново- образований.

В табачном дыме содержатся кроме **контактных канцерогенов** различные **органоспецифические канцерогенные вещества**, вызыва- ющие рак пищевода, поджелудочной железы, почечных лоханок, моче- вого пузыря. Это в первую очередь многочисленные N-нитрозамины, никель, кадмий, полоний-210.

* **Нитрозамины** образуются из никотина при реакции с компонента- ми воздуха. Сигареты, приготовленные из высушенного на откры- том 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 по- вреждение эндотелиальных клеток крупных и мелких сосудов. Он способствует развитию атеросклероза, усугубляя повышение уров- ня холестерина в крови. Все это приводит к поражению сосудов сердца, головного мозга, периферических артерий, аорты и, в ко- нечном итоге, развитию ишемической болезни сердца, гипертонии, нарушениям мозгового кровообращения.
* **Смолы** содержат большинство известных опухолеобразующих ве- ществ 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 дли- тельную экспозицию как выраженного канцерогена.
* **Окись углерода (СО)** — в организме курящего человека связыва- ется с гемоглобином, образуя комплекс СО-гемоглобин — **кар- боксигемоглобин**. Он гораздо устойчивее оксигемоглобина, цирку- лирует в крови намного дольше, нарушая тем самым насыщение гемоглобина кислородом и его отдачу в тканях. Характерный для курящего человека серый оттенок кожных покровов — это прояв- ление нарушения транспорта кислорода в тканях.

**Приложение 21.**

### Влияние курения на здоровье и прогноз жизни

Простые расчеты количества химических элементов, попадающих в дыхательные пути человека вместе с табачным дымом за сутки, не- делю, месяц, год в течение всего периода курения составляют поистине астрономические цифры, свидетельствующие о длительном токси- ческом 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 сопоста- вима с внутривенным введением. Табачный дым содержит компоненты, которые, всасываясь уже со слизистой полости рта, значительно умень- шают насыщение крови кислородом. Так, окись углерода, соединяясь с гемоглобином крови, превращает его значительную часть в **карбок- сигемоглобин**, который блокирует перенос кислорода к тканям и орга- нам. Это приводит к **хроническому кислородному голоданию, увели- чивает нагрузку на сердце**, которому требуется больше прокачивать такой малонасыщенной кислородом крови по сосудам. Это очень опас- но тяжелыми осложнениями, особенно при уже имеющихся в организ- ме 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. Установле- но, что **у курящих чаще развивается артериальная гипертония, по- является стенокардия напряжения, возникает инфаркт миокарда. Эти заболевания у курящих труднее поддаются лечению и чаще про- текают с осложнениями, которые могут стать причиной смерти**. При преобладании поражений периферических сосудов (чаще бедренных артерий и их ветвей) развивается сосудистая недостаточность кровос- набжения сосудов ног, что на фоне постоянной потребности в вы- полнении нагрузок (ходьба, бег) приводит к **возникновению переме- жающейся хромоты** — заболевания, значительно ограничивающего трудоспособность человека и очень часто на своей финальной стадии

развития, приводящего к гангрене конечностей. Нередко в таких слу- чаях требуется ампутация для спасения жизни больного.

##### Мозг, нервная система

В первую очередь мозговая ткань и вся нервная система страдают от хронического кислородного голодания — это **головные боли, голо- вокружение, снижение работоспособности, утомляемость, ухудше- ние усвояемости нового, что особенно свойственно подрастающему организму**.

Конечно, не все курильщики испытывают эти ощущения или осо- знают их связь с курением. Со временем сосуды мозга наравне со всей сосудистой системой подвергаются кумулирующему токсическому вли- янию табакокурения и, как следствие, появляются **осложнения в виде преходящих или стойких нарушений мозгового кровообращения (мозговой инсульт) и др.** Страдает и вся нервная система, неустойчи- вость настроения, раздражительность, повышенная утомляемость свойственны почти всем курильщикам. Страдает и **периферическая нервная система**, развиваются местные или распространенные **неври- ты**, что очень неблагоприятно для прогноза при сочетании с пораже- ниями сосудов.

##### Дыхательная система

Поражение верхних дыхательных путей, трахеи, гортани, бронхов и легких связано со всем многообразием негативного влияния табако- курения: **прямое и непрямое токсическое и канцерогенное, контакт- ное канцерогенное и органоспецифическое канцерогенное действие**, высокая температура табачного дыма и др. Немаловажное значение имеет иммунодепрессивное влияние табака и компонентов его метабо- лизма 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 сте- пени, приобретают практически все курильщики. **Раковые заболева- ния губ, ротовой полости, языка, глотки, гортани, трахеи, бронхов, легких считаются причинно связанными с курением.**

##### Пищевод, желудок, поджелудочная железа, желчный пузырь

Попадание метаболитов табачного дыма (никотин, смолы) со слю- ной в пищевод, а затем в желудок приводит к развитию **хронического, нередко эрозивного воспаления, которое может перейти в язвенную болезнь и злокачественное новообразование**. Вовлечение метаболи- тов табака во многие звенья обмена, нарушает экскрецию желез вну- тренней секреции, отягощает и провоцирует скрытые или начальные

изменения, может способствовать провокации **манифестации сахар- ного 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 функ- ции, которые проявляются в бесплодии, привычных выкидышах, па- тологии течения беременности и родов**. Особенно это грозит женщи- нам, которые продолжают курить во время беременности. К сожале- нию, обследования беременных показывает, что только немногие из них в этот период бросают курить. Продолжение курения во время бе- ременности очень негативно отражается на здоровье новорожденного, увеличивается риск мертворождения. **Дети курящих матерей часто рождаются недоношенными, отстают в развитии, имеют низкую со- противляемость инфекциям и другим заболеваниям. Курение муж- чин,** особенно интенсивное и длительное, нередко является у них **про- блемой сексуальной жизни, увеличивает риск импотенции, встреча- ются 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 не- курящего, **заболеванию кариесом, желтые пальцы рук** свидетель- ствуют о хроническом отравлении организма продуктами табачного дыма. Голос становится нередко хриплым. Особенно это быстро стано- вится 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 постменопаузаль- ный период. Распространенность этого заболевания увеличилась по ряду причин (старение населения и рост числа болезней пожилых, пре- обладание сидячих профессий и снижение общего уровня физической активности населения), а также в связи с неблагоприятными фактора- ми, связанными с неправильным питанием и поведенческими привыч- ками. **Курение является одной из причин остеопороза**, который значи- тельно увеличивает риск переломов, особенно шейки бедра. **Причина**

**развития остеопороза у курящих также связана с многогранным не- благоприятным влиянием компонентов табачного дыма:** токсическое действие на остеокласты (клетки регенерации костной ткани), хрони- ческая витаминная недостаточность, в первую очередь недостаточность витамина Д, необходимого для всасывания солей кальция в кишечни- ке, нормального его обмена и проникновения в костную ткань и др. На- рушения питания, его несбалансированность по основным питатель- ным веществам, нередко имеющееся у курящих, способствуют прогрессированию патологии со стороны костной системы.

##### Влияние курения на прогноз жизни

Эпидемиологическими исследованиями доказано, что курение та- бака относится к основным и независимым факторам риска заболевае- мости и смертности населения от хронических неинфекционных забо- леваний. Это означает, что курение может быть основной причиной как хронических заболеваний, так и их роста среди населения.

Доказано, что среди населения России среднего возраста **36%** об- щей смертности у мужчин и около **8%** общей смертности у женщин обусловлено курением табака. Среди умерших от ишемической болез- ни 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 забо- леваемости и смертности**, так как уменьшение курения среди населе- ния способствует улучшению показателей здоровья и снижению смерт- ности.

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

Парадоксально, что большинство курящих считают курение вред- ным для здоровья, но продолжают придерживаться этой привычки. Во многом это обусловлено **знанием курящих о том, что конкретный для них вред табака носит поверхностный характер**. Для правильного отношения к курению достаточно не тратить деньги на то, за что потом придется дорого платить.

**Приложение 22.**

### Оценка степени никотиновой зависимости

(ТЕСТ ФАГЕРСТРЕМА)

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

**Приложение 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 трансжирных кислот (< 1% от общего потре- бления 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 — рыба жирных сортов;
* 30 г несоленых орехов в день.

**Приложение 24.**

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

Тарелка и пирамида оптимального соотношения продуктов дневно- го рациона (рекомендации ВОЗ) представлена на рисунке 14:

Характеристики основных режимов питания, которые могут быть предложены пациенту для снижения веса, представлены в таблице 14.



* одна чайная ложка
* не менее 1,5 литров

ЖИРЫ, МАСЛА и СЛАДОСТИ

Ограниченное количество 1–2 порции в день

ЧНЫЕ ПРОДУКТЫ

ции в день

БЕЛКОВЫЕ ПРОДУКТЫ

+ БОБОВЫЕ

2–3 порции в день

ций

ФРУКТЫ

2–4 порции в день

**Рисунок 14.** Тарелка и пирамида соотношения продуктов



СОЛЬ ВОДА

МОЛО

2–3 пор

ОВОЩИ

4–5 пор в день

ЗЕРНОВЫЕ

7–8 порций в день

*Таблица 14.* **Режим питания для снижения веса**

155

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Тип диеты** | **Принцип** | **Снижение веса** | **Метаболический эффект** | **Риск** |
| **Низко- углеводная 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.   * Может снизить тягу к пище | * Понижает гликемию натощак и уровень инсулина. * Понижает ТГ * Незначительно повышает ЛПВП и ЛПНП. * Метаболические эффекты, отме- ченные выше, могут происходить   с или без потери веса.   * Может способствовать незначи- тельному понижению АД. * У пациентов с эпилепсией кетоген- ные диеты могут уменьшить судороги. * Кетогенные диеты, возможно, улуч- шают прогноз осложнений СД 2-го типа (т.е. нефропатии) | Может вызвать тягу к углеводам в тече- ние первых нескольких дней, что может быть преодолено путем добавления искусственных подсластителей или про- дуктов с низким гликемическим индексом |
| **Низко- жировая диета** | Жиры — примерно 20—30%  от общего числа калорий | Через 6 мес. эф- фект по снижению веса сопоставим  с низкоуглеводной диетой | * Может снизить гликемию натощак и уровень инсулин. * Незначительно понижает ЛПВП и ЛПНП. * Может способствовать незначи- тельному снижению АД | Контроль аппетита может быть слож- ным, возможно добавление препаратов для снижения аппетита. При увеличении потребления углеводов потеря веса не будет достигнута, возможно, развитие гипергликемии, роста инсулина, роста ТГ и падения ЛПВП |

156

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Тип диеты** | **Принцип** | **Снижение веса** | **Метаболический эффект** | **Риск** |
| **Очень низкока- лорийная диета** | – | Приводит к более быстрой потере веса, чем стандартный ре- жим ограничения углеводов  и/ или жиров | Снижает гликемию натощак и уровень инсулина.  Снижает ТГ.  Незначительно увеличивает ЛПВП. Незначительно снижает ЛПНП. Снижает АД | Усталость, тошнота, запор, диарея, поте- ря волос, ломкость ногтей и непере- носимость холода, дисменорея, камни  в желчном пузыре, камни в почках, пода- гра. При недостаточном потреблении минералов возможны: тахикардия  и аритмии, мышечные спазмы, увеличе- ние риска остеопороза, кариес |
| **Высоко- белковая диета** | – | Потеря веса сопо- ставима со стан- дартным режимом ограничения угле- водов и/или жиров | Эффекты зависят от преобладания жиров или углеводов в рационе | – |

*Источник:* Национальные клинические рекомендации «Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Санкт-Петербург, 2017. URL: [www.scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie\_klin\_rek\_proekt.pdf)](http://www.scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf))

**Приложение 25.**

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

Различают 2 типа ожирения:

* центральное, абдоминальное ожирение (тип «яблоко») характери- зуется особым отложением висцеральной жировой ткани в преде- лах верхней части туловища и живота. Чаще приводит к сердечно- сосудистым осложнениям и метаболическим нарушениям, таким как дислипидемия, гипергликемия, инсулинорезистентность;
* нижнее ожирение (тип «груша»). Данное ожирение связано с от- ложением жира в пределах нижних частей тела (бедро, голень). К типичным осложнениям для этого типа ожирения чаще относятся дегенеративные изменения в области опорно-двигательного аппа- рата и венозная недостаточность.

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

**Цель** — снижение индекса Кетле до 25 кг/м2, когда окружность талии для мужчин не превышает 94 см, для женщин — 80 см.

**Промежуточная цель** при ожирении, особенно при значительной степени — это индекс Кетле ниже 30 кг/м2 (или на 10% от исходного на начальном этапе), когда окружность талии для мужчин не превы- шает 102 см, для женщин — 88 см.

Доказано, что даже небольшое снижение массы тела оказывает до- стоверное положительное влияние на состояние здоровья и способ- ствует 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 — на 5–10%, стабилизация массы тела или снижение до 5% считается удовлетворительным. При этом темп снижения веса должен быть весьма умеренным — не более 1кг в неделю19.

19 Проблемы ожирения в Европейском регионе. ВОЗ и стратегия ее решения. ВОЗ, 2009.

Второй и не менее важной задачей является стойкое удержание но- вого сниженного веса. Это задача, для выполнения которой врачу при- ходится прилагать не меньше терапевтических усилий. Эффект зави- сит от использования методов психотерапевтического воздействия и регулярности двигательной активности20.

**Диетологическое консультирование** занимает главное место в ле- чении ожирения. Только постепенное, длительное изменение характе- ра питания, формирование более здоровых привычек, а не временное ограничение употребления определенных продуктов (особенно не ре- комендуется голодание) может привести к успешному снижению веса.

##### Шесть принципов питания при избыточной массе тела: Принцип 1. Контроль энергетического равновесия рациона пита-

ния: уменьшение энергопоступления и/или увеличение энерготрат.

При избыточной массе тела и ожирении 1 степени достаточно сниже- ние калорийности на 300–500ккал, при 2 и 3 степени (когда индекс массы тела превышает 35 и даже 40 кг/м2) — на 500 и даже 1000 ккал. Не надо начинать лечение с очень строгих диет и разгрузок. Лучше на- чать с 1500–1800 ккал, затем снизить калорийность до 1500 для муж- чин, с 1200 до 1000 ккал — для женщин. Набор продуктов на 1800 ккал и пример диеты на 1500 ккал и менее приведены далее.

**Принцип 2. Сбалансированность (полноценность) по нутриент- ному составу** (белки, жиры, углеводы, витамины, макро- и микроэле- менты): 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 нежир- ные сорта мяса, рыбы и сыра; белое мясо птицы; нежирные молочные продукты; бобовые, грибы. Полноценное белковое питание могут обе- спечить две порции (по 100–120 г в готовом виде) мяса, рыбы или пти- цы и одна порция молочного блюда (100 г творога или 150–200 мл молочного напитка пониженной жирности без сахара) в день. Суточ- ную потребность в растительных белках может обеспечить 100 г зерно- вого хлеба и 100–200 г крахмалистого блюда (картофель, каша или макаронные изделия).

***Жиры.*** Уменьшение доли жиров животного происхождения — **ис- ключение из рациона** жирных сортов свинины, баранины, птицы (гусь, утка), мясопродуктов (колбасы, паштеты), жирных молочных продуктов (сливки, сметана и пр.). Предпочтение отдавать обезжирен-

20 Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. ВОЗ, 2010.

ным и маложирным сортам молочных продуктов (молоко, кефир, йо- гурт, творог, сыр). Избыток жиров растительного происхождения не- желателен — он влияет на энергоценность пищи (калорийность рас- тительного масла несколько выше, чем сливочного). Растительные трансжиры входят в состав майонеза, чипсов, фастфудов, 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 нерафинированные крупы, овощи, бобовые, фрукты, ягоды, хлеб грубого помола и др.). Не рекомендуют- ся (ограничиваются или исключаются) продукты, содержащие легкоу- свояемые углеводы: сахар, варенье, кондитерские изделия, сладкие на- питки и др. Следует ограничить (или исключить) газированные и слад- кие напитки. Из источников углеводов предпочтение следует отдавать растительным продуктам — цельнозерновым, овощам, фруктам и яго- дам, которые содержат в достаточном количестве пищевые волокна.

**Принцип 3. Исключение потребления алкоголя**, особенно при на- личии артериальной гипертонии, других сердечно-сосудистых и цере- броваскулярных болезней (справочно: 1 г алкоголя содержит 7 ккал).

**Принцип 4. Соблюдение водно-солевого режима.** Рекомендуется ограничение поваренной соли до 5 г/сутки (1 чайная ложка без верха), исключив приправы, экстрактивные вещества.

**Принцип 5. Технология приготовления пищи.** Рекомендуется предпочтение отдавать отвариванию, припусканию, тушению в соб- ственном 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 при- готовлении салатов.

**Принцип 6. Режим питания.** Рекомендуется 3 основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) и 1–2 перекуса в день. Ужин рекоменду- ется не позднее чем за 3–4 часа до сна. Оптимальный интервал между ужином и завтраком — 10 часов.

Пациентам с ожирением (индекс 30 кг/м2 и выше) необходимы ре- комендации в рамках индивидуального консультирования у врача- эндокринолога, так как ожирение — это болезнь, и, как любую бо- лезнь, ее следует лечить.

Необходимо учитывать сопутствующие заболевания:

* При сопутствующей артериальной гипертонии и сердечной недо- статочности в рационе должно быть увеличено количество продук-

тов, содержащих соли калия (печеный картофель, кабачки, тыква, курага, чернослив) и магния (каши, орехи). Необходимо еще боль- шее ограничение поваренной соли. При сердечной недостаточности желательно шире использовать разгрузочные (особенно молоч- ные, 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, благо- даря 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 слу- чаев рекомендовать заменители сахара (ксилит, сорбит, сахарин).
* При сопутствующих дискинезиях желчного пузыря и толстого ки- шечника рекомендовано увеличение квоты балластных веществ (фруктов, овощей, хлеба грубого помола) с целью нормализации желчеотделения и устранения запоров.
* При сочетании избыточной массы тела с мочекислым диатезом, по- дагрой, остеохондрозом целесообразно ограничение экзогенно вводимых пуринов за счет исключения потребления мясных и рыб- ных бульонов и некоторого ограничения потребления мяса (до 2–3 раз в неделю). Рекомендуется потребление фруктов, которые бла- годаря 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 трак- те тучного человека (гастриты, энтериты, колиты) требует измене- ния в технологии приготовления пищи. Продукты потребляются те же, в том же количестве, но только в отварном, запеченном, про- тертом виде.

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

Рекомендации по снижению избыточного веса обязательно долж- ны включать достаточную физическую активность. Однако при чрез- мерном избытке массы тела рекомендуется поэтапное включение в программу повышения двигательной активности, после некоторого снижения массы тела диетическими мерами. При углубленном кон- сультировании при диспансеризации пациент должен быть информи-

рован об этой особенности. Оптимальным видом физической нагрузки, применяемой для лечения избыточной массы тела и ожирения, являет- ся динамическая аэробная нагрузка. Простым, доступным и эффектив- ным видом этой нагрузки является ходьба 30–40 мин в день, 5–7 раз в неделю и главное — регулярно.

Пациентам с индексом массы тела до 40 кг/м2 при отсутствии про- тивопоказаний рекомендуют начинать физические тренировки с ходь- бы в среднем темпе — 100 шагов в минуту. Продолжительность таких тренировок составляет 30 мин., а их периодичность — 3–4 раза в не- делю. 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.

Пациентам с индексом 40 кг/м2 и более рекомендации по физиче- ской активности даются с учетом общесоматического состояния и по- сле осмотра лечащего врача (или эндокринолога) или врача ЛФК и полного обследования для исключения противопоказаний. При от- сутствии противопоказаний физические упражнения начинают с ходь- бы в медленном темпе (70–80 шагов в минуту) в течение 10 минут 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 физиче- ской активности как в повседневном режиме, так и в режиме трени- ровок и оздоровительных занятий требуют **обязательного обследо- вания, особенно в возрасте старше 35–40 лет** даже при отсутствии клинических признаков заболевания. |

**Приложение 26.**

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

##### Диетические рекомендации при дислипидемии:

* Калорийность пищи должна поддерживать оптимальный для кон- кретного 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 высо- ком риске необходимо снижать долю общего жира до 20% от об- щей калорийности (7% насыщенных жиров) и ХС — до 200 мг/сут. Рекомендуется уменьшать потребление продуктов, богатых насы- щенными жирами и холестерином (жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, шоколад, выпечка с содержанием жиров, желтки яиц и сами жиры — сало, масло сливочное, марга- рины, кокосовое масло, пальмовое масло). В мясе животных жи- ров обычно меньше, чем во многих колбасных продуктах. Напри- мер, 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 масла- ми (оливковое, соевое, подсолнечное, льняное, кунжутное, ке- дровое, 25–30 г/сут.), которые богаты полиненасыщенными и мо- ноненасыщенными жирными кислотами. Эти кислоты содержатся в жирных сортах рыб (сельдь, сардина, макрель, лосось, тунец, скумбрия, палтус и др.) и орехах. Желательно регулярное потре- бление морской рыбы не менее 2 раз в неделю, 1 раза — рыбы жирных сортов. Предпочтение следует отдавать рыбе северных мо- рей, содержащей большое количество омега-3 ПНЖК, которые играют важную роль в профилактике атеросклероза и инфаркта миокарда. Рекомендуется сократить потребление продуктов, бога- тых 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 2–4шт. 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 обе- спечивает 20–30 г пищевых волокон или 400 г овощей, 100 г го- товой каши и 15 г орехов. Особенно полезны так называемые рас- творимые пищевые волокна — пектины, которые связывают в ки- шечнике часть холестерина и выводят его из организма.

* Поскольку за счет повседневного питания трудно восполнить по- требности в витаминах, макро- и микроэлементах, желательно до- полнять пищевые рационы препаратами поливитаминно-мине- ральных комплексов, но не в лечебных, а в физиологических дозах. **Употребление алкоголя** следует ограничить, а при заболевани-

ях — исключить. При беременности, дислипидемиях в сочетании с АГ и клиническими проявлениями коронарного атеросклероза, аритмия- ми рекомендуется отказаться полностью от употребления алкогольных напитков. Одномоментное употребление больших доз алкоголя за счет любых напитков является достоверным фактором риска внезапной ко- ронарной смерти, инсультов любого типа, особенно при сочетании ИБС с АГ. Следует отказаться от употребления алкоголя и при по- вышенном содержании в крови триглицеридов, приеме статинов, пато- логии поджелудочной железы и печени.

**Физическая активность.** Прежде всего рекомендуется ходьба 30– 40 минут в день, 5–7 раз в неделю и главное, чтобы такая физическая активность стала постоянной, жизненной привычкой, а не эпизодиче- ским занятием. Если имеются заболевания сердца, АГ, болезни суста- вов или другие сопутствующие заболевания, **пациент должен быть обследован**. После этого необходимо **определить его индивидуальный уровень физических нагрузок**, желательно с тестированием (тредмил, велоэргометрия и др.). Любые рекомендации по повышению интенсив- ности нагрузки как в повседневном режиме, так и 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: 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 инди- видуально.

**Приложение 27.**

### Распределение физической активности (рис. 15)



**Рисунок 15.** Распределение физической активности

*Источники:* Национальные клинические рекомендации «Диагностика, лече- ние, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Санкт- Петербург, 2017. URL: [www.scardio.ru/content/Guidelines/](http://www.scardio.ru/content/Guidelines/) project/ Ozhirenie\_klm\_rek\_proekt.pdf

**Приложение 28.**

### Неблагоприятные эффекты со стороны соматической сферы употребления и злоупотребления алкоголем21

Опасное (также известное как «рискованное» или «увеличиваю- щее риск») употребление алкоголя — это уровень потребления алко- голя или модель употребления алкоголя, которые увеличивают риск причинения вреда здоровью потребителя.

В некоторых обстоятельствах любое потребление может быть опас- ным. Появляются все новые доказательства этого, но очевидно, что лю- бое потребление алкоголя увеличивает риск развития рака и эти риски, вероятно, перевешивают любые преимущества (если они существуют) при употреблении более одной стандартной порции алкоголя день.

В номенклатуру МКБ-10 внесено понятие **«употребление с вред- ными (пагубными) последствиями»** (F10.1). К данной категории от- носятся 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, заболева- ния печени, связанные с хроническим потреблением алкоголя) или психическому здоровью (например, эпизоды депрессии, вызванные употреблением алкоголя).

**Синдром алкогольной зависимости (F10.2)** включает сочетание поведенческих, когнитивных и физиологических признаков, развиваю- щихся после многократного применения алкоголя. Диагноз зависимо- сти может быть поставлен при наличии 3 или более признаков на про- тяжении 1 месяца в течение последнего года.

Первый признак — сильная, непреодолимая потребность («тяга») или необходимость принять спиртное. Второй признак — нарушение способности контролировать прием алкоголя (начало и окончание вы- пивки или принятую порцию, «отсутствие тормозов»). О нарушении контроля также свидетельствуют прием большого количества спиртно- го в течение длительного времени (запои) и наличие желания или неу- дачных попыток сокращения или контроля выпивок («пробовал бро- сить пить и срывался»). Третий признак — 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; сни-

21 *G. A. Barclay, J. Barbour, S. Stewart, C. P. Day и E. Gilvarry.* 2008. The Royal College of Psychiatrists.

женное настроение и раздражительность. При этом человек осознает, что прием алкоголя («опохмелка») облегчает или предотвращает эти нарушения. Именно тяжесть состояний отмены заставляет многих лю- дей, 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 характери- зует нарастающее забвение других интересов, и увеличение времени, связанного с употреблением спиртного. Наконец, еще один признак — это продолжение выпивок, несмотря на их очевидный вред для здоро- вья. Последнее часто связано с анозогнозией — нарушением осозна- ния пьющим человеком последствий из-за присутствия у него психоло- гической защиты: «я не алкоголик», «у меня нет проблем с выпивкой»,

«хочу — пью, хочу — не пью», «люди пьют даже больше меня».

**Bingedrinking** («биндждринкинг» в русском языке нет аналогич- ного термина) может быть определен, как эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах, что приводит к алкогольному опьяне- нию или потере контроля. Это употребление мужчинами пяти, женщи- нами — 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. Выделя- ют три типа поражения печени алкоголем: жировая инфильтрация пе- чени (или жировая дегенерация), алкогольный гепатит и цирроз.

Жировая инфильтрация печени — наиболее распространенная на- ходка у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Она характеризуется на- коплением триглицеридов в печеночных клетках (гепатоцитах), проте-

кает бессимптомно и обычно выявляется случайно во время биохими- ческих исследований, результаты которых свидетельствуют о нарушении функционирования печени. Прогноз при жировой инфильтрации пече- ни благоприятный при условии, что пациенты будут воздерживаться от употребления алкоголя. Однако примерно у 30% пациентов, продол- жающих пить, она прогрессирует до развития цирроза в течение 10 лет.

##### Алкогольный гепатит

Гистологическая картина алкогольного гепатита характеризуется жировой дегенерацией, поражением гепатоцитов, нейтрофильным ин- фильтратом и перицеллюлярным («мелкая проволочная сетка») фи- брозом (разрастанием волокнистой соединительной ткани). Схожие признаки наблюдаются при других тяжелых состояниях, включая ожи- рение и сахарный диабет, в сочетании с которыми их называют «неал- когольный стеатогепатит». Течение может быть бессимптомным, одна- ко тяжелый алкогольный гепатит часто проявляется в виде безболевой желтухи на фоне тяжелого пьянства.

##### Цирроз печени

Для цирроза печени характерна следующая гистологическая кар- тина — отложение коллагена в перисинусоидальном пространстве во- круг гепатоцитов. Пациенты могут обращаться по поводу симптомов сниженной синтетической функции печени и/или симптомов порталь- ной гипертензии. До 90% случаев смерти среди пациентов с алкоголь- ным циррозом связаны с поражением печени; из них 33% вызваны гепатоцеллюлярной карциномой. У большинства лиц с тяжелым пьян- ством развивается жировая инфильтрация печени, однако только у тре- ти из них возникает тяжелый фиброз или цирроз. Причины этого не- ясны. Доза алкоголя и характер пьянства, масса тела, наличие или от- сутствие сахарного диабета типа II, а также пол считаются возможными факторами риска. Описаны специфические гены, которые воздейст- вуют на восприимчивость к развитию алкогольного цирроза.

##### Желудочно-кишечный тракт

Характерны воспалительные процессы практически на протяже- нии всего желудочно-кишечного тракта, в том числе на губах и языке (глоссит). Также могут поражаться слюнные железы, развивается ожирение околоушных слюнных желез, лейкоплакии слизистых, в 3–16% случаев происходит злокачественное перерождение (плоско- клеточный рак). Гастрит и дуоденит могут быть следствием злоупотре- бления алкоголем. Варикозное расширение вен пищевода и желудка может возникать вторично вследствие портальной гипертензии. Алко- голь — одна из основных причин недостаточности питания, заболева- ний желчных путей, острого и хронического панкреатита.

##### Сердечно-сосудистая система

Острое и хроническое употребление алкоголя может оказывать вредное воздействие на сердечно-сосудистую систему, которое часто не- дооценивается (систолическая и диастолическая гипертензия, инсульт, неишемическая, дилатационная кардиомиопатия, сердечные аритмии). Почти 50% избыточных случаев смерти вследствие злоупотребле- ния алкоголем происходят из-за болезни, протекающей с расстрой-

ством 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 ассоциирует- ся с широким спектром воздействий на нервную систему (нейроинток- сикация, синдром алкогольной зависимости, синдром отмены алкого- ля, судорожные припадки, когнитивное снижение, ведущее к корса- ковскому психозу и др., прогрессирующая мозжечковая дегенерация, острое состояние спутанности, периферическая и вегетативная невро- патия). Алкоголь и его метаболит ацетальдегид почти достоверно об- ладают непосредственным нейротоксическим действием, но связанная с ним недостаточность питательных веществ, несомненно, способству- ет патогенезу связанных с алкоголем неврологических заболеваний.

##### Эндокринная система

Воздействие алкоголя на эндокринную систему мужчин проявляет- ся гипоандрогенизацией, импотенцией, токсическим воздействием на клетки Leydig, гинекомастией, у женщин — нарушениями менструаль- ного 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 ми- опатии.

##### Кожа

Воздействие алкоголя на кожу — это псориаз и дискоидная экзема, телеангиэктазии, юношеские угри, неглубокие инфекционные пораже- ния, поздняя порфирия кожи, базальноклеточные карциномы, кожные стигмы.

##### Кроветворная система

Тромбоцитопения — наиболее распространенная патология из всех гематологических нарушений. Она может быть обусловлена ги- перспленическим синдромом, или угнетением мегакариоцитов костно- го мозга алкоголем, а также недостаточностью питательных веществ — фолата и витамина B12. Функция тромбоцитов может также нарушать- ся при хроническом злоупотреблении алкоголем, при этом снижается выработка тромбоксана А2 и происходит дисфункциональная агрега- ция тромбоцитов. После прекращения употребления алкоголя количе- ство и функция тромбоцитов нормализуются через несколько дней или недель.

##### Мочевыделительная система

К последствиям острого воздействия алкоголя относится учащение мочеиспускания, обусловленное ингибирующим воздействием алкого- ля на секрецию антидиуретического гормона из нейрогипофиза (задняя доля гипофиза). Недержание мочи может быть осложнением, особен- но у людей пожилого возраста. Длительное злоупотребление алкого- лем ассоциируется с задержкой воды и соли, вызывая увеличение объ- ема внеклеточной ткани. Нарушение функции почек, обусловленное длительным злоупотреблением алкоголем, также приводит к метабо- лическому ацидозу, как и другие нарушения электролитного баланса, например, гипомагниемия, гипофосфатемия и гипокальциемия. Тяже- лое 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 заболе- ваний. Употребление алкоголя больше всего коррелирует **с раком сли- зистой рта и ротоглотки** (относительный риск ОР < 5,4), далее следу- ют **рак гортани** (ОР < 4,9), **рак пищевод**а (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 ри- ска развития **рака молочной железы**. По данным публикаций, к**арци- нома носоглотки, бронхиального дерева, предстательной железы, яичников и кожи** (как отмечено ранее) чаще встречается среди инди- видов, хронически злоупотребляющих алкоголем. В проведенных ис- следованиях получены противоречивые выводы в отношении канцеро- генного потенциала длительного злоупотребления алкоголем для мо- чевого пузыря, но в самых крупных и самых последних публикациях такой связи не отмечается.

**Приложение 29.**

### Оценка количества употребляемого алкоголя22

Первая задача врача — выяснить, употребляет ли пациент алко- голь 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 стандарт- ная порция (доза, единица) алкоголя соответствует 10 г (или 12 мл) чистого этанола. Понятие «стандартная порция» универсально. Это означает, что алкоголь всегда остается алкоголем, в каком бы напитке он не находился, с чем бы не смешивался. Ориентировочно количество выпитого алкоголя можно определять с помощью таблицы 15.

##### *Таблица 15.* Степень риска с учетом крепости алкоголя и употребляемой дозы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Крепость алкоголя** | **Доза употребляемого 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** |
| 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** |

*Примечание:* показатели с высоким и опасным количеством употребленных доз алкоголя находятся в ячейках серого цвета.

22 *Дегтярева Л.Н., Кузнецова О.Ю., Плавинский С.Л., Баринова А.Н.* Ис- пользование методики модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя // Российский семейный врач. 2012. Т 16. № 1. С. 55–64.

Пределы опасного употребления алкогольных напитков представ- лены в рисунке 16. Целесообразно обсудить эти цифры или после за- полнения 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»** | | | | |
| **Уменьшать долгосрочные риски** | | **Уменьшать риск травм** | | **Беременные** |
|  |  |  |  |  |
| Не более чем | | Не более чем | | Противопоказано |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| Стандартных порций ежедневно | | Стандартных порций в тече- ние одного мероприятия | | Существует риск потребления алкоголя на любой стадии беременности |
| Но не более чем 10  в неделю | Но не более чем 15  в неделю |  |  |
| По меньшей мере 2 дня  в неделю, свободных от алкоголя | |  |  |

**Рисунок 16.** Пределы опасного употребления алкогольных напитков

**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 (вече- ринка);
* **0 порций/день** один-два дня в неделю и в случае беременности, грудного вскармливания, управления автомобилем или машинами и механизмами и т.д.

**Приложение 30.**

### Опросник AUDIT23

##### Отметьте, пожалуйста, тот вариант ответа, который наиболее соот- ветствует вашей ситуации в отношении приема алкоголя.

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки? Постарайтесь припомнить также и те случаи, когда Вы принимали спиртное в не- большом количестве, например, 6утылку пива сцедней 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 |

1. Сколько порций алкогольных напитков Вы употребляете в обыч- ный 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 |

1. 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 |

1. 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 |

23 Тест разработан ВОЗ. URL: apps.who.mt/gb/ebwha/pdf\_ﬁles/EB126/ B126\_R11-m.pdf?ua=1

1. 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 |

1. Как часто за последний год Вам было нужно выпить с утра, чтобы прийти в себя 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 |

1. 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 |

1. 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 |

1. 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 |

1. Озабочены лиВаши близкие, друзья, врач или кто-то другой тем, что Вы выпиваете? Предлагали ли они Вам сократить прием алко- гольных 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:

|  |  |
| --- | --- |
| **Кол-во баллов** | **Степень риска** |
| 0–7 | Небольшая степень виска 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 повы- шена или Вы принимаете в течение недели как минимум шесть доз ал- когольных 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: толь- ко сократить прием алкоголя или полностью прекратить его употреб- ление?

Даже если Вы озабочены результатом теста, стоит помнить, что вред от воздействия алкоголя и проблемы, вызванные приемом алко- голя, обычно можно уменьшить или исправить полностью, если вовре- мя остановиться.

Если решите сократить количество выпиваемого Вами алкоголя или полностью прекратить его прием, Вы можете сделать это и само- стоятельно. Повторите тест через несколько месяцев и сосчитайте ко- личество 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 ана- лиза результатов, полученных при использовании опросникаAUDIT. Опираясь на эту схему, Вы будете выбирать вид беседы по схеме (табл. 16):

*Таблица 16.* **Тактика ведения пациента после анализа AUDIT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Зона риска по потреблению**  **алкоголя** | **Количество баллов** | **Действия врача** |
| Зона I | 0–7 | Краткое информирование о влияния алкоголя на организм |
| Зона II | 8–15 | Совет по ограничению употребления алкоголя |
| Зона III | 16–19 | Совет по ограничению употребления алкоголя и короткое консультирование, направленное на ограничение употре- бление алкоголя, наблюдение |
| Зона IV | 2–40 | 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 уси- ленный риск зависимости или травматизма вследствие употребления алкогольных напитков (табл. 17).

*Таблица 17.* **Схема распределения диагностических блоков**

##### для комплексной оценки риска при употреблении 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 |

**Приложение 31.**

### Лекарственные препараты, при лечении которыми употребление алкоголя противопоказано (табл. 21)

##### Перечень лекарственных препаратов, несовместимых с алкоголем

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Противокашлевое** | **Кодеин** | **Кодеин+ Парацетамол** | **Усиливает действие этанола на психо- моторную функцию** |
| Антидепрессивное, тимолептическое, седативное | Пипофезин | Азафен | Потенцирует эф- фекты алкоголя |
| Амитриптилин | Амитрипти- лин | Усиливает угнета- ющее действие алкоголя на ЦНС |
| Антидепрессивное | Пароксетин | Паксил Рексетин | Одновременный прием у больных депрессией  не рекомендуется |
| Флувоксамин | Феварин | Усиливает побоч- ные эффекты алкоголя |
| Антипсихотическое, нейролептическое | Оланзапин | Зипрекса Заласта | Повышается риск развития ортоста- тической гипо- тензии |
| Гипогликемическое | Метформин | Глюкофаж Метформин Сиофор Форметин | Повышается риск развития молочно- го ацидоза |
| Гипотензивное, сосудорасширяющее, ги- полипидемическое, спаз- молитическое | Доксазозин | Доксазозин Зоксон Кардура | Алкоголь может усиливать нежела- тельные реакции |
| Альфа-адренолити- ческое, антидизурическое | Тамсулозин | Омник Профлосин Фокусин |
| Вазодилатирующее, антидизурическое, гиполипидемическое | Теразозин | Корнам Теразозин |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Противокашлевое** | **Кодеин** | **Кодеин+ Парацетамол** | **Усиливает действие этанола на психо- моторную функцию** |
| Прокинетическое, противорвотное, проти- воикотное | Метоклопра- мид | Церукал Метоклопра- мид | Одновременное применение с ал- коголем может усиливать угнета- ющее действие ал- коголя на ЦНС |
| Противоязвенное | Ранитидин | Ранитидин Зантак Ацилок | Возможно взаимо- действие с алкого- лем |
| Антиангинальное, гипотензивное, антиаритмическое | Верапамил | Верапамил Изоптин | Рекомендуется исключить прием алкоголя |
| Диуретическое, гипотензивное | Гидрохлороти- азид | Гидрохлоро- тиазид | Алкоголь усилива- ет ортостатический гипотензивный эффект |
| Гипотензивное, седативное | Клонидин | Клофелин |
| Антигипертензивное | Лозартан | Лозап Лориста Козаар | Сонливость Головокружение, аритмия |
| Гипотензивное, вазодила- тирующее, кардиопротек- тивное, натрийуретиче- ское | Эналаприл | Энап Энанаприл Берлиприл Ренитек |
| Гиполипидемическое, ги- похолестеринемическое | Ловастатин | Ловастатин Кардиостатин | Поражение печени |
| Гиполипидемическое, ингибирующее ГМГ- КоА-редуктазу | Розувастатин | Ростера Мертенил Крестор Розувастатин |
| Гиполипидемическое | Аторвастатин | Аторис Липримар Аторвастатин |
| Гиполипидемическое | Правастатин | Липостат Правастатин |
| Гипохолестеринемиче- ское | Симвастатин | Симвастатин Вазилип Зокор |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Противокашлевое** | **Кодеин** | **Кодеин+ Парацетамол** | **Усиливает действие этанола на психо- моторную функцию** |
| Антибактериальное ши- рокого спектра, бактери- цидное | Нитрофуран- тоин | Фурадонин | Тахикардия, одышка, снижение артериального давления |
| Противомикробное, антибактериальное, про- тивопротозойное, трихо- монацидное, противояз- венное, антиалкогольное | Метронидазол | Метронида- зол Трихопол Флагил | Развивается антабусподобный синдром |
| Противогрибковое, фунгистатическое | Гризеофуль- вин | Гризеофуль- вин | Во время лечения нельзя употреб- лять алкогольные напитки |
| Противогрибковое, фун- гистатическое, фунгицид- ное, антиандрогенное | Кетоконазол | Микозорал Низорал | Несовместим с алкоголем |
| Противопротозойное, антибактериальное | Тинидазол | Тинидазол Физижин | Тошнота, рвота, кишечные колики |
| Антибактериальное широкого спектра | Азитромицин | Сумамед | Поражения печени |
| Противоэпилептическое, миорелаксирующее, седативное | Вальпроевая кислота | Депакин Конвулекс Вальпарин | Поражения печени |
| Нормотимическое, анти- психотическое, седатив- ное | Лития карбонат | Седалит Лития карбо- нат | Несовместим с алкоголем |
| Антигистаминное, холи- нолитическое, противо- рвотное | Дименгидри- нат | Драмина | Несовместим с ал- коголем |
| Противоаллергическое, антигистаминное, седа- тивное, противорвотное, противозудное, снотвор- ное, местноанестезирую- щее | Прометазин | Пипольфен | Необходимо ис- ключить употре- бление алкоголя |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Противокашлевое** | **Кодеин** | **Кодеин+ Парацетамол** | **Усиливает действие этанола на психо- моторную функцию** |
| Противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее | Ибупрофен | Нурофен Ибупрофен Ибуфен | Не рекомендуется употребления алкоголя |
| Противовоспалительное, жаропонижающее, анальгезирующее | Напроксен | Налгезин Напроксен |
| Противовоспалительное, жаропонижающее, антиагрегационное, анальгезирующее | Ацетилсали- циловая кис- лота | Аспирин |
| Противовоспалительное, жаропонижающее, анальгезирующее | Парацетомол | Парацетомол |
| Снотворное, седативное | Золпидем | Ивадал Золпидем Гипноген | Угнетающее дей- ствие на ЦНС |
| Анксиолитическое, миорелаксирующее, снотворное, седативное | Эстазолам | Эстазолам | Исключить прием алкоголя |
| Снотворное, седативное | Темазепам | Сигнопам | Исключить прием алкоголя |
| Снотворное, седативное, противоаллергическое | Доксиламин | Донормил Валокардин- Доксиламин | Исключить прием алкоголя |
| Противомикробное, антибактериальное, про- тивопротозойное, трихо- монацидное, противояз- венное, антиалкогольное | Метронидазол | Метронида- зол Трихопол Флагил | Развивается анта- бусподобный син- дром |
| Противогрибковое, фунгистатическое | Гризеофуль- вин | Гризеофуль- вин | Во время лечения нельзя употреб- лять алкогольные напитки |
| Противогрибковое, фун- гистатическое, фунгицид- ное, антиандрогенное | Кетоконазол | Микозорал Низорал | Несовместим с алкоголем |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Противокашлевое** | **Кодеин** | **Кодеин+ Парацетамол** | **Усиливает действие этанола на психо- моторную функцию** |
| Противопротозойное, антибактериальное | Тинидазол | Тинидазол Физижин | Тошнота, рвота, кишечные колики |
| Антибактериальное широкого спектра | Азитромицин | Сумамед | Поражения печени |
| Противоэпилептическое, миорелаксирующее, седативное | Вальпроевая кислота | Депакин Конвулекс Вальпарин | Поражения печени |
| Нормотимическое, антипсихотическое, седативное | Лития карбонат | Седалит Лития карбо- нат | Несовместим с алкоголем |
| Антигистаминное, холинолитическое, противорвотное | Дименгидри- нат | Драмина | Несовместим с алкоголем |
| Противоаллергическое, антигистаминное, седа- тивное, противорвотное, противозудное, снотвор- ное, местноанестезирую- щее | Прометазин | Пипольфен | Необходимо исключить употребление алкоголя |
| Противовоспалительное, анальгезирующее, жаро- понижающее | Ибупрофен | Нурофен Ибупрофен Ибуфен | Не рекомендуется употребления алкоголя |
| Противовоспалительное, жаропонижающее, анальгезирующее | Напроксен | Налгезин Напроксен |
| Противовоспалительное, жаропонижающее, анти- агрегационное, аналь- гезирующее | Ацетилсали- циловая кислота | Аспирин |
| Противовоспалительное, жаропонижающее, анальгезирующее | Парацетомол | Парацетомол |
| Снотворное, седативное | Золпидем | Ивадал Золпидем Гипноген | Угнетающее дей- ствие на ЦНС |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Противокашлевое** | **Кодеин** | **Кодеин+ Парацетамол** | **Усиливает действие этанола на психо- моторную функцию** |
| Анксиолитическое, мио- релаксирующее, снот- ворное,  седативное | Эстазолам | Эстазолам | Исключить прием алкоголя |
| Снотворное, седативное | Темазепам | Сигнопам | Исключить прием алкоголя |
| Снотворное, седативное, противо- аллергическое | Доксиламин | Донормил Валокардин- Доксиламин | Исключить прием алкоголя |

**Приложение 32.**

**Скрининг-тест на употребление наркотиков и психотропных веществ (DAST 10)24** (информация для интервьюера)

|  |
| --- |
| Психотропные вещества включают различные вещества и неко- торые 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, сти- муляторы (например, метамфетамин), галлюциногены (например, ЛСД, грибы), опиоиды (например, героин, метадон, морфин).  Этот вопросник не включает алкоголь (табл. 22).  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 сле- дующих психотропных препаратов Вы использовали за последний год?

Вопросы относятся к употреблению наркотиков и психотропных веществ в течение последних 12 месяцев.

##### *Таблица 19.* Скрининг-тест на употребление наркотиков и психотропных веществ

Дата:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вопрос** | **Ответ** | |
| 1 | Принимали ли Вы наркотические или психотропные ве- щества без рекомендации врача? | Нет | Да |
| 2 | Употребляли ли Вы одновременно более чем одно психо- тропное вещество / наркотик? | Нет | Да |
| 3 | Считаете ли Вы, что можете прекратить употребление психотропных веществ/ наркотиков без назначения вра- ча, всегда, когда захотите? | Нет | Да |
| 4 | Бывали ли у Вас состояния полного «отключения» или  «вспышки пережитого» в результате приема психотроп- ных веществ/наркотиков без назначения врача? | Нет | Да |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вопрос** | **Ответ** | |
| 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, бра- тья, сестры и т.д.? | Нет | Да |
| 7 | Приходилось ли Вам игнорировать семью или обязанно- сти, связанные с работой или учебой из-за приема психо- тропных веществ/наркотиков без назначения врача? | Нет | Да |
| 8 | Вовлекались ли Вы в противоправную деятельность, что- бы достать психотропные вещества/наркотики? | Нет | Да |
| 9 | Испытывали ли вы симптомы отмены (плохое само- чувствие) после прекращения приема психотропных веществ/наркотиков без назначения врача? | Нет | Да |
| 10 | Есть ли у Вас медицинские проблемы, связанные с прие- мом психотропных веществ/наркотиков без назначения врача (например, нарушения памяти, гепатит, ВИЧ-инфек- ция, судороги, кровотечение и тд.)? | Нет | Да |

**Количество баллов**

**Приложение 33.**

**ɂɧɬɟɪɩɪɟɬɚɰɢɹ ɜɨɩɪɨɫɧɢɤɚ '$67-10 (ɦɚɬɟɪɢɚɥ ɞɥɹ ɜɪɚɱɟɣ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |

*Примечание:* каждый положительный ответ на вопросы оценивается в 1 балл, кроме вопроса № 3, в котором ответ «Нет» оценивается в 1 балл.

**Приложение 34.**

### Шкала «Возраст не помеха»

Анкета для диспансеризации пациентов 75 лет и старше

«Возраст не помеха»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопрос** | **Ответ** | |
| 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 встревожен- ным 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.

**Приложение 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 меся- цев? | Депрессия, саркопения, синдром мальнутриции, отсутствие зубов и зубных протезов, заболевания ро- товой полости, желудочно- кишечного тракта, сниже- ние функциональной актив- ности, сенсорные дефициты, полипрагмазия, когнитив- ные нарушения, социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода, соматические заболевания | Регулярная физическая активность.  Рациональное питание. Направление на зубопроте- зирование.  Направление в центры социального обслуживания, в том числе привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов.  Для исключения соматиче- ских причин рекомендовать обследование у лечащего врача |
| Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в по- вседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? | Возрастные изменения органов зрения и слуха | Направление к офтальмо- логу, ЛОР-врачу (офталь- мологу) |
| Были ли у Вас  в течение послед- него года травмы, связанные с паде- нием? | Мышечная слабость, нару- шение походки и равнове- сия, периферическая нейропатия. Лекарственные средства, влияющие на ЦНС. Антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии. Полипраг- мазия, снижение зрения, болевой синдром, когнитив- ные 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 железно- дорожного полотна в непо- ложенном месте) | Рекомендации по организа- ции безопасного быта.  Направление для коррекции зрения.  Использование вспомога- тельных средств при ходьбе (трости, ходунки).  Использование бедренных протекторов.  Обратить внимание на пра- вильный подбор обуви для дома (нескользкая подошва, обязательны задники) и ули- цы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок).  Прием препаратов кальция (в дозе 1000– 1200 мг/сут) и витамина D (в дозе 800–1000 мг/сут) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопрос** | **Возможные причины** | **Рекомендации** |
| Есть ли у Вас проблемы с памя- тью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? | Когнитивные нарушения | Регулярная физическая активность.  Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на трениров- ку когнитивных функции, например заучивание сти- хов, решение логических задач, разгадывание кросс- вордов, изучение иностран- ных языков и т.д.).  Рекомендовать консульти- рование гериатром/невро- логом или специалистом по нарушениям памяти по ре- зультатам теста Мини-Ког |
| Страдаете ли Вы недержанием мочи? | Возрастные изменения мочевых путей.  Лекарственные препараты. Пролапс тазовых органов. Заболевания предстатель- ной железы.  Сопутствующие заболевания. Нарушение когнитивного и/или физического функци- онирования, действие пси- хологических факторов | Регулярная физическая ак- тивность, укрепление мышц тазового дна.  Уменьшение потребления кофеинсодержащих напит- ков.  Абсорбирующее белье. Консультирование гериа- тра/уролога/ гинеколога |
| Чувствуете ли Вы себя подавлен- ным, грустным или встревожен- ным на протяже- нии последних недель? | Полиморбидность, демен- ция, злоупотребление седа- тивными и снотворными средствами, одиночество, социальная изоляция | В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыс- лей — консультация психи- атра.  Направление пациента  в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции.  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 нейропа- тия, заболевания  ЦНС | Регулярная физическая активность.  Использование вспомога- тельных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки).  Консультирование ортопеда, невролога, гериатра |

**Приложение 36.**

### Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког

**Шаг 1.** Скажите пациенту: *«Слушайте меня внимательно. Сей- час я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их и запом- нить»*. Выберите один из нижеперечисленных вариантов и четко про- изнесите 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

|  |  |
| --- | --- |
| Воспроизведе- ние слов  (0–3 балла) | 1 балл за каждое воспроизведенное пациентом слово\* |
| Рисование часов | Правильно нарисованные часы = 2 балла.  Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирова- ния; 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 нарисо- вать часы или отказ = 0 баллов |
| (0 или 2 балла) |
| Общий балл | Общий балл = Балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов.  < 3 баллов — валидированный скрининговый критерий деменции, но многие люди с клинически значимыми когни- тивными нарушениями могут иметь более высокий балл |
| (0–5 баллов) |

\* При первичном воспроизведении тестовых слов (Шаг 1) баллы не начисляются.

**Приложение 37.**

### Краткие рекомендации по коррекции факторов

##### Питание

* Ограничение потребления: поваренной соли (не более 5 г в сут- ки — 1 чайная ложка без верха); добавленных сахаров в виде саха- ра, варенья, джемов, в составе сладких напитков — до 30 г 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 жи- рами 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, маргари- ны, кокосовое, пальмовое масло). Рекомендации особенно важны при сопутствующей дислипидемии. Животные жиры должны со- ставлять не более половины суточной потребности в жирах — око- ло 25–30 г/сут. Остальные 25–30 г восполняются за счет расти- тельных жиров, богатых полиненасыщенными и мононенасыщен- ными жирными кислотами, желательно нерафинированными и без термической обработки.
* Рекомендуется потребление не менее 2 раз в неделю рыбы, жела- тельно 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 про- дуктов (хлеб, крупы). Полезны растворимые пищевые волокна — пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и вы- водят его из организма.
* Рекомендуется разнообразить рацион (способствует сбалансиро- ванности), противопоказаны односторонние несбалансированные рационы и диеты. Объяснить опасность снижения избыточной мас- сы тела путем применения различных «модных» диет, особенно го- лодания.

##### Физическая активность

* Информировать пациента о том, что физическая активность, мини- мально 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 психотроп- ных 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).

**Приложение 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?»

**Приложение 39.**

### Здоровый образ жизни. Как сохранить сердце здоровым?

(памятка для пациентов)

**Здоровый образ жизни** — эффективный метод снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), обусловленных атероскле- розом сосудов: ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, мозговых сосудистых нарушений и инсульта, недостаточности кровоснабжения мышц нижних конечностей (тяжелые боли при ходь- бе, 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 формиро- ванию 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 заболевания- ми 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 забо- леваний, прежде всего онкологических и сердечно-сосудистых. Табач- ный дым содержит целый спектр токсичных для многих органов и тка- ней веществ (никотин, окись углерода, цианистый водород, канцеро- генные вещества). Никотин, например, нарушает тонус сосудистой стенки и способствует ее повреждениям, спазмам, усугубляет образо- вание тромбов в кровеносных сосудах. Окись углерода, соединяясь с гемоглобином, блокирует перенос кислорода к органам и тканям. Компоненты табачного дыма способствуют развитию артериальной ги-

пертонии, 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 здорово- го стиля жизни. Наиболее доступный и достаточно эффективный вид физической активности — быстрая ходьба на свежем воздухе. Зани- маться следует 5 раз в неделю, по 30–45 минут (до 2 часов). Частота пульса должна достигать 65–70% от той, которая достигается при мак- симальной нагрузке для данного возраста. Максимальную частоту пульса для конкретного человека можно рассчитать по формуле: 220 минус возраст в годах. Например, для практически здорового чело- века 50 лет максимальная частота пульса составляет 220–50=170 ударов в минуту, а частота пульса, которой рекомендуется достичь при тренировке, составляет 110–120 ударов в минуту.

Многим не хватает времени для тренировок. Тогда необходимо ис- пользовать 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 кор- зину, пройти по лестнице вместо того, чтобы воспользоваться лифтом, провести короткое совещание стоя и т.п.

Полученные результаты больших исследований показали, что регу- лярные физические нагрузки в сочетании с уменьшением периодов длительной сидячей работы за счет коротких перерывов вносят взаи- модополняющий существенный вклад в профилактику болезней сердца и сосудов.

При наличии заболеваний сердца и сосудов режим физических на- грузок подбирает врач индивидуально, строго в соответствии с резуль- татами 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 отноше- ния вес в кг / рост в м2, 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 дости- гается снижением потребления жиров и простых углеводов (сахар,

мед, сладкие газированные напитки), а также повышением физи- ческих нагрузок (ходьба, спорт);

* большую часть калорийности питания (50–60%) должны состав- лять углеводы овощей, фруктов, зерновых продуктов, содержащих много клетчатки (в том числе водорастворимой). Это пектин, клей- ковина цельнозерновых продуктов, которые выводят ХС из ки- шечника. Потребление простых углеводов (сахара, меда) — не бо- лее 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 бога- ты бобовые продукты и орехи;
* необходимо обеспечение организма витаминами в физиологиче- ских количествах, в том числе антиоксидантами (витамины А, С, Е), фолиевой кислотой;
* потребление жира должно соответствовать примерно 30% кало- рийности 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, осталь- ные 2/3 жиров должны быть ненасыщенными, жидкими жирами. Это растительные масла (необходимы и подсолнечное, и оливко- вое) и жир рыбы. Ограничение потребления животных жиров ве- дет к снижению потребления содержащегося в них ХС.

В последние десятилетия появились основательные научные дан- ные о некоторых особенно «атерогенных» жирах, то есть способствую- щих развитию атеросклероза и связанных с ним заболеваний сосудов и сердца. К таким веществам относятся так называемые транс-изомеры жирных кислот, то есть жирные кислоты с измененной по сравнению с наиболее распространенной в природе пространственной структурой. Потребление трансформ жирных кислот сопряжено с повышенным ри- ском ишемической болезни сердца, это доказано в ряде научных про- филактических программ.

По рекомендациям ВОЗ в питании не должно быть более 1% трансформ жирных кислот, но пока в нашей стране количество транс- изомеров даже не выносится на этикетки жировых продуктов, что было бы чрезвычайно целесообразным для людей и медицинской обществен- ности, стремящихся к оздоровлению питания.

Известно, что в натуральных, не прошедших специальной обработ- ки растительных жирах (маслах) содержатся только цис-изомеры жир- ных кислот, которые не оказывают неблагоприятного действия на со- суды. В сливочном масле количество транс-изомеров составляет 5–8%. Основная опасность образования значительного количества (до 48%) транс-изомеров связана с производством маргаринов, кото-

рые получают старым способом пропускания водорода через жидкое растительное (например, подсолнечное) масло при высокой темпера- туре. Употребление в пищу таких маргаринов многократно повышает риск развития атеросклероза.

В настоящее время разработан и используется некоторыми произ- водителями другой способ получения похожих на сливочное масло растительно-жировых спредов, при котором транс-изомеры жирных кислот не образуются. Он заключается в интенсивном смешивании растительных жидких масел (подсолнечное, соевое) с растительными, но твердыми маслами (пальмовое, кокосовое) без нагревания. Вслед- ствие такой технологии получается продукт, не содержащий ни холе- стерина, ни транс-изомеров — жировой продукт, отвечающий требо- ваниям здорового питания.

##### Диета для снижения холестерина

* Основа всех диет по снижению холестерина — снижение потре- бления 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 жаре- ном на растительном масле (омлет).
* Рекомендуется чаще использовать в своем рационе продукты со сниженным содержанием жира и холестерина: хлеб из муки грубо- го помола, цельнозерновой, любые каши,
* макаронные изделия, обезжиренные молочные продукты, всевоз- можные овощные блюда и фрукты.
* Из мясных продуктов следует предпочесть курицу, индейку, теляти- ну. Удаляйте жир и кожу с птицы перед приготовлением.
* Важно употреблять больше рыбы, особенно морской, можно вве- сти 2 рыбных дня в неделю или есть по одному рыбному блюду каж- дый день.
* Желательно отдавать предпочтение десертам без жира, сливок, са- хара, лучше фруктовым.
* Следует обратить особое внимание на регулярное потребление продуктов, снижающих уровень холестерина в организме и увели- чивающих его выведение. Они содержат растворимую клетчатку

(пектин, псиллиум, клейковину) и при варке образуют желеобраз- ную массу. Это овсяные хлопья (геркулес), яблоки, сливы, различ- ные ягоды.

* Регулярно употреблять бобовые продукты (фасоль, горох).
* При приготовлении пищи избегать жарки на сливочном масле и животном жире, чаще варить, тушить, запекать. Использовать 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 вод- ки или 250 г сухого вина в день);
* ограничьте потребление соли и продуктов, богатых натрием. Ста- райтесь недосаливать пищу. Для улучшения вкусовых качеств пищи используйте различные травы, специи, лимонный сок, чеснок;
* увеличьте потребление продуктов, богатых калием и магнием (кар- тофель, томаты, бананы, апельсины, киви, а также молоко, мясо, бобовые, зерновые, в первую очередь овес и орехи).

##### Рекомендации к выбору продуктов питания для профилактики атеросклероза25

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Виды продуктов** | **Рекомендуются** | **Потреблять в уме- ренном количестве** | **Исключить из питания** |
| Зерновые | Хлеб цельнозерно- вой, из муки грубого помола, каши, мака- ронные изделия | Хлеб из муки тонкого помола | Сдобный хлеб |
| Супы | Овощные | Рыбные | На мясном бульоне |
| Молочные | Молочные продукты и сыры сниженной жирности | Полужирные молоч- ные продукты  и жиры | Цельное молоко, сливки, жирные кис- ломолочные продукты и сыры |
| Яйца | Яичный белок | Яйца | Яичница на животных жирах |
| Морепро- дукты | Морской гребешок, устрицы | Мидии, крабы, лангусты | Кальмары, креветки |
| Рыба | Все виды, особенно морская | Жареная на расти- тельных маслах, сла- босоленая | Жаренная на живот- ных жирах, твердых маргаринах или на не- известных жирах |
| Мясо  и птица | Курица, индейка без кожи, телятина, кролик | Постные сорта говя- дины, баранины, ветчины; печень | Жирное мясо, утка, гусь, жирные колба- сы, паштеты |
| Жиры | Растительные жидкие масла: под- солнечное, оливко- вое, соевое | Мягкие расти- тельно-жировые спреды, не содержа- щие трансжиры | Сливочное масло, жир мяса, сало, твер- дые маргарины |
| Овощи  и фрукты | Любые свежие, мороженные, паровые, отварные, бобовые | Картофель, жареный на растительных маслах | Картофель и др. ово- щи, жаренные на жи- вотных или неизвест- ных жирах |
| Орехи | Миндаль, грецкие | Арахис, фисташки, фундук | Кокосовые, соленые |
| Десерт | Не подслащенные соки, морсы, фрукто- вое мороженое | Кондитерские изде- лия, выпечка, кре- мы, мороженое на растительных жирах | Выпечка, сладости, кремы, мороженое, пирожное на жи- вотных жирах |
| Приправы | Перец, горчица,специи | Соусы несоленые | Майонез, сметанные, соленые |
| Напитки | Чай, кофе, вода, безалкогольные напитки | Алкогольные напит- ки — малое/уме- ренное количество | Кофе или шоколад- ные напитки со слив- ками |

25 По материалам профессора Перовой Н.В., отдел биохимических маркеров хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦПМ. URL: [www.gnicpm.ru/Article/l](http://www.gnicpm.ru/Article/l)

**Приложение 40.**

### Как бросить курить?26

(памятка для пациентов)

Вы задавали себе вопрос «Почему я курю?» Неужели чтобы успо- коиться, отдохнуть, снять стресс, расслабиться, сосредоточиться, на- чать трудный разговор?

Анализируя причины своих привычек, становится ясно, что мы ку- рим, потому что не можем быть спокойны, не мыслим отдыха без пере- кура, постоянно нервничаем в ожидании чего-то, не можем сосредото- читься 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 постоян- но! Это наверное зависимость! А можно ли измерить степень своей ни- котиновой зависимости?

Специальный тест (тест Фагерстрема) поможет оценить степень ни- котиновой зависимости. Просто ответьте на вопросы и считайте баллы!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопрос** | **Ответ** | **Баллы** |
| 1. Как скоро после того, как Вы просну- лись, Вы выкуриваете 1сигарету? | В течение первых 5 мин. В течение 6–30мин.  30 мин. — 60 мин. Более чем 60 мин. | 3  2  1  0 |
| 2. Сложно ли для Вас воздержаться от ку- рения в местах, где курение запрещено? | Да Нет | 1  0 |
| 3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться? | Первая утром | 1 |
| Все остальные | 0 |
| 4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день? | 10 или меньше  11–12  21–30  31 и более | 0  1  2  3 |
| 5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение всего дня? | Да Нет | 1  0 |
| 6. Курите ли Вы, если сильно больны и вы- нуждены находиться в кровати целый день? | Да Нет | 1  0 |

26 Материал разработан Гамбарян М.Г., в.н.с., пульмонолог, кандидат меди- цинских наук, магистр общественного здравоохранения. ФГБУ «НМИЦ профилак- тической медицины» Минздрава России. URL: [https://www.gnicpm.ru/Ar](http://www.gnicpm.ru/Article/3)ticle/3.

##### 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 по- мощь!

##### Вы решили бросить курить? А как это проверить?

Считаем баллы!

|  |  |
| --- | --- |
| **Вопрос 1.**  **Бросил бы я курить, если бы это было легко?** | **Вопрос 2.**  **Как сильно я хочу бросить курить?** |
| Определенно нет — 0. | Не хочу вообще — 0. |
| Вероятнее всего, нет — 1. | Слабое желание — 1. |
| Возможно, да — 2. | В средней степени — 2. |
| Вероятнее всего, да — 3. | Сильное желание — 3. |
| Определенно, да — 4 | Однозначно хочу бросить курить — 4 |

* **Сумма баллов больше 6** — ура! Я хочу, я могу, я буду бросать ку- рить! Скорей, за помощью, в целях полного отказа от этой пагуб- ной 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 та- ким подвигам! Но делать что-то надо! Может, пока начать меньше курить? 27

##### Бросить курить раз и навсегда!

Надо «завязывать» — бросить курить раз и навсегда!!! Единствен- ный эффективный способ навсегда избавиться от сигарет и всего вре- да, связанного с ними. Другие же бросают, и я смогу! Резко, дерзко, без отговорок, самообмана и смешных попыток снизить количество вы- куриваемых сигарет или заменить их на так называемые «легкие». Надо только найти метод, который подходит именно мне! Не поможет, попробуем другой!

27 Материал разработан Гамбарян М.Г., в.н.с., пульмонолог, кандидат меди- цинских наук, магистр общественного здравоохранения. ФГБУ «НМИЦ профилак- тической медицины» Минздрава России. URL: [https://www.gnicpm.ru/Ar](http://www.gnicpm.ru/Artide/3)tide/3.

##### 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, про- сить, 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 зажигал- ки, чтобы вдруг не закурить «автоматически».
* Буду обходить стороной компании курящих и прокуренные поме- щения.
* 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.
* Поменяю 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 куре- нию — способен предупредить тягу к курению, депрессивные со-

стояния, нервозность, стрессовые ситуации, прибавку в весе и поэ- тому помогает предупреждать рецидивы курения и повысить са- мооценку.

* **С помощью врача:** врач порекомендует, расскажет, поможет и поддержит...
* Индивидуально или в группе: психологическая поддержка (индиви- дуальная или групповая) помогает в отказе от курения. Часто в со- четании с лекарствами.
* **Гипноз:** возможно, помогает, хотя нет убедительных данных. Мо- жет найти что-нибудь другое?
* **Лекарства:** есть такие, но лучше, чтобы их рекомендовал и назна- чил врач. Некоторые лекарственные препараты в виде пластырей, ингаляторов и жевательных резинок содержат никотин и призваны частично восполнять его запасы в организме уже бывшего куриль- щика, чтобы тот не так сильно переживал синдром отмены сигарет.
* Другие лекарства ведут себя, как никотин, и также призваны сни- жать тягу к курению.
* **Не лекарства:** иглоукалывание, электромагнитные волны, элек- тропунктура — 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! Одним нужно несколько попыток, другим — еще больше!
* Надо просто понять причину срыва и не повторять ошибок... Я принял решение отказаться от курения, и я это сделал!

**Приложение 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 забо- леваний лежит повреждение стенок кровеносных сосудов атеро- склерозом. Люди с пораженными атеросклерозом кровеносными со- судами сердца страдают от тяжелых болей за грудиной (стенокардии, которая нередко заканчивается инфарктом миокарда — омертвением сердечной мышцы). Атеросклероз может поражать кровеносные со- суды, несущие кровь к мозгу. Тогда развиваются мозговые нарушения, вплоть до мозгового инсульта — омертвения мозговой ткани.

Бывает, что атеросклероз поражает сосуды, несущие кровь к мыш- цам ног, тогда от нестерпимых болей человек не может ходить, а в ко- нечном этапе развивается гангрена. В обиходе существует два непра- вильных мнения об атеросклерозе. Одно из них (у молодых людей) сво- дится к тому, что атеросклероз появится еще нескоро. Другое (у пожилых) сводится к тому, что атеросклероз все равно есть и сопро- тивляться ему бесполезно.

##### Что такое факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний?

В больших научных эпидемиологических программах с обследова- нием сотен тысяч людей и наблюдением за ними в течение десятилетий было доказано существование факторов, сильно повышающих вероят- ность 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 сахар- ный диабет/повышенный уровень глюкозы в крови и избыточная масса тела — ожирение. Действие одного фактора усиливает действие друго- го, поэтому особенно опасно их сочетание. Если же снизить уровень каждого фактора риска, например, снизить уровень холестерина в кро- ви, артериальное давление, бросить курить, снизить избыточный вес, то общая вероятность заболеть сердечно-сосудистыми заболеваниями реально снизится, а развитие атеросклероза замедлится. В наиболь- шей степени это доказано для снижения уровня холестерина в крови.

##### Что такое холестерин

Холестерин — жироподобное вещество, которое жизненно необ- ходимо человеку. Он входит в состав мембран всех клеток организма, много холестерина в нервной ткани, из холестерина образуются желч- ные 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 ча- сто 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 «хо- рошем» 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 на- зывают ЛИПОПРОТЕИНАМИ. Одни из них — липопротеины низких плотностей несут холестерин с кровью в периферические ткани из пе- чени, где он синтезируется. Если этих частиц образуется слишком мно- го или нарушен их распад, в крови накапливается много холестерина, он откладывается в стенках кровеносных сосудов, а вокруг его отложе- ний разрастается соединительная (рубцовая) ткань. Так образуется АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА, сужающая просвет сосуда и затрудняющая ток крови. И вот тогда холестерин в составе липоро- теинов низких плотностей можно назвать «плохим».

Атеросклеротические бляшки бывают разные. Самые злокаче- ственные (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 орга- на без снабжения кислородом и питательными веществами отмирает. Если это происходит в сердце — развивается инфаркт миокарда, если в мозге — мозговой инсульт. Сказанное позволяет сделать вывод о том, что началу таких опасных заболеваний дает повышенный уро- вень холестерина, который находится в липопротеинах низкой плотно- сти. Именно поэтому он и называется «плохим». В развернутом лабо- раторном анализе липидов (жиров и жироподобных веществ) крови этот показатель обозначается сокращенно — ХС ЛНП.

Но в крови находятся и другие, «хорошие» липидно-белковые ком- плексы. 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 чело- век старше 20 лет должен знать свой уровень холестерина. Причем не- обходимо сделать анализ крови на «хороший» и «плохой» холестерин, т.е. развернутый анализ на липиды. В зависимости от уровня холесте- рина и его распределения в «плохих» и «хороших» комплексах, а так- же по данным других обследований врач решает вопрос о необходимо- сти диетической или лекарственной коррекции и дает соответствующие рекомендации. При этом надо иметь в виду, что цена лекарств — это не только цена снижения холестерина, но и цена продления активной жизни человека.

Итак, если холестерин повышен, он опасен как фактор, способ- ствующий развитию атеросклероза и тяжелых сердечно-сосудистых за- болеваний.

##### Как снизить уровень «плохого» холестерина?

Уровень холестерина крови можно снизить. Для этого постарай- тесь изменить свой образ жизни:

* оздоровите питание;
* откажитесь от курения;
* больше двигайтесь.

##### Диета для снижения холестерина

* Основа всех диет по снижению холестерина — снижение потре- бления 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 жаре- ном на растительном масле (омлет).
* Чаще используйте в своем рационе продукты со сниженным содер- жанием жира и холестерина: хлеб из муки грубого помола, цельно- зерновой, любые каши, макаронные изделия, обезжиренные мо- лочные продукты, всевозможные овощные блюда и фрукты.
* Из мясных продуктов следует предпочесть курицу, индейку, теляти- ну. Удаляйте жир и кожу с птицы перед приготовлением.
* Употребляйте больше рыбы, особенно морской, можно ввести 2 рыб- ных дня в неделю или есть по одному рыбному блюду каждый день.
* Предпочитайте десерты без жира, сливок, сахара, лучше фруктовые.
* Обратите особое внимание на регулярное потребление продуктов, снижающих уровень холестерина в организме и увеличивающих его выведение. Они содержат растворимую клетчатку (пектин, псиллиум, 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 уме- ренном количестве** | **Исключить из питания** |
| Зерновые | Хлеб цельнозерно- вой, из муки грубого помола, каши, ма- каронные изделия | Хлеб из муки тонко- го помола | Сдобный хлеб |
| Супы | Овощные | Рыбные | На мясном бульоне |
| Молочные | Молочные продук- ты и сыры снижен- ной жирности | Полужирные мо- лочные продукты и жиры | Цельное молоко, сливки, жирные кисломолочные продукты и сыры |
| Яйца | Яичный белок | Яйца | Яичница на живот- ных жирах |
| Морепро- дукты | Морской гребешок, устрицы | Мидии, крабы, лан- густы | Кальмары, креветки |
| Рыба | Все виды, особенно морская | Жаренная на расти- тельных маслах, слабосоленая | Жаренная на живот- ных жирах, твердых маргаринах или на неизвестных жирах |
| Мясо  и птица | Курица, индейка без кожи, телятина,кролик | Постные сорта го- вядины, баранины, ветчины; печень | Жирное мясо, утка, гусь, жирные кол- басы, паштеты |
| Жиры | Растительные жид- кие масла: подсол- нечное, оливковое, соевое | Мягкие раститель- ножировые спреды, не содержащие транс-жиры | Сливочное масло, жир мяса, сало, твердые маргарины |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Виды продуктов** | **Рекомендуются** | **Потреблять в уме- ренном количестве** | **Исключить из питания** |
| Овощи  и фрукты | Любые свежие, мо- роженные, паровые, отварные, бобовые | Картофель, жарен- ный на раститель- ных маслах | Картофель и др. овощи, жаренные на животных или неизвестных жирах |
| Орехи | Миндаль, грецкие | Арахис, фисташки, фундук | Кокосовые, соленые |
| Десерт | Неподслащенные соки, морсы, фрук- товое мороженое | Кондитерские изде- лия, выпечка, кре- мы, мороженое на растительных жирах | Выпечка, сладости, кремы, мороженое, пирожное на живот- ных жирах |
| Приправы | Перец, горчица, специи | Соусы несоленые | Майонез, сметан- ные, соленые |
| Напитки | Чай, кофе, вода, безалкогольные напитки | Алкогольные напит- ки — малое/уме- ренное количество | Кофе или шоколад- ные напитки со сливками |

За счет тщательного соблюдения диеты можно добиться снижения холестерина крови на 10–12%. Такая диета не только понижает уро- вень «плохого» холестерина, но и повышает уровень «хорошего» холе- стерина.

Если соблюдение диеты в течение 6–8 недель не приведет к жела- тельному снижению уровня общего холестерина крови (менее 5 ммоль/л) и ХС ЛНП (менее 3 ммоль/л), а риск развития заболеваний, вызван- ных атеросклерозом, остается высоким, то врач поставит вопрос о на- значении лекарств, снижающих холестерин.

Таких препаратов сейчас много. Главное — не заниматься самоле- чением, наслушавшись реклам о чудодейственных и безопасных пище- вых добавках. Из пищевых добавок могут действовать только те, кото- рые содержат известные компоненты пищи, воздействующие на хо- лестерин, например, препараты растворимой клетчатки. Однако их эффективность не выше хорошо налаженной диеты, они лишь помога- ют 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 пока- зали, что статины не только снижают холестерин крови, но и облегчают течение заболеваний, вызванных атеросклерозом, уменьшают смерт- ность от сердечно-сосудистых заболеваний и общую смертность. С по- мощью 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 забо- леваний, прежде всего онкологических и сердечно-сосудистых. Табач- ный дым содержит целый спектр токсичных для многих органов и тка- ней веществ (никотин, окись углерода, цианистый водород, канцеро- генные вещества). Никотин, например, нарушает тонус сосудистой стенки и способствует ее повреждениям, спазмам, усугубляет образо- вание тромбов в кровеносных сосудах. Окись углерода, соединяясь с гемоглобином, блокирует перенос кислорода к органам и тканям. Компоненты табачного дыма способствуют развитию артериальной ги- пертонии, нарушению в системе переноса холестерина в стенки сосуда, усугубляя отложение в них холестерина. Создается высокий суммар- ный риск развития ССЗ.

##### Достаточная физическая активность28

Достаточная физическая нагрузка — неотъемлемая часть здорово- го стиля жизни. Наиболее доступный и достаточно эффективный вид физической активности — быстрая ходьба на свежем воздухе. Зани- маться следует 5 раз в неделю, по 30–45 минут (до 2 часов). Частота пульса должна достигать 65–70% от той, которая достигается при мак- симальной нагрузке для данного возраста. Максимальную частоту пульса для конкретного человека можно рассчитать по формуле: 220 минус возраст в годах. Например, для практически здорового человека 50 лет максимальная частота пульса составляет 220–50=170 ударов в минуту, а частота пульса, которой рекомендуется достичь при трени- ровке, составляет 110–120 ударов в минуту.

Многим не хватает времени для тренировок. Тогда необходимо ис- пользовать 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 корзи- ну, пройти по лестнице вместо того, чтобы воспользоваться лифтом, провести короткое совещание, стоя и т.п.

Полученные результаты больших исследований показали, что со- четание регулярных физических нагрузок с уменьшением периодов длительной сидячей работы за счет коротких перерывов вносят взаи- модополняющий существенный вклад в профилактику болезней сердца и сосудов.

При наличии заболеваний сердца и сосудов режим физических на- грузок подбирает врач индивидуально, строго в соответствие с резуль- татами электрокардиографического теста с физической нагрузкой.

28 Текст подготовлен по материалам профессора Перовой Н.В., отдел биохи- мических маркеров хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦПМ.

**Приложение 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 кровенос- ных сосудов.

##### Оценка веса

Для оценки веса (массы) тела рекомендуется пользоваться показа- телем индекса массы тела (ИМТ): ИМТ= вес в кг/ рост в м2. Опти- мальный ИМТ находится в пределах 18.5–25 кг/м2, избыточный вес регистрируется при ИМТ, равном или большем 27 кг/м2, но меньшем 30 кг/м2, ожирение — при ИМТ, равном или большем 30 кг/м2.

Человеку с избыточной массой тела рекомендуется снизить вес в идеале до оптимального. Однако для многих это труднодостижимо. В таких случаях рекомендуется снизить общий вес на 10% от исходного или до ИМТ, равного или меньшего 27 кг/м2 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 уве- личен 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 выше данных значений указывает на необ- ходимость 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 сред- няя суточная калорийность пищи при нормальной массе тела составля- ет для мужчин в среднем 2500 ккал, для женщин — 2000 ккал. Для того чтобы достигнуть уменьшения веса тела, следует снизить кало- рийность рациона до 1800–1200 ккал/сутки, то есть примерно на одну треть. Снижение веса должно быть медленным: на 400–800 г в неде- лю. Это идеальный темп потери «лишних» килограммов. Более бы- строе похудание делает чрезвычайно трудным сохранение достигнутого успеха.

Наибольшей калорийностью обладают жиры, за счет преимуще- ственного снижения потребления которых рационально снижать кало- рийность питания. При расщеплении в организме 1 г жира образуется 9 ккал энергии, при расщеплении белков и углеводов — 4 ккал. Одна- ко снижать потребление жиров меньше 30% калорийности питания не следует, так как при этом обычно увеличивают потребление быстроус- вояемых углеводов в виде сахара, сладостей, меда. Это также ведет к повышению массы тела, повышению уровня глюкозы в крови, спо- собствует развитию сахарного диабета типа II, 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 медика- ментозные 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 накопле- ния избыточного веса и развития ожирения в большинстве случаев яв- ляется неправильное питание. Неправильное питание — понятие не- однозначное. Оно включает в себя нарушение пищевого поведения, употребление неподходящих продуктов питания и неправильное усвое- ние 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 избыточ- но 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 потреб- ность в еде. Понятно, что даже посещение фитнес-клуба 3 раза в неде-

лю по 40 минут неэквивалентно прежним затратам. И в то же время сами продукты питания стали более доступными и калорийными. Сле- дует 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, вы- работали особые правила приема пищи. Во-первых, никогда не кор- мить детей насильно, чтобы не нарушить формирование механизма самоконтроля, а 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. Осо- бенно четко эти традиции проявляются в аристократической и буржу- азной 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 нарушени- ями. Эти нарушения могут быть как первичными (то есть усиливать аппетит и определять архитектонику жировых отложений), так и вто- ричными (когда гормональные нарушения возникают из-за неправиль- ного питания и ведут к отложению жира во внутренних органах). Раз- вивается 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 похуде- ния нет. Для этого нужно потрудиться. Но нормализация веса не по- требует от Вас сверхчеловеческих усилий и тяжелых страданий, а каче- ство жизни значительно улучшится. Попробуйте, и Вам понравится!

##### Этапы лечения ожирения29

*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 сде- лать при помощи специального метода биоимпеданса или вычислить по толщине жировых складок. Затем следует установить причину избыточного веса. Для этого изучают гормональный фон: гормоны щи-

29 URL: gnicpm.ru/Artide/5; URL: gnicpm.ru/Artide/6

товидной железы, половые и пищеварительные гормоны. В некоторых случаях, когда масса тела очень большая, диетолог назначает также до- полнительное обследование для того, чтобы определить, привело ли ожирение к нарушению обмена веществ, так называемому «метаболи- ческому синдрому». Важным этапом является проведение психологи- ческого тестирования для выявления нарушений пищевого поведения (частой причины развития ожирения). Часто при опросе и обследова- нии 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. Сле- дует помнить, что диетолог может рекомендовать правильное питание, но не может контролировать выполнение этих рекомендаций. Все за- висит от самого пациента. Если есть сложности в соблюдении рекомен- даций, обязательна работа с психотерапевтом.

Частота последующих посещений определяется индивидуально в зависимости от причины, стадии болезни и скорости достижения же- лаемого результата. Обычно в течение первого полугодия врач наблю- дает пациента 1 раз в месяц.

##### Ожирение у подростков

Нами накоплен успешный опыт работы с подростками, страдаю- щими 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. Дей- ствительно, как ограничить подростка в питании, если он продолжает расти?! Даже если он ест больше, чем ему нужно, трудно, ох как трудно

«морить голодом» свое чадо, а сдерживать аппетит лекарствами у де- тей нельзя, чтобы не повредить растущему организму. С чего начать? Несомненно, здесь требуется помощь профессионалов. Этими вопро- сами занимаются специалисты-диетологи.

**Приложение 43.**

### Самоконтроль артериального давления в домашних условиях30

Рекомендуется дать пациенту совет приобрести домашний тоно- метр, 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 диа- гностике АГ и контроле за эффективностью лечения, но предполагают применение других нормативов (табл. 20).

##### *Таблица 20.* Показатели АД, полученные при клинической диагностике и самоконтроле

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Категория | САД, мм рт. ст. |  | ДАД, мм рт. ст. |
| 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 коррели- рует с поражениями органов-мишеней и прогнозом заболевания, чем клиническое АД. Его прогностическая ценность сопоставима с мето- дом суточного мониторирования АД (СМАД) после поправки на пол и возраст. Доказано, что метод СКАД повышает приверженность паци- ентов 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 «повсед- невной» (реальной) дневной активности, особенно у работающей ча- сти населения, и в ночные часы. Для СКАД могут быть использованы традиционные тонометры со стрелочными манометрами, а также авто- матические и полуавтоматические приборы для домашнего примене- ния, прошедшие сертификацию. Для оценки уровня АД в ситуациях резкого ухудшения самочувствия больного вне стационарных условий (в поездках, на работе и др.) можно рекомендовать использование за- пястных автоматических измерителей АД, но с теми же правилами из- мерения АД (2–3-кратное измерение, расположение руки на уровне сердца и т.д.). Следует помнить, что АД, измеренное на запястье, мо- жет быть несколько ниже уровня АД на плече.

30 Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии // Кардиологический вестник. 2015 (1). C. 1–92. URL: cardioweb.ru

**Приложение 44.**

### Как не поддаться влечению к спиртному?

(памятка для пациента)

Никакие мероприятия по профилактике алкоголизма не будут дей- ственными, если человек не возьмется за себя сам. Вот некоторые со- веты, 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 испорчен- ные 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 финансовое положение и даст возможность найти новое общение.
4. Уделяйте время своим хобби. Чувство удовлетворения от лю- бимого занятия поможет расширить зону удовольствия и будет способ- ствовать повышению самооценки.
5. Признайте, что у вас есть проблема с алкоголем и при необхо- димости пользуйтесь услугами психолога.
6. Занимайтесь спортом и физкультурой, это поможет держать орга- низм в тонусе, ориентироваться в собственных возможностях и адек- ватно себя оценивать.
7. Работайте над своими внутренними конфликтами. Пагубное пристрастие к спиртному — следствие не биологических, а психологи- ческих причин.
8. Принимайте себя таким, какой вы есть, признавая и положи- тельные, и отрицательные качества своего характера. Осознав свои от- рицательные черты, вы сможете работать над собой, чтобы улучшить свои личностные качества.
9. Избавляйтесь от своей тревожности. Повышенная тревож- ность — популярная черта характера людей с проблемой тяги к спирт- ному. Тревога — это страх перед предстоящими событиями, обычно беспричинный и не обоснованный. Человек сам не понимает, чего бо- ится. При таком настроении вся жизнь видится человеку в негативном ракурсе, и он хочет уйти от неприятных переживаний с помощью опья- нения.
10. Признавайте жизненные трудности и находите решения про- блем. Справившись с трудностями, вы будете каждый раз повышать свою самооценку.
11. Избегайте просмотра передач с большим количеством нега- тивной информации, например, новостей о трагических происшестви- ях, авариях и болезнях. Такая информация только повысит ощущение тревожности, и может спровоцировать желание выпить, чтобы из- бавиться от этого чувства.
12. Расширяйте диапазон своих удовольствий. Пусть этими удо- вольствиями станут лакомства, приятная музыка, интересная книга, приятное путешествие, просмотр хорошего фильма, помощь кому- либо, обновка, общение с домашним любимцем и т.д. И тогда воспо- минания об удовольствии от алкоголя будут все больше отдаляться.
13. Расширяйте свой кругозор. Ходите в кино, театры, на концер- ты, в музеи. Включайтесь в общественную работу. Это повысит вашу самооценку и станет источником новых удовольствий.
14. Чаще гуляйте. Отвлекайтесь от домашней обстановки и быто- вой рутины. Измените хоть немного привычную атмосферу, это полез- но для саморазвития и принятия ответственности за собственную жизнь.
15. Признайте себя личностью. Если вы почувствуете себя лично- стью, то это будет первой ступенью к жизненным изменениям, связан- ным с полным отказом от алкоголя.
16. Уделяйте внимание своему внешнему виду. Следите за приче- ской 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, обра- щайтесь к психологу, психотерапевту или к другим специалистам.

**Приложение 45.**

### Профилактика инсульта

(памятка для пациентов, URL: 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 атеро- склероз.** По данным ВОЗ, ежегодно острое нарушение мозгового кро- вообращения (ОНМК) переносят около 15 млн человек. При этом около 5 млн умирают от инсульта, а еще 5 млн пациентов остаются глу- бокими инвалидами.

Первыми признаками инсульта наиболее часто являются внезап- ное развитие односторонней слабости в конечностях, речевые наруше- ния, асимметрия лица, онемение половины тела, выпадение полей зре- ния, головокружение и дискоординация. В случае внезапного развития подобных симптомов необходимо сразу же вызвать бригаду скорой ме- дицинской помощи для незамедлительной транспортировки больного с инсультом в специализированное инсультное отделение. Только со- блюдение золотого правила лечения инсульта («время — мозг») мо- жет позволить при наличии показаний вовремя применить наиболее эффективный метод лечения ишемического инсульта (тромболитиче- скую терапию) и спасти пациенту чжизнь.

Что делать, чтобы избежать инсульта? Необходимо вовремя выя- вить факторы риска этого заболевания и принять необходимые меры их коррекции.

Каковы основные факторы риска инсульта? Артериальная гиперто- ния, **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 посто- янно контролировать уровень артериального давления и вести дневник артериального давления и частоты сердечных сокращений, фиксиро- вать наличие нарушений сердечного ритма. Необходимо поддерживать оптимальный уровень глюкозы крови и **холестерина**. Крайне важно от- казаться от курения и злоупотребления алкоголем, соблюдать реко- мендации врача лечебной физкультуры, поддерживать высокий уро- вень физической активности, бороться с ожирением.

Риск развития повторного ОНМК у пациентов, перенесших ин- сульт, составляет 30%, что в 9 раз превышает риск развития инсульта в среднем в популяции.

Основными препаратами профилактики инсульта являются анти- тромботические препараты — **антиагреганты или антикоагулянты** (для пациентов с мерцательной аритмией). Важно помнить, что анти- коагулянтная терапия с использованием варфарина эффективна толь- ко 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 антикоагулян- ты, гипотензивные препараты, статины необходимо пожизненно после выписки пациента из стационара.

Родственникам больных, перенесших тяжелый инсульт, необходи- мо соблюдать правильный режим кормления и гидратации, правила ухода за парализованными пациентами и их активизации.

У пациентов, перенесших инсульт, в случае выявления гемодина- мически значимого атеросклероза сонных артерий в качестве вторич- ной профилактики ОНМК **необходимо рассматривать хирургические методы реваскуляризации** (восстановления кровотока).

Пациентам, имеющим факторы риска инсульта, необходимо пом- нить о необходимости **своевременного обращения к врачу** для под- бора препаратов для вторичной профилактики инсульта и методов кор- рекции имеющихся факторов риска.

**Приложение 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 Ва- шем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение.
* Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые про- блемы 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 принимае- те, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и расти- тельные лекарственные препараты.
* Информируйте врача обо всех случаях аллергии или нежелатель- ных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом.
* Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после на- чала 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 ле- чащего врача.
* Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предвари- тельного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема без- рецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацев- том, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства.
* Каждый человек должен знать о каждом принимаемом лекарствен- ном препарате (уточните эту информацию у врача, при необходимо- сти — запишите):
  + название препарата;
  + по какому поводу Вы его принимаете;
  + как следует принимать препарат (доза, время, кратность и дли- тельность приема, влияние приема пищи);
  + каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эф- фекты препарата;
  + что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с при- емом препарата;
  + что следует делать, если пропущен очередной прием.

**Приложение 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 специ- алистом гериатром Минздрава России О.Н. Ткачевой, Москва, 2017 г.

**Авторы:** ФГБУ «НМИЦ ПМ» 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 исключи- тельно с отсутствием болезни, хорошим физическим и когнитивным статусом, самостоятельностью и социальной поддержкой, то современ- ное понимание успешного старения значительно шире и включает пси- хологическое, физическое и социальное здоровье, функционирование, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмо- ра, духовность.

**Успешное старение** — основная психологическая потребность че- ловека. Даже в очень преклонном возрасте люди сохраняют потреб- ность в активной жизни и развитии. Физическая активность, любая деятельность, социальная интеграция способствуют успешному старе- нию. Депрессия является наиболее значимым фактором, оказываю- щим 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 прогрессиро- вания.

##### Определение понятий

**Старческая астения** («хрупкость», шифр по МКБ-10 R54) — ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими про- явлениями которого являются медлительность и/или непреднамерен- ная 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 спо- собности к самообслуживанию, ухудшает прогноз состояния здоровья. Старческая астения включает в себя более 85 различных гериатри- ческих синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсор- ные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Роль традицион- ных 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, отсроче- но 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 груп- пе. Медицинские работники, сталкивающиеся с пожилыми людьми, должны быть осведомлены об основных признаках этого синдрома и распознавать его ранние проявления и у более молодых лиц пожило- го возраста, создавая тем самым возможность для профилактики его прогрессирования.

Скрининг на предмет наличия синдрома старческой астении с ис- пользованием короткого скринингового опросника должен осуществ- ляться везде, где пожилой человек сталкивается с медицинским работ- ником: в отделениях и кабинетах медицинской профилактики, центрах здоровья, кабинетах участкового врача/врача общей практики, при на- хождении на стационарном лечении.

## Алгоритм диагностики и ведения старческой астении

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Отделения и кабинеты медицинской профилактики, центр здоровья, каби- нет участкового врача/врача общей практики. Граждане 75 лет и старше** | | |
|  | | |
| **Скрининг по шкале «Возраст не помеха»** | | |
|  | | |
| **Высоковероятная стар- ческая астения —**  **«хрупкие» пациенты** | **Вероятная старческая астения — «прехруп- кие» пациенты** | **Отсутствие старческой астении — «крепкие» пациенты** |
| >3 положительных ответов | 1–2 положительных ответа | Нет положительных ответов |
| Обязательная консуль- тация врача-гериатра. Комплексная гериатри- ческая оценка.  Индивидуальный план ведения | Целесообразна кон- сультация врача- гериатра |  |
|  |  |  |
| **Наблюдение участкового терапевта, выполнение индивидуального плана ведения пациента со старческой астенией** | | |

##### Задачи кабинетов и отделений медицинской профилактики, центров здоровья:

* Выявление у лиц 75 лет 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 консультирова- ние.
* Осуществление профилактического консультирования лиц по- жилого и старческого возраста в соответствии с выявленными факто- рами риска хронических неинфекционных заболеваний с учетом воз- растных 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 (см. в раз- деле «Приложение 34»), которую следует дополнить оценкой когнитив- ных функций по тесту Мини-Ког (см. в конце данного раздела).
* Анализ результатов анкетирования следует проводить с учетом шкалы «Возраст не помеха», вопросы которой включены в анкету дис- пансеризации 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» (см. в конце данного раздела).
* Следует делать акцент на выявление полипрагмазии (хрониче- ский 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 ле- карственных назначений. Если полипрагмазия сочетается с высокой вероятностью старческой астении по шкале «Возраст не помеха», на- стойчиво рекомендовать консультацию гериатра.

##### Особенности профилактического консультирования лиц 75 лет и старше:

* При профилактическом консультировании используется приня- тый принцип выделения групп риска, но должны быть учтены возраст- ные особенности коррекции артериальной гипертонии, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии у людей пожилого и старче- ского возраста, а также высокая вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний.
* Пациента следует ориентировать не только за устранение сим- птомов заболеваний (при их наличии), но и в целом на здоровое старе- ние и долголетие, активный образ жизни без негативных для здоровья факторов.
* Всем консультируемым должны быть даны учитывающие воз- растной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, пра- вилам приема лекарств.
* Профилактическое консультирование должно учитывать поло- жительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не по- меха» (Приложение 3 к разделу «Приложение 47»).
* При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зре- ния), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов.
* При высокой вероятности старческой астении по данным скри- нинговой 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 ин- тенсивности не менее 75 минут в неделю с учетом индивидуальных осо- бенностей 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 занимать- ся физическими упражнениями, то 5-10-минутная разминка может со- ставлять 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, сканди- навская ходьба, лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде, тре- нировки 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, соот- ветствующий их возможностям и состоянию здоровья.
* Пожилые люди, которые долго были малоподвижными, долж- ны начинать повышение физической активности медленно, с несколь- ких минут в день, и постепенно увеличивать продолжительность и ча- стоту физических занятий (при отсутствии противопоказаний).
* Следует исключать упражнения на задержку дыхания, натужи- вание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, под- скоками и т.п.
* Выполнение упражнений на равновесие и предотвращение па- дений 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 фи- зических упражнений. Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно, реабилитолога, для разработки ин- дивидуальной программы физической активности.
* В программу физической активности с осторожностью следует включать бег, прыжки, упражнения с тяжестями и другие виды нагру- зок, 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 участко- вым терапевтом или кардиологом.
* Следует учитывать, что потребность в белке у пожилого чело- века выше, чем у людей молодого и среднего возраста в виду повыше- ния риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и состав- ляет 1–1,2 г/кг/сут с пропорцией 1:1 между животными и раститель- ными белками. Оптимальными источниками животного белка являются молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, теляти- на, крольчатина, а растительного — крупы, бобовые, семена и орехи. Необходимо рекомендовать ежедневное употребление животного бел- ка. 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 источ- ников белка в виде функционального продукта или подбора специали- зированного 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 на- сыщенные жиры, а другие две трети — на равные доли монои полине- насыщенных жирных кислот. Из растительных жиров предпочтитель- ны 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 трансжирных кислот, содержа- щихся в переработанных пищевых продуктах, еде быстрого приго- товления, 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 дополни- тельных 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 мо- лочным 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, йо- гурт). Пациенту показано потребление безили низколактозных молоч- ных 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 продук- тов, содержащих «сложные» углеводы и богатых пищевыми волокна- ми: 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. Реко- мендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500 г/сут). Одна порция — это один фрукт крупного размера (яблоко, груша, апельсин), % стакана фруктового салата, замороженных или консер- вированных фруктов, 3–4 штуки мелких фруктов (абрикос, слива, клубника), 3–4 ягоды сухофруктов (курага, финик, инжир), % стакана приготовленных или 1 стакан свежих мелко нарезанных овощей. По- требление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы и саго) и корнеплодов (кар- тофель, батат, кассава и др.) следует ограничивать.
* Потребление свободных сахаров ограничено 10% суточной ка- лорийности рациона (50 г/сутки). Большинство свободных сахаров до- бавляются в пищевые продукты производителем, поваром или потре- бителем (добавленные сахара) и могут также содержаться в виде ес- тественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах. Оптимальными источниками свободных сахаров явля- ются фрукты, ягоды и овощи. Потребление сахара в чистом виде (до- бавленного) следует ограничивать до 5% общей калорийности (около 25 г/ сутки, примерно 6 чайных ложек без верха).
* Рекомендуемое потребление поваренной соли должно состав- лять до 5,0 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. Однако если пожилой человек ранее не придер- живался такого уровня потребления соли, не следует вводить резкие

ограничения. Целесообразно проанализировать потребление и реко- мендовать отказаться от продуктов с высоким содержанием соли: коп- чености, колбасные изделия, консервированные продукты, соусы, со- ления, и рекомендовать исключить досаливание уже готового блюда.

* Из способов кулинарной обработки рекомендуется использо- вание щадящих режимов: отваривание, запекание, припускание, ту- шение, 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 ку- рения, склонны недооценивать опасность курения и переоценивать его преимущества, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения.
* При профилактическом консультировании пожилых необходи- мо акцентировать внимание на том, что эти пациенты, продолжающие курить, тяжелее переносят болезни, характерные для пожилого воз- раста, такие как диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии, которые для многих пожилых людей имеют фаталь- ные последствия. Потребление табака может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациен- там пожилого возраста. Воздействие вторичного табачного дыма (пас- сивное 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 гериатри- ческой оценки.
* Краткое консультирование обычно проводится в течение 5 ми- нут, включает краткий опрос-беседу, обсуждение и поддержку. Сопро- вождение краткого совета предоставлением материалов для самопомо- щи может повысить вероятность в отказе от курения.

##### Организация безопасного быта

* Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, осо- бенно для пациентов с падениями в анамнезе:
* Убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о кото- рые можно споткнуться.
* Убрать скользкие коврики или закрепить их на полу.
* Предупредить возможность споткнуться о край ковра, порога.
* 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 спаль- не 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 актив- ности.

##### Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов

* Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по со- вету соседей или средств массовой информации (даже если это пере- дача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопас- ное лечение.
* Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помо- щью 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 прини- маете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и рас- тительные лекарственные препараты.
* Информируйте врача обо всех случаях аллергии или нежела- тельных 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, предшествую- щее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты сле- дует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача.
* Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предва- рительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема без- рецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацев- том, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства.
* Каждый человек должен знать о каждом принимаемом лекар- ственном препарате (уточните эту информацию у врача, при необходи- мости — 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 медика- ментозное лечение, это лечение назначается и контролируется леча- щим 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 меди- каментозных средств и контролировать.

*Контроль массы тела*

Особого внимания у пожилых требует низкая масса тела (индекс массы тела < 23 кг/м2). 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 мас- сой тела ниже 70 кг) за последние 3 месяца, необходимо проведение

обследования для уточнения причины снижения массы тела и исключе- ния развития саркопении. Следует рекомендовать снижение веса толь- ко пациентам с ИМТ >35 кг/м2. 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 назначе- ния/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. Од- нако необходимо учитывать индивидуальную переносимость более низких значений АД и клинический статус.

Целевое АД у пожилых пациентов со старческой астенией опреде- ляется врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

*Дислипидемия*

Лечение проводится лечащим врачом. С целью вторичной профи- лактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам по назна- чению лечащего врача показано назначение липид-снижающей тера- пии (статинов). Эффективность и безопасность липид-снижающей те- рапии контролируется лечащим врачом. Для первичной профилактики ССЗ у пожилых >75 лет (особенно в возрасте 80 лет и старше), назна- чение статинов не показано независимо от уровня холестерина.

*Применение ацетилсалициловой кислоты (75–150 мг/сут)*

Лечение проводится лечащим врачом с целью вторичной профи- лактики сердечно-сосудистых заболеваний при условии контролируе- мой АГ. Для первичной профилактики — не показано

*Коррекция гипергликемии*

Лечение проводится лечащим врачом и/или врачом-эндокриноло- гом. Рекомендуемый целевой уровень HbA1c < 7,5% при отсутствии тяжелых осложнений СД и/или риска тяжелой гипогликемии, при тя- желых осложнениях СД и/или риске тяжелой гипогликемии, целевой уровень HbA1c < 8,0%.

##### 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». Вы- берите 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 цифер- блате». 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 пациен- том слово\* |
| Рисование часов (0 или 2 балла) | Правильно нарисованные часы = 2 балла. Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последова- тельности 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 клиниче- ски значимыми когнитивными нарушениями могут иметь более высокий балл. |

\* При первичном воспроизведении пациентом тестовых слов (Шаг 1) баллы не на- числяются.

**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 меся- цев? | Депрессия. Саркопения.  Синдром мальнутриции. Отсутствие зубов и зубных протезов.  Заболевания ротовой поло- сти, желудочно-кишечного тракта.  Снижение функциональной активности.  Сенсорные дефициты. Полипрагмазия.  Когнитивные нарушения. Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уро- вень дохода.  Соматические заболевания | Регулярная физическая ак- тивность.  Рациональное питание. Направление на зубопроте- зирование.  Направление в центры со- циального обслуживания,  в том числе привлечение со- циальной службы для орга- низации доставки пищевых продуктов.  Для исключения соматиче- ских причин рекомендовать обследование у лечащего врача |
| Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в по- вседневной жизни изза снижения зрения или  слуха? | Возрастные изменения органов зрения и слуха | Направление к офтальмо- логу, лор-врачу |
| Были ли у Вас  в течение послед- него года травмы, связанные с паде- нием? | Мышечная слабость. Нарушение походки и рав- новесия.  Периферическая нейропа- тия.  Лекарственные средства, влияющие на ЦНС. Антигипертензивные пре- параты, особенно при под- боре терапии.  Полипрагмазия. Снижение зрения. Болевой синдром. Когнитивные нарушения. Депрессия. | Рекомендации по организа- ции безопасного быта.  Направление для коррекции зрения.  Использование вспомога- тельных средств при ходьбе (трости, ходунки).  Использование бедренных протекторов.  Обратить внимание на пра- вильный подбор обуви для дома (нескользкая подошва, обязательны задники) и ули- цы (соответствие размера, использование в зимнее вре- мя противоскользящих на- кладок). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопрос** | **Возможные причины** | **Рекомендации** |
|  | Факторы окружающей сре- ды (скользкий пол, плохое освещение, отсутствие пе- рил на лестницах, узкие ступеньки и тд.).  Опасное поведение, харак- терное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного по- лотна в неположенном ме- сте) | Прием препаратов кальция (в дозе 1000–1200 мг/сут) и витамина D (в дозе 800– 1000 мг/сут |
| Есть ли у Вас проблемы с памя- тью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? | Когнитивные нарушения | Регулярная физическая активность.  Когнитивный тренинг (вы- полнение упражнений, на- правленных на тренировку когнитивных функции, на- пример заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных язы- ков и т.д.).  Специализированное кон- сультирование гериатром/ неврологом/ специалистом по нарушениям памяти по результатам теста Мини-Ког |
| Страдаете ли Вы недержанием мочи? | Возрастные изменения мо- чевых путей.  Лекарственные препараты. Пролапс тазовых органов. Заболевания предстатель- ной железы.  Сопутствующие заболева- ния.  Нарушение когнитивного и/или физического функци- онирования, действие пси- хологических факторов | Регулярная физическая активность, укрепление мышц тазового дна.  Уменьшение потребления кофеин-содержащих напит- ков.  Абсорбирующее белье. Консультирование гериатра/ уролога/ гинеколога |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопрос** | **Возможные причины** | **Рекомендации** |
| Чувствуете ли Вы себя подавлен- ным, грустным или встревожен- ным на протяже- нии последних недель? | Полиморбидность. Деменция.  Злоупотребление седатив- ными и снотворными сред- ствами.  Одиночество, социальная изоляция | В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей – консультация психиатра.  Направление пациента  в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции.  Консультирование гериатра |
| Испытываете ли Вы трудности  в перемещении по дому или на улице?  (ходьба до 100 м / подъем на 1 лест- ничный пролет) | Мышечная слабость. Заболевания суставов. Периферическая нейро- патия  Заболевания ЦНС | Регулярная физическая ак- тивность.  Использование вспомога- тельных устройств при ходь- бе (трости, ходунки, кресла- каталки).  Консультирование ортопеда, невролога, гериатра |

**О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, Р.А. Еганян,**

**Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова**

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

#### Методические рекомендации

Подписано в печать 19.04.2020 г.

Бумага офсетная. Формат 60х90/16. Гарнитура Literaturnaya. Печать офсетная.

Общий тираж 2500 экз. Заказ № 71.

Отпечатано в ООО “ИНФОРМПОЛИГРАФ” 111123, Москва, ул. Плеханова, д. 3А



ISBN 978-5-6043991-1-8

**9 785604 399118**