

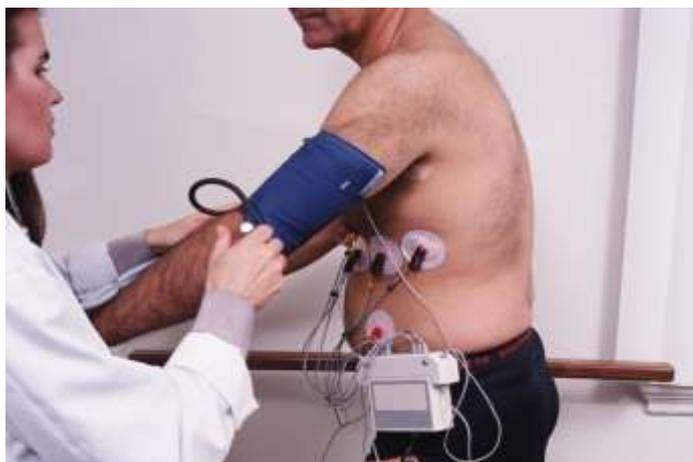
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России)

*Кафедра поликлинической терапии с курсом общей врачебной практики
(семейной медицины) ФПК И ППС*



Вопросы диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения. Организация и содержание работы отделения (кабинета) медицинской профилактики поликлиники. Центры Здоровья.

Учебно - методическое пособие для студентов 5-6 курсов лечебного факультета.



Краснодар

2015

УДК 614.2-053.8-084.3(075.8)

ББК 51.1(2)2я73

В 74

Составители:

заведующий кафедрой поликлинической терапии
с курсом «ОВП (семейная медицина)» ФПК и ППС
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

д.м.н. **В.В. Горбань**

доцент кафедры поликлинической терапии
с курсом «ОВП (семейная медицина)» ФПК и ППС
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

к.м.н. **Л.В. Бурба**

Рецензенты:

Заведующая кафедрой факультетской терапии
ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ России,

д.м.н., профессор

Л.Н. Елисеева

Заведующий кафедрой терапии №2

ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ России,

д.м.н., профессор

С.Г. Канорский

Учебно-методическое пособие «Вопросы диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения. Организация и содержание работы отделения (кабинета) медицинской профилактики поликлиники. Центры Здоровья» предназначено для студентов старших курсов лечебного факультета. Краснодар, КубГМУ - 2015 г. - 41с.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060101 «Лечебное дело» (квалификация «специалист»), утвержденными Приказом Министерства образования и науки РФ от 08.11.2010 г. № 1118.

Предназначено для студентов лечебного факультета медицинских ВУЗов. Может быть использовано в качестве учебного пособия для преподавателей медицинских ВУЗов, клинических интернов и ординаторов.

Рекомендовано к изданию ЦМС КубГМУ

Протокол № _____ от _____ 2015г.

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
ЗАНЯТИЕ № 2.....	7
СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ и УМЕТЬ	7
СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ВЛАДЕТЬ (ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ): .	8
1. ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	9
1.1. Понятие о диспансеризации населения.....	9
1.2. Этапы диспансеризации определенных групп населения.....	10
1.3. Группы здоровья и задачи врача-терапевта при проведении диспансеризации	12
1.4. Критерии эффективности диспансеризации	14
1.5. Профилактический медицинский осмотр, цели, задачи	14
1.6. Отделение (кабинет) медицинской профилактики.....	16
1.7. Диспансерное наблюдение лиц III-а и III-б групп здоровья	17
1.8. Профилактическое консультирование, его виды.	17
1.9. Центры здоровья. Цели, задачи, объем обследования.	19
2. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.....	23
3. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.	24
4. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	25
5. ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ.	29
6. ПРИЛОЖЕНИЯ.	30
7. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.	39

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель настоящего учебно-методического пособия – обучение студентов старших курсов методике проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, объему диспансерного наблюдения лиц с имеющимися у них заболеваниями, а также осуществления мероприятий первичной и вторичной профилактики.

Учебно–методическое пособие «Вопросы диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения. Организация и содержание работы отделения (кабинета) медицинской профилактики поликлиники. Центры Здоровья» содержит основные положения по выявлению и профилактике унифицированных факторов риска наиболее часто встречающихся неинфекционных заболеваний, основные регламентирующие документы этого вида врачебной деятельности, а также краткие рекомендации по оформлению соответствующей медицинской документации.

Пособие состоит из введения, целей и задач занятия, перечня необходимых компетенций (знаний, умений, владений), которые приобретает студент в процессе изучения данной темы, теоретического раздела, включающего подробную информацию по технологии проведения диспансерных осмотров, контрольных вопросов, ситуационных задач и тестовых заданий, приложений.

ВВЕДЕНИЕ

Системные преобразования в здравоохранении, касающиеся прежде всего совершенствования первичной медико-санитарной помощи и повышения роли профилактики в охране здоровья граждан, рассматриваются как ключевые направления, позволяющие преломить негативные тенденции преждевременной смертности населения, снизить показатели заболеваемости и инвалидизации.

В соответствии со статьей 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» диспансеризация взрослого населения проводится в целях раннего выявления заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, а также основных факторов риска их развития (повышенного уровня артериального давления, дислипидемии, курения табака, чрезмерного потребления алкоголя, нерационального питания, низкой физической активности, избыточной массы тела и ожирения, потребления наркотических средств и психоактивных веществ без назначения врача). Таким образом, приоритетным направлением государственной, медицинской и образовательной стратегии является здоровьесбережение во всех возрастных группах населения и регламентируется эта работа Приказами МЗ РФ от 03.02.2015г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» и от 06.12.2012 №1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»,

В этих условиях важное значение приобретает повышение образовательного уровня студентов-выпускников как будущих специалистов амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, что диктует необходимость пересмотра программы подготовки студентов медицинских ВУЗов по предмету «Поликлиническая терапия».

Для решения этой задачи подготовлено предлагаемое методическое пособие.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

АЛТ – аланин-аминотрансфераза

АСТ – аспартат-аминотрансфераза

Д1- первая группа здоровья

Д2 – вторая группа здоровья

Д3 – третья группа здоровья

ДН – диспансерное наблюдение

КФК – креатинин-фосфокиназа

ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс

ЛПНП – липопротеиды низкой плотности

ЛПВП – липопротеиды высокой плотности

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ОМС – обязательное медицинское страхование

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

ПК – персональный компьютер

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЦЗ – центр здоровья

ЭхоКГ – Эхо-кардиография

SCORE - Европейская шкала оценки суммарного сердечно-сосудистого риска, предназначенная для стран очень высокого риска, к которым относится и Российская Федерация

Занятие № 2.

Тема занятия: «ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛИКЛИНИКИ. ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ».

Учебное время - 5 часов.

Цель занятия и ее мотивационная характеристика: научить порядку проведения диспансеризации населения как технологии сбережения здоровья и снижения преждевременной смертности.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ и УМЕТЬ

Студент должен знать	Студент должен уметь
<ol style="list-style-type: none">1. Определение понятия диспансеризации. Цель диспансеризации, ее этапы.2. Порядок проведения диспансеризации населения. Организацию работы участкового врача-терапевта по диспансеризации взрослого населения.3. Виды профилактических осмотров, их цель.4. Порядок проведения и этапы профилактического медицинского осмотра, задачи врача-терапевта, задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики.5. Группы здоровья.6. Первичную профилактику, выявление факторов риска, формирование диспансерных групп Д1-Д2, мероприятия по оздоровлению в этих группах.7. Вторичную профилактику, формирование диспансерной группы Д3 (3а и 3б), рекомендации по профилактике рецидивов и прогрессирования заболевания.8. Основные положения приказов МЗ РФ, регламентирующие вопросы диспансеризации: от 03.02.2015г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»; №1011 от 6.12.2012 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра»; №770 «О всеобщей диспансеризации» (1986г.); № 323 Ф3 от 21.11. 2011 « Об основах охраны здоровья граждан в РФ».9. Примерные схемы диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими пневмонию, страдающими хроническим бронхитом, астмой, ишемической болезнью	<ol style="list-style-type: none">1. Заполнить медицинские документы больного, находящегося на диспансерном наблюдении: медицинская карта амбулаторного больного ф. 025/у-04 (первичный эпикриз, план лечебно-диагностических мероприятий и этапный эпикриз), контрольная карта диспансерного наблюдения ф.030/у.2. Правильно выписывать рецепты на медикаментозные препараты, направления на госпитализацию пациентам III-й группы здоровья.3. Составить план диспансерного наблюдения больного с различной патологией внутренних органов.4. Оценить эффективность проводимого диспансерного наблюдения.5. Проводить санитарно-просветительскую работу (беседа, краткое и углубленное консультирование) в различных группах здоровья, составить план работы «Школы здоровья» по различным нозологиям (ИБС, АГ, ХСН, Астма, ХОБЛ, сахарный диабет, заболевания суставов, неотложная само- и взаимопомощь).6. Применять на практике основные положения документов МЗ РФ, регламентирующих проведение диспансеризации.

сердца, артериальной гипертензией, ХСН, хроническим гастритом, язвенной болезнью, ГЭРБ, хроническими гепатитами и циррозом печени, гломерулонефритом, пиелонефритом, ХБП.

10. Правила заполнения документации для диспансерных больных.

11. Критерии оценки эффективности диспансеризации лиц I и II групп здоровья.

12. Критерии эффективности диспансерного наблюдения больных III группы здоровья.

13. Структуру, задачи, оснащение «Центров здоровья».

14. Объем обследования в центре здоровья, интерпретацию результатов.

15. Методику врачебного консультирования (краткого, углубленного, группового – «Школы здоровья»), разработку рекомендаций первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ВЛАДЕТЬ (ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ):

1. Методикой проведения в полном объеме всех мероприятий первого и второго этапов диспансеризации населения.
2. Интерпретацией полученных в результате диспансеризации данных объективного, лабораторных и функциональных методов обследования граждан I, II здоровья, IIIa и IIIб группами диспансерного наблюдения.
3. Навыками проведения краткого, углубленного и группового консультирования граждан I, II, IIIa и IIIб групп здоровья.

1. ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛИКЛИНИКИ. ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ.

1.1. Понятие о диспансеризации населения

Диспансеризация это комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансеризация взрослого населения проводится в целях:

- раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), основных факторов риска их развития (повышенного уровня артериального давления, дислипидемии, гипергликемии, курения табака, пагубного потребления алкоголя, нерационального питания, низкой физической активности, избыточной массы тела и ожирения), туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих заболевания (состояния) или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан;
- проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;
- определения группы диспансерного наблюдения граждан, с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года, начиная с 21-летнего возраста в два этапа. Исключение составляют инвалиды и ветераны Великой Отечественной войны, супруги погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда», а также граждане, обучающиеся в образовательных организациях в очной форме, которые проходят диспансеризацию ежегодно независимо от возраста.

Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником, включает:

- оценку состояния гражданина, сбор жалоб и анамнеза, физикальное

обследование;

- назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- проведение краткого профилактического консультирования;
- назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);
- разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи.

1.2. Этапы диспансеризации определенных групп населения

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

- 1) опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, туберкулеза, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача с использованием анкеты по форме, предусмотренной приложением № 3 к настоящему Порядку (далее соответственно – анкетирование, анкета);
- 2) антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела);
- 3) измерение артериального давления;
- 4) определение общего холестерина крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);
- 5) определение глюкозы крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);
- 6) определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного риска в возрасте от 40 до 65 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом (приложение 1);

- 7) электрокардиографию в покое (для всех граждан в возрасте 21 год или ранее не проходивших электрокардиографическое исследование, для мужчин в возрасте старше 35 лет, для женщин в возрасте 45 лет и старше);
- 8) осмотр фельдшера/акушерки с взятием мазка с шейки матки на цитологическое исследование (для женщин);
- 9) флюорографию легких;
- 10) маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше);
- 11) клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов);
- 12) клинический анализ крови развернутый (в возрасте 39, 45, 51, 57, 63 и 69 лет вместо клинического анализа крови);
- 13) анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня креатинина в крови, уровня аспартат-аминотрансферазы в крови, уровня аланин-аминотрансферазы в крови, уровня общего билирубина в крови, уровня глюкозы в крови, уровня холестерина в крови) в возрасте 39, 45, 51, 57, 63 и 69 лет;
- 14) общий анализ мочи;
- 15) исследование кала на скрытую кровь (для граждан 45 лет и старше);
- 16) ультразвуковое исследование для женщин: поджелудочной железы, почек, матки, яичников; для мужчин: поджелудочной железы, почек, предстательной железы, брюшной аорты (для граждан в возрасте 39, 45, 51, 57, 63 и 69 лет);
- 17) измерение внутриглазного давления (для граждан 39 лет и старше);
- 18) прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, краткое профилактическое консультирование.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя:

- 1) дуплексное сканирование брахицефальных артерий (в случае наличия указаний в анамнезе на перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования, по рекомендации врача-невролога, а также при наличии комбинации трех факторов риска: артериальная гипертензия, дислипидемия, избыточная масса тела (ожирение) у мужчин 45 лет и старше и у женщин 55 лет и старше);
- 2) эзофагогастродуоденоскопию (для граждан в возрасте старше 50 лет при наличии выявленных при анкетировании жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта или отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям со стороны органов желудочно-кишечного тракта);
- 3) осмотр (консультация) врача-невролога (в случае наличия указаний в анамнезе на перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу,

или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования, для граждан, не прошедших осмотр врача-невролога на первом этапе диспансеризации);

4) осмотр (консультация) врача-хирурга (врача-уролога) (при повышенном содержании в крови простат-специфического антигена у граждан, не находящихся под наблюдением по данному поводу у врача-онколога/врача-уролога);

5) определение уровня простат-специфического антигена;

6) осмотр (консультация) врача-хирурга (врача-проктолога) (при положительном анализе кала на скрытую кровь);

7) колоноскопию/ректороманоскопию (по назначению врача-хирурга (врача-проктолога);

8) определение липидного спектра крови (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды) (для граждан с выявленным повышением уровня общего холестерина в крови);

9) спирометрия (для граждан с подозрением на хроническое бронхо-легочное заболевание по результатам анкетирования, курящих и по направлению врача-терапевта);

10) осмотр (консультация) врача-гинеколога (для женщин с выявленными патологическими изменениями при цитологическом исследовании мазка с шейки матки и/или при маммографии);

11) определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе (для граждан с повышенным содержанием сахара в крови, выявленном на первом этапе диспансеризации);

12) осмотр (консультация) врача-офтальмолога (для граждан, имеющих повышенное внутриглазное давление);

13) осмотр (консультация) врача-ЛОР (по рекомендации терапевта);

14) прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья и группы диспансерного наблюдения, а также направление граждан при наличии медицинских показаний на углубленное профилактическое консультирование, для получения специализированной медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;

15) углубленное профилактическое консультирование индивидуальное и/или профилактическое консультирование групповое (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики и центрах здоровья (гражданам с выявленными факторами риска по направлению врача-терапевта).

1.3. Группы здоровья и задачи врача-терапевта при проведении диспансеризации

Для определения группы здоровья гражданина и планирования тактики его ведения с учетом результатов диспансеризации используются следующие критерии:

I группа – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания (патологические состояния), отсутствуют факторы риска этих заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний. Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование.

II группа - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска этих заболеваний при высоком и очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний. Таким гражданам проводится коррекция факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, и они подлежат диспансерному наблюдению у врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики.

III-а группа – граждане с хроническими неинфекционными заболеваниями, требующими диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на заболевание, требующее дополнительного обследования.

III-б группа - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане, относящиеся к III-а и III-б группам здоровья, подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, другими врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации являются:

- составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем году, и плана проведения диспансеризации на текущий год с учетом возрастной категории граждан;
- активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование об ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, проведение разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;
- проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания (состояния), определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения,

назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в программу диспансеризации, а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

- проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центры здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний;
- участие в оформлении (ведении) учетно-отчетной документации;
- подведение итогов диспансеризации.

1.4. Критерии эффективности диспансеризации

- Охват диспансеризацией не менее 23% прикрепленного к данному лечебно-профилактическому учреждению территориального населения.
- Охват индивидуальным углубленным профилактическим консультированием граждан II, III-а и III-б группами здоровья не менее 60% от должного объема.
- Охват групповым профилактическим консультированием (школы здоровья) граждан II, III-а и III-б группами здоровья не менее 60% от должного объема.
-

1.5. Профилактический медицинский осмотр, цели, задачи

В отличие от диспансеризации профилактический медицинский осмотр включает меньший объем обследования, проводится за один этап, одним врачом–терапевтом участковым в любом возрастном периоде взрослого человека по его желанию, но не чаще чем 1 раз в 2 года (в год проведения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится).

Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

- 1) опрос (анкетирование) в целях выявления хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- 2) антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;
- 3) измерение артериального давления;
- 4) определение уровня общего холестерина в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);
- 5) исследование уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);
- 6) определение суммарного сердечно-сосудистого риска (для граждан в возрасте до 65 лет);
- 7) флюорографию легких;

- 8) маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше);
- 9) клинический анализ крови (минимальный объем исследования включает: определение концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов);
- 10) исследование кала на скрытую кровь (для граждан в возрасте 45 лет и старше);
- 11) прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (у врача-терапевта или у врача (фельдшера) кабинета медицинской профилактики), краткое профилактическое консультирование, при наличии медицинских показаний направление граждан для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

Основные цели профилактического медицинского осмотра:

1. Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, к которым относятся:

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

2. Выявление и коррекцию основных факторов риска развития указанных заболеваний, к которым относятся:

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

Предварительный медицинский осмотр - медицинский осмотр лиц, поступающих на работу для выявления заболеваний, которые могут явиться противопоказаниями для работы в данном учреждении (предприятии) или по данной профессии.

Осуществляются с целью:

- определения соответствия (пригодности) рабочих и служащих поручаемой им работе, обеспечения безопасности труда;
- выявления лиц с профессиональными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание;
- распознавания общих (непрофессиональных) заболеваний, при которых дальнейшая работа в контакте с профессиональной вредностью может ухудшить их течение;

- оценки условий труда и разработки санитарно – гигиенических мероприятий, направленных на ликвидацию причин, вызывающих профессиональное заболевание.

Целевой медицинский осмотр - массовый медицинский осмотр населения с целью выявления лиц с ранними формами некоторых конкретных заболеваний (например: туберкулеза, злокачественных опухолей, венерических болезней, глаукомы и т.д.)

1.6. Отделение (кабинет) медицинской профилактики

Отделение медицинской профилактики создается в медицинских организациях, обслуживающих более 25 тыс. населения, согласно требованиям приказа Минздравсоцразвития России № 543н от 15.05. 2012г. В лечебных учреждениях, где прикрепленного населения менее 25 тыс. человек, организуются только кабинеты медицинской профилактики, из расчета 1 кабинет на 10 тыс. обслуживаемого населения и помещения (учебные классы, аудитории) для проведения групповой профилактики (школ здоровья).

Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики медицинской организации, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении диспансеризации являются:

- 1) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении диспансеризации, о ее целях и задачах, проведение разъяснительной работы и мотивирование граждан к прохождению диспансеризации;
- 2) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;
- 3) выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, туберкулеза, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, измерение артериального давления, определение общего холестерина и глюкозы крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом);
- 4) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний;
- 5) учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации;
- 6) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и/или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья в рамках второго этапа диспансеризации;
- 7) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи;

8) заполнение паспортной части и, по согласованию с врачом-терапевтом, других разделов паспорта здоровья.

1.7. Диспансерное наблюдение лиц III-а и III-б групп здоровья

Граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания (состояния), требующие установления **диспансерного наблюдения** или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц (приложение 3).

Критерии эффективности диспансерного наблюдения:

- уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;
- отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

1.8. Профилактическое консультирование, его виды.

Профилактическое консультирование – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии). Эти особенности принципиально отличают процесс профилактического консультирования от методов санитарного просвещения. Профилактическое консультирование должно

носить *адресный характер*. Вот почему именно врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) (далее – участковый врач), знающие особенности образа жизни своих пациентов, их семейные отношения, бытовые проблемы могут быть наиболее успешными в достижении целей профилактического консультирования.

По форме проведения выделяют следующие варианты профилактического консультирования:

Краткое профилактическое консультирование проводится как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра участковым врачом, а также в ходе повседневного приема пациентов врачом (фельдшером) любой специальности при наличии медицинских показаний. Краткое профилактическое консультирование ограничено по времени (не более 10 мин) поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме (алгоритму). Краткое профилактическое консультирование проводится врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-терапевтом участковым цехового врачебного участка (далее – участковый врач) и является обязательным компонентом диспансеризации или профилактический осмотр, проводится по определенному алгоритму. В рамках краткого профилактического консультирования все пациенты должны получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся факторов риска, краткие рекомендации по конкретным факторам риска.

Углубленное профилактическое консультирование как обязательный компонент диспансеризации проводится лицам II и III группы здоровья по направлению участкового врача в кабинете медицинской профилактики, специально обученным медицинским персоналом (врач, фельдшер) также имеет свой алгоритм, более расширенный, чем при кратком консультировании. Углубленное профилактическое консультирование по времени более продолжительно, чем краткое (до 45 минут), возможно повторное консультирование для контроля и поддержания выполнения врачебных советов. Цель углубленного профилактического консультирования при любом факторе риска или их сочетании – сформировать у пациента ответственное отношение к здоровью, способствовать формированию мотивации к оздоровлению поведенческих привычек, влияющих негативно на здоровье, на развитие биологических факторов риска, ухудшающих течение и прогноз заболеваний (при их наличии) и обучить пациента контролю факторов риска для снижения риска НИЗ. В рамках диспансеризации углубленное профилактическое консультирование проводится в кабинете (отделении) медицинской профилактики и является для пациентов 2 и 3 групп здоровья обязательным компонентом диспансеризации. Углубленное профилактическое консультирование относится к индивидуальному консультированию, поэтому важен индивидуальный подход, и, прежде всего, учет отношения пациента к изменению поведенческих стереотипов (привычек). Известно, что процесс изменения поведения любого человека не всегда поступательный. Особые

сложности возникают, когда встает вопрос о необходимости изменить жизненные привычки и поведение, которые пациентом не ощущаются как дискомфорт или неудобство. Напротив, нередко вредные для здоровья привычки воспринимаются пациентом как удовольствие (покурить-расслабиться, пообщаться, поесть – снять стресс и пр.).

Групповое профилактическое консультирование (школа пациента)- это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта повышается, что неоднократно доказано при проспективных долгосрочных контролируемых наблюдениях. Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) как компонент второго этапа диспансеризации проводится в специально оборудованном кабинете (аудитории) врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики по направлению участкового врача для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья. Групповое профилактическое консультирование включает несколько визитов (занятий), продолжительностью около 60 минут каждое, проводится обученным медицинским работником по специально разработанным и утвержденным программам обучения. Группы пациентов формируются по относительно однородным признакам (со сходным течением заболеваний и/или с факторами риска их развития).

По результатам профилактического консультирования желательно, чтобы каждый пациент получил памятку по здоровому образу жизни или по коррекции выявленного у него фактора риска.

Мероприятия по формированию здорового образа жизни реализуются на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях. На популяционном уровне они осуществляются посредством активной непрерывной информационно-коммуникационной кампании и обеспечения условий для ведения здорового образа жизни. На индивидуальном и групповом уровнях – в основном в рамках первичной медико-санитарной помощи и в первую очередь в центрах здоровья (ЦЗ).

1.9. Центры здоровья. Цели, задачи, объем обследования.

Центр здоровья является структурным подразделением медицинской организации. Руководство центром здоровья осуществляет заведующий, который назначается на должность и освобождается от нее руководителем медицинской организации. Работа центра здоровья осуществляется по 2-сменному графику в часы работы лечебно-профилактического учреждения.

Структура центра здоровья

- кабинеты врачей-специалистов;
- кабинет гигиениста стоматологического;
- офтальмологический кабинет;
- кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе;

- кабинеты инструментального и лабораторного обследования;
- кабинет (зал) лечебной физкультуры;
- учебные классы (аудитории) школ здоровья.

Основными задачами Центра здоровья являются:

- комплексное медицинское обследование, включающее измерение антропометрических данных, скрининг-оценку уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, экспресс-оценку сердечной деятельности, сосудистой системы, основных параметров гемодинамики, экспресс-анализ лабораторных маркеров социально значимых заболеваний и атеросклероза, оценку комплексных показателей функции дыхательной системы, органа зрения, выявление патологических изменений зубов, болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта, по результатам которого проводится оценка функциональных и адаптивных резервов организма, прогноз состояния здоровья и оценка степени риска развития заболеваний и их осложнений, в том числе риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, оздоровительных и профилактических мероприятий;
- медицинская помощь в отказе от потребления алкоголя, табака, в снижении избыточной массы тела, организации рационального питания, коррекции гиперлипидемии и дислипидемии, оптимизации физической активности;
- динамическое наблюдение за пациентами группы высокого риска развития неинфекционных заболеваний, обучение их эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей;
- групповое обучение в школах здоровья, проведение лекций, бесед и индивидуального консультирования по вопросам ведения здорового образа жизни, гигиеническим навыкам, сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по рациональному питанию, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха, психогигиене и управлению стрессом, профилактике и коррекции поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний, ответственному отношению к своему здоровью и здоровью своих близких, принципам ответственного отношения к здоровью своих детей;
- информирование о вредных и опасных для здоровья человека факторах внешней среды, факторах риска развития заболеваний, а также обучение населения ведению здорового образа жизни, снижению уровня корригируемых факторов риска, мотивирование к отказу от вредных привычек;
- разработка планов мероприятий по формированию здорового образа жизни у населения, в том числе с участием медицинских и иных организаций, их согласование и реализация;
- оказание методической и практической помощи врачам и специалистам со средним медицинским образованием медицинских организаций и их подразделений в реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, проведению школ здоровья;

- обучение медицинских работников медицинских организаций методам проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни, проведения школ здоровья;
- анализ динамики заболеваемости и смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний на территории обслуживания, участие в исследованиях уровня и динамики показателей распространенности основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний;
- ведение медицинской документации в установленном порядке и представление отчетности;
- осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, Роспотребнадзором, Росздравнадзором, иными организациями по вопросам формирования здорового образа жизни, организации и проведения медицинской профилактики хронических неинфекционных заболеваний, включая вопросы обучения населения правилам оказания первой помощи при заболеваниях (состояниях), являющихся основной причиной смертности вне медицинских организаций.

Любой гражданин Российской Федерации вне зависимости от места его регистрации и проживания при наличии паспорта и полиса ОМС имеет право обратиться в центр здоровья. Информация об адресе и режиме работы территориального (ближайшего) центра здоровья вывешивается на видном месте во всех медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и сообщается гражданам при обращении в регистратуру и справочную.

Центр здоровья оказывает медицинские услуги следующим контингентам граждан:

- впервые обратившимся в отчетном году для проведения комплексного обследования; обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья;
- направленным ЛПУ по месту прикрепления;
- направленным медицинскими работниками образовательных учреждений;
- направленным врачом, ответственным за проведение диспансеризации работающих граждан из I и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья (далее I и II группы состояния здоровья);
- направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья.

Центр здоровья в плановом порядке по согласованию с органом исполнительной власти муниципального образования в сфере здравоохранения могут проводить для жителей сельской местности (проживающих в его зоне ответственности) и работников крупных предприятий и организаций дни здоровья с организованной доставкой граждан в центр здоровья для прохождения обследования. Центрами здоровья могут проводиться также

выездные акции (в сельские районы, на предприятия) для проведения комплексного обследования, пропаганды здорового образа жизни и обучения населения методам профилактики и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний.

В центре здоровья проводится комплексное обследование:

1. Пациенту измеряется рост, вес, показатели физического развития и АД с помощью ростомера, весов, динамометра, калипера и тонометра, входящих в АПК для скрининг - оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития (ростомер, весы, калипер и динамометр через USB-разъем подключены к персональному компьютеру (ПК); данные автоматически вводятся в персональный компьютер).
2. Оценивается фактическое питание с помощью компьютерной программы «Анализ состояния питания человека» .
3. Оценивается функциональное состояние сердца с помощью системы скрининга сердца компьютеризированной (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей с помощью кардиовизора).
4. Проводится экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы в крови.
5. Определяется содержание монооксида углерода в выдыхаемом воздухе с помощью смокелайзера.
6. Оценивается функция внешнего дыхания с помощью компьютеризированного спирометра.
7. Проводится экспресс-оценка насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурация), частоты пульса и регулярности ритма с помощью пульсоксиметра.
8. Оценивается риск заболеваний артерий нижних конечностей с помощью системы ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического АД и расчетом ЛПИ.
9. Определяется состав тела (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани) с помощью биоимпедансметра.
10. Проводится экспресс-анализ содержания котинина, алкоголя, наркотических веществ в моче, слюне с помощью тест-полосок или анализатора для химико-токсикологических исследований
11. Проверка остроты зрения, рефрактометрия, тонометрия, исследование бинокулярного зрения, определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма.
12. Диагностика кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки и регистрация стоматологического статуса пациента.

2. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Дать определение понятия «всеобщая диспансеризация населения».
2. С какого возраста и с какой кратностью должна проводиться всеобщая диспансеризация населения, роль участкового терапевта в ее проведении?
3. Кого по результатам диспансеризации можно отнести к 1 группе здоровья?
4. Кого по результатам диспансеризации можно отнести ко II группе здоровья?
5. Кого по результатам диспансеризации можно отнести к III-а группе здоровья?
6. Кого по результатам диспансеризации можно отнести к III-б группе здоровья?
7. Перечислить объем обследования граждан на первом этапе диспансеризации.
8. Перечислить объем обследования граждан на втором этапе диспансеризации.
9. Какие целевые уровни общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов должны быть у обследованных в зависимости от уровня риска развития ХНИЗ?
10. Какие целевые уровни АД должны быть у обследованных в зависимости от уровня риска развития ССЗ?
11. Какие целевые уровни общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов должны быть у обследованных в зависимости от уровня риска развития ХНИЗ?
12. Перечислите «универсальные» факторы риска развития ХНИЗ.
13. Роль отделения профилактики поликлиники в проведении общей диспансеризации населения.
14. Составить план проведения краткого профилактического консультирования населения.
15. Составить план проведения углубленного профилактического консультирования лиц II-й и III-й групп здоровья.
16. Методика проведения группового профилактического консультирования на примере «Школ здоровья ИБС, АГ».
17. Методика проведения группового профилактического консультирования на примере «Школ здоровья сахарного диабета, ХОБЛ».
18. Перечислите критерии эффективности диспансеризации населения.
19. Понятие о диспансерном наблюдении пациентов III-а и III-б групп здоровья.
20. Составить схему диспансерного наблюдения больного с АГ.
21. Составить схему диспансерного наблюдения больного ИБС.
22. Составить схему диспансерного наблюдения больного с астмой.
23. Составить схему диспансерного наблюдения больного ХОБЛ.
24. Составить схему диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка.
25. Составить схему диспансерного наблюдения больного ГЭРБ.
26. Составить схему диспансерного наблюдения больного деформирующим остеоартрозом.
27. Составить схему диспансерного наблюдения больного хроническим панкреатитом.
28. Составить схему диспансерного наблюдения больного, перенесшего ОНМК.

29. Составить схему диспансерного наблюдения больного хронической болезнью почек.
30. Составить схему диспансерного наблюдения больного хроническим пиелонефритом.
31. Составить схему диспансерного наблюдения больного сахарным диабетом 2 типа.
32. Что такое профилактические осмотры их цели и задачи и их отличие от диспансеризации?
33. Дать интерпретацию понятия предварительные, периодические и целевые медицинские осмотры населения.
34. Дать определение понятия первичной, вторичной и третичной профилактики.
35. Цели и задачи «Центров здоровья», их структура и оснащение.
36. Перечислить комплекс обследования, проводимого в «Центре здоровья».

3. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Задача №1.

Перечислить факторы риска и антириска развития ИБС и составить схему диспансерного наблюдения пациента, имеющего только один или оба (курение, абдоминальное ожирение) из перечисленных факторов риска.

Эталон ответа. Универсальными модифицируемыми факторами риска ИБС являются: курение, гиперлипидемия, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, психосоциальные факторы. Факторы антириска: употребление в достаточном количестве овощей и фруктов, регулярная физическая активность.

Пациент, имеющий два фактора риска (курение и абдоминальное ожирение), должен быть отнесен ко II-й группе здоровья, его необходимо обследовать согласно этапов диспансеризации, провести расширенное консультирование, мотивировать к прекращению курения и нормализации массы тела (см. соответствующие методические пособия к занятиям 6 и 8).

Задача №2.

Составить схему диспансерного наблюдения больного ИБС, стабильной стенокардией напряжения II ФК, ХСН II А, 2ФК.

Эталон ответа. III-а группа диспансерного наблюдения, осмотр 2 раза в год. Рекомендовано: опрос, уточнение факта приема препаратов, опрос и краткое консультирование по поводу курения, характеру питания, физической активности; расчет индекса массы тела, измерение окружности талии; измерение АД и ЧСС; аускультация сонных, подключичных и бедренных артерий; пальпация пульса на периферических артериях; ЛПИ при подозрении на периферический атеросклероз; нагрузочные тесты (велозергометрия, тредмил-тест, стресс-ЭхоКГ) при промежуточном уровне (15-85%) претестовой вероятности ИБС, при взятии под ДН или при увеличении ФК давностью более 1 месяца в целях стратификации риска; уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды при взятии под ДН и начале гиполипидемической

терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям; уровень АЛТ, АСТ, КФК через 1 месяц после начала приема статинов, затем 1 раз в год; уровень глюкозы крови натощак; уровень креатинина плазмы для расчета СКФ при взятии под ДН и по показаниям; у лиц, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии на фоне приема статинов, определение активности креатинфосфокиназы крови; ЭКГ не реже 1 раза в год; ЭхоКГ при взятии под ДН и по показаниям - суточное мониторирование; УЗИ сонных артерий при взятии под ДН и по показаниям; оценка данных первичного обследования, расчет априорной вероятности ИБС и итоговая стратификация риска осложнений при каждом посещении; ежегодная вакцинация против гриппа; обеспечение памятки при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая.

Задача №3.

Составить схему диспансерного наблюдения больного гипертонической болезнью III ст., АГ 2 степени, риск 4, ХСН ПА, 2 ФК.

Эталон ответа: 111а группа диспансерного наблюдения, осмотр не менее 2 раз в год. Рекомендовано: сбор жалоб и анамнеза; уточнение по гипотензивным препаратам; опрос и краткое консультирование по поводу курения, характера питания, физической активности; анализ данных СКАД; расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по SCORE при каждом посещении; глюкоза плазмы крови натощак не реже 1 раза в год; ОХ не реже 1 раза в год; ХС ЛПНП не реже 1 раза в 2 года; калий и натрий сыворотки при взятии под ДН; креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) при взятии под ДН, далее не реже 1 раза в 2 года; анализ мочи на АУ при взятии под ДН далее не реже 1 раза в 2 года; ЭКГ не реже 1 раза в год; ЭхоКГ при взятии под ДН, далее 1 раз в 2 года; мочевая кислота сыворотки при взятии под ДН далее по показаниям; гемоглобин и/или гематокрит при взятии под ДН далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 год; УЗИ почек дуплексное сканирование почечных артерий; ЛПИ; консультация окулиста при взятии под ДН и по показаниям; корректировка терапии (при необходимости); объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий.

4. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.

1. Факторами риска ИБС являются:

- а: ожирение
- б: артериальная гипертензия
- в: курение
- г: гиподинамия
- д: все перечисленное

2. Какие исследования следует включить в план обследования пациентки при наличии у нее учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии?

- а: цистоскопия
- б: внутривенная урография
- в: общий анализ мочи
- г: УЗИ почек
- д: все перечисленное

3. В питании больного гипертонической болезнью в первую очередь следует ограничить употребление:

- а: воды
- б: поваренной соли
- в: углеводов
- г: растительных жиров
- д: белков

4. Укажите целевой уровень ЛПНП для пациентов с очень высоким риском.

- а: $\leq 2,0$ ммоль/л;
- б: $\leq 2,5$ ммоль/л;
- в: $\leq 3,0$ ммоль/л;
- г: $\leq 3,5$ ммоль/л.

5. Укажите целевой уровень ЛПНП для пациентов с высоким риском.

- а: $\leq 2,0$ ммоль/л;
- б: $\leq 2,5$ ммоль/л;
- в: $\leq 3,0$ ммоль/л;
- г: $\leq 3,5$ ммоль/л.

6. Укажите целевой уровень ЛПНП для пациентов с умеренным риском.

- а: $\leq 2,0$ ммоль/л;
- б: $\leq 2,5$ ммоль/л;
- в: $\leq 3,0$ ммоль/л;
- г: $\leq 3,5$ ммоль/л.

7. Укажите целевой уровень ЛПНП для пациентов с низким риском.

- а: $\leq 2,0$ ммоль/л;
- б: $\leq 2,5$ ммоль/л;
- в: $\leq 3,0$ ммоль/л;
- г: $\leq 3,5$ ммоль/л.

8. Перечислите немедикаментозные методы профилактики АГ.

- а: снижение массы тела;
- б: низкокалорийная диета;
- в: аэробная физическая нагрузка;
- г: снижение употребления хлорида натрия;
- д: ограничение употребления алкоголя;
- е: все перечисленное

9. Выберите перечень желаемых к употреблению продуктов для пациента с сердечно – сосудистой патологией.

- а: Растительное масло, курица, снятое молоко, нежирные сорта сыра, овощи, фрукты;
- б: мягкие сорта маргарина, полужирное молоко, постная говядина, бекон, сыры средней жирности, жаренная рыба;
- в: твердые сорта маргарина, паштет, утка, сгущенное молоко, икра рыб.

10. Какое значение АД считается нормальным для всей популяции?

- а: 140/90 мм рт.ст.;
- б: 130/90 мм рт.ст.;
- в: 140/85 мм рт.ст.;
- г: менее 140/90 мм рт.ст.

11. Каковы основные задачи «Школы здоровья» для больных АГ?

- а: повышение приверженности к выполнению рекомендаций врача и мотивации к оздоровлению;
- б: повышение информированности больных с АГ о заболевании и ФР, влияющих на прогноз;
- в: обучение методам снижения неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска (*вредные привычки, питание, двигательная активность, контроль стресса*);
- г: обучение больных методам самоконтроля АД, самопомощи, первой доврачебной помощи при гипертонических кризах;
- д: формирование у больных с АГ ответственного отношения к здоровью;
- е: все перечисленные.

12. Как интерпретировать величину постпрандиальной гликемии 11,6 ммоль/л?

- а: норма;
- б: нарушенная толерантность к углеводам;
- в: сахарный диабет.

13. Укажите «универсальный» фактор риска ХНИЗ.

- а: курение никотина;
- б: низкая физическая активность;
- в: АГ;
- г: нерациональное питание;
- д: все перечисленное

14. Перечислите наиболее часто встречающиеся факторы риска АГ.

- а: гиперхолестеринемия, курение, алкоголь.
- б: гиперхолестеринемия, курение, алкоголь, ожирение, низкая физическая активность.

15. Перечислите виды массовых профилактических осмотров.

- а: периодические;
- б: целевые;
- в: предварительные;
- г: все перечисленные.

16. Кто относится к лицам 11 группы здоровья?

- а: имеющие факторы риска ХНИЗ;
- б: здоровые;
- в: имеющие какое-то ХНИЗ.

17. С какой кратностью проводится диспансеризация?

- а: 1 раз в год ;
- б: 1 раз в 2 года;
- в: 1 раз в три года.

18. С какой кратностью проводится профилактический осмотр?

- а: 1 раз в год ;
- б: 1 раз в 2 года;
- в: 1 раз в три года.

19. С какого возраста должна проводиться диспансеризация?

- а: с 18 лет;
- б: с 21 года;
- в: с 30 лет.

20. Каковы основные рекомендации по питанию при избыточной массе тела ?

- а: резкое ограничение легкоусвояемых углеводов. Ограничение жира животного происхождения;
- б: ограничение крахмалсодержащих продуктов, достаточное (250-300 грамм) потребление белковых продуктов, потребление большого количества овощей (кроме картофеля) и фруктов (до 1 кг в сумме);
- в: резкое ограничение легкоусвояемых углеводов, ограничение жира животного происхождения, ограничение крахмалсодержащих продуктов, достаточное (250-300 грамм) потребление белковых продуктов, потребление большого количества овощей (кроме картофеля) и фруктов (до 1 кг в сумме), ограничение поваренной соли.

21. «Школы здоровья» являются одним из вариантов:

- а: индивидуального консультирования пациентов;
- б: углубленного консультирования пациентов;
- в: группового консультирования пациентов.

22. Наибольший риск развития сердечно – сосудистых заболеваний при:

- а: абдоминальном (центральном) типе ожирения;
- б: глутеофemorальном типе ожирения.

23. Кто относится к лицам 1 группы здоровья?

- а: здоровые;
- б: лица с одним фактором риска ХНИЗ;
- в: лица с высоки риском развития ХНИЗ.

24. Какие продукты необходимо ограничивать каждому в ежедневном рационе?

- а: соль, алкоголь, мясо, картофель;
- б: соль, сахар, алкоголь
- в: соль, алкоголь, жиры, сладости.

25 Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE, находящийся в диапазоне от $\geq 1\%$ до 5% считается:

а: средним;

б: низким;

в: высоким.

26. Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE, находящийся в диапазоне от $\geq 5\%$ до 10% считается:

а: средним

б: высоким;

в: умеренно высоким.

27. Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE $\geq 10\%$ считается:

а: очень высоким;

б: высоким;

в: средним.

28. Основным атерогенным классом липопротеидов являются:

а: липопротеиды очень низкой плотности;

б: липопротеиды низкой плотности;

в: липопротеиды высокой плотности;

г: хиломикроны;

29. У какого специалиста поликлиники находится на диспансерном учете больной, перенесший инфаркт миокарда давностью 4 месяца?

а: у участкового терапевта;

б: у ревматолога;

в: у кардиолога;

г: у врача общей практики (семейного врача).

30. Наиболее атерогенным типом гиперлипидемии является

а: I тип;

б: IIБ тип;

в: V тип;

г: IV тип

5. ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ.

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	д	11	е	21	в
2	д	12	в	22	а
3	б	13	д	23	а
4	а	14	б	24	в
5	б	15	г	25	а
6	в	16	а	26	б
7	г	17	в	27	а
8	е	18	б	28	б
9	а	19	б	29	в
10	г	20	в	30	б

6. ПРИЛОЖЕНИЯ.

Приложение 1.

Суммарный сердечно-сосудистый риск, (прогностическое значение и методика определения)

Оценка абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни (суммарный сердечно-сосудистый риск) производится при помощи Европейской шкалы SCORE, предназначенной для стран очень высокого риска, к которым относится и Российская Федерация (рис. 1). К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям (событиям) относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ишемической болезни сердца (ИБС), от инсульта, в том числе скоропостижная смерть и смерть в пределах 24 часов после появления симптомов, смерть от других некоронарогенных сердечно-сосудистых заболеваний за исключением определенно неатеросклеротических причин смерти.

Шкала SCORE не используется у пациентов с доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, цереброваскулярные болезни, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий), сахарным диабетом I и II типа с поражением органов мишеней, хроническими болезнями почек, у лиц с очень высокими уровнями отдельных факторов риска, граждан в возрасте старше 65 лет (данные группы лиц имеют наивысшую степень суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска) и граждан в возрасте до 40 лет, так как вне зависимости от наличия факторов риска (за исключением очень высоких уровней отдельных факторов) они имеют низкий абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни.

Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE.

Выберите ту часть шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения пациента. Далее внутри таблицы следует найти клетку, наиболее соответствующую индивидуальному уровню измеренного систолического артериального давления (АД мм рт.ст.) и общего холестерина (ммоль/л). Число, указанное в клетке, показывает 10-летний суммарный сердечно-сосудистый риск данного пациента. Например, если пациент 55 лет, курит в настоящее время, имеет систолическое АД 145 мм рт. ст и уровень общего холестерина 6,8 ммоль/л, то его риск равен 9% (на рис. 1 цифра 9 размещена в окружности белого цвета).

Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE менее 1% считается низким.

Суммарный сердечно-сосудистый риск находящийся в диапазоне от ≥ 1 до 5% считается средним или умеренно повышенным.

Суммарный сердечно-сосудистый риск находящийся в диапазоне от $\geq 5\%$ до 10% считается высоким.

Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE $\geq 10\%$ считается очень высоким.

Шкалу SCORE можно использовать и для ориентировочной оценки общего числа (фатальных+нефатальных) сердечно-сосудистых событий (осложнений) в предстоящие 10 лет жизни - оно будет примерно в три раза выше, чем число, полученное по шкале SCORE при оценке только фатальных сердечно-сосудистых событий (осложнений).

Для мотивирования лиц, имеющих факторы риска к ведению здорового образа жизни может быть полезным сравнение рисков. Например, продемонстрировать 40-летнему курящему мужчине с уровнем артериального давления 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 (рис. 1 «Сравнение рисков»).

SCORE - Градация суммарного сердечно-сосудистого риска

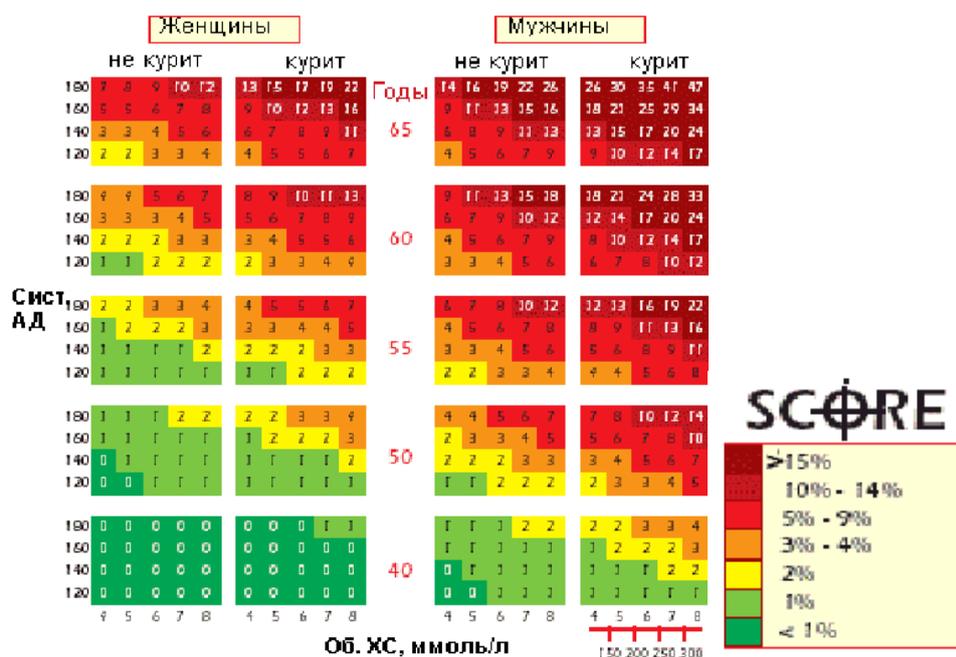


Рисунок 1. Шкала SCORE: 10-летний абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений (суммарный сердечно-сосудистый риск) для граждан в возрасте от 40 до 65 лет.

Для лиц молодого возраста (моложе 40 лет) определяется не абсолютный, а относительный суммарный сердечно-сосудистый риск с использованием шкалы, представленной на рисунке 2. Человек в возрасте до 40 лет без факторов риска (некурящий, с нормальным уровнем артериального давления и содержанием общего холестерина в крови - левый нижний угол таблицы) имеет в 12 раз меньший относительный суммарный сердечно-сосудистый риск по сравнению с человеком, имеющим указанные факторы риска (правый верхний угол таблицы). Данная информации может быть полезной при профилактическом консультировании молодых людей с низким абсолютным,

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

		<i>Некурящие</i>					<i>Курящие</i>				
<i>АД сист., мм рт. ст.</i>	<i>180</i>	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
	<i>160</i>	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
	<i>140</i>	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
	<i>120</i>	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л

Рисунок 2. Относительный суммарный сердечно-сосудистый риск для лиц моложе 40 лет

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

Суммарный сердечно-сосудистый риск может быть выше, чем определяется по шкале SCORE и шкале относительного риска (рис. 2) в следующих случаях:

- у людей с низкой физической активностью (сидячей работой) и центральным ожирением (избыточная масса тела в большей степени увеличивает риск у молодых людей, чем у пожилых пациентов);
- у социально обездоленных лиц;
- у лиц с сахарным диабетом: шкалу SCORE следует использовать только у пациентов с сахарным диабетом 1 типа без поражения органов-мишеней (риск возрастает с увеличением концентрации сахара в крови);
- у лиц с низким уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности, с повышенным содержанием триглицеридов, фибриногена, аполипопротеина В (апоВ) и липопротеина(а) [Lp(a)], особенно в сочетании с семейной гиперхолестеринемией,
- у лиц без клинических проявлений недостаточности мозгового кровообращения, но с доказанным атеросклеротическим поражением сонных артерий;
- у лиц с умеренной и тяжелой хронической болезнью почек [скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <60 mL/min/1,73 м²];
- у лиц с семейным анамнезом преждевременного (раннего) развития сердечно-сосудистых заболеваний у ближайших родственников.

Диагностические критерии факторов риска 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. или проведение гипотензивной терапии.

Дислипидемия - отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена (общий холестерин более 5 ммоль/л; холестерин липопротеидов высокой плотности у женщин менее 1,0 ммоль/л, у мужчин менее 1,2 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности более 3 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л) или проведение гиполипидемической терапии.

Гипергликемия - уровень глюкозы плазмы натощак более 6,1 ммоль/л или проведение гипогликемической терапии.

Курение табака - ежедневное выкуривание одной сигареты и более.

Нерациональное питание - избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 500 граммов или менее 4 - 6 порций в сутки).

Избыточная масса тела - индекс массы тела 25 - 29,9 кг/м², ожирение - индекс массы тела более 30 кг/м².

Низкая физическая активность - ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день.

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ),
при наличии которых устанавливается III-я группа здоровья и
осуществляется диспансерное наблюдение врачом-терапевтом**

N	Заболевание (состояние), по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
1.	Хроническая ишемическая болезнь сердца без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II функционального класса	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

2.	Состояние после инфаркта миокарда по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II ФК со стабильным течением, ХСН не более II ФК	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
3.	Стенокардия напряжения I-II функционального класса со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста	2-4 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
4.	Стенокардия напряжения I-IV функционального класса со стабильным течением у лиц пенсионного возраста	2-4 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по мед. показаниям
5.	Артериальная гипертония 1-3 степени у лиц с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
6.	Легочная гипертония I-II функционального класса со стабильным течением	1-2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
7.	Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 1-2 раза в год	По рекомендации врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярной диагностике и лечению	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога, врача - кардиохирурга, врача по эндоваскулярной диагностике и лечению по мед. показаниям
8.	Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии более 12 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 2 раза в год	По рекомендации врача-кардиолога, врача-кардиохирурга, врача по эндоваскулярной диагностике и лечению	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярной диагностике и лечению по медицинским показаниям
9.	ХСН I-III функционального класса, стабильное состояние	1 - 2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

10.	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
11.	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем частоты сердечных сокращений на фоне приема лекарственных препаратов)	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
12.	Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
13.	Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)	1 раз в 6 месяцев	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год
14.	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии - пищевода Баррета)	1 раз в полгода	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год
15.	Язвенная болезнь желудка, неосложненное течение	1 раз в год	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
16.	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	1 раз в год	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год
17.	Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит	1 раз в год	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления опухоли)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
18.	Полипы (полипоз) желудка	1 раз в год	В течение всей жизни с момента установления	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1

			диагноза (или до выявления малигнизации)	раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
19.	Дивертикулярная болезнь кишечника, легкое течение	1 раз в 6 месяцев, при отсутствии рецидива в течение 3 лет - 1 раз в 12 или 24 мес.	В течение всей жизни с момента установления диагноза	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога, врача-колопроктолога по медицинским показаниям
20.	Полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко	По рекомендации врача-онколога	В течение всей жизни с момента установления диагноза	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога 1 раз в год, прием осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям
21.	Состояние после резекции желудка (по прошествии более 2 лет после операции)	1 раз в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по прошествии 10 лет после операции или по медицинским показаниям
22.	Рубцовая стриктура пищевода, не требующая оперативного лечения	По рекомендации врача-онколога	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога 1 раз в 3 года
23.	Рецидивирующий и хронический бронхиты	По рекомендации врача-пульмонолога	По рекомендации врача-пульмонолога	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога, врача-онколога по медицинским показаниям
24.	Хроническая обструктивная болезнь легких нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии	По рекомендации врача-пульмонолога	По рекомендации врача-пульмонолога	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога 1 раз в год
25.	Посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких без дыхательной недостаточности	По рекомендации врача-пульмонолога	По рекомендации врача-пульмонолога	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога 1 раз в течение первого года наблюдения, в последующем по медицинским показаниям

26.	Состояние после перенесенного плеврита	По рекомендации врача-пульмонолога	По рекомендации врача-пульмонолога	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога 1 раз в течение первого года наблюдения, в последующем по медицинским показаниям
27.	Бронхиальная астма (контролируемая на фоне приема лекарственных препаратов)	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога или врача-аллерголога-иммунолога 1 раз в год
28.	Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1 стадии	4 раза в год	По рекомендации врача-нефролога	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год с определением тактики диспансерного наблюдения
29.	Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии с хронической почечной недостаточностью 1 стадии	4 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год с определением тактики диспансерного наблюдения
30.	Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек	не реже 1 раза в год	По рекомендации врача-нефролога	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога по медицинским показаниям с определением тактики диспансерного наблюдения
31.	Остеопороз первичный	1 раз/год или по рекомендации врача-акушера-гинеколога, врача-эндокринолога, врача-ревматолога	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача - акушера-гинеколога (для женщин с остеопорозом, развившимся в течение 3 лет после наступления менопаузы), врача-эндокринолога, врача-ревматолога по мед. показаниям
32.	Инсулиннезависимый сахарный диабет (2 тип)	1 раз в 3 месяца	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога или врача-диабетолога по медицинским показаниям

33.	Инсулинзависимый сахарный диабет (2 тип) с подобранной дозой инсулина и стабильным течением	1 раз в 3 месяца	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога или врача-диабетолога 1 раз в 12 месяцев
34.	Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода	1 - 2 раза в 6 месяцев	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1 - 2 раза в год
35.	Деменции, иные состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, со стабильным течением	1 - 2 раза в год или по рекомендации врача-невролога	По рекомендации врача-невролога	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1 - 2 раза в год
36.	Последствия легких черепно-мозговых травм, не сопровождавшихся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после травмы	1 - 2 раза в год или по рекомендации врача-невролога	До выздоровления	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1 раз в год
37.	Последствия травмы нервной системы, сопровождавшейся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением после 6 месяцев после операции	1 - 2 раза в 6 месяцев или по рекомендации врача-невролога	По рекомендации врача-невролога, врача-нейрохирурга	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1 - 2 раза в год
38.	Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70%	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярной диагностике и лечению (при стенозе внутренней сонной артерии 70 % и более)

7. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

Основная:

1. Бойцов С.А. и соавт. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации. Москва. 2013. - 87с.
2. Бойцов С.А., Чучалин А.Г. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Москва. 2014. - 114с.
3. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. Под редакцией Ющука Н.Д., Маева И.В., Гуревича К.Г. М. «Перо» 2012. - 659с.

Дополнительная:

4. Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г.
5. Приказ МЗ РФ от 03.02.2015 г. №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (Зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 N24726).
7. Приказ МЗ РФ от 06.12.2012 N1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра».
8. Приказ МЗ РФ от 6 октября 2014 г. N581н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».
9. Приказ МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. №1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения».
10. Сквирская Г.П. Модернизация амбулаторно-поликлинической помощи. Проблемы и риски//Мат. Межрегиональной научно-практической конференции «Общая врачебная практика: сегодня и завтра». Курск. 2012. – С.7-21.