

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)**



**Кафедра профилактики заболеваний, здорового образа жизни
и эпидемиологии**

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

Учебное пособие

**Краснодар
2020**

УДК 614.4.613.9

ББК 51.1

О – 28

Авторский коллектив:

С.Н. Алексеенко доцент кафедры профилактики заболеваний, здорового образа жизни и эпидемиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России д.м.н.;

В. М. Бондина доцент кафедры профилактики заболеваний, здорового образа жизни и эпидемиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России к.м.н.;

В. В. Пильщикова доцент кафедры профилактики заболеваний, здорового образа жизни и эпидемиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, к.м.н.;

А. Н. Костылев профессор кафедры профилактики заболеваний, здорового образа жизни и эпидемиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России д.м.н.;

Д. А. Губарева ассистент кафедры профилактики заболеваний, здорового образа жизни и эпидемиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России;

Я. В. Фомина ассистент кафедры профилактики заболеваний, здорового образа жизни и эпидемиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России;

В. В. Иващенко ассистент кафедры профилактики заболеваний, здорового образа жизни и эпидемиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Под редакцией заведующего кафедрой профилактики заболеваний, здорового образа жизни и эпидемиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д.м.н. С.Н. Алексеенко.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» д.м.н., профессор А.Н. Редько;

Главный врач ГБУЗ «Центр медицинской профилактики», главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Краснодарского края И. П. Трубицына.

О-28

Организация профилактического консультирования при диспансеризации взрослого населения : учебное пособие / С. Н. Алексеенко, В. М. Бондина, В. В. Пильщикова [и др.] ; под редакцией А.Н. Алексеенко. – Краснодар : ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2019. – 138 с.

Учебное пособие составлено в соответствии с ФГОС ВО (3+, 3++) и нормативными документами ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России для системного усвоения материала. В него включены вопросы практической части для выполнения студентами на занятиях, которые затрагивают как организационные аспекты проведения диспансеризации, так и тренируют студентов грамотно проводить краткое и углубленное профилактическое консультирование, уметь выделять необходимое для методических рекомендаций по поводу здоровья людей. Главы состоят из блоков контрольных тестов и заданий для практической работы, и самоконтроля студентов по изучаемым темам дисциплины «Профилактика заболеваний».

Предназначено для студентов 3 курса лечебного факультета и 4 курса педиатрического факультета медицинского вуза.

УДК 614.4.613.9

ББК 51.1

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
протокол № 12 от 28. 08. 2020 г

© ФГБОУ ВО КубГМУ
Минздрава России

ПРЕДИСЛОВИЕ

Государственная стратегия профилактических концепций стратегии населения Российской Федерации (РФ) предусматривает не только внедрение высокотехнологических методов лечения и совершенствование организации здравоохранения, но и создание мощной профилактической работы как основной составляющей первичного звена здравоохранения и заставляет акцентировать их внимание на постоянную и кропотливую работу.

Цель данного методического пособия – ознакомить студентов с общими правилами проведения профилактического консультирования и потренировать студентов.

Понятие «профилактическое консультирование», прежде всего, ориентировано на конкретного человека. Оно подразумевает выявление факторов риска у индивидуума и разработку конкретных программ для снижения потенциального вреда здоровью, а также изменение отношения индивидуума к состоянию собственного здоровья и осмыслению здоровья как основополагающей человеческой ценности.

В настоящее время произошло осознание здоровья индивидуума как одной из базовых ценностей общества, а необходимость усиления профилактического компонента здравоохранения неоднократно отмечалось в выступлениях Президента РФ и других первых лиц государства. Учебное пособие соответствует методическим рекомендациям ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации, под редакцией главного специалиста по профилактической медицине Минздрава России Бойцова С.А..

Предлагаемое учебное пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС-3+ ВО по дисциплине «Профилактика заболеваний». Представленное пособие позволит студентам систематизировать и конкретизировать знания в области профилактики заболеваний, что позволит будущим специалистам усвоить порядок грамотного проведения профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Оглавление

| | |
|--|-----------|
| ВВЕДЕНИЕ | 7 |
| 1. «ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ» | 9 |
| 1.1 Виды профилактического консультирования (общие положения) | 9 |
| 1.1 Порядок организации и алгоритм проведения индивидуального профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации взрослого населения | 16 |
| 1.1.1. Целевая группа: высокий и очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск | 17 |
| 1.1.2. Целевая группа: высокий относительный сердечно – сосудистый риск. 19 | |
| 1.1.3. Целевая группа: ожирение – индекс массы тела 30 и более кг/м² | 21 |
| 1.1.4. Целевая группа: гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина 8 ммоль/л и более) | 25 |
| 1.1.5. Целевая группа: курение более 20 сигарет в день (регулярное курение) | 27 |
| 1.2. Порядок организации и алгоритм проведения краткого профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации взрослого населения | 28 |
| 1.3. Порядок организации и алгоритм проведения углубленного профилактического консультирования в рамках 2 этапа диспансеризации взрослого населения | 32 |
| 1.3.1. Характеристика углубленного индивидуального профилактического консультирования | 32 |
| 1.3.2. Характеристика углубленного группового профилактического консультирования (школ пациентов) | 32 |
| 1.3.3. Целевые группы углубленного профилактического консультирования в рамках диспансеризации | 34 |
| 1.3.3.1. Целевая группа для УПК на 2 этапе диспансеризации – пациенты в возрасте до 72 лет с ССЗ | 34 |
| 1.3.3.2. Целевая группа для УПК на 2 этапе диспансеризации – граждане с риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача | 40 |
| 1.3.3.3. Целевая группа для УПК на 2 этапе диспансеризации – граждане в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении | 45 |
| Никотиновая зависимость и синдром отмены. | 59 |
| КОРОТКАЯ БЕСЕДА. | 61 |

| | |
|--|------------|
| ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ БЕСЕДА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПОДДЕРЖАНИЕ МОТИВАЦИИ БРОСИТЬ КУРИТЬ И ФОРМИРОВАНИЕ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ (МЕТОДИКА 5А). | 61 |
| ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ БЕСЕДА, НАПРАВЛЕННАЯ НА УСИЛЕНИЕ МОТИВАЦИИ БРОСИТЬ КУРИТЬ (МЕТОДИКА 5R). | 61 |
| Приложение №1. Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний | 195 |
| Приложение №2. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств | 196 |
| 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 | 200 |
| Приложение № 4. Поименный и повозрастной список граждан врачебного (терапевтического, в том числе цехового участка, участка врача общей практики (семейного врача)), фельдшерского или комплексного участка | 202 |
| Приложение № 5. Календарный план-график прохождения диспансеризации гражданами врачебного (терапевтического, в том числе цехового участка, участка врача общей практики (семейного врача)), фельдшерского или комплексного участка №_ в 201_ году | 203 |
| Приложение № 6. Диспансеризация взрослого населения | 203 |
| Приложение № 7. Анкета для граждан в возрасте до 75 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача | 206 |
| Приложение № 8. Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении | 214 |
| Контрольные вопросы для самоподготовки: | 222 |
| Список основной литературы | 223 |

Список сокращений

SCORE – Systematic Coronary Risk Estimation;
АГ – артериальная гипертензия;
АГТ – антигипертензивная терапия;
АД – артериальное давление;
АПУ – Амбулаторно-поликлиническое учреждение;
БОД – болезни органов дыхания;
БСК – болезни системы кровообращения;
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения;
ГГ – гипергликемия;
ГТГ – гипертриглицеридемия;
ГХС – гиперхолестеринемия;
ДАД – диастолическое артериальное давление;
ДЛП – дислиппротеинемия;
ДН – диспансерное наблюдение;
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт;
ЗНО – злокачественные новообразования;
ЗОЖ – здоровый образ жизни;
ИБС – ишемическая болезнь сердца;
ИзбМТ – избыточная масса тела;
ИМТ – индекс массы тела;
ИС – информационная система;
КМП – кабинет медицинской профилактики;
ЛЖ – левый желудочек;
ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения;
НФА – низкая физическая активность;
ОМП – отделение медицинской профилактики;
ПК – профилактическое консультирование;
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь;
РМЖ – рак молочной железы;
РФ – Российская Федерация;
РШМ – рак шейки матки;
САД – систолическое артериальное давление;
СД – сахарный диабет;
СС риск – сердечно-сосудистый риск;
УПК – углубленное профилактическое консультирование.

ВВЕДЕНИЕ

В XXI веке идет постоянный рост и омоложение сердечно-сосудистых, онкологических и эндокринных заболеваний. Возвращаются «старые» болезни и появляются новые. Распространенность неинфекционных заболеваний достигает сегодня беспрецедентных уровней во всем мире. По данным ВОЗ, по меньшей мере 86% смертей и 77% бремени болезней (DALYs – показатель, отражающий число лет здоровой жизни, утраченных вследствие болезней, инвалидности и преждевременной смерти) в Европейском регионе обусловлено неинфекционными заболеваниями. Основными типами неинфекционных болезней, согласно документам ВОЗ, являются болезни сердечно-сосудистой системы (в том числе инфаркт и инсульт), онкологические заболевания, хронические респираторные болезни (в том числе хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет. На них суммарно приходится подавляющая часть бремени болезней и преждевременной смертности в масштабах европейского региона. Хронические болезни характеризуются рядом общих черт: аналогичная этиология и общие причинные факторы (такие как поведенческие и экологические факторы риска); возможно сочетание нескольких болезней у одного пациента; потребность в аналогичных моделях оказания помощи, которые включают расширение прав и возможностей пациентов, а также принцип преимущественной ориентированности на пациента, нежели на болезнь.

Разносторонние инвестиции в профилактику и совершенствование мер борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями сокращают преждевременную смертность и предотвратимую заболеваемость и инвалидность, повышают качество жизни и уровень благополучия людей и обществ, а также могут сократить растущие неравенства по показателям здоровья. В нашей стране реализация данного направления включает укрепление первичной медико-санитарной помощи, и, в частности, организацию сети центров здоровья.

Роль профилактических программ многократно возрастает в борьбе с заболеваниями социального характера.

Исключительна роль профилактики в борьбе с инфекционными заболеваниями. Плановая иммунизация сохраняет ежегодно более трех миллионов жизней на планете (около 10 тысяч ежедневно) и защищает миллионы людей от болезней и инвалидности.

Как говорил известный советский организатор здравоохранения академик Академии медицинских наук и педагогических наук Николай Александрович Семашко, болезнь легче предупредить, чем лечить. Сегодня профилактика заболеваний – важнейшая приоритетная задача здравоохранения, направленная на формирование у населения мотивации на здоровый образ жизни, укрепление физического и психического здоровья человека и поддержание благополучия населения. Данная задача является бесспорно первостепенной среди других по реформированию здравоохранения, учитывая наиболее значимый экономический эффект, связанный с сохранением здоровья людей, трудового потенциала, генофонда страны, а также значительным снижением потребности населения в объемах медицинской помощи.

1. «ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ»

Профилактическое консультирование является важнейшей технологией профилактики ХНИЗ и коррекции факторов риска их развития, в связи с чем профилактическое консультирование включено в качестве обязательного компонента программы диспансеризации взрослого населения.

Диспансеризация является важным механизмом повышения приверженности взрослого населения к здоровому образу жизни, в связи с чем, каждый гражданин, прошедший диспансеризацию должен получить конкретные советы по здоровому образу жизни и конкретные адресные профилактические советы и, при необходимости, лечебные назначения в зависимости от его показателей здоровья (данных анкетирования, клинических, лабораторно-инструментальных исследований).

1.1 Виды профилактического консультирования (общие положения)

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).

В последнем пересмотре приказа (приказ Минздрава Российской Федерации от 26 октября 2017г.№869н) выделены следующие формы профилактического консультирования и определены показания к ним и порядок организации:

- а) индивидуальное профилактическое консультирование;
- б) краткое профилактическое консультирование;
- в) углубленное (индивидуальное) профилактическое консультирование;
- г) углубленное (групповое) профилактическое консультирование.

В таблице 1.1. представлены целевые группы и показания к проведению перечисленных выше видов профилактического консультирования в рамках и вне рамок диспансеризации и их характеристика.

Таблица 1.1. - Профилактическое консультирование в первичном звене здравоохранения (на основании приказа Минздрава Российской Федерации от 26 октября 2017 г. № 869н)

| Вид консультирования | Целевая группа | Кто проводит | Когда проводится | |
|---|---|---|--------------------------|--|
| | | | В рамках диспансеризации | Вне рамок диспансеризации |
| Индивидуальное профилактическое консультирование (продолжительность 7-10 минут) | Граждане до 72 лет 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, и(или) курящих более 20 сигарет в день. | Фельдшер ФЗП или ФАПа. Медработники ОМП/КМП, в т.ч. в составе ЦЗ | Проводится на 1 этапе. | ДН в ОМП/КМП граждан с высоким и очень высоким абс. СС риском |
| Краткое профилактическое консультирование (продолжительность 3-5 минут) | Все граждане (с периодичностью 1 раз в 3 года) | Врач-терапевт участковый | Проводится на 1 этапе | Должно входить в прием врача (перв., повт., диспанс.) |
| Углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование (продолжительность 30-40 минут) | Граждане до 72 лет с выявленной ИБС, ЦВЗ, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением. | Фельдшер ФЗП или ФАПа. Медработники ОМП/КМП, в т.ч. находящихся в составе ЦЗ | Проводится на 2 этапе | Должно проводиться при ДН по направлению врача терапевта (в ОМП/КМП) |
| | Граждане с выявленным по результатам опроса (анкетирования) риска пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и | | | При необходимости поддерживающее ПК в ОМП/КМП, направление к |

| | | | |
|--|---|---------------|---|
| психотропных веществ без назначения врача. | | | врачу- наркологу |
| Граждане в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении. | | | По показаниям направление к врачу- гериатру |
| Граждане до 72 лет 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, и (или) курящих более 20 сиг/день. | Медработники ОМП/КМП, в т.ч. находящихся в составе ЦЗ | Не проводится | По направлению врача-терапевта (проводится в ОМП/КМП, в т.ч. в составе ЦЗ |

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

Индивидуальное профилактическое консультирование

Проводится **на 1 этапе** диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики, в т.ч. находящихся в составе центров здоровья¹ или фельдшером фельдшерского здравпункта (фельдшерско-акушерского пункта). Индивидуальному профилактическому консультированию подлежат **все граждане до 72 лет** с высоким относительным, высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, и (или) с ожирением, и (или) гиперхолестеринемией с уровнем общего ХС 8 ммоль/л и более, и (или) курящих более 20 сигарет в день. Продолжительность 7-10 минут.

Индивидуальное профилактическое консультирование в номенклатуре медицинских услуг² может кодироваться кодом В04.070.002 (Индивидуальное краткое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний).

Краткое профилактическое консультирование.

Проводится на завершающем **1 этап** диспансеризации приеме врача-терапевта участкового **всем гражданам с периодичностью 1 раз в 3 года**. Краткое профилактическое консультирование должно входить в прием врача (первичный, повторный, диспансерный). Продолжительность 3-5 минут.

Углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование.

Проводится **на 2 этапе** диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики, в т.ч. находящихся в составе центров здоровья или фельдшером фельдшерского здравпункта (фельдшерско-акушерского пункта). Продолжительность 30-40 минут. Углубленному (индивидуальному или групповому профилактическому консультированию **в рамках диспансеризации подлежат (и направляются врачом-терапевтом) следующие группы граждан в зависимости от выявленных заболеваний (состояний) и факторов риска:**

- а) граждане до 72 лет с выявленной ИБС, ЦВЗ, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;
- б) граждане с выявленным по результатам опроса (анкетирования) риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

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

² Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 N 48808. Вступает в силу с 01.01.2018.

в) граждане в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении.

Углубленному (индивидуальному или групповому) профилактическому консультированию **вне рамок диспансеризации** подлежат (и направляются врачом-терапевтом) граждане до 72 лет 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, и (или) курящих более 20 сиг/день.

Данные виды профилактического консультирования в номенклатуре медицинских услуг имеют коды:

В04.070.003 (Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний первичное);

В04.070.004 (Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний повторное);

В04.070.005 (Групповое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний);

В04.070.007 (Школа по отказу от потребления табака);

В05.069.008 (Школа для пациентов с избыточной массой тела и ожирением).

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

Обычно на практике наибольшие сложности встречает мотивационный компонент.

Принципы и навыки мотивационного консультирования позволяют мотивировать и побудить пациента задуматься об изменении его нездорового поведения (привычек) и осознанно планировать эти изменения.

Исходя из сказанного, эффективное профилактическое консультирование следует рассматривать как правильно **построенную беседу с пациентом** (разной продолжительности), основанную на показателях его личного здоровья (выявленных при диспансеризации заболеваниях, патологических состояниях и факторах риска). Эффективное ПК основано на сопереживании и сочувствии (эмпатии), на партнерских, позитивных и уважительных отношениях с пациентом, что способствует бесконфликтности и конструктивности принятия совместных (врача и пациента) планов и решений. Партнерские отношения формируются в ходе диалога и беседы с пациентом без элементов назиданий и попыток заставить (сломить) его установки и сделать что-то, чего он не хочет делать.

Важной основой любого вида профилактического консультирования является знание и использование ключевых навыков мотивационного консультирования (известных в англоязычной литературе как принцип «**OARS**»):

- открытые вопросы, требующие развернутого ответа (**Open-ended questions**);

поддерживающие утверждения (**Affirmations**);

- активное или рефлексивное слушание (**Reflections**);
- Обобщение (**Summaries**)

Навыки мотивационного профилактического консультирования позволяют создать благоприятную и дружественную атмосферу для открытого, откровенного разговора, в ходе которого пациент чувствует себя достаточно комфортно, чтобы проанализировать и обсудить свое отношение к обсуждаемым поведенческим факторам риска и негативным привычкам.

ПК помогает индивидуу взять на себя личную ответственность за свои решения. Крайне важно, чтобы специалисты, проводящие ПК, не пытались подтолкнуть пациентов в определенном направлении, так как это, скорее всего, встретит сопротивление. Консультант должен занять нейтральную позицию и подчеркивать, что человек волен делать свой собственный выбор; поскольку высказывания, содержащие вызов, подразумевают, что пациент не имеет выбора. Специалистам следует побуждать индивидуума думать о том, чего хочет он сам, в чем поможет алгоритм профилактического консультирования.

Таким образом, достижению цели **эффективного профилактического консультирования** способствует принцип единства основных составляющих методологии консультирования:

- **информировать пациента** об имеющихся у него факторах риска ХНИЗ, методах их самоконтроля, необходимости выполнения рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания, предоставление информации о неотложных мерах само- и взаимопомощи, вызове неотложной (скорой) медицинской помощи при возникновении жизнеугрожающих состояний;
- содействовать **мотивированию пациента** и побуждению к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций.
- **обучать пациента** практическим навыкам (здорового питания, рационального распределения физической активности, отказа от вредных для здоровья поведенческих привычек и т.п.) с использованием преимущественно недирективных советов (рекомендаций) и активных форм их обсуждения с пациентом, что важно при обучении взрослых. По результатам профилактического консультирования желательно, чтобы каждый пациент получил памятку по здоровому образу жизни или по коррекции выявленного у него фактора риска.

Для повышения результативности профилактического консультирования рекомендуется устные советы и рекомендации врача дополнить письменными, для

чего могут быть использованы памятки, разработанные экспертами ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России.

В таблице 1.2 приводится сравнительная характеристика ключевых составляющих методологии отдельных видов профилактического консультирования, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения.

Таблица 1.2 - Характеристика ключевых составляющих методологии отдельных видов профилактического консультирования (ПК), проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения.

| Вид профилактического консультирования | Ключевые составляющие методологии |
|---|---|
| Индивидуальное ПК | Адресное информирование, частично мотивирование |
| Краткое ПК | Адресное информирование, совет |
| Углубленное (индивидуальное) ПК | Адресное информирование, обучение, мотивирование |
| Углубленное (групповое) ПК | Информирование (адресное, при формировании однородных групп пациентов), эффективное обучение, мотивирование |

Таким образом, в полной мере реализовать все ключевые принципы эффективного профилактического консультирования возможно при проведении углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового), которые содержат как элементы информирования, так и обучения, и мотивирования пациента. Индивидуальное ПК и краткое ПК носит преимущественно информационный характер (направлены на повышение осведомленности пациента). Однако ВСЕ виды ПК должны быть адресными и максимально использовать конкретные показатели здоровья пациента при даче советов, что важно для мотивирования пациентов и повышения их приверженности.

В нижеприведенных разделах методических рекомендаций дано описание особенностей организации и порядок проведения в рамках диспансеризации основных видов профилактического консультирования (раздел 1.2- индивидуального, раздел 1.3 - краткого, раздел 1.4 - углубленного) **по единой схеме**: описание целевых групп, алгоритм построения советов и рекомендации, применительно к конкретной целевой группе (см. таблицу 1.1) и справочную информацию для медицинских работников с необходимыми приложениями.

В основу любого вида профилактического консультирования **при отсутствии медицинских противопоказаний или особых ситуаций** положены рекомендации профессиональных сообществ и рекомендации ВОЗ по здоровому образу жизни и профилактике основных ХНИЗ, а при наличии ХНИЗ приводятся уточнения рекомендаций в зависимости от индивидуальных медицинских показаний и уровней факторов риска пациента.

1.1 ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РАМКАХ 1 ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Данный вид профилактического консультирования введен в программу диспансеризации впервые (приказ МЗ РФ от 26.10.17г № 869н (п. 13, пп 7). Индивидуальному профилактическому консультированию подлежат граждане до 72 лет с высоким относительным, высоким и очень высоким абсолютным ССриском, и (или) с ожирением, и (или) ГХС с уровнем общего ХС \geq 8 ммоль/л, и (или) курящих более 20 сигарет в день.

Индивидуальное ПК на 1 этапе позволит:

- повысить качество ПК (доступность);
- будет способствовать формированию мотивации граждан с высоким и очень высоким абсолютным СС риском к соблюдению рекомендаций и режима визитов в ОМП/КМП в рамках диспансерного наблюдения;
- увеличить охват ПК данной целевой группы населения и оптимизировать процесс диспансеризации, т.к. исключается необходимость повторного визита этих граждан в медицинскую организацию в рамках диспансеризации.

1.1.1. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА: ВЫСОКИЙ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ АБСОЛЮТНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

(алгоритм консультирования)

Консультирование проводится с использованием основной таблицы СС риска SCORE (для лиц 40-65 лет) и с демонстрацией пациенту возможности снижения его индивидуального абсолютного риска при снижении факторов риска. Необходимо объяснить пациенту понятие абсолютного СС риска, дать трактовку величины его индивидуального риска. Используя цветную шкалу риска при объяснении, продемонстрировать возможности снижения риска при уменьшении уровня факторов риска, отказа от курения – смещения величины **его абсолютного риска** в желтую или даже зеленую зону.

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

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

Определить готовность бросить курить:

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

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

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

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

Динамическое наблюдение курящих лиц с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском без наличия заболеваний проводится в кабинете/отделении

медицинской профилактики (приказ по диспансеризации), при наличии заболеваний - участковым врачом в соответствии с утвержденным Минздравом России Порядком диспансерного наблюдения.

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

При консультировании врач/фельдшер обязательно должен учитывать (это одно и то же) 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).

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

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

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

Рекомендовать памятку «Здоровый образ жизни».

Оценка абсолютного суммарного СС риска проводится по Европейской шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation).

Величина СС в таблице риска указана в %, что означает величину **риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений** в течение предстоящих 10 лет. К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям (событиям) относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ИБС, от инсульта, в том числе внезапная смерть и смерть в течение 24 часов после появления симптомов, смерть от других некоронарогенных ССЗ за исключением определено неатеросклеротических причин смерти. Риск увеличивается с возрастом, но у женщин по сравнению с мужчинами его реализация откладывается приблизительно на 10 лет, поэтому у женщин риск ССЗ ниже, чем у мужчин того же возраста. Применение оценки суммарного риска по данной шкале в рутинной практике относят к наивысшему уровню рекомендаций (класс рекомендаций IA).

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

При проведении индивидуального ПК интерпретация СС риска проводится по цветной таблице риска с использованием методики «сравнения рисков» и означает величину СС риска (в %) смерти от ССЗ в течение 10 лет. В таблице выделены зоны риска от зеленого (низкий риск), желтого (умеренный, средний риск), красного (высокий риск) до темно красного (очень высокий риск).

Таким образом, использование шкалы абсолютного СС риска является важным мотивирующим фактором для пациента высокого и очень высокого СС риска к принятию им рекомендуемых профилактических мер, когда, как известно, ранняя профилактика ССЗ наиболее результативна и снижает не только риск заболеваний, но и риск развития внезапных (нередко фатальных) событий (инфаркта миокарда, инсульта, внезапной смерти).

Дополнительным мотивационным фактором (**желательным, но не обязательным для использования в рамках 1 этапа диспансеризации**) может быть использование современных рекомендаций ЕОК2016 год, в которых предложен метод ориентировочной оценки не только фатальных, но **риска всех случаев ССЗ** на основе пересчета величины абсолютного СС риска по традиционной шкале SCORE. Так, **абсолютный риск всех случаев ССЗ** (со смертельным и несмертельным исходом) будет выше, чем абсолютный риск фатальных СС событий для мужчин примерно в **три раза выше** (например, СС риск смерти от ССЗ по шкале SCORE, равный 5% будет соответствовать риску всех ССЗ в 15%), для женщин - **выше в четыре раза**, для пожилых - **выше в три раза** (т.к. вероятность, что у пожилых людей первое событие может быть фатальным существенно выше).

1.1.2. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА: ВЫСОКИЙ ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫЙ РИСК.

(алгоритм консультирования)

Консультирование проводится с использованием таблицы риска для лиц моложе 40 лет с демонстрацией пациенту возможности снижения его индивидуального риска при снижении факторов риска. Необходимо объяснить пациенту значение относительного СС риска, дать трактовку величины его индивидуального риска. Используя шкалу риска при объяснении, продемонстрировать возможности снижения риска при уменьшении уровня факторов риска, отказа от курения и пр.

Если пациент курит обратить внимание на вредное влияние табакокурения на его здоровье, особенно, если у него имеется кашель и снижении функции легких по результатам спирометрии. Обратить внимание пациента на его привычку курения, как на фактор, определяющий у него высокий риск развития хронических заболеваний или состояний, в том числе **сердечно-сосудистый** риск, рассказать, что отказ от курения

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

Определить готовность бросить курить.

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

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

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

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

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

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

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

При высоких уровнях отдельных факторов риска (курение, ожирение, дислипидемия, высокое АД) тактика зависит от этих факторов и определяется

лечащим врачом по завершении 1 этапа диспансеризации. Рекомендуется дать памятку «Здоровый образ жизни».

При необходимости и желании пациенту могут быть рекомендованы методы самоконтроля и дистанционного мониторинга с использованием современных эффективных устройств (устройства приобретаются за личные средства пациента)

Пациенту с отягощенной наследственностью, высокими уровнями единичных факторов риска (ожирение, дислипидемия, гипертония) необходимо объяснить возможный риск возникновения жизнеугрожающих состояний и правила доврачебных действий при этом, объяснив возможные симптомы и меры первой помощи до приезда врача неотложной/скорой помощи, дать номер телефона, желательно дать памятку с правилами неотложных мер при возникновении жизнеугрожающих состояний.

Высокий относительный сердечно-сосудистый риск.

Оценка относительного сердечно-сосудистого риска может быть полезной при индивидуальном профилактическом консультировании граждан в возрасте 21-39 лет, имеющих по результатам диспансеризации несколько факторов риска. В связи с тем, что в данной возрастной категории СС риск по шкале SCORE не определяется, такие пациенты могут оказаться вне зоны профилактического вмешательства. Кроме того, использование при индивидуальном ПК понятия «относительного СС риска» может оказаться важным мотивирующим фактором к ведению здорового образа жизни.

Относительный риск не дифференцирован по конкретному возрасту и полу, но дифференцирован по уровню систолического АД, общего ХС и статусу курения.

При проведении индивидуального ПК интерпретация относительного СС риска проводится по таблице риска с использованием методики «сравнения рисков». Так, например, гражданин в возрасте до 40 лет с факторами риска (курящий, с повышенным АД и с гиперхолестеринемией) имеет относительный СС риск по сравнению с человеком **того же возраста и пола** без перечисленных факторов риска в 12 раз более высокий. Если такой пациент откажется от курения, то его относительный риск снизится как минимум в 2 раза при сохраняющихся других факторах риска, а, если все факторы риска достигнут нормальных значений, то его риск снизится еще более значительно.

Использование шкалы относительного СС риска важно для мотивации пациента молодого возраста с факторами риска к принятию рекомендуемых профилактических мер, когда, как известно, ранняя профилактика ССЗ наиболее результативна и снижает не только риск заболеваний, но и риск развития внезапных (нередко фатальных) событий (инфаркта миокарда, инсульта, внезапной смерти).

1.1.3. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА: ОЖИРЕНИЕ – ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 30 И БОЛЕЕ КГ/М² (алгоритм консультирования)

Задача индивидуального профилактического консультирования в рамках диспансеризации – дать пациенту информацию о риске для здоровья избыточной

массы тела (ожирения) и постараться настроить его на принятие от него зависящих мер по снижению избыточной массы тела.

В ходе индивидуального профилактического консультирования на 1 этапе диспансеризации необходимо информировать пациента и способствовать формированию у него навыков:

- самоконтроля массы тела в домашних условиях, знать рекомендуемые для конкретного пациента нормы и методы оценки массы тела по индексу Кетле (индекс массы тела), окружности талии (желательно, чтобы пациент имел домашние весы и был обучен правильно контролировать процесс снижения веса тела);
- рационального питания и особенностей питания при избыточной массе тела;
- оптимизации повседневной физической активности и самоконтроля адекватности индивидуальной нагрузки;
- регулярного прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, при необходимости диспансерного (динамического) наблюдения у врача и выполнения назначенных врачом исследований.

Алгоритм индивидуального профилактического консультирования при избыточной массе тела и ожирении:

1. Объяснить понятие индекса массы тела и дать критерии массы тела для возраста и пола данного пациента, желательно с демонстрацией таблицы с величиной индекса массы тела (см. ниже) и возможности смещения величины индекса в «зеленую» (более здоровую зону).
2. Учитывать фактические, конкретные данные анамнеза и уровни сопутствующих факторов риска консультируемого пациента и, при возможности, данные анкетирования (личный, семейный анамнез, сопутствующие факторы риска, оцениваемые по данным анкетирования и антропометрии, в частности, массу тела, физическую активность, потребление алкоголя, питание).
3. Сообщать пациентам с избыточным весом и ожирением с факторами риска ССЗ (высокое АД, гиперлипидемия, гипергликемия) о том, что изменения в образе жизни приводят к малой, но устойчивой потере веса от 3 до 5%, что дает клинически значимую пользу для здоровья (чем больше потеря веса, тем больше пользы). Уровень доказательности рекомендации IA. Рекомендуются памятки «Здоровый образ жизни», «Избыточная масса тела. Как похудеть?», «Что надо знать об атеросклерозе».
4. Объяснить, что устойчивая потеря веса от 3 до 5%, скорее всего, приведет к клинически значимому снижению уровня триглицеридов, глюкозы крови, HbA1c и риска развития СД 2-го типа. Уровень доказательности рекомендации IA.

5. Объяснить, что снижение веса приведет к достижению целевых значений АД, ЛПНП и ЛПВП, дальнейшему снижению уровня триглицеридов и глюкозы крови, а также уменьшит потребность в лекарственных средствах для контроля АД, глюкозы крови и липидов. Уровень доказательности рекомендации IA.
6. Рекомендовать пациентам придерживаться диетических рекомендаций при избыточной массе тела под контролем лечащего врача-терапевта, желательно получить рекомендации врача-эндокринолога (пациентам с ожирением) или диетолога.

Справочная информация

Таблица 1.3 Классификация массы тела по индексу Кетле (индексу массы тела)

(индекс Кетле = отношению массы тела в кг к росту в м²)

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

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

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

К заболеваниям, ассоциированным с ожирением, относятся:

- нарушение толерантности к глюкозе;
- нарушенная гликемия натощак и сахарный диабет 2 типа;
- артериальная гипертензия гипертриглицеридемия/дислипидемия;
- синдром обструктивного апноэ сна.

Существуют разные формы ожирения, диагностику которых проводит врач-эндокринолог, все необходимые направления и консультации пациентам с ожирением даст лечащий врач-терапевт.

Современные рекомендации по диагностике и лечению ожирения основываются не только на показателях антропометрии (рост, вес, окружность талии), но и на оценке кардиометаболического риска (КМР), включающего комплексную оценку с учетом: величины риска по шкале SCORE, риска сахарного диабета 2 типа, индекса массы тела, наличия ассоциированных с ожирением заболеваний, величины риска по шкале кардиометаболического риска, что проводится не возможно в рамках индивидуального профилактического консультирования на 1 этапе диспансеризации. Однако, задача врача, проводящего такое консультирование, состоит и в том, чтобы объяснить пациенту необходимость прохождения полного обследования для оценки КМР и своевременного принятия необходимых профилактических мер.

Режимы питания при ожирении, которые могут быть рекомендованы пациентам с ожирением при индивидуальном профилактическом консультировании на 1 этапе диспансеризации основываются на рекомендациях ВОЗ по питанию и принципах рационального питания, что демонстрируют «Тарелка оптимального соотношения продуктов дневного рациона» и «пирамида рационального питания».

Желательно, чтобы назначение режимов питания для снижения избыточной массы тела делал врач-эндокринолог (диетолог). При отсутствии такой возможности назначения делает лечащий врач-терапевт. Важнейшим условием является контроль за снижением веса и исключение всех возможных противопоказаний тех или иных ограничений.

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

При отсутствии противопоказаний пациентам с избыточной массой тела необходимо рекомендовать **повышение физической активности**, способствующее оздоровлению и снижению избыточной массы тела, с учетом рационального распределения физической активности. Необходимо помнить, что при ожирении 2-4 степеней режимы физической нагрузки выбираются врачом-специалистом строго индивидуально и должны следовать за диетическими рекомендациями, а не предшествовать им.

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

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

1.1.4. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА: ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ (УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА 8 ММОЛЬ/Л И БОЛЕЕ)

(алгоритм профилактического консультирования)

В ходе индивидуального профилактического консультирования необходимо:

- информировать пациента об уровне его общего холестерина, других липидных показателях и целевых уровнях, что обосновывает необходимость контроля уровня холестерина крови (желательно при умеренно повышенном 2 раза в год, в разные сезоны года, при значительно повышенном в индивидуальном режиме с периодичностью, рекомендованной врачом);
- если уровень общего холестерина у пациента и ранее отмечался на высоких уровнях необходимо рекомендовать начать лечение. Назначение гиполипидемических средств делает лечащий врач после детального анализа липидного спектра.
- обучить пациента принципам питания при нарушениях липидного обмена и дать информацию о принципах рационального питания;
- дать рекомендации по оптимизации повседневной физической активности и самоконтроля адекватности нагрузки;
- обучить самоконтролю массы тела, ведению дневника;
- объяснить необходимость регулярного прохождения диспансеризации, при необходимости (при показаниях) диспансерного наблюдения у лечащего врача (участкового) и выполнения назначенных врачом исследований.

Алгоритм индивидуально профилактического консультирования при дислипидемии.

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

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

При консультировании врач/фельдшер обязательно должен учитывать фактические, конкретные данные анамнеза и уровни сопутствующих факторов риска

консультируемого пациента и, при возможности, данные анкетирования (личный, семейный анамнез, сопутствующие факторы риска, оцениваемые по данным анкетирования и антропометрии, в частности, массу тела, физическую активность, потребление алкоголя, питание).

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

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

Целевые уровни факторов риска.

В таблице представлены целевые уровни основных модифицируемых факторов риска ССЗ.

Таблица 1.4 - Целевые уровни основных факторов риска ССЗ

| Фактор риска | | Критерий |
|-----------------------|--------|--|
| Курение | | Отказ от табакокурения и снижение вредного воздействия окружающего табачного дыма при пассивном курении |
| Питание | | Продукты с низким содержанием насыщенных жиров, с акцентом на цельнозерновые продукты, овощи, фрукты и рыбу |
| Физическая активность | | По крайней мере 150 минут в неделю умеренной аэробной физической активности (30 минут в течение 5 дней / неделю) или 75 минут в неделю энергичной аэробной физической активности (15 мин 5 дней / неделю) или их сочетание. |
| Вес тела | | ИМТ 20-25 кг / м ² . Окружность талии <94 см (мужчины) или < 80 см (у женщин) |
| Артериальное давление | | < 140/90 мм рт.ст. |
| Липиды | ХС-ЛНП | Очень высокий риск: < 1,8 ммоль/л (<70 мг/дл), или снижение, по меньшей мере, на 50%, если базовый уровень между 1,8 и 3,5 ммоль/л (70 и 135 мг/дл); Высокий риск: <2,6 ммоль/л (<100 мг/дл) или снижение, по меньшей мере, на 50%, если базовый уровень между 2,6 и 5,1 ммоль/л (100 и 200 мг / дл); Умеренный и низкий риск: < 3,0 ммоль / л (< 115 мг / дл); |

| | |
|--------------|--|
| ХС-ЛВП | Нет целевого уровня, но уровень >1,0 ммоль/л (>40 мг/дл) у мужчин и > 1,2 ммоль / л (> 45 мг/дл) у женщин указывают на более низкий риск |
| Триглицериды | Нет целевого уровня, однако, уровень < 1,7 ммоль/л (< 150 мг/дл) указывает на более низкий риск, а более высокие уровни указывают на необходимость определения и коррекции других факторов риска |
| Диабет | HbA1c < 7 % (<53 ммоль/моль) |

1.1.5. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА: КУРЕНИЕ БОЛЕЕ 20 СИГАРЕТ В ДЕНЬ (РЕГУЛЯРНОЕ КУРЕНИЕ)

Советы по отказу от курения должны быть даны ВСЕМ курящим!

В рамках диспансеризации на 1 этапе проводится индивидуальное профилактическое консультирование при интенсивном курении (более 20 сигарет в день).

Курящие пациенты с ССЗ обязательно проходят углубленное профилактическое консультирование в рамках 2 этапа диспансеризации.

Курящие пациенты без ССЗ, имеющие высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск подлежат диспансерному наблюдению в отделении (кабинете) медицинской профилактики, дается рекомендации пройти углубленное профилактическое консультирование вне рамок диспансеризации.

Курящие пациенты с низким и умеренным сердечно-сосудистым риском (и повышенным относительным риском) получают краткое профилактическое консультирование и совет бросить курить, что могут сделать самостоятельно (если выразят такое желание) или обратиться в кабинет по отказу от курения (в этом случае необходимо дать пациенту точную информацию, где, когда такой прием ведется). Желательно дать памятку «Как бросить курить?».

Алгоритм индивидуального профилактического консультирования при табакокурении

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

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

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

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

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

Определить готовность пациента бросить курить.

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

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

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

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

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

1.2. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ КРАТКОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РАМКАХ 1 ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Краткое профилактическое консультирование проводится как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра **участковым врачом** и должно стать обязательным компонентом повседневного приема врача (фельдшера) любой специальности. В последнем случае оно должно носить преимущественно поддерживающий характер (спросить о выполнении

прежних рекомендаций и при необходимости их повторить). Краткое профилактическое консультирование ограничено по времени (не более 5-7 мин) и проводится по структурированной схеме (алгоритму). Вместе с тем, желательно, чтобы врач-терапевт был знаком с навыками консультирования с мотивационными компонентами.

Информировать пациента о результатах проведенных исследований на 1 этапе диспансеризации (выявленных заболеваний, имеющихся у пациента факторах риска, величине суммарного СС риска, уровнях АД, общего ХС, глюкозы крови, о других результатах: дать краткое пояснение патологических отклонений, возможном онкориске, риске сахарного диабета, хронической обструктивной болезни легких, дать рекомендации по здоровому питанию необходимые направления на обследования как в рамках диспансеризации, так вне рамок диспансеризации (приказ МЗ РФ от 26.10.2017 № 869н), информировать о рекомендуемых для его возраста (пола) целевых уровнях факторов риска и показателей, к которым необходимо стремиться.

На углубленное профилактическое консультирование в рамках 2 этапа диспансеризации направляются:

- все пациенты с ССЗ;
- пациенты с риском пагубного потребления алкоголя;
- все пожилые 75 лет и старше.

Если пациент при заполнении анкеты на 1 этапе диспансеризации по ответам на вопросы анкеты о потреблении алкоголя набрал ≥ 3 (для женщин) или ≥ 4 (для мужчин), то такое пациент подлежит направлению на углубленного профилактическое консультирование на 2 этапе диспансеризации.

Нередко врачи встречаются трудности в объяснении пациенту этой необходимости, для чего могут быть полезны нижеприведенные советы:

Вариант 1. Обратитесь к пациенту по имени: *«В анкете, которую вы заполняли, были вопросы, касающиеся употребления алкоголя, Вы ответили на вопросы и ответы могут указывать на наличие риска алкоголя для Вашего здоровья. Что Вы сами думаете по этому поводу?»*

Пациент, скорее всего, выразит удивление (сомнение). При любом ответе вы продолжаете: *«Я рекомендую Вам обратиться в кабинет медицинской профилактики (центр здоровья), где Вы можете подробно поговорить об этом со специалистом по профилактике».*

Вариант 2. *«Итак, Вы завершили первый этап диспансеризации. Я бы хотел вам дать несколько рекомендаций, относительно имеющихся у Вас факторов риска (если у пациента отмечены другие факторы риска, говорите о них). Кроме того, пару слов об алкоголе. Те, ответы, которые Вы дали, свидетельствуют о возможном риске употребления алкоголя для Вашего здоровья, Вы набрали (указываете конкретное число баллов, если оно ≥ 3 для женщин и ≥ 4 для мужчин). По данным экспертов ВОЗ*

нижняя граница риска для женщин – 2 балла, для мужчин – 3 балла. Что вы думаете по этому поводу?»

Пациент, скорее всего, выразит удивление (сомнение). При любом ответе вы продолжаете: *«У нас есть специалист по профилактике факторов риска, который может вас проконсультировать. Я рекомендую обратиться в наш кабинет медицинской профилактики, где Вы можете получить более подробную информацию».*

Если пациент отказывается от направления, предоставьте ему памятку «Как не поддаваться влечению к спиртному?».

Если у пациента высокий (очень высокий) абсолютный СС риск – уточнить, как он понял советы, полученные при индивидуальном ПК в отделении (кабинете) медицинской профилактики. Повторить советы при необходимости, дать необходимые пояснения. При курении 20 сигарет и более в день рекомендовать обратиться за медицинской помощью по отказу от курения (или дать совет); при уровне общего ХС 8 ммоль/л и более назначить определение липидного спектра (проводится вне рамок диспансеризации), уточнить и при необходимости повторить диетически рекомендации, полученные при индивидуальном ПК в отделении (кабинете) медицинской профилактики. Если пациенты не получили памятки в кабинете медицинской профилактики, рекомендуется дать памятки: «Как бросить курить?», «Что надо знать об атеросклерозе». Дальнейшая тактика назначений определяется результатами определения липидного спектра. Подтвердить важность снижения СС риска и поведенческих факторов риска и наблюдения в отделении (кабинете) медицинской профилактики.

Если у пациента высокий относительный СС риск – уточнить, как он понял советы по снижению факторов риска и дать необходимые уточнения: при курении 20 сигарет и более в день рекомендовать обратиться за медицинской помощью по отказу от курения (или дать совет); при уровне общего ХС 8 ммоль/л и более назначить определение липидного спектра (проводится вне рамок диспансеризации), уточнить и при необходимости повторить диетические рекомендации, полученные при индивидуальном ПК в отделении (кабинете) медицинской профилактики) и уточнить получили пациенты памятки. Дальнейшая тактика назначений определяется результатами определения липидного спектра. Объяснить пациенту необходимость лечения и контроля.

Если у пациента повышено АД, объяснить важность и принципы самоконтроля АД в домашних условиях. Обследование и тактику выбирать в соответствии с национальными клиническими рекомендациями. Рекомендуется дать памятку о профилактике инсульта. Пациенты с заболеваниями, обусловленными повышенным артериальным давлением, подлежат диспансерному наблюдению в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения.

Если у пациента имеется риск развития жизнеугрожающих состояний (имеется ССЗ, осложнения, высокий и очень высокий риск ССЗ) объяснить пациенту основные симптомы таких состояний и правила неотложных мер при возникновении жизнеугрожающих состояний и незамедлительного вызова неотложной (скорой) медицинской помощи (уточнить знает ли пациент телефон и пр.).

Если пациент курит – провести краткое консультирование по отказу от курения. (См. алгоритм консультирования – целевая группа – курящие пациенты)

По результатам исследований на 1 этапе, в том числе и по результатам анкетирования сделать все необходимые направления на 2 этап диспансеризации (углубленное профилактическое консультирование, дополнительные инструментальные исследования и консультации врачей-специалистов) в соответствии с приказом МЗ РФ № 869н от 26.10.2017 и дать необходимые направления вне рамок диспансеризации в соответствии с профильными Порядками и стандартами.

Информировать пациента о возможности получить в поликлинике **вне рамок диспансеризации** углубленное профилактическое консультирование или посетить школу пациента (такие направления в соответствии с приказом № 869н могут быть сделаны для **граждан до 72 лет 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, и (или) курящих более 20 сиг/день**). Если пациент не получил памятки при индивидуальном консультировании в кабинете медицинской профилактики, дать необходимые памятки. Сообщить график работы кабинета медицинской профилактики, центра здоровья, порядок записи на прием желающих бросить курить, снизить избыточную массу тела и др.

Если диспансеризация завершается на 1 этапе и отсутствуют показания для направления на 2 этап, **информировать пациентов в возрасте 50-70 лет** о необходимости пройти повторное исследование на риск злокачественных новообразований (колоректальный рак – кал на скрытую кровь и рак молочной железы для женщин – маммографию) с периодичностью 1 раз в 2 года и определить срок очередного обследования для данного пациента в соответствии с графиком (приказ МЗ РФ № 869н от 26.10.2017).

Определить группу диспансерного наблюдения в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения.

Проконтролировать наличие в амбулаторной карте (если нет ЭМК) анкеты и карты учета диспансеризации.

Контролировать выполнение рекомендаций, одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций, повторять советы при последующих визитах.

Справочная информация.

В рамках краткого профилактического консультирования все пациенты должны получить информацию по основам здорового образа жизни на основе рекомендаций

ВОЗ о здоровом образе жизни и, в зависимости от имеющихся у пациента факторов риска, краткие рекомендации по коррекции факторов риска. Желательно, чтобы пациентам выдавались памятки с конкретными советами. Такие памятки могут быть в электронном виде в компьютере участкового врача-терапевта (фельдшера) и по мере необходимости распечатываться для каждого пациента в зависимости от конкретной ситуации.

1.3. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ УГЛУБЛЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РАМКАХ 2 ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

1.3.1. ХАРАКТЕРИСТИКА УГЛУБЛЕННОГО ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

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

1.3.2. ХАРАКТЕРИСТИКА УГЛУБЛЕННОГО ГРУППОВОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ (ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ)

Углубленное групповое профилактическое консультирование (школа пациента) - это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (предпочтительнее цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта может повышаться, что доказано. **Наиболее реально проводить групповое углубленное профилактическое консультирование в условиях вне диспансеризации, в дневных стационарах, в стационарах, санаторно-курортных учреждениях.** В рамках диспансеризации данная форма углубленного профилактического консультирования проводится

при наличии возможности формирования однородных групп пациентов.

Преимущества группового профилактического консультирования.

Обучение в группе усиливает действенность обучения – создается атмосфера коллектива, нивелируется чувство одиночества, улучшается эмоциональный контакт. Эффективность повышается за счет обмена опытом между пациентами, примеров из их жизни и пр.

Основные принципы проведения кол пациентов:

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

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

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

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

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

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

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

1.3.3. ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ УГЛУБЛЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) как обязательный компонент диспансеризации проводится **на 2 этапе диспансеризации** в следующих целевых группах:

- всем гражданам до 72 лет с выявленной ИБС, ЦВЗ, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;
- всем гражданам с выявленным по результатам опроса (анкетирования) риска пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- всем гражданам в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении.

1.3.3.1. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ДЛЯ УПК НА 2 ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ – ПАЦИЕНТЫ В ВОЗРАСТЕ ДО 72 ЛЕТ С ССЗ

(ИБС, ЦВЗ, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением).

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

Необходимо:

- Дать объяснение пациенту о характере имеющегося у него заболевания, о факторах, **способствующих развитию** заболевания (поведенческие факторы риска: курение, алкоголь, низкая физическая активность, нерациональное питание, наследственность ранних ССЗ), факторах, **повышающих риск осложнений и острых состояний**, нередко жизнеугрожающих (систематически и, особенно, острые физические, психические перегрузки, невыполнение врачебных назначений, невыполнение рекомендаций по снижению факторов риска). Обсудить содержание памятки об атеросклерозе и о профилактике инсульта.

- Объяснить симптомы (возможные) острых жизнеугрожающих состояний и правила неотложных мер при их возникновении. Желательно дать памятку.

- Объяснить и обучить пациента самоконтролю артериального давления.

- Информировать пациента о выявленных у него факторах риска, дать их объяснение и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важность контроля факторов риска и снижения их повышенных уровней. Объяснить, что при уже имеющемся у пациента заболевании снижение сопутствующих факторов риска наряду с медикаментозным лечением (назначается и проводится под контролем участкового врача-терапевта или при показаниях врача-специалиста). Если пациенты не получили памятки, дать необходимые памятки.

- Объяснить пациенту важность и необходимость диспансерного наблюдения, которое проводит или участковый врач-терапевт, или врач-специалист (в зависимости от имеющейся патологии);

- Оценить отношение пациента к его факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни;

- Обратит внимание на курение и употребление алкоголя пациентов, особенно, если пациент принимает лекарственные препараты, при которых прием алкоголя противопоказан (см. текст, ниже «Справочные материалы»)

- Обсудить с пациентом план действий и составить совместно с ним согласованный, конкретный и реалистичный план действий по отказу от курения и график повторных визитов и контроля ФР. Это особенно важно для лиц с высоким и очень высоким СС риском, которые подлежат диспансерному наблюдению в кабинете (отделении) медицинской профилактики.

- В ходе консультирования необходимо уточнять насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»). Желательно предоставить пациенту письменные рекомендации (памятки, листовки и пр.). Повторять рекомендации и акцентировать внимание пациента на важности снижения риска заболеваний при каждом посещении медицинского учреждения.

- Важно регистрировать в амбулаторных картах и учетных формах диспансеризации все советы и обязательно их уточнять, напоминать и контролировать результат (при опросе) в ходе последующих визитов. Вносить необходимые изменения в тактику ведения пациента при каждом визите, повторять рекомендации и уточнять график повторных визитов. Одобрять и поощрять позитивные изменения.

Справочная информация

При объяснении пациентам характера имеющегося у пациента атеросклеротического заболевания необходимо остановиться на неотложных мерах по самопомощи и взаимопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях. Большинство пациентов данной целевой группы имеют повышение АД.

В категорию заболеваний, характеризующихся повышенным артериальным давлением, входят диагнозы с разными причинами повышения артериального давления. При углубленном профилактическом консультировании таких пациентов, прежде всего, необходимо рекомендовать **пройти полное рекомендованное лечащим врачом обследование** для установления причин повышения АД и следовать его советам по приему необходимых медикаментов в соответствии с клиническими рекомендациями.

Необходимо информировать пациента и способствовать формированию навыков:

- самоконтроля АД в домашних условиях. Желательно, чтобы пациент имел домашний тонометр и был обучен правильно измерять и оценивать уровень АД, знал технику измерения, критерии. Желательно, чтобы пациенты, находящиеся на медикаментозном лечении, вели дневник контроля АД, в который записывал;

- уровни АД (желательно утром после ночного сна и вечером, в одно и то же время суток). При необходимости в дневнике можно регистрировать прием назначенных препаратов и самочувствие (жалобы), что поможет врачу оценить последующую тактику. Пациенты с повышениями АД должны измерять АД в регулярном режиме вне зависимости от самочувствия, но не реже 1 раза в неделю;

- регулярного приема антигипертензивных препаратов (если медикаменты назначены врачом) и недопустимости самолечения;

- освоения неотложных мер доврачебной помощи при резких подъемах АД (кризах), определения основных симптомов сердечного приступа и симптомов возможного острого состояния (нарушения мозгового кровообращения) для своевременного (раннего) вызова скорой медицинской помощи самоконтроля АД в домашних условиях. Дать памятку о профилактике инсульта;

- соблюдения рационального питания и знать основы здорового образа жизни. При объяснении необходимо уточнить насколько пациент понял рекомендации (переспросить его как он понял), что включено в принципы и алгоритм мотивационного консультирования;

- оптимизации повседневной физической активности и самоконтроль адекватности индивидуальной нагрузки;

- контроля массы тела в соответствии с рекомендуемыми для конкретного пациента нормами (желательно, чтобы пациент имел домашние весы);

- регулярного прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, **диспансерного наблюдения у врача** и выполнения назначенных врачом исследований.

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

Фактор риска - курение:

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

Углубленное профилактическое консультирование при потреблении табака проводится всем курящим данной целевой группы:

- Курящим, которые **готовы** отказаться от курения, но нуждаются в медицинской помощи и мотивационной поддержке;

- Курящим, которые **не готовы** отказаться от курения, и нуждаются в повышении мотивации и поддержке для изменения поведения.

Углубленное профилактическое консультирование при потреблении табака должно носить характер поведенческого мотивационного консультирования, а не только информирования и должно включать детальную диагностику статуса курения (интенсивность, стаж, попытки бросить, оценку никотиновой зависимости теста Фагенстрема).

Таким образом, консультирование направлено как на информирование о вредном воздействии табачного дыма на организм, с учетом индивидуальных особенностей пациента, так и на оказание помощи по отказу от курения, изменение установок в отношении курения, помощь в преодолении сомнений и опасений возможных негативных последствий отказа от курения (стресс, набор «лишнего веса», проявлений синдрома отмены).

Техника проведения углубленного профилактического консультирования при табакокурении предполагает диалог с пациентом, при котором выявляются.

Причины и мотивы пациента для курения и причины для отказа от курения

Врач старается разобрать с пациентом причины курения и причины для отказа от курения, привязывая к состоянию его здоровья, наличию факторов риска, или к другим факторам, важным лично для него - наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить. При наличии неудачных попыток бросить курить в прошлом, с пациентом обсуждаются причины и ситуации, почему произошел срыв и закуривание вновь - эти препятствия должны быть учтены при консультировании и построении плана действий.

Последствия курения как общие, так и в отношении здоровья конкретного пациента

Врач обсуждает с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, возникновение и/или обострение бронхиальной астмы и других хронических болезней легких, сердечно-сосудистые болезни (инфаркт, инсульт), онкологические болезни рак легких, рак груди и других локализаций, риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у беременных женщин, проблемы с эректильной дисфункцией у мужчин, преждевременное старение кожи.

Необходимо:

- уточнить, какие из негативных влияний курения наиболее важны для пациента (при аргументировании необходимости отказа от курения учесть эти факторы);

- обратить внимание пациента на то, что потребление «легких сигарет» и других форм табака также вредно для здоровья, как обычных сигарет, а курение «легких сигарет» намного, чем обычных, вреднее еще для окружающих людей;

- объяснить пагубные последствия «пассивного курения» - для самого пациента и для окружающих его людей: повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, рака легкого и хронических респираторных заболеваний у лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма;

- подчеркнуть особый вред «пассивного курения» для детей - повышенный риск внезапной внутриутробной и младенческой смерти, повышенный риск рождения недоношенных младенцев или детей с малым весом, а значит, подверженных развитию хронических респираторных и сердечно-сосудистых болезней в будущем, повышенный риск развития бронхиальной астмы, отитов, респираторных заболеваний у детей курящих родителей.

Преимущества отказа от курения

Врач вместе с пациентом обсуждает наиболее значимые для него преимущества отказа от потребления табака. В привязке к состоянию здоровья пациента, наследственности, семейных ситуаций и др. и с его личными мотивами разбирает с пациентом пользу отказа от курения, например:

- 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 мужчин;
- увеличение вероятности родить и вырастить здоровых детей.

Препятствия для отказа от курения

Врач спрашивает у пациента, что мешает ему отказаться от курения, обсуждает с ним все препятствия и пытается аргументировано опровергнуть его доводы, объясняет, что большинство трудностей на пути к отказу от курения связано с табачной зависимостью, которую можно преодолеть с помощью лечения. Чаще всего курящие высказывают в качестве аргументов против отказа от курения боязнь синдрома отмены, повышения стресса, увеличения массы тела (веса), ухудшения

настроения, угнетения, подавленности и депрессии, нежелание утратить удовольствие от курения, боязнь неудачи.

Фактор риска – алкоголь:

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

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

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

Хотя алкоголь **на популяционном уровне** обладает некоторыми защитными свойствами в отношении ишемической болезни сердца при употреблении умеренных доз, при употреблении более 20 г (2,5 единицы) в день (Anderson&Baumberg, 2006). Эти данные **нет оснований переносить на индивидуальный риск**, т.к. в формировании индивидуального риска участвует множество факторов, в том числе генетическая предрасположенность, условия и образ жизни, сопутствующая патология и прочие.

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 массы тела за 6-12мес. Если пациент не получил памятку ранее, дать памятки «Избыточная масса тела. Как похудеть?»).

Ограничение потребления соли (до 5 г/сутки – 1 чайная ложка без верха; пациентам следует рекомендовать избегать подсаливания пищи, потребления соленых продуктов, уменьшать использование поваренной соли при приготовлении пищи);

Рекомендуется **полное исключение алкогольных напитков**.

Увеличение потребления фруктов и овощей (не менее 400-500 грамм овощей или фруктов в день, за исключением картофеля) для обеспечения организма клетчаткой, витаминами, минералами, органическими кислотами, фитонцидами и сохранения кислотно-щелочного равновесия.

Снижение общего потребления жиров и насыщенных жиров. Рацион должен содержать достаточное количество растительных масел (20-30 г/сут.), обеспечивающих организм полиненасыщенными жирными кислотами (рыба не менее

2 раз в неделю, желательно 1 раз жирных сортов). Потребление пищевого холестерина не должно превышать 300 мг в сутки (продукты богатые холестерином: яичные желтки, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, сосиски и колбасы с высоким содержанием жира).

Фактор риска – низкая физическая активность:

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

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

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

1.3.3.2. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ДЛЯ УПК НА 2 ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ – ГРАЖДАНЕ С РИСКОМ ПАГУБНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И (ИЛИ) ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА

Углубленное профилактическое консультирование при выявленном риске пагубного потребления алкоголя проводится в отделении (кабинете) медицинской профилактики на 2 этапе диспансеризации по направлению врача-терапевта в случае положительного заполнения вопросника AUDIT-C (включенного в анкету 1 этапа), таблица 1.3.

| | | | | | |
|-----------|---|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 23 | Как часто Вы употребляете алкогольные напитки? | | | | |
| | Никогда (0 баллов) | Раз в месяц и реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц (2 балла) | 2-3 раза в неделю (3 балла) | ≥ 4 раз в неделю (4 балла) |
| 24 | Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива | | | | |
| | 1-2 порции (0 баллов) | 3-4 порции (1 балл) | 5-6 порций (2 балла) | 7-9 порций (3 балла) | ≥ 10 порций (4 балла) |

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 25 | Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива | | | | |
| | Никогда (0 баллов) | Раз в месяц и реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц (2 балла) | 2-3 раза в неделю (3 балла) | ≥ 4 раз в неделю (4 балла) |
| ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 23-25 равна _____ баллов | | | | | |

Таблица 1.5 – вопросник AUDIT-C

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

Итак, цель углубленного профилактического консультирования пациента с **риском пагубного потребления алкоголя повысить** информированность пациента об имеющемся у него риске вследствие неблагоприятного влияния алкоголя на здоровье, предупредить пациента о несовместимости алкоголя с приемом лекарственных препаратов, оценить степень риска и мотивировать к уменьшению потребления алкоголя (или отказу от него в случае медицинских показаний) **с учетом отношения** пациента к проблеме алкоголя и его готовности к изменениям, чему поможет приведенный ниже алгоритм и психологические особенности эффективного профилактического консультирования при пагубном потреблении алкоголя.

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

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

Дальнейшие действия зависят от результата заполнения вопросника AUDIT, таблица 1.4.

Таблица 1.6 - Тактика врача по результатам заполнения вопросника AUDIT

| Количество баллов по ответам на полный вопросник AUDIT | Риск для здоровья вследствие потребления алкоголя | Тактика врача (фельд ера) ОМП/КМП |
|---|--|--|
| | | |

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| для женщин для мужчин | Низкий риск | Одобрить, дать информацию об опасных количествах потребления алкоголя |
| 8-19 для женщин 9-19 для мужчин | Опасное (рискованное) потребление или пагубное потребление (потребление с вредными последствиями) | Дать информацию о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье. Совет по ограничению потребления алкоголя. |
| Больше 20 | Возможная зависимость | Направление (рекомендация) к специалисту наркологу |

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

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

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

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

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

Если пациент готов к сотрудничеству и признает у себя наличие проблемы, врач-консультант может предложить ему обсудить конкретные планы изменения

образа жизни, опираясь на варианты, изложенные в памятке «Как не поддаваться влечению к спиртному?», которую рекомендуется дать пациенту с собой.

Алгоритм консультирования при риске пагубного потребления алкоголя

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

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

Оценка мотивации (важности, уверенности и готовности к изменениям) с использованием линеек (шкал).

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

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

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

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

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

покажется сложным, вы можете обратиться ко мне еще раз, и мы сможем снова обсудить пути решения этих проблем».

Действия специалиста в случае возможной зависимости:

- Дать информацию о результатах опроса, как в случае опасного или пагубного потребления, четко сформулировав свое заключение и предупредив пациента об очень высоком риске.

- Оценить готовность к лечению (с помощью линейки готовности).

- При низкой готовности (0-3 балла) запланировать и провести медицинское обследование для выявления уже существующего вреда здоровью на фоне такого высокого уровня риска. Запланировать встречу с пациентом и консультацию по результатам обследования.

- При средней и высокой готовности к лечению (4-10 баллов) обсудить с пациентом направление к наркологу.

Риск потребления психотропных веществ и наркотических средств без назначения врачей

В ходе углубленного профилактического консультирования пациента с выявленным риском **потреблением психотропных веществ или наркотиков без назначения врачей** рекомендуется прежде всего провести детальный опрос на уточнение ситуации, для чего может быть рекомендован опросник на самозаполнение, адаптированный по международному вопросник на употребление психотропных веществ или наркотических средств DAST-10 и таблицы его интерпретации.

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

Алгоритм профилактического консультирования пациентов с риском потребления психотропных веществ или наркотиков

- Уточнить информацию, заполнить вопросник DAST-10;
- Информировать пациента о результатах и, если у него имеется подозрение на зависимость от потребления наркотиков и психотропных средств дать разъяснение;
- Объяснить негативное влияние немедицинского потребления наркотиков и психотропных средств на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации);
- Спросить пациента об его отношении к собственной привычке потребления наркотиков и психотропных средств и готовности снизить это потребление;
- Совместно с пациентом проанализировать ситуации, провоцирующие потребление наркотиков и психотропных средств;
- Рекомендовать отказаться полностью от потребления наркотиков и психотропных веществ;

- Дать памятку, посоветовать обратиться за помощью к наркологу при подозрении на наличие зависимости.

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

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

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

1.3.3.3. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ДЛЯ УПК НА 2 ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ – ГРАЖДАНЕ В ВОЗРАСТЕ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ В ЦЕЛЯХ КОРРЕКЦИИ ВЫЯВЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И (ИЛИ) ПРОФИЛАКТИКИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ.

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

Пожилые люди являются наиболее быстрорастущей частью населения России. За последние 50 лет абсолютная численность лиц в возрасте 60 и более лет увеличилась почти на 14 млн. человек, и сейчас в России насчитывается около 25 млн. пожилых людей. Относительная численность лиц старшего возраста в общей численности населения России на текущий момент превышает 17%. В дальнейшем старение российского населения будет продолжаться. В соответствии с прогнозом ООН, к 2050 г. доля лиц старшего возраста в общей численности населения нашей страны может составить более 30%.

Здоровое старение, по определению экспертов ВОЗ, – это процесс, который происходит на протяжении всего жизненного цикла. Вредный для здоровья стиль поведения, часто формирующийся на ранних этапах жизни, может ухудшить качество жизни и даже привести к преждевременной смерти. Плохое питание, отсутствие физической активности, потребление табака и вредное употребление алкоголя – все это способствует развитию хронических состояний, пять из которых (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические заболевания верхних

дыхательных путей и психические нарушения) обуславливают примерно 77% бремени болезней и 86% случаев смерти в Европейском регионе.

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

Кроме того, согласно Глобальным рекомендациям ВОЗ по физической активности для здоровья обобщенные научные данные показывают, что физически активные пожилые люди, по сравнению с менее активными мужчинами и женщинами, гораздо менее подвержены **общим причинам смертности, ишемической болезни сердца, гипертонии, инсульту, диабету 2 типа, раку толстой кишки, раку молочной железы**, имеют более высокий уровень кардиореспираторных показателей.

Здоровое питание, регулярная физическая активность, поддержание нормальной массы тела и отказ от употребления табака могут предотвратить или хотя бы отсрочить развитие диабета 2 типа.

Таким образом, одним из ключевых подходов к сохранению здоровья и продлению жизни человека, в том числе достигшего старшего возраста, является сокращение негативного воздействия на здоровье и качество жизни пожилых людей свойственных этой возрастной категории факторов риска. Наряду с поведенческими детерминантами, влияющими на здоровье, в том числе и пожилых людей, такими как **приверженность здоровому образу жизни, питание, употребление алкоголя, курение, физическая активность**, в пожилом возрасте становятся важными такие факторы как снижение функциональной активности, депривация, нарушения со стороны органов слуха и зрения, когнитивные нарушения и др., в совокупности, формирующие **синдром старческой астении**, существенно влияя на здоровье и качество жизни пожилых.

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

Старческая астения включает в себя более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Роль традиционных факторов риска в пожилом возрасте сохраняется,

однако на первое место выходят факторы старческой астении, которые пожилой человек должен знать и уметь снижать их негативное влияние на качество жизни.

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

В ходе диспансеризации анкетирование пожилых проводится по специальной анкете для пациентов 75 лет и старше для выявления факторов риска и признаков старческой астении определения показаний для направления на гериатрическое консультирование лиц с высокой вероятностью старческой астении.

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

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

Алгоритм и особенности профилактического консультирования лиц 75 лет и старше

- При профилактическом консультировании должны быть учтены возрастные особенности коррекции артериальной гипертензии, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии у людей пожилого и старческого возраста, а также вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний;
- Пациента следует ориентировать не только за устранение симптомов заболеваний, но и на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни без негативных для здоровья факторов;
- Всем консультируемым должны быть даны учитывающие возрастной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств в соответствии с методическими рекомендациями по профилактическому консультированию пожилых;
- Профилактическое консультирование должно учитывать положительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха» и проводиться с учетом рекомендаций по профилактическому консультированию пожилых по

результатам оценки по этой шкале;

- При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зрения), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов;
- При высокой вероятности старческой астении по данным скрининговой шкалы «Возраст не помеха» пациента следует направить к гериатру.

Справочная информация

Особенности коррекции факторов риска в пожилом возрасте

В случае, если пациентам пожилого возраста требуется медикаментозное лечение, это лечение назначается и контролируется лечащим врачом или врачом – гериатром (пациенты со старческой астенией и/или старше 80 лет).

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

Контроль массы тела

Особого внимания у пожилых требует низкая масса тела (индекс массы тела <23 кг/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 массой тела ниже 70кг) за последние 3 месяца, необходимо проведение обследования для уточнения причины снижения массы тела и исключения развития саркопении.

Следует рекомендовать снижение веса только пациентам с ИМТ ≥ 35 кг/м². Снижение веса осуществляется под контролем врача. При консультировании пожилых пациентов следует предупредить о недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

Артериальная гипертензия

Лечение проводится лечащим врачом. Всем пожилым пациентам с систолическим АД ≥ 160 мм рт.ст. без старческой астении следует обязательно рекомендовать обращение к лечащему врачу для назначения/коррекции и антигипертензивной терапии. При наличии старческой астении рекомендуется консультация гериатра.

Целевое систолическое АД у пожилых пациентов без старческой астении составляет 140-150 мм рт.ст. У пожилых пациентов <80 лет возможно назначение антигипертензивной терапии при САД более 140 мм рт. ст. и достижение целевого уровня САД <140 мм рт. ст., однако необходимо учитывать индивидуальную переносимость более низких значений АД и клинический статус.

Целевое АД у пожилых пациентов со старческой астенией определяется врачом – гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

Дислипидемия

Лечение проводится лечащим врачом. С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам по назначению лечащего врача показано назначение липидснижающей терапии (статинов). Эффективность и безопасность липидснижающей терапии контролируется лечащим врачом. Для первичной профилактики ССЗ у пожилых ≥ 75 лет (особенно в возрасте 80 лет и старше), назначение статинов не показано независимо от уровня холестерина.

Применение ацетилсалициловой кислоты (75-150 мг/сутки).

Лечение проводится лечащим врачом с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний при условии контролируемой АГ. Для первичной профилактики - не показано.

Коррекция гипергликемии

Лечение проводится лечащим врачом и/или врачом-эндокринологом.

Рекомендуемый целевой уровень HbA1c $<7,5\%$ при отсутствии тяжелых осложнений СД и/или риска тяжелой гипогликемии, при тяжелых осложнениях СД и/или риске тяжелой гипогликемии, целевой уровень HbA1c $<8,0\%$.

Физическая активность

Аэробная физическая активность средней интенсивности не менее 150 минут в неделю, или выполнение упражнений высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю с учетом индивидуальных особенностей пациента и при отсутствии противопоказаний.

Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут.

Начинать физические занятия следует с разминки (медленная ходьба и легкие потягивания), если пациент только начинает заниматься физическими упражнениями, то 5-10-минутная разминка может составлять целое занятие.

Продолжительность занятия должна постепенно увеличивать до 30 минут в день; если до этого пожилой человек вел малоподвижный образ жизни, то этот период должен составлять не менее трех недель.

Наиболее эффективны ходьба по ровной местности, скандинавская ходьба, лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и др., а также ежедневная утренняя гимнастика (или длительная прогулка в лесу, парке, сквере).

Если пожилые люди не могут выполнять рекомендуемый объем физических нагрузок, им следует выполнять объем упражнений, соответствующий их возможностям и состоянию здоровья

Пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать повышение физической активности медленно, начиная с нескольких минут в день, и постепенно увеличивать продолжительность и частоту физических занятий (при отсутствии противопоказаний).

Следует исключать упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п.

Выполнение упражнений на равновесие и предотвращение падений 3 и более дней в неделю до 30 минут (**например**, ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках). В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору.

Заболевания суставов не являются противопоказанием для физических упражнений. Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно - реабилитолога, для разработки индивидуальной программы физической активности.

Осторожно следует в программу физической активности должны включаться бег, прыжки, упражнения с тяжестями и другие виды нагрузок, которые могут привести к травмам.

Питание

Энергетическая ценность рациона питания для лиц старше 75 лет должна составлять 1600 ккал для женщин и 1800 ккал для мужчин.

Режим питания должен обязательно включать три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня).

Общий водный режим составляет не менее 2 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл. Для лиц имеющих сердечную недостаточность питьевой режим должен быть согласован с участковым терапевтом или кардиологом.

Следует учитывать, что потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста в виду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1-1,2 г/кг/сут с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками.

Оптимальными источниками животного белка являются молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина, а растительного – крупы, бобовые, семена и орехи. Необходимо рекомендовать ежедневное употребление животного белка. Если пациент не употребляет мясо, рыбу и птицу или делает это в недостаточном количестве, следует направить его на консультацию к

диетологу для решения вопроса о назначении дополнительных источников белка в виде функционального продукта или подбора специализированного рациона питания для обеспечения потребления белка на необходимом уровне.

На долю общего жира в рационе не должно приходиться более 25-30% от суточной калорийности, при этом треть отводится на насыщенные жиры, а другие две трети - на равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. Из растительных жиров предпочтительны оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25-30мл в день (2 столовые ложки). Потребление животных жиров (сливочное масло, сливки, сметана, топленый жир) следует ограничить, также, как и продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных транс-жирных кислот, содержащихся в переработанных пищевых продуктах, еде быстрого приготовления, закусочных пищевых продуктах, жареной во фритюре еде, замороженных пицце и пирогах, печенье, маргарине и бутербродной смеси.

Рекомендуется потребление не менее двух порций молочных продуктов в день. Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленные сахар и/или насыщенные жиры. У лиц старшего возраста может иметь место вторичная лактозная непереносимость, в таком случае, продукты с молочным сахаром – лактозой, следует исключить из рациона питания (молоко и др.), но продукты, в которых лактоза была израсходована на процесс ферментации, следует оставить в рационе (творог, сыр, йогурт). Пациенту показано потребление без или низколактозных молочных продуктов. При наличии вторичной непереносимости к молочным (сывороточным) белкам пациенту следует предложить потребление продуктов растительного происхождения (миндального, рисового или соевого молока, йогурта, сыра тофу).

С возрастом снижается толерантность к углеводам, поэтому углеводный компонент питания должен быть сформирован из продуктов, содержащих «сложные» углеводы и богатых пищевыми волокнами: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная греча, нешлифованный рис, не переработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые (включая сою), грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей, овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500г/сут). Одна порция – это один фрукт крупного размера (яблоко, груша, апельсин), ½ стакана фруктового салата, замороженных или консервированных фруктов, 3-4 штуки мелких фруктов (абрикос, слива, клубника), 3-4 ягоды сухофруктов (курага, финик, инжир), ½ стакана приготовленных или 1 стакан свежих мелконарезанных овощей. Потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы и саго) и корнеплодов (картофель, батат, кава и др.) следует ограничивать.

Потребление свободных сахаров ограничено 10% суточной калорийности рациона (50г/сутки). Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продукты производителем, поваром или потребителем (добавленные сахара) и могут также содержаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах. Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи. Потребление сахара в чистом виде (добавленного) следует ограничивать до 5% общей калорийности (около 25г/сутки, примерно 6 чайных ложек без «верха»).

Рекомендуемое потребление поваренной соли должно составлять до 5,0 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. Однако, если пожилой человек ранее не придерживался такого уровня потребления соли, не следует вводить его резкие ограничения. Целесообразно проанализировать потребление и рекомендовать отказаться от продуктов с высоким содержанием соли: копчености, колбасные изделия, консервированные продукты, соусы, соленья, и рекомендовать исключить досаливание уже готового блюда.

Из способов кулинарной обработки рекомендуется использование щадящих режимов: отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.

С целью профилактики падений, остеопороза и переломов всем пациентам следует рекомендовать ежедневный прием препаратов кальция (в дозе 1000-1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800-1000 мг/сутки).

Рекомендации по питанию пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале "Возраст не помеха") даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки.

Курение

Пожилые пациенты менее внимательны к доводам о вреде курения, склонны недооценивать опасность курения и переоценивать его преимущества, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения.

При профилактическом консультировании пожилых необходимо акцентировать внимание на том, что эти пациенты, продолжающие курить, тяжелее переносят болезни, характерные для пожилого возраста, такие как диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии, которые для многих пожилых людей имеют фатальные последствия. Потребление табака может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста. Воздействие вторичного табачного дыма (пассивное курение) также пагубно для здоровья пожилого человека.

Рекомендации по отказу от курения пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале "Возраст не помеха") даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки.

Краткое консультирование обычно проводится в течение 5 минут, включает краткий опрос-беседу, обсуждение и поддержку. Сопровождение краткого совета предоставлением материалов для самопомощи может повысить вероятность в отказе от курения.

Организация безопасного быта

Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, особенно для пациентов с падениями в анамнезе:

- Убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о которые можно споткнуться;
- Убрать скользкие коврики или закрепить их на полу;
- Предупредить возможность споткнуться о край ковра, порожки;
- Использовать нескользящий коврик для дна ванной, душевой кабины;
- Пол в ванной комнате должен быть нескользким;
- Оборудовать ванну и пространство рядом с унитазом поручнями;
- Обеспечить достаточное освещение: повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной/туалета был хорошо освещен;
- При необходимости использовать устойчивую стремянку, а не стул/табурет/стол;

Когнитивный тренинг:

Оценка: рекомендуется применить тест Мини-Ког.

Тренинг: примеры упражнений для когнитивного тренинга:

- заучивание стихов, песен
- игра на музыкальных инструментах
- рисование
- решение логических задач
- разгадывание кроссвордов

Может быть рекомендовано обращение в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности.

Прием лекарственных препаратов

Следует делать акцент на выявление у пожилых пациентов полипрагмазии (хронический прием 5 и более лекарственных препаратов), дать памятку с советами пациенту по правилам приема лекарственных препаратов.

Заключение по разделу методических рекомендаций «Профилактическое консультирование в рамках диспансеризации»

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

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

Сейчас почти каждый знает, что сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее частой причиной инвалидности и смерти в самом продуктивном возрасте человека. В основе сердечно-сосудистых заболеваний лежит повреждение стенок кровеносных сосудов **атеросклерозом**. Люди с пораженными атеросклерозом кровеносными сосудами сердца страдают от тяжелых болей за грудиной, - стенокардии, которая нередко заканчивается инфарктом миокарда - омертвением сердечной мышцы. Атеросклероз может поражать кровеносные сосуды, несущие кровь к мозгу, - тогда развиваются мозговые нарушения, вплоть до мозгового инсульта - омертвения мозговой ткани.

Бывает, что атеросклероз поражает сосуды, несущие кровь к мышцам ног, тогда от нестерпимых болей человек не может ходить, а в конечном этапе развивается гангрена. В обиходе существует два неправильных мнения об атеросклерозе. Одно из них - у более молодых людей, что атеросклероз еще не скоро. Другое - у более пожилых, что атеросклероз у меня все равно есть и сопротивляться ему бесполезно.

Что такое факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний?

В больших научных эпидемиологических программах с обследованием сотен тысяч людей и наблюдением за ними в течение десятилетий было доказано существование факторов, сильно повышающих вероятность развития заболеваний, связанных с атеросклерозом в любом возрасте. Их называют факторами риска.

Самые опасные из них: повышенный уровень холестерина в крови, повышенное артериальное давление и курение. За ними следуют сахарный диабет/повышенный уровень глюкозы в крови и избыточная масса тела - ожирение. Действие одного фактора усиливает действие другого, поэтому особенно опасно их

сочетание. Если же снизить уровень каждого фактора риска, например, снизить уровень холестерина в крови, снизить артериальное давление, бросить курить, снизить избыточный вес, то общая вероятность заболеть сердечно-сосудистыми заболеваниями реально снизится, а развитие атеросклероза замедлится. В наибольшей степени это доказано для снижения уровня холестерина в крови.

Что такое холестерин?

Холестерин - жироподобное вещество, которое жизненно необходимо человеку. Он входит в состав мембран всех клеток организма, много холестерина в нервной ткани, из холестерина образуются желчные кислоты, необходимые для пищеварения, и стероидные гормоны.

На все эти нужды в организме (в печени) образуется холестерина более чем достаточно. Но человек потребляет его еще и с пищей, и часто в избыточном количестве. В основном, источником холестерина служат жирные животные продукты. Если их много в рационе питания, а не содержащих холестерин растительных масел, овощей и фруктов - мало, то содержание холестерина в крови увеличивается, и он из необходимого организму друга превращается в смертельного врага.

Что такое липопротеины

Не весь холестерин крови одинаково опасен: иногда говорят о «хорошем» и «плохом» холестерине. Но холестерин как вещество весь одинаков, просто находится в крови в разных сферических частицах - комплексах с другими жировыми и белковыми молекулами - их называют ЛИПОПРОТЕИНАМИ. Одни из них - липопротеины низких плотностей несут холестерин с кровью в периферические ткани из печени, где он синтезируется. Если этих частиц образуется слишком много или нарушен их распад, в крови накапливается много холестерина, он откладывается в стенках кровеносных сосудов, а вокруг его отложений разрастается соединительная (рубцовая) ткань. Так образуется

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА, сужающая просвет сосуда и затрудняющая ток крови. И вот тогда холестерин в составе липопротеинов низких плотностей можно назвать «плохим».

Атеросклеротические бляшки бывают разные. Самые злокачественные, - с большим холестериновым ядром и тонкой шапочкой из соединительной ткани, - называют нестабильными. Такая бляшка легко разрывается, вскрывается как нарыв в просвет сосуда. В ответ на это организм старается закрыть образовавшееся повреждение тромбом. Зачастую тромб не может остановиться в своем росте и закрывает, как пробка, весь просвет сосуда. Ток крови останавливается, а ткань органа без снабжения кислородом и питательными веществами отмирает. Если это происходит в сердце - развивается инфаркт миокарда, если в мозге - мозговой инсульт. Как видно из вышеизложенного, началу таких опасных заболеваний дает

повышенный уровень холестерина, который находится в липопротеинах низкой плотности. Именно поэтому он и называется «плохим». В развернутом лабораторном анализе липидов (жиров и жироподобных веществ) крови этот показатель обозначается сокращенно - ХС ЛНП.

Но в крови находятся и другие - «хорошие» липидно-белковые комплексы. Их называют липопротеины высокой плотности (ЛВП). ЛВП захватывают и удаляют холестерин из мест его накопления в стенках кровеносных сосудов. «Очищая» сосуды от избытка холестерина, ЛВП не дают образоваться атеросклеротическим бляшкам.

Чем выше содержание в крови ХС ЛНП (холестерина в «плохих» комплексах) и чем ниже уровень ХС ЛВП (холестерина в «хороших» комплексах), тем быстрее разовьется атеросклероз.

Кардиологи всего мира придерживаются мнения, что каждый человек старше 20 лет должен знать свой уровень холестерина. Причем необходимо сделать анализ крови на

«хороший» и «плохой» холестерин, т.е. развернутый анализ на липиды.

Итак, если холестерин повышен - он опасен, как фактор, способствующий развитию атеросклероза и тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний.

Как снизить уровень «плохого» холестерина

Уровень холестерина крови можно снизить. Для этого постарайтесь изменить свой образ жизни:

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

Диета для снижения холестерина

- Основа всех диет по снижению холестерина - снижение потребления насыщенных (твердых) жиров, особенно жиров животного происхождения (жирное мясо, субпродукты, сливочное масло, жирные молочные продукты, сдобная выпечка и др.) и замена их на растительные масла (подсолнечное, оливковое, кукурузное).
- В умеренном (ограниченном) количестве разрешаются молочные продукты со сниженным содержанием жира, нежирные сыры (не более 30% жирности), нежирное мясо, выпечка на растительных жирах, жареная рыба, жареный только на растительных жирах картофель.
- Яйца разрешается употреблять только в вареном виде или жареном на растительном масле (омлет).
- Чаще используйте в своем рационе продукты со сниженным содержанием жира и холестерина: хлеб из муки грубого помола, цельнозерновой, любые каши,

макаронные изделия, обезжиренные молочные продукты, всевозможные овощные блюда и фрукты.

- Из мясных продуктов следует предпочесть курицу, индейку, телятину. Удаляйте жир и кожу с птицы перед приготовлением.
- Употребляйте больше рыбы, особенно морской, можно ввести 2 рыбных дня в неделю или есть по одному рыбному блюду каждый день.
- Предпочитайте десерты без жира, без сливок, без сахара, лучше фруктовые.
- Обратите особое внимание на регулярное потребление продуктов, снижающих уровень холестерина в организме и увеличивающих его выведение. Они содержат растворимую клетчатку (пектин, псиллим, клейковину) и при варке образуют желеобразную массу. Это овсяные хлопья (геркулес), яблоки, сливы, различные ягоды.
- Регулярно употребляйте бобовые продукты (фасоль, горох)
- При приготовлении пищи избегайте жарить на сливочном масле и животном жире, чаще варите, тушите, запекайте. Используйте посуду со специальным покрытием, не требующим добавления жира при приготовлении пищи.

Рекомендации к выбору продуктов питания

| | | | |
|----------|--|---|---|
| Десерт | НЕ подслащенные соки, морсы, фруктовое мороженое | Кондитерские изделия, выпечка, кремы, мороженое на растительных жирах | Выпечка, сладости, кремы, мороженое, пирожное на животных жирах |
| Приправы | Перец, горчица, специи | Соусы несоленые | Майонез, сметанные соленые |
| Напитки | Чай, кофе, вода, безалкогольные напитки | Алкогольные напитки - малое/умеренное количество | Кофе или шоколадные напитки со сливками |

Тщательным соблюдением диеты можно добиться снижения холестерина крови на 10-12%. Такая диета не только понижает уровень «плохого» холестерина, но и повышает уровень «хорошего» холестерина.

Если соблюдение диеты в течение 6-8 недель не приведет к желательному снижению уровня общего холестерина крови (менее 5 ммоль/л) и ХС ЛНП (менее 3

ммоль/л), а риск развития заболеваний, вызванных атеросклерозом, остается высоким, то врач поставит вопрос о назначении лекарств, снижающих холестерин.

Таких препаратов сейчас много. Главное - не заниматься самолечением, наслушавшись реклам о чудодейственных и безопасных пищевых добавках. Из пищевых добавок могут действовать только те, которые содержат известные компоненты пищи, воздействующие на холестерин, например, препараты растворимой клетчатки. Однако их эффективность не выше хорошо налаженной диеты, они лишь помогают ее действию.

Из медикаментов, используемых для снижения уровня холестерина крови, врачи чаще всего назначают статины. Эти препараты в обычных дозах снижают холестерин на 20-40%. Научные исследования показали, что статины не только снижают холестерин крови, но и облегчают течение заболеваний, вызванных атеросклерозом, уменьшают смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и общую смертность. С помощью специальных исследований сосудов сердца было показано, что лечение статинами замедляет рост атеросклеротических бляшек и даже вызывает их уменьшение.

Отказ от курения

Доказано, что как активное курение курильщика, так и пассивное курение окружающих повышают риск развития многих тяжелых заболеваний, прежде всего онкологических и сердечно-сосудистых. Табачный дым содержит целый спектр токсичных для многих органов и тканей веществ (никотин, окись углерода, цианистый водород, канцерогенные вещества). Никотин, например, нарушает тонус сосудистой стенки и способствует ее повреждению, спазмам, усугубляет образование тромбов в кровеносных сосудах. Окись углерода, соединяясь с гемоглобином, блокирует перенос к органам и тканям. Компоненты табачного дыма способствуют развитию артериальной гипертензии, нарушению в системе переноса холестерина в стенки сосуда, усугубляя отложение в них холестерина. Создается высокий суммарный риск развития ССЗ.

В табачном дыме, кроме никотина, вызывающего зависимость, присутствует более 4000 химических веществ, свыше 200 из которых опасны для организма, а более 40 являются канцерогенами, такие как угарный газ, аммиак, радиоактивные вещества (полоний-210), свинец, висмут, мышьяк, синильная кислота, сероводород, формальдегид и др. У регулярных курильщиков риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт, облитерирующий эндартериит) в 3 раза выше, а риск развития бронхолегочных заболеваний (ХОБЛ, эмфизема, туберкулез) в 10 раз выше, чем у некурящих. Курение повышает риск заболеваний ЖКТ (язва желудка, эзофагит), репродуктивной системы (снижение фертильности, отслойка плаценты, преждевременные роды), внутриутробной смерти, болезней ротовой полости (лейкоплакия, гингивиты), других органов и систем (ранняя менопауза, остеопороз, катаракта, преждевременное

старение). В России курением обусловлены 21,3% всех злокачественных новообразований; 86,6% рака легких; 13,9% сердечно-сосудистых заболеваний; 21,3% ИБС; 34,5% случаев инфаркта миокарда; 21,3% инсультов и 70,8% ХОБЛ. Ежегодно от причин, связанных с курением, преждевременно умирает от 400 тысяч россиян.

Борьба с курением в Российской Федерации.

Проблема прекращения потребления табака и обеспечения лечения табачной зависимости имеет высокую социальную и экономическую значимость. В 2008 году Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с потреблением табака и приступила к реализации ее основных положений (MPOWER):

- повышение цен и акцизов на табак и изменение налоговой политики*;
- запрет курения в общественных местах;
- меры по снижению количества вредных веществ в табачных изделиях;
- информирование населения о вреде потребления табака;
- запрет рекламы и стимулирования продажи табачных изделий;
- организация помощи населению и лечение табачной зависимости.

Новые меры привели к положительному эффекту: в 2014 году потребление табака снизилось на 17%, существенно снизилась смертность от всех основных групп неинфекционных заболеваний.

Никотиновая зависимость и синдром отмены.

При вдыхании никотин меньше чем за 10 секунд достигает мозга, где взаимодействует с нейрональными никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами (н-АХР). Это приводит к снижению чувствительности рецепторов к их природному активатору ацетилхолину и к увеличению числа функционирующих н-АХР в ЦНС. Кроме того, стимуляция н-АХР регулирует высвобождение важнейших нейромедиаторов головного мозга – дофамина, норадреналина, серотонина, ГАМК, β -эндорфина и др. Данный механизм лежит в основе формирования физической зависимости от никотина.

Ведущую роль в закреплении самой привычки табакокурения в ассоциативной памяти человека играет мезокортиколимбическая дофаминовая система мозга включающая в себя вентральную покрышечную область (VTA), префронтальную кору, миндалевидное тело и хвостатое ядро (nucleus accumbens). Высвобождение дофамина ("нейромедиатор удовольствия") в ответ на поступление никотина определяет чувство удовлетворения от курения. Основную роль в регуляции высвобождения дофамина играют $\alpha 4\beta 2$ н-АХР, которые локализуются преимущественно в вентральной покрышечной области.

*Повышение цены пачки сигарет на 10% снижает спрос на 4% в странах с высоким уровнем дохода и на 4-8% в странах с низким и средним уровнем дохода; также увеличение стоимости снижает доступность табачных изделий для детей и подростков

Прекращение поступления никотина в организм вызывает появление симптомов отмены, таких как желание закурить, головокружение, беспокойство, раздражительность, нарушение концентрации, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессию, сонливость, головную боль, бессонницу, тремор, потливость, повышение аппетита, боли в мышцах. Их появление может осложнить отказ от потребления табака. Симптомы максимально проявляются в течение 3-7 дней после отказа от курения и у большинства людей длятся не дольше 21 дня. Желание закурить может появляться еще в течение нескольких лет после отказа от курения, но со временем его интенсивность ослабевает и исчезает полностью. Причинами рецидива могут стать курение окружающих, желание расслабиться, неприятные ситуации, ощущение тревоги, стресса или скуки. В 50% случаев наблюдается увеличение веса, связанное с повышением аппетита. В среднем, за 2-3 месяца отказа от курения вес увеличивается на 3-4 кг. Многие этот вес теряют в течение года. Кроме синдрома отмены возможно обострение хронических болезней. В связи с этим, в план по отказу от табака необходимо включать меры по профилактике обострения заболеваний, выявляемых у пациента.

Современный алгоритм оказания помощи по отказу от табака включает в себя следующие этапы:

Этап 1. Короткая беседа с курящим пациентом с целью мотивации к отказу от табакокурения.

Этап 2. Оценка степени мотивации и выбор дальнейших действий в зависимости от готовности пациента бросить курить.

- При *высокой мотивации* врач начинает продолжительные беседы с пациентом с целью поддержания мотивации к отказу от табака и формирование плана по отказу от табака (методика 5А).
- При *средней мотивации* врач проводит продолжительную беседу с целью усиления мотивации и вовлечению пациента к отказу от табака (методика 5R).
- Если пациент *полностью отрицает* отказ от табака и высказывает нежелание продолжать беседы, то врач может назначить пациенту повторный визит через 6 или более месяцев для контроля его функционального состояния и проведения следующей короткой беседы.

Этап 3. После подтверждения пациентом готовности бросить курить, врач начинает формирование плана по отказу от табака с использованием поведенческой терапии.

Этап 4. Если степень никотиновой зависимости у пациента выше 7 баллов по тесту Фогерстрема, то рекомендуется включить в план по отказу от табака фармакологическое лечение никотиновой зависимости. Кроме того, при выявлении признаков бронхита или наличия бронхо-легочных синдромов в план рекомендуется включить лечение, направленное на их профилактику.

Этап 5. После формирования плана лечения врач составляет график визитов пациента с целью достижения максимальной эффективности.

КОРОТКАЯ БЕСЕДА.

Короткая беседа является простым методом, направленным на повышение мотивации к отказу от курения. Врачи всех специальностей должны информировать своих пациентов о рисках для здоровья и рекомендовать прекращение курения. Беседа с пациентом занимает не более 5 минут и повышает вероятность отказа от курения в 1,7 раз. Повторные беседы способствуют усилению мотивации. Раздача в дополнение печатных информационных материалов и дальнейшее систематическое наблюдение повышает эффективность метода в 1,4 раза.

Беседы врача с пациентом должны проводиться в ясной, аргументированной, предназначенной для данного пациента форме. Если у пациента есть болезнь или выявляется нарушение каких-либо функциональных показателей, то врач должен это использовать. Врач должен дать почувствовать пациенту, что на весь лечебный период он будет вместе с пациентом, поддерживать его, оценивать его состояние и корректировать назначенную терапию.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ БЕСЕДА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПОДДЕРЖАНИЕ МОТИВАЦИИ БРОСИТЬ КУРИТЬ И ФОРМИРОВАНИЕ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ (МЕТОДИКА 5A).

Наиболее полная методология оказания помощи в поддержании мотивации к отказу от табака включает 5 шагов и в международной литературе получила название 5A.

Шаг 1. Спрашивайте (Ask) о курении табака при каждом посещении.

Шаг 2. Советуйте (Advise) всем курильщикам бросить курить.

Шаг 3. Оцените (Assess) их готовность отказаться от курения.

Если пациент не готов бросить курить, то в дальнейшем должны проводиться беседы, направленные на усиление мотивации (методология 5R).

Шаг 4. Помогите (Assist) пациенту прекратить курить.

Пациентам, которые готовы бросить курить, врач должен составить индивидуальную программу лечения, направленную на снижение проявления симптомов отмены и желания закурить. Если пациент имеет высокую степень никотиновой зависимости и согласен на медикаментозную терапию, то врач должен подобрать наиболее эффективный для данного пациента препарат, его режим приема и дозировку.

Шаг 5. Организуйте (Arrange) последующие визиты.

Врач должен составить график посещений пациента для проведения поддерживающих бесед и корректировки лечения.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ БЕСЕДА, НАПРАВЛЕННАЯ НА УСИЛЕНИЕ МОТИВАЦИИ БРОСИТЬ КУРИТЬ (МЕТОДИКА 5R).

Если пациент не готов бросить курить, врач должен продолжить беседу с целью

усиления мотивации бросить курить. Методология такой помощи содержит 5 шагов и в международной литературе получила название 5R:

Шаг 1. Значимость (Relevance). Помогите пациенту осознать важность отказа от табака.

Шаг 2. Риск (Risk). Выясните у пациента персонально значимые отрицательные последствия длительного курения, такие как вред его здоровью и здоровью членов его семьи, финансовые траты, отрицательный пример детям

Шаг 3. Вознаграждение (Rewards). Выясните у пациента, какие личные выгоды он сможет извлечь, если избавится от курения (улучшение самочувствия и состояния здоровья, восстановление функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, улучшение вкусовых и обонятельных ощущений, повышение выносливости и работоспособности, улучшение цвета лица и состояния кожи, снижение риска развития хронических заболеваний, снижение риска развития эректильной дисфункции у мужчин, увеличение вероятности родить и вырастить здоровых детей).

Шаг 4. Препятствия (Roadblocks). Выясните у пациента, что препятствует ему отказаться от курения, и обдумайте, какое лечение помогло бы преодолеть эти барьеры. Проанализируйте прошлые попытки, чтобы выяснить проблемы, которые привели к рецидиву (симптомы отмены, страх перед неудачей, увеличение веса, недостаток в поддержке, депрессия, удовольствие от табака), а также отметьте полезные навыки и приемы, которые могли бы пригодиться в будущем.

Шаг 5. Повторение (Repetition). Мотивационные беседы должны проводиться каждый раз, когда пациент посещает врача в медицинском учреждении. Пациентов, которые потерпели неудачу в отказе от табака, надо поддерживать и стимулировать их на повторные попытки, объясняя, что большинство курящих делает несколько попыток бросить курить прежде, чем достигает успеха.

Профилактика обострения хронического бронхита курильщика

У ряда курильщиков в первое время после прекращения курения усиливается кашель с отделением мокроты, что может явиться одной из причин рецидива. Диагноз хронического бронхита ставится согласно определению ВОЗ: состояние, выражающееся в наличии продуктивного кашля на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в течение 2 лет при отсутствии других заболеваний, которые могут вызывать указанные симптомы.

При выявлении бронхиальной обструкции в программу лечения следует включить бронхорасширяющие препараты: β 2-адреномиметик пролонгированного действия – формотеролафумарат и М-холиноблокатор пролонгированного действия – тиотропия бромид. Длительность приема данных препаратом составляет от 1 до 3 месяцев в зависимости от выраженности гиперактивности бронхов и бронхообструктивного синдрома.

Всем пациентам с выявленным хроническим бронхитом, для профилактического

и корректирующего лечения обострения заболевания, в первые 4 недели отказа от курения табака целесообразно применение ацетилцистеина, как препарата, обладающего доказанной высокой муколитической и антиоксидантной активностью, позволяющей воздействовать на реологические свойства мокроты, способствуя ее отхождению.

Применение в качестве профилактического и корректирующего лечения, комбинации формотеролафумарата в дозе 24 мкг в день и/или тиотропия бромид в дозе 18 мкг в сутки и ацетилцистеина в дозе 600 мг или 1200 мг в сутки позволяет избежать снижения скоростных легочных объемов и уменьшить выраженность респираторных симптомов, что в результате приведет к более быстрому улучшению самочувствия во время отказа от курения. Это будет воспринято пациентом как дополнительный стимул к тому, чтобы оставаться некурящим, что приведет к увеличению эффективности отказа от табака.

Профилактика увеличения массы тела при отказе от курения.

Отказ от курения, постепенная ликвидация симптомов хронической табачной интоксикации сопровождаются улучшением вкусовой чувствительности, аппетита, нормализацией секреции пищеварительных желез, что в целом приводит к увеличению приема пищи и, следовательно, прибавке массы тела.

Этого можно избежать, если следовать некоторым простым диетическим советам: избегать переедания, соблюдать основы рационального питания, пища должна содержать большое количество витаминов, минеральных солей, микроэлементов. Рекомендуется: увеличение потребления источников витамина С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В₁ (хлеб грубого помола, крупы), витамина В₁₂ (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамина РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (хлеб грубого помола, растительные масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы).

В целях предупреждения рецидива курения врачу следует активно продолжать психотерапевтическое влияние на пациента, вовлекать в сферу влияния его микросоциальную среду. Хороший эффект оказывает аутогенная тренировка, расширение физической активности. Облегчению симптомов способствует фармакотерапия – варениклин, бупропион (замедляет увеличение веса) или никотиновая жевательная резинка

Достаточная физическая активность

Достаточная физическая нагрузка - неотъемлемая часть здорового стиля жизни. Наиболее доступный и достаточно эффективный вид физической активности - быстрая ходьба на свежем воздухе. Заниматься следует 5 раз в неделю, по 30-45

минут (до 2-х часов). Частота пульса должна достигать 65-70% от той, которая достигается при максимальной нагрузке для данного возраста. Максимальную частоту пульса для конкретного человека можно рассчитать по формуле: $220 - \text{возраст в годах}$. Например, для практически здорового человека 50 лет максимальная частота пульса составляет $220 - 50 = 170$ ударов в минуту, а частота пульса, которую рекомендуется достичь при тренировке, составляет 110-120 ударов в минуту.

Многим не хватает времени для тренировок, тогда необходимо использовать любые возможности для движения во время рабочего дня и после. Например, для людей «сидячих» профессий рекомендуется вставать, чтобы позвонить по телефону или выбросить мусор в корзину, пройти по лестнице вместо того, чтобы воспользоваться лифтом, провести короткое совещание, стоя и т.п.

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

При наличии заболеваний сердца и сосудов режим физических нагрузок подбирает врач индивидуально, строго в соответствии с результатами электрокардиографического теста с физической нагрузкой.

Для оценки веса (массы) тела рекомендуется пользоваться показателем индекса массы тела (ИМТ): $\text{ИМТ} = \frac{\text{вес в кг}}{(\text{рост в м})^2}$. Оптимальный 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 этого трудно достичь; в таких случаях рекомендуется снизить общий вес на 10% от исходного или до ИМТ равной или меньшей 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 увеличен преимущественно живот и окружность талии. Показателем уже опасного для здоровья сердца и сосудов абдоминального отложения жира считается величина окружности талии у мужчин 94 см, у женщин 80 см. Окружность талии свыше данных значений указывает на необходимость

Снижение веса возможно за счет уменьшения калорийности питания и увеличения физической активности

принять меры для снижения веса тела.

При оценке калорийности своего питания полезно знать, что средняя суточная калорийность пищи при нормальной массе тела составляет для мужчин, в среднем, составляет 2500 ккал, для женщин - 2000 ккал. Для того чтобы достигнуть уменьшения веса тела следует снизить калорийность рациона до 1800-1200 ккал/сутки, то есть примерно на одну треть. Снижение веса должно быть медленным: на 400-800 г в неделю. Это идеальный темп потери «лишних» килограммов. Более быстрое похудение делает чрезвычайно трудным сохранение достигнутого успеха.

Наибольшей калорийностью обладают жиры, за счёт преимущественного снижения потребления которых рационально снижать калорийность питания. При расщепкалорийной пищи и уменьшение энергозатрат. В долгом процессе эволюции желудок человека приобрел такой объем, чтобы он смог усваивать количество пищи, обеспечивающее физическую активность на 8-12 часов в сутки. Однако в наше время расход энергии снизился. Жизнь стала более комфортной (личный и общественный транспорт, бытовые приборы, офисная работа), а значит, уменьшилась и потребность в еде. Понятно, что даже посещение фитнес - клуба 3 раза в неделю по 40 минут не эквивалентно прежним затратам. И в то же время, сами продукты питания стали более доступными и калорийными. Следует учесть, что мы не так давно живем в условиях, когда еды хватает, поэтому навык самоограничения есть не у всех. Кстати, обеспеченные слои населения, которые не имели недостатка в продуктах питания, выработали особые правила приема пищи. Основных из них два - во-первых, никогда не кормить детей насильно, чтобы не нарушить формирование механизма самоконтроля, во-вторых, никогда не переждать - вставать из-за стола «с чувством легкого голода». Да и с физической активностью они всегда дружили - охота, спортивные игры на свежем воздухе. Особенно четко эти традиции проявляются в аристократической и буржуазной среде Западной Европы, где людей с избыточным весом было немного.

Усваиваемость пищи

Еще один важный момент - пища должна усвоиться. Для этого желудочно-кишечный тракт должен правильно функционировать.

Особую группу составляют пациенты с гормональными нарушениями. Эти нарушения могут быть как первичными, то есть усиливать аппетит и определять архитектуру жировых отложений, или вторичными - когда гормональные нарушения возникают из-за неправильного питания и отложению жира во внутренних органах. Развивается так называемый метаболический синдром, когда нарушается усвоение пищи на клеточном уровне. Врач-диетолог обладает всеми необходимыми средствами диагностики и лечения, чтобы эту проблему решить.

Сегодня для того, чтобы выглядеть преуспевающим, недостаточно одеть хороший костюм. Современному человеку нужно быть всегда в хорошей форме. волшебной таблетки для похудения нет. Для этого нужно потрудиться. Но нормализация веса не потребует от Вас сверхчеловеческих усилий и тяжелых страданий, а качество жизни значительно улучшится. Попробуйте и Вам понравится!

Этапы лечения ожирения

Первый этап

При первом посещении диетолог назначает обследование. Прежде всего, необходимо определить состав тела, чтобы точно узнать, есть ли избыток жировой массы и оценить степень ожирения. Это можно сделать при помощи специального метода - биоимпеданса, или вычислить по толщине жировых складок. Затем следует установить причину избыточного веса. Для этого изучают гормональный фон: гормоны щитовидной железы, половые и пищеварительные гормоны. В некоторых случаях, когда масса тела очень большая, диетолог назначает также дополнительное обследование для того, чтобы определить, привело ли ожирение к нарушению обмена веществ, так называемому «метаболическому синдрому». Важным этапом является проведение психологического тестирования для выявления нарушений пищевого поведения (частой причины развития ожирения). Часто при опросе и обследовании у пациентов с ожирением выявляются заболевания желудочно-кишечного тракта, требующие лечения. Обязательным компонентом терапии является ведение пищевого дневника.

Второй этап

При втором посещении диетолог оценивает результаты анализов, и, если есть такая необходимость, назначает медикаментозное лечение. Особое внимание уделяется анализу ведения пищевого дневника. Следует помнить, что диетолог может рекомендовать правильное питание, но не может контролировать выполнение этих рекомендаций. Все зависит от самого пациента. Если есть сложности в соблюдении рекомендаций, обязательна работа с психотерапевтом.

Частота последующих посещений определяется индивидуально в зависимости от причины, стадии болезни и скорости достижения желаемого результата. Обычно в течение первого полугодия врач наблюдает пациента 1 раз в месяц.

Ожирение у подростков

Нами накоплен успешный опыт работы с подростками, страдающими ожирением. Ожирение у подростков очень распространено. За последние 10 лет в Европе число детей и подростков, которые имеют лишний вес, достигло 30% и продолжает неуклонно увеличиваться. Считается, что ожирение у подростков плохо поддается лечению. Действительно, как ограничить подростка в питании, если он продолжает расти?! Даже если он отчетливо ест больше, чем ему нужно, трудно, ох как трудно

«морить голодом» свое чадо, а сдерживать аппетит лекарствами у детей нельзя, чтобы не повредить растущему организму.

Профилактика инсульта

Проблема инсульта в настоящее время волнует очень многих. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – самое грозное осложнение таких заболеваний сердечно-сосудистой системы, как артериальная гипертония, [нарушения сердечного ритма](#) и [атеросклероз](#). По данным ВОЗ, ежегодно острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) переносят около 15 миллионов человек. При этом около 5 миллионов умирают от инсульта, а еще 5 миллионов пациентов остаются глубокими инвалидами.

Первыми признаками инсульта наиболее часто являются внезапное развитие односторонней слабости в конечностях, речевые нарушения, асимметрия лица, онемение половины тела, выпадение полей зрения, головокружение и дискоординация. В случае внезапного развития подобных симптомов необходимо сразу же вызвать бригаду скорой медицинской помощи для незамедлительной транспортировки больного с инсультом в специализированное инсультное отделение. Только соблюдение золотого правила лечения инсульта - «время-мозг» может позволить при наличии показаний вовремя применить наиболее эффективный метод лечения ишемического инсульта - тромболитическую терапию и спасти пациенту жизнь. Артериальная гипертония, [нарушения сердечного ритма](#), сахарный диабет, [атеросклероз сосудов](#), пожилой возраст – это основные факторы, которые могут привести к нарушению мозгового кровообращения.

Таким образом, для предупреждения инсульта необходимо постоянно контролировать уровень артериального давления и вести дневник артериального давления и частоты сердечных сокращений, фиксировать наличие нарушений сердечного ритма. Необходимо поддерживать оптимальный уровень глюкозы крови и [холестерина](#). Крайне важно отказаться от курения и злоупотребления алкоголем, соблюдать рекомендации врача лечебной физкультуры, поддерживать высокий уровень физической активности, бороться с ожирением.

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

Основными препаратами профилактики инсульта являются антитромботические препараты – [антиагреганты или антикоагулянты](#) (для пациентов с мерцательной аритмией). Важно помнить, что при антикоагулянтная терапия с использованием варфарина эффективна только при регулярном

лабораторном контроле и поддержании показателя МНО в пределах целевых значений (2,0-3,0).

Не менее важная группа препаратов профилактики ОНМК, это лекарства, снижающие уровень холестерина – статины.

Принимать назначенные врачом антиагреганты или антикоагулянты, гипотензивные препараты, статины необходимо пожизненно после выписки пациента из стационара.

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

У пациентов, перенесших инсульт, в случае выявления гемодинамически значимого атеросклероза сонных артерий в качестве вторичной профилактики ОНМК необходимо рассматривать хирургические методы реваскуляризации (восстановления кровотока).

Пациентам, имеющим факторы риска инсульта, необходимо помнить о необходимости своевременного обращения к врачу для подбора препаратов для вторичной профилактики инсульта и методов коррекции имеющихся факторов риска.

***ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ У РАЗЛИЧНЫХ
КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ. СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ:
НОВОРЖДЕННЫХ, ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА,
ПОДРОСТКОВ, МОЛОДЕЖИ. ПРОФИЛАКТИКА «ШКОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ».
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН, ПЛАНИРОВАНИЕ
СЕМЬИ. СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.***

Современные концепции профилактики предполагают, прежде всего, дифференцированный подход к организации и проведению профилактических мероприятий с учетом возрастных особенностей целевой группы. Эффективность профилактики во многом определяется возрастом, в котором она начинается.

Особенности профилактики среди детей и подростков

Профилактические мероприятия для детей и подростков складываются из семи основных приоритетов (ВОЗ, 2005):

1. Охрана здоровья матерей и новорожденных.
2. Обеспечение рационального питания.
3. Профилактика инфекционных заболеваний.
4. Обеспечение оптимальной физической среды.
5. Охрана здоровья подростков.
6. Профилактика травм.

7. Обеспечение психосоциального развития и психического здоровья.
Рассмотрим эти приоритеты подробнее.

| Этап и результат | Приоритетные направления профилактики |
|---|---|
| До и в период родов: рождение здорового ребенка | <p><i>До и во время беременности:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • желаемая беременность; • обеспечение здоровья матери; • отказ от курения, алкоголя, психоактивных веществ; • прививки против краснухи и столбняка; • генетическое консультирование; • профилактика ВИЧ-инфекции. <p><i>Во время беременности:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • раннее выявление и лечение осложнений; • мониторинг состояния плода; • профилактика анемии; • профилактика гестозов; • профилактика и лечение инфекций. <p><i>Во время родов и сразу же после них:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • помощь акушера; • раннее выявление и лечение осложнений; • при необходимости – искусственное дыхание новорожденных; • уход за новорожденными; • обеспечение грудного вскармливания; • раннее выявление и лечение осложнений у новорожденных; • особое внимание детям с недостаточной массой тела, недоношенным детям. <p><i>На протяжении первого месяца жизни:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • иммунизация; • грудное вскармливание; • раннее выявление и лечение осложнений у новорожденных; • установление доверительных отношений с родителями новорожденного. |
| Первый год жизни: выживание на протяжении | <ul style="list-style-type: none"> • грудное вскармливание, как минимум, до 6 месяцев; • введение прикорма в соответствии с возрастом; • стимуляция общения и игр; |

| | |
|--|--|
| самого уязвимого периода | <ul style="list-style-type: none"> • вакцинация; • профилактика нарушений питания |
| Раннее детство (до 5-6 лет): подготовка к поступлению в школу | <ul style="list-style-type: none"> • обеспечение разнообразного рациона питания; • стимуляция общения и игр; • вакцинация; • регулярная дегельминтизация; • выявление и лечение нарушений зрения, слуха; • защита от факторов окружающей среды |
| Поздний детский период (до 10-11 лет): начало пубертатного периода | <ul style="list-style-type: none"> • обеспечение разнообразного рациона питания; • содействие формированию здорового образа жизни; • профилактика травматизма; • выявление и лечение нарушений зрения, слуха; • защита от вредных привычек; • обучение охране репродуктивного здоровья |
| Подростковый возраст: здоровый подросток | <ul style="list-style-type: none"> • содействие здоровому образу жизни, включающему в себя рациональное питание, оптимальную физическую активность, профилактику вредных привычек, гигиену полости рта; • отсрочка полового дебюта; • обучение охране репродуктивного здоровья. |
| На протяжении всей жизни | <ul style="list-style-type: none"> • создание безопасной окружающей среды; • профилактика травм и насилия; • вакцинация. |

Охрана здоровья матерей и новорожденных. Здоровье матери во многом определяет здоровье новорожденного. Во время беременности проводятся следующие основные мероприятия по охране матери и плода:

1. Предоставление консультаций, оказание антенатальной помощи.
2. Профилактика дефицита нутриентов (железо, йод, фолиевая кислота и др.) путем их дополнительного введения в пищу в виде витаминов или пищевых добавок.
3. Ограничение (оптимально – прекращение) курения, употребления алкоголя.
4. Проведение дородовой диагностики наличия/отсутствия инфекционных заболеваний, которые могут оказать влияние на здоровье плода (ИППП, цитомегаловирусная инфекция, гепатит В и др.).
5. Проведение дородовой ультразвуковой оценки развития плода.
6. При необходимости – проведение генетической оценки риска развития наследственных заболеваний.

Обеспечение рационального питания. Рациональное питание лежит в основе формирования здоровья матери и ребенка. Первые годы жизни ребенка имеют решающее значение для нормального физического и умственного развития. Дети раннего возраста особенно чувствительны к последствиям неправильного питания, так как в этот период рост происходит более интенсивно, чем в любое другое время. После рождения проводится консультирование матерей о необходимости грудного вскармливания. Оптимально, если грудное вскармливание продолжается хотя бы до 6 месяцев, поскольку все необходимые нутриенты, включая витамины и минеральные вещества, ребенок получает с грудным молоком.

Для того, чтобы грудное вскармливание было успешным и не вызывало затруднений, важно придерживаться следующих правил:

1. Необходимо объяснить маме, что грудное молоко является единственным, уникальным по своим биологическим свойствам продуктом, который обеспечивает ребенку полноценное питание и защиту от инфекционных заболеваний.

2. Необходимо рекомендовать матери:

- приложить ребенка к груди в течение первого часа после родов,
- осуществлять с ребенком контакт «кожа к коже»;
- находиться с ребенком в одной комнате/палате.

3. Необходимо помочь матери освоить технику правильного прикладывания к груди.

4. Необходимо рекомендовать матери кормить ребенка по его требованию, а не «по часам»; также рекомендовано ночное кормление.

5. Необходимо объяснить матери, что ей не надо вводить в питание ребенка дополнительные жидкости (чай, соки).

6. Необходимо рекомендовать матери кормить ребенка исключительно грудным молоком до шести месяцев, а затем начать введение адекватного прикорма.

7. Необходимо поощрять грудное вскармливание до года и более.

С 6-ти месячного возраста необходимо вводить прикорм в соответствии со следующими рекомендациями:

- необходимо выбрать наиболее подходящее время дня для введения прикорма (когда ребенок голоден или наиболее предрасположен к приему пищи);
- на первых порах нужно вводить прикорм после кормления грудью;
- надо начинать вводить прикорм с одной чайной ложки, постепенно увеличивая до полного объема принимаемой одновременно пищи;
- рекомендуется начинать с однородного, умеренной густоты однокомпонентного пюре из наиболее типичных для данной местности продуктов (каши, овощные, фруктовые пюре);

• можно добавлять сцеженное грудное молоко для облегчения привыкания к новой пище;

- необходимо включать в рацион пищевые продукты богатые железом: печень, мясо, рыба, бобовые для профилактики железодефицитной анемии;
- нужно стараться избегать употребления всех видов чая и кофе;
- необходимо избегать употребления цельного коровьего или козьего молока до 9-ти месячного возраста в качестве питья и вводить в рацион цельное молоко и обезжиренные молочные продукты с 9-12 месяцев;
- блюда для прикорма должны иметь определенную калорийность;
- следует избегать добавления в пищу сахара, специй и соли. При необходимости подсаливать пищу употреблять только йодированную соль.

Примерно со второго года жизни ребенок постепенно переводится на питание с семейного стола. В этот период очень важно сформировать у ребенка правильные пищевые привычки, заложить принципы рационального питания. Основные принципы здорового питания ребенка старше года:

- в рационе ребенка ежедневно должны присутствовать разнообразные продукты, в значительной степени овощи и фрукты, предпочтительно в свежем виде и местного происхождения;
- следует выбирать нежирные сорта мяса, птицу (без кожи), рыбу, яйца, печень, а также иногда заменять мясные продукты бобовыми: фасолью, горохом, чечевицей;
- несколько раз в день ребенок должен получать хлеб, крупы, макаронные изделия и картофель;
- до двухлетнего возраста ребенок может употреблять молоко и молочные продукты обычной жирности. Впоследствии рекомендован переход на молочные продукты с пониженным содержанием жира;
- соль и сахар в еду добавляются лишь в минимальных количествах. При солении должна употребляться только йодированная соль;
- на втором году жизни ребенку не рекомендуется давать чай в качестве питья, предпочтительнее молоко, обычная вода, овощные и фруктовые соки;
- рекомендуемое количество кормлений – не менее пяти раз в день;
- пища должна быть приготовлена безопасным и гигиеничным способом.

Согласно рекомендациям ГУ НИИ питания РАМН, для детей и подростков очень важно, чтобы не менее 60% белка, поступающего с пищей, было животного происхождения. Оптимальное количество животных жиров – 30 – 50% их суточного поступления. Максимальное содержание сахаров – 20% суточного поступления углеводов. Суточное поступление растительной клетчатки – не менее 15 г.

С самого раннего возраста проводится профилактика заболеваний полости рта, которая включает: запрет на постоянное сосание пустышки; запрет сосания пальцев; ограничение потребления сахаров; обеспечение гигиены ротовой полости; использование с 2,5-3 летнего возраста детских фторсодержащих зубных паст; регулярное (не реже раза в год) посещение стоматолога.

Профилактика инфекционных заболеваний. В основе профилактики инфекционных заболеваний у детей, как и у взрослых, лежат профилактические прививки. При этом крайне важным является обеспечение вакцинации против краснухи всех женщин детородного возраста.

Санитарно-эпидемиологические мероприятия имеют профилактическое значение относительно инфекционных заболеваний на популяционном уровне. Соблюдение правил личной гигиены – эффективная мера профилактики для индивидуумов. Поэтому важно обучение родителей правильному гигиеническому уходу за новорожденным. По мере взросления детей их обучение гигиеническим навыкам проводится как родителями, так и медицинскими работниками.

С началом полового созревания с подростками проводятся мероприятия, направленные на охрану репродуктивного здоровья, профилактику абортот и ИППП, которые включают: половое воспитание детей до начала сексуальных отношений; отсрочку полового дебюта; формирование цельного индивидуума, не заинтересованного в рисковом поведении; профилактику незапланированной беременности путем использования противозачаточных средств, оптимально – презервативов; оказание поддержки матерям-одиночкам.

Обеспечение оптимальной физической среды. Окружающая физическая среда оказывает существенное воздействие на состояние здоровья детей и подростков. Для уменьшения ее негативного воздействия, необходимо обучение родителей и детей следующим навыкам:

- кипячение воды перед ее употреблением;
- мытье овощей и фруктов перед едой кипяченой водой;
- употребление в пищу только тех продуктов, срок годности которых не истек;
- мытье рук после улицы, туалета, игры с домашними животными, перед едой;
- проветривание помещений;
- избегание накуренных помещений;
- избегание нахождения вблизи крупных улиц, автотрасс.

Гиподинамия оказывает существенное негативное влияние на здоровье детей и подростков. Необходимо, чтобы с раннего возраста родители приучали детей к физической активности.

Охрана здоровья подростков. В подростковом возрасте формируются основные привычки человека. Поэтому важно уделять особое внимание профилактике употребления табака, алкоголя и психоактивных веществ. Подростки склонны отвергать информацию, сообщаемую взрослыми. Кроме того, они зачастую не в состоянии оценить свой потенциал здоровья и тот риск для него, который может быть связан с вредной привычкой. Поэтому во многих странах эффективно реализуются программы укрепления здоровья подростков по принципу «равный – равному». При этом вначале проводится обучение ограниченной группы подростков (волонтеров),

которые затем начинают сообщать полученные сведения своим сверстникам под контролем медицинских работников, психологов.

Профилактика травм. Как показывают результаты статистических исследований, 3-4 случаев смерти из 10 среди детей до 15 лет связаны с травмами. В основе профилактики детского травматизма в быту лежат беседы с родителями о необходимости устройства травмобезопасного домашнего помещения (установка решеток на окна для предотвращения выпадения детей, установка не открываемых детьми запоров на входную дверь, прикрепление вертикально стоящей мебели к стенам).

Уличный травматизм во многом предотвратим, если дети и их родители соблюдают правила дорожного движения. Дополнительной мерой по защите детей от травматизма служат шлемы, наколенники, налокотники, используемые ими при езде на роликовых коньках, велосипедах и т.д. Для профилактики дорожно-транспортных происшествий могут использоваться светоотражающие полоски. В подростковом возрасте возрастает вероятность спортивных травм. Для их профилактики необходим контроль состояния здоровья подростков перед началом занятий спортом, а также проведение занятий с опытным тренером.

Обеспечение психосоциального развития и психического здоровья. Основными направлениями профилактики являются, во-первых, как можно более раннее выявление детей и подростков групп риска развития девиантного поведения и последующая коррекционная работа с ними и, во-вторых, обще- профилактическая работа по формированию физического, психического и духовного здоровья, направленная на всю популяцию детей и подростков.

Одним из основных требований к профилактическому воздействию является соблюдение принципа *когнитивной адекватности*, то есть максимального соответствия форм и методов обеспечения психосоциального развития и психического здоровья специфическим особенностям возрастного развития конкретных групп детей.

В работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста наибольший эффект может принести комбинированное использование элементов различных методов психологического воздействия – арттерапии, сказкотерапии, «классических» дидактических методов и приемов, таких как беседа, дидактические игры, а также метода групповой дискуссии и ролевых игр, адаптированных для нужд профилактической работы.

Наиболее оптимальной формой профилактической работы с подростками и молодежью является интерактивный семинар-тренинг. Во время занятий по многим темам следует учитывать психологические трудности аудитории при обсуждении интимных вопросов. Для преодоления этих сложностей важно стимулировать различного рода дискуссии и применять различные игровые методики. Во время

проведения занятий целесообразно использовать такие технические приемы, как «мозговой штурм», групповая дискуссия, ролевые игры, наглядные методы обучения.

Особенности профилактики среди лиц среднего возраста

В среднем возрасте основное бремя хронических неинфекционных заболеваний реализовано за счет предотвращаемых заболеваний четырех групп (ВОЗ, 2006):

1. Сердечно-сосудистые заболевания.
2. Онкологические заболевания.
3. Бронхолегочные заболевания.
4. Сахарный диабет 2 типа.

Указанные заболевания имеют четыре основных фактора риска, связанные с поведением:

1. Курение и злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами.
2. Нерациональное питание.
3. Гиподинамия.
4. Стресс.

Важную роль в профилактике хронических неинфекционных заболеваний у лиц среднего возраста отводят в выработку личных навыков у людей. Они должны включать в себя:

- оптимизацию рациона питания и физической активности;
- отказ или ограничение курения и употребления алкоголя.

Профилактические мероприятия проводятся путем просвещения и обучения. Целью подобных программ является изменение поведения индивидуума.

Схема программ укрепления здоровья для лиц среднего возраста



Важнейшим направлением профилактики среди лиц среднего возраста является сохранение репродуктивного здоровья и планирование семьи. Планирование семьи

рассматривается сегодня как основополагающее право человека для сохранения человеческого достоинства. Для женщин это возможность предупреждения нежелательной беременности и осложнений аборт. Мужчины считают, что возможность планировать количество и время появления детей на свет позволяет им обеспечить более высокий уровень жизни своим семьям. На этапе планирования беременности женщина и её партнер должны пройти обследование у специалистов, получить информацию о факторах, которые могут неблагоприятно воздействовать на беременность. Главная цель - рождение здорового ребенка и сохранение здоровья матери.

Решающее значение для правильного выбора метода контрацепции имеет консультирование, которое помогает женщинам сделать и свой выбор, касающийся репродуктивного здоровья и планирования семьи. Консультирование должно быть индивидуальным и учитывать потребности каждой пары.

Правила консультирования подразумевают обязательное ознакомление с эффективностью методов контрацепции, преимуществами и недостатками, побочными эффектами и осложнениями, способами применения, возможностью профилактики инфекций, передаваемых половым путем, порядком повторных визитов к врачу. В настоящее время при консультировании используется 6 шагов, которые легко запомнить с помощью слова «**ПОМОГИ**»: **П** - приветливость прежде всего, **О** – о чем следует рассказать клиенту, **М** - методы контрацепции, **О** - о выборе метода, **Г** - главное объяснить, как пользоваться методом, **И** – информация о повторном визите.

При выборе метода контрацепции медицинский персонал должен пользоваться медицинскими критериями приемлемости, которые были разработаны экспертами ВОЗ.

Категория 1 - метод можно использовать. Нет никаких ограничений для его использования.

Категория 2 - метод можно использовать. Преимущества в целом перевешивают теоретический или доказанный риск. Если клиент настаивает на данном методе, как правило, требуется более тщательное последующее наблюдение.

Категория 3 - метод нельзя использовать без клинического заключения врача о том, что это не представляет опасности для здоровья клиента. Теоретический или доказанный риск обычно перевешивают преимущества метода. Можно использовать только в крайнем случае, при этом требуется более тщательное последующее наблюдение.

Категория 4 - метод использовать нельзя. При имеющемся состоянии/заболевании существует недопустимый риск для здоровья клиента.

Существующие методы контрацепции можно классифицировать следующим образом:

I. Гормональная контрацепция (ГК)

II. Внутриматочная контрацепция (ВМК)

III. Барьерная контрацепция

IV. Химическая контрацепция (спермициды)

V. Естественные методы планирования семьи

VI. Хирургическая контрацепция (стерилизация)

VII. Методы экстренной (посткоитальной) контрацепции.

Принятие решения о выборе метода контрацепции основано, в первую очередь, на эффективности средства, которая рассматривается как вероятность беременности в течение первого года применения выбранного метода. При проведении исследований используется два подхода к оценке вероятности беременности.

1. Эффективность средств контрацепции при обычном использовании - это типичная или среднестатистическая вероятность беременности для всех пользователей, независимо от того, применяют ли они его правильно и регулярно.

2. Эффективность при постоянном применении и правильном использовании - это наименьшая вероятность беременности, подтвержденная исследованиями. Данная величина - наилучший результат, на который может рассчитывать клиент.

Для более объективной оценки эффективности методов контрацепции используют *индекс Перля*, который вычисляют путем определения числа беременностей на 100 женщин, применяющих метод в течение 12 месяцев.

Особенности профилактики среди лиц пожилого и старческого возраста

Согласно рекомендациям ВОЗ, основными направлениями профилактических мероприятий для лиц пожилого возраста являются (ВОЗ, 2002):

- профилактика и сокращение бремени, связанного с инвалидностью, хроническими болезнями и преждевременной смертностью;
- сокращение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний;
- обеспечение непрерывной помощи людям с хроническими заболеваниями или инвалидностью;
- обеспечение безопасности и достоинства стареющих людей;
- обучение лиц, осуществляющих уход за пожилыми.

Основной проблемой для лиц пожилого возраста является инвалидность, приводящая к полной или частичной потере возможности ухаживать за собой самостоятельно. Доказанными факторами риска развития инвалидности являются:

- депрессия;
- курение;
- низкая частота социальных контактов, социальная изоляция;
- гиподинамия;
- ограничение функции нижних конечностей;
- деменция;
- повышение или снижение индекса массы тела;

- ухудшение зрения;
- низкая самооценка качества жизни.

Также в развитии инвалидности существенную роль могут играть:

- артериальная гипертензия;
- нарушения липидного обмена;
- остеопороз;
- сахарный диабет II типа;
- злоупотребление алкоголем и лекарственными средствами.

Сохранение физической активности играет существенную роль в профилактике инвалидизации лиц пожилого возраста. Даже незначительная физическая активность позволяет замедлять развитие инвалидности. Кроме того, физическая активность способствует замедлению прогрессирования хронических заболеваний. По данным экспертов ВОЗ, для профилактики гиподинамии у пожилых наиболее эффективен способ индивидуального приглашения для участия в регулярных групповых занятиях физической культурой.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ПРИНЦИПЫ, ЭЛЕМЕНТЫ, ЭТАПЫ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХНИЗ И ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИХ РАЗВИТИЯ.

Термин «диспансеризация» появился в начале XIX в., и в переводе с французского означает «избавление», «освобождение». Однако в современном переводе значение термина несколько изменилось.

Современные системы скрининга - раннего выявления заболеваний (эквивалент российской диспансеризации) в настоящее время внедрены во многих развитых странах.

По рекомендации Всемирной организации здравоохранения скрининговые программы должны содержать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения. Отказ от курения, контроль артериального давления, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, ограничение употребления алкоголя, нормализация массы тела расцениваются как важнейшие условия для улучшения прогноза и снижения уровня инвалидности и смертности населения.

Диспансеризация в нашей стране имеет многолетнюю историю. Программа всеобщей диспансеризации населения была принята в 1986 г. (приказ МЗ СССР от

30.05.1986 г., № 770), согласно которой в поликлиниках были созданы отделения и кабинеты профилактики, увеличена численность участковых врачей и педиатров, улучшено лабораторно-инструментальное оснащение.

По результатам диспансеризации рекомендовалось выделять группы здоровых, практически здоровых и больных. Впервые указывалось, что в каждой из вышеперечисленных групп следует учитывать лиц с факторами риска возникновения определенных заболеваний (производственного, бытового, генетического характера) и давались рекомендации по их диспансерному наблюдению. Однако запланированное ежегодное всеобщее обследование населения не было достаточно обосновано с позиции ресурсного и организационного обеспечения и оказалось весьма затратным, в значительной степени затрудняющим текущую работу поликлиник и в конечном итоге недостаточно эффективным. От участия в диспансеризации практически был отстранен участковый врач, поскольку он не нес достаточной ответственности за ее проведение. Организация диспансеризации, контроль ее проведения, учет и анализ результатов - все это было возложено на отделения (кабинеты) профилактики. Отсутствие необходимого уровня ответственности и прямой заинтересованности в результатах диспансеризации участкового врача является основным и очень серьезным недостатком не только советской системы диспансеризации, но и организованной в последние годы дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Опыт проведения дополнительной диспансеризации работающего населения, стартовавшей в нашей стране с 2006 года по месту работы граждан, показал, что отказ от участково-территориального принципа ее организации привел к тому, что медицинские осмотры работающих не стали реальным способом контроля за их здоровьем, поскольку в большинстве случаев диспансеризация заключалась только в обследовании и выявлении болезней без реализации последующего комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мер.

С учетом имеющегося отечественного и зарубежного опыта, исходя из реальных возможностей государства и существующей системы здравоохранения в 2012 г. была разработана принципиально новая система всеобщей диспансеризации населения, которая позволила обеспечить устойчивое ее функционирование, не нарушающее повседневный режим работы амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) при непосредственном участии и личной ответственности участкового врача (фельдшера) за ее результаты. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 г. N 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», в 2015 г. данный приказ утратил. В настоящий момент порядок проведения диспансеризации взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше)

регулируется приказом Минздрава России от 03.02.2015 N 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого 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 РФ.

Диспансеризация взрослого населения проводится в целях:

- раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития, туберкулёза, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, граждан с иными заболеваниями (состояниями), а также для здоровых граждан(табл.);
- определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.
- проведения краткого профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента) граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Таблица. Группы здоровья взрослого населения

| Группа | Критерии | Тактика |
|-----------------|---|---|
| I группа | 1) нет хронических неинфекционных заболеваний; 2) нет факторов риска; 3) есть фактор риска, но суммарный сердечно-сосудистый риск (СССР) низкий или средний 4) не нуждаются в диспансерном наблюдении (ДН) по поводу других заболеваний. | краткое профилактическое консультирование врача терапевта |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| <p>II группа</p> | <p>1) нет хронических неинфекционных заболеваний; 2) есть факторы риска при высоком и очень высоком СССР; 3) не нуждаются в диспансерном наблюдении (ДН) по поводу других заболеваний.</p> | <p>1) углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование; 2) при показаниях - лекарственная терапия факторов риска у врача терапевта; 3) диспансерное наблюдение в отделении (кабинете) медпрофилактики.</p> |
| <p>III – а</p> | <p>1) наличие хронических неинфекционных заболеваний, требующих диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высоко технологичной медицинской помощи (ВТМП); 2) есть подозрение на наличие этих заболеваний, нуждающихся в дополнительном обследовании.</p> | <p>1) диспансерное наблюдение у врача-терапевта; 2) углубленное (индивидуальное) консультирование.</p> |
| <p>III – б</p> | <p>1) нет хронических неинфекционных заболеваний; 2) есть другие заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в т.ч. ВТМП; 3) есть подозрение на наличие этих заболеваний, нуждающихся в дополнительном обследовании.</p> | <p>1) диспансерное наблюдение у врача-терапевта; 2) углубленное (индивидуальное) консультирование.</p> |

Основными особенностями нового порядка диспансеризации являются:

1. участковый принцип ее организации,
2. возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации,

на ее руководителя и на отделение (кабинет) медицинской профилактики (в том числе входящий в состав центра здоровья), а ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка - на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача).

3. Двухэтапный принцип проведения диспансеризации.

4. конкретизация понятия «факторы риска», к которым относятся повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение;

5. дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста хронических неинфекционных заболеваний;

6. уменьшение числа групп здоровья и новый принцип их определения, позволяющий четко обозначить порядок действий в отношении каждого гражданина;

7. обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска уже в процессе диспансеризации.

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды, предусмотренные нормативными актами, за исключением:

1) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

2) лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда" и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

3) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

Указанные в пунктах 1 - 3 категории граждан проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста.

Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя.

Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации.

Руководитель медицинской организации и медицинские работники отделения (кабинета) медицинской профилактики (в том числе входящего в состав центра здоровья) являются ответственными за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации.

Врач-терапевт является ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения.

Фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта является ответственным за проведение диспансеризации населения фельдшерского участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача.

Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации являются:

1) составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан;

2) активное привлечение населения к прохождению диспансеризации, информирование о 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, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

3) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;

4) выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации.

5) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев (см. приложение №2).

6) формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров).

7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование 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.

8) 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.

Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации

являются:

1) составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан;

2) активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование о 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, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

3) проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания (состояния), определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;

4) проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя; направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;

5) 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;

6) участие в оформлении (ведении) медицинской документации;

7) подведение итогов диспансеризации.

Перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом, включая рекомендуемые длительность и периодичность диспансерного наблюдения, определены в приложении №3.

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), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом);

4) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев (см. Приложение №2).

5) формирование комплекта документов, по результатам исследований, проведенных в рамках диспансеризации, для направления пациента на осмотры врачами-специалистами и врачом-терапевтом по итогам первого и второго этапов диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации;

6) учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации и отчета о проведении диспансеризации.

7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование 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;

8) 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

Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации (скрининг) – производится 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).

Первый этап диспансеризации включает в себя:

- опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.
- антропометрию (измерение роста, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;
- измерение артериального давления;
- определение общего холестерина в крови;
- определение уровня глюкозы в крови;
- определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом;
- электрокардиографию;
- осмотр фельдшером(акушеркой) для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно;
- флюорографию легких;
- маммографию обеих молочных желез (для женщин в возрасте от 39 до 75 лет);
- клинический анализ крови;
- анализ крови биохимический;
- общий анализ мочи;
- исследование кала на скрытую кровь;
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости малого таза на предмет исключения новообразований для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (для женщин УЗИ поджелудочной железы, почек, матки и яичников; для мужчин УЗИ поджелудочной железы, почек и предстательной железы), а для мужчин, когда-либо куривших в жизни УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы однократно в возрасте 69 или 75 лет;
- измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше);
- прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания, проведения углубленного профилактического консультирования и включает:

- дуплексное сканирование брахицефальных артерий (по показаниям)

- эзофагогастродуоденоскопию (по показаниям)
- осмотр (консультацию) врачом-неврологом (по показаниям)
- осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом (по показаниям)
- осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом
- колоноскопию или ректороманоскопию (в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);
- определение липидного спектра крови (уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов) (для граждан с выявленным повышением уровня общего холестерина в крови);
- спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание по результатам анкетирования, курящих и по направлению врача-терапевта);
- осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом
- определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе (для граждан с выявленным повышением уровня глюкозы в крови);
- осмотр (консультацию) врачом-оториноларингологом (для граждан в возрасте 75 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или осмотра врача-терапевта);
- анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (по назначению врача-хирурга или врача-уролога мужчинам с подозрением на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам опроса, осмотра, пальцевого исследования или УЗИ предстательной железы);
- осмотр (консультацию) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 39 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 75 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования);
- индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) (для граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний, имеющих указанные заболевания или имеющих высокий и очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск);
- прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы состояния здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также

направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

На основе сведений о прохождении гражданином диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта по результатам исследований, проведенных в рамках диспансеризации в данном фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте, заполняется карта учета диспансеризации, которая подшивается в медицинскую карту амбулаторного больного.

Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

1) охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации и подлежащего диспансеризации в текущем году (плановое значение - не менее 23% ежегодно);

2) охват индивидуальным углубленным профилактическим консультированием граждан со II и III-а группой состояния здоровья, а также граждан с III-б группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение - не менее 60% от имеющих медицинские показания для проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования);

3) охват групповым профилактическим консультированием (школа пациента) граждан с II и III-а группами состояния здоровья, а также граждан с III-б группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение - не менее 60% от имеющих медицинские показания для проведения группового профилактического консультирования).

Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов

(памятка)

- Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по совету соседей или средств массовой информации (даже, если это передача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение;
- Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов

лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам лучше

бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения;

- Информировать врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты;
- Информировать врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом;
- Сообщать врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для вас лекарства;
- Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача;
- Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства;
- Каждый человек должен знать о **каждом** принимаемом лекарственном препарате (уточните эту информацию у врача, при необходимости – запишите):
 - o Название препарата;
 - o По какому поводу Вы его принимаете;
 - o Как следует принимать препарат (доза, время, кратность и длительность приема, влияние приема пищи);
 - o Каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эффекты препарата;
 - o Что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с приемом препарата;
 - o Что следует делать, если пропущен очередной прием.

Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении

В последние годы произошла смена представлений об успешном старении. Если ранее успешное старение ассоциировалось исключительно с отсутствием

болезни, хорошим физическим и когнитивным статусом, самостоятельностью и социальной поддержкой, то современное понимание успешного старения значительно шире и включает психологическое, физическое и социальное здоровье, функционирование, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмора, духовность.

Успешное старение - основная психологическая потребность человека. Даже в очень преклонном возрасте люди сохраняют потребность в активной жизни и развитии. Физическая активность, любая деятельность, социальная интеграция способствуют успешному старению. Депрессия является наиболее значимым фактором, оказывающим отрицательное влияние на успешное старение. Медицинский персонал должен знать закономерности изменений организма человека, связанные со старением, уметь рано распознавать гериатрические проблемы и обладать навыками профилактического консультирования по их предупреждению и замедлению прогрессирования.

Определение понятий

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

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

Развитие старческой астении может быть предотвращено, отсрочено или замедлено.

Распространенность синдрома старческой астении увеличивается с возрастом, особенно отчетливо риск его развития повышается после 75 лет, что делает обязательным его скрининг в этой возрастной группе. Медицинские работники, сталкивающиеся с пожилыми людьми, должны быть осведомлены об основных признаках этого синдрома и распознавать его ранние проявления и у более

молодых лиц пожилого возраста, создавая тем самым возможность для профилактики его прогрессирования.

Скрининг на предмет наличия синдрома старческой астении с использованием короткого скринингового опросника должен осуществляться везде, где пожилой человек сталкивается с медицинским работником, - в отделениях и кабинетах медицинской профилактики, центрах здоровья, кабинетах участкового врача/врача общей практики, при нахождении на стационарном лечении.



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 консультирование
- Осуществление профилактического консультирования лиц пожилого и старческого возраста в соответствии с выявленными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний с учетом возрастных особенностей
- Осуществление профилактического консультирования лиц с признаками старческой астении для предупреждения ее развития и прогрессирования с целью сохранения качества жизни, когнитивных функций и функциональной независимости
- Популяризация мер успешного старения и активного долголетия

Особенности обследования пожилых пациентов в кабинетах и отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья

- В рамках диспансеризации анкетирование пациентов 75 лет и старше необходимо проводить по специальной анкете, в которой учтены особенности данной возрастной категории пациентов и дополнить оценкой когнитивных функций по тесту Мини-Ког
- Анализ результатов анкетирования следует проводить с учетом шкалы «Возраст не помеха», вопросы которой включены в анкету диспансеризации для граждан 75 лет и старше
- Профилактическое консультирование следует проводить всем пациентам 75 лет и старше с акцентом на положительные ответы на вопросы шкалы "Возраст не помеха" (приложение 3)
- Следует делать акцент на выявление полипрагмазии (хронический прием 5 и более лекарственных препаратов). При оценке числа принимаемых препаратов следует учесть, что если пациент принимает фиксированные комбинированные препараты (2 и более действующих вещества в одной таблетке), то каждый компонент учитывается как отдельный препарат. При выявлении полипрагмазии целесообразно рекомендовать обратиться к лечащему врачу на предмет анализа лекарственных назначений. Если полипрагмазия сочетается с высокой вероятностью старческой астении по шкале "Возраст не помеха", настойчиво рекомендовать консультацию гериатра.

Особенности анкетирования пожилых пациентов в рамках диспансеризации

- В программе диспансеризации определенных групп взрослого населения на 1 этапе проводится анкетирование пациентов для лиц в возрасте 75 лет и старше

по опроснику, который, в том числе, включает вопросы шкалы "Возраст не помеха" для скрининга старческой астении и тест Мини-Ког.

- Анкетирование проводится с интервьюером (не путем самозаполнения!)** и позволяет по ответам установить наличие (осведомленность пациента) хронических заболеваний, жалоб на боли в сердце ишемического происхождения, неврологических симптомов, характерных для транзиторных ишемических атак или перенесенных нарушений мозгового кровообращения, наличие в анамнезе падений, снижения веса тела, ограничений в повседневной жизни из-за снижения слуха и зрения, наличие таких факторов риска как курение табака, нерациональное питание, недостаточная физическая активность.

Особенности профилактического консультирования лиц 75 лет и старше

- При профилактическом консультировании используется принятый принцип выделения групп риска, но должны быть учтены возрастные особенности коррекции артериальной гипертензии, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии у людей пожилого и старческого возраста, а также высокая вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний
- Пациента следует ориентировать не только за устранение симптомов заболеваний (при их наличии), но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни без негативных для здоровья факторов.
- Всем консультируемым должны быть даны учитывающие возрастной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств
- Профилактическое консультирование должно учитывать положительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха» (приложение 3)
- При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зрения), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов
- При высокой вероятности старческой астении по данным скрининговой шкалы «Возраст не помеха» пациента следует направить к гериатру.

Физическая активность

- Аэробная физическая активность средней интенсивности не менее 150 минут в неделю, или выполнение упражнений высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю с учетом индивидуальных особенностей пациента и при отсутствии противопоказаний
- Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут.

- Начинать физические занятия следует с разминки (медленная ходьба и легкие потягивания), если пациент только начинает заниматься физическими упражнениями, то 5-10-минутная разминка может составлять целое занятие;
- Продолжительность занятия должна постепенно увеличивать до 30 минут в день; если до этого пожилой человек вел малоподвижный образ жизни, то этот период должен составлять не менее трех недель.
- Наиболее эффективны ходьба по ровной местности, скандинавская ходьба, лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и др, а также ежедневная утренняя гимнастика (или длительная прогулка в лесу, парке, сквере).
- Если пожилые люди не могут выполнять рекомендуемый объем физических нагрузок, им следует выполнять объем упражнений, соответствующий их возможностям и состоянию здоровья
 - Пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать повышение физической активности медленно, начиная с нескольких минут в день, и постепенно увеличивать продолжительность и частоту физических занятий (при отсутствии противопоказаний).
 - Следует исключать упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п.
 - Выполнение упражнений на равновесие и предотвращение падений 3 и более дней в неделю до 30 минут (*например*, ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках). В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору.
- Заболевания суставов не являются противопоказанием для физических упражнений. Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно - реабилитолога, для разработки индивидуальной программы физической активности.
- Осторожно следует в программу физической активности должны включаться бег, прыжки, упражнения с тяжестями и другие виды нагрузок, которые могут привести к травмам.

Питание

- Энергетическая ценность рациона питания для лиц старше 75 лет должна составлять 1600 ккал для женщин и 1800 ккал для мужчин.
- Режим питания должен обязательно включать три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня).
- Общий водный режим составляет не менее 2 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не

менее 800 мл. Для лиц имеющих сердечную недостаточность питьевой режим должен быть согласован с участковым терапевтом или кардиологом.

- Следует учитывать, что потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста в виду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1-1,2 г/кг/сут с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками. Оптимальными источниками животного белка являются молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина, а растительного – крупы, бобовые, семена и орехи. Необходимо рекомендовать ежедневное употребление животного белка. Если пациент не употребляет мясо, рыбу и птицу или делает это в недостаточном количестве, следует направить его на консультацию к диетологу для решения вопроса о назначении дополнительных источников белка в виде функционального продукта или подбора специализированного рациона питания для обеспечения потребления белка на необходимом уровне.
- На долю общего жира в рационе не должно приходиться более 25-30% от суточной калорийности, при этом треть отводится на насыщенные жиры, а другие две трети - на равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. Из растительных жиров предпочтительны оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25-30мл в день (2 столовые ложки). Потребление животных жиров (сливочное масло, сливки, сметана, топленый жир) следует ограничить, также, как и продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных транс-жирных кислот, содержащихся в переработанных пищевых продуктах, еде быстрого приготовления, закусочных пищевых продуктах, жареной во фритюре еде, замороженных пицце и пирогах, печенье, маргарине и бутербродной смеси.
- Рекомендуются потребление не менее двух порций молочных продуктов в день. Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленный сахар и/или насыщенные жиры. У лиц старшего возраста может иметь место вторичная лактозная непереносимость, в таком случае, продукты с молочным сахаром – лактозой, следует исключить из рациона питания (молоко и др.), но продукты, в которых лактоза была израсходована на процесс ферментации, следует оставить в рационе (творог, сыр, йогурт). Пациенту показано потребление без- или низколактозных молочных продуктов. При наличии вторичной непереносимости к молочным (сывороточным) белкам пациенту следует предложить потребление продуктов растительного происхождения (миндального, рисового или соевого молока, йогурта, сыра тофу).

□ С возрастом снижается толерантность к углеводам, поэтому углеводный компонент питания должен быть сформирован из продуктов, содержащих «сложные» углеводы и богатых пищевыми волокнами: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная греча, нешлифованный рис, непереработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые (включая сою), грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей, овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500г/сут). Одна порция – это один фрукт крупного размера (яблоко, груша, апельсин), ½ стакана фруктового салата, замороженных или консервированных фруктов, 3-4 штуки мелких фруктов (абрикос, слива, клубника), 3-4 ягоды сухофруктов (курага, финик, инжир), ½ стакана приготовленных или 1 стакан свежих мелко нарезанных овощей. Потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы и саго) и корнеплодов (картофель, батат, каसाва и др.) следует ограничивать.

- Потребление свободных сахаров ограничено 10% суточной калорийности рациона (50г/сутки). Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продукты производителем, поваром или потребителем (добавленные сахара) и могут также содержаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах. Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи. Потребление сахара в чистом виде (добавленного) следует ограничивать до 5% общей калорийности (около 25г/сутки, примерно 6 чайных ложек без «верха»).
- Рекомендуемое потребление поваренной соли должно составлять до 5,0 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. Однако, если пожилой человек ранее не придерживался такого уровня потребления соли, не следует вводить его резкие ограничения. Целесообразно проанализировать потребление и рекомендовать отказаться от продуктов с высоким содержанием соли, копчености, колбасные изделия, консервированные продукты, соусы, соленья, и рекомендовать исключить досаливание уже готового блюда.
- Из способов кулинарной обработки рекомендуется использование щадящих режимов: отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.
- С целью профилактики падений, остеопороза и переломов всем пациентам следует рекомендовать ежедневный прием препаратов кальция (в дозе 1000-1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800-1000 мг/сутки).
- Рекомендации по питанию пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале "Возраст не помеха") даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки.

Курение

- Пожилые пациенты менее внимательны к доводам о вреде курения, склонны недооценивать опасность курения и переоценивать его преимущества, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения.
- При профилактическом консультировании пожилых необходимо акцентировать внимание на том, что эти пациенты, продолжающие курить, тяжелее переносят болезни, характерные для пожилого возраста, такие как диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии, которые для многих пожилых людей имеют фатальные последствия. Потребление табака может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста. Воздействие вторичного табачного дыма (пассивное курение) также пагубно для здоровья пожилого человека.
- Рекомендации по отказу от курения пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале "Возраст не помеха") даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки.
- Краткое консультирование обычно проводится в течение 5 минут, включает краткий опрос-беседу, обсуждение и поддержку. Сопровождение краткого совета предоставлением материалов для самопомощи может повысить вероятность в отказе от курения.

Организация безопасного быта

Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, особенно для пациентов с падениями в анамнезе:

- Убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о которые можно споткнуться;
- Убрать скользкие коврики или закрепить их на полу;
- Предупредить возможность споткнуться о край ковра, порожки;
- Использовать нескользящий коврик для дна ванной, душевой кабины;
- Пол в ванной комнате должен быть нескользким;
- Оборудовать ванну и пространство рядом с унитазом поручнями;
- Обеспечить достаточное освещение: повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной/туалета был хорошо освещён.

Когнитивный тренинг

Примеры упражнений для когнитивного тренинга

- заучивание стихов, песен;
- игра на музыкальных инструментах;
- рисование;

- решение логических задач;
- разгадывание кроссвордов;
- может быть рекомендовано обращение в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности.

Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов

- Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по совету соседей или средств массовой информации (даже, если это передача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение
- Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам лучше бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения
- Информировать врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты
- Информировать врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом.
- Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для Вас лекарства
- Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача
- Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства
- Каждый человек должен знать о **каждом** принимаемом лекарственном препарате (уточните эту информацию у врача, при необходимости – запишите):
 - Название препарата;
 - По какому поводу Вы его принимаете;
 - Как следует принимать препарат (доза, время, кратность и длительность приема, влияние приема пищи).

Общие принципы

В случае, если пациентам пожилого возраста требуется медикаментозное лечение, это лечение назначается и контролируется лечащим врачом или врачом-гериатром (пациенты со старческой астенией и/или старше 80 лет). Задача врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья - способствовать соблюдению пациентом врачебных назначений, при консультировании по факторам риска важно также оценивать приверженность пациентов к приему назначенных медикаментозных средств и контролировать ИМТ.

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 массой тела ниже 70кг) за последние 3 месяца, необходимо проведение обследования для уточнения причины снижения массы тела и исключения развития саркопении. Следует рекомендовать снижение веса только пациентам с ИМТ ≥ 35 кг/м². Снижение веса осуществляется под контролем врача. При консультировании пожилых пациентов следует предупредить о недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

Артериальная гипертензия

Лечение проводится лечащим врачом.

Всем пожилым пациентам с систолическим АД ≥ 160 мм рт.ст. без старческой астении следует обязательно рекомендовать обращение к лечащему врачу для назначения/коррекции антигипертензивной терапии.

При наличии старческой астении рекомендуется консультация гериатра. Целевое систолическое АД у пожилых пациентов без старческой астении составляет 140-150 мм рт.ст. У пожилых пациентов <80 лет возможно назначение антигипертензивной терапии при САД более 140 мм рт. ст. и достижение целевого уровня САД <140 мм рт. ст., однако необходимо учитывать индивидуальную переносимость более низких значений АД и клинический статус. Целевое АД у пожилых пациентов со старческой астенией определяется врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

Дислипидемия

Лечение проводится лечащим врачом. С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам по назначению лечащего врача показано назначение липидснижающей терапии (статинов).

Эффективность и безопасность липидснижающей терапии контролируется лечащим врачом. Для первичной профилактики ССЗ у

пожилых ≥ 75 лет (особенно в возрасте 80 лет и старше), назначение статинов не показано независимо от уровня холестерина.

Применение ацетилсалициловой кислоты (75-150 мг/сутки)

Лечение проводится лечащим врачом с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний при условии контролируемой АГ. Для первичной профилактики - не показано

Коррекция гипергликемии

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

Приложение

Анкета для граждан в возрасте 75 лет и стар е35

| | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|-----|
| Дата обследования (день, месяц, год): | | | |
| Ф.И.О.: | | Пол: | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | |
| Поликлиника № | | Врач/фельдшер: | |
| 1 | Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния): | | |
| | 1.1. гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да | Нет |
| | 1.2.сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | Да | Нет |
| | 1.3. злокачественное новообразование? | Да | Нет |
| | Если «Да», то какое _____? | | |
| | 1.4. повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | Да | Нет |
| | 1.5. перенесенный инфаркт миокарда? | Да | Нет |
| | 1.6. перенесенный инсульт? | Да | Нет |
| | 1.7. хронический бронхит или бронхиальная астма? | Да | Нет |

| | | | |
|----|---|----|-----|
| 2 | Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку? | Да | Нет |
| 3 | Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или через 2-5 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, пройти по комнате? | Да | Нет |
| 5 | Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин | 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 | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| 9 | 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 |
| 10 | Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы? | Да | Нет |
| 11 | Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция =200 гр. овощей или = 1 фрукт среднего размера) | Да | Нет |
| 12 | Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю? | Да | Нет |
| 13 | Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и | Да | Нет |

| | | | |
|----|---|------|-----------|
| | более? | | |
| 14 | Были ли у Вас случаи падений за последний год? | Да | Нет |
| 15 | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? | Да | Нет |
| 16 | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? | Да | Нет |
| 17 | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустными или встревоженным в последнее время? | Да | Нет |
| 18 | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | Да | Нет |
| 19 | Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет? | Да | Нет |
| 20 | Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? | Да | Нет |
| 21 | Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)? | Да | Нет |
| 22 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности? | Да | Нет |
| 23 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита? | Да | Нет |
| 24 | Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю? | До 5 | 5 и более |

Правила вынесения заключения по результатам анкетирования граждан 75 лет и старше

| Вопросы | Ответ и заключение | Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации |
|---|---|--|
| Личный анамнез | | |
| Вопрос 1 | <p>Ответ «ДА» - Имеется указание на наличие заболевания в личном анамнезе</p> <p>Ответ «ДА» на вторую часть вопроса 1.1 – вероятность наличия медикаментозной гипотензивной терапии</p> | <p>Уточнить документальное подтверждение заболевания (амб карта/выписки и др.);</p> <p>Зарегистрировать диагноз заболевания в учетных формах.</p> <p>С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопроса 1.1, внести информацию об эффективности гипотензивной терапии в учетно-отчетные формы</p> |
| Вероятность ССЗ (стенокардии и нарушений мозгового кровообращения, недостаточности кровообращения) | | |
| Вопросы 2-3 | <p>Ответ «ДА» на вопрос 2 или на оба вопроса - вероятность стенокардии</p> | <p>Провести вне рамок диспансеризации необходимые обследования в соответствии со стандартом медицинской помощи при стенокардии для уточнения диагноза</p> <p>При профилактическом консультировании информировать пациента о необходимости обследования и уточнения наличия стенокардии. При проведении УПК – учесть наличие факторов риска</p> <p>Объяснить о высоком риске развития угрожающих жизни состояний при стенокардии, характерных проявлениях этих состояний и необходимых неотложных мерах, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи.</p> |

| | | |
|-------------|--|--|
| | | Обратить внимание на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции |
| Вопросы 4-6 | Ответ «ДА» на любой из вопросов - наличие ТИА/ОНМК высоко вероятно | Направить пациента на консультацию (осмотр) к врачу неврологу для определения дальнейшего обследования (дуплексное сканирование БЦА в рамках диспансеризации) и рассмотрит необходимость назначения медикаментозного лечения Информировать о высоком риске развития инсульта, о характерных проявлениях инсульта и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи |

| | | |
|--|---|---|
| | | При проведении УПК – учесть наличие факторов риска |
| Вопрос 7 | Ответ «ДА» - вероятно наличие сердечной недостаточности | Уточнить характер жалоб, по показаниям назначить дополнительное обследование в соответствии со стандартом медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности вне рамок диспансеризации; Информировать граждан о высоком риске развития острой сердечной недостаточности, о ее характерных проявлениях и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи. При проведении УПК – учесть наличие факторов риска |
| Факторы риска - курение | | |
| Вопрос 8 | Ответ «ДА» - курит в настоящее время | При проведении УПК – учесть наличие фактора риска Рекомендовать отказ от курения |
| Риск остеопороза | | |
| Вопросы 9,10 | Ответы «ДА» на любой вопрос - имеется риск остеопороза | При проведении УПК – учесть наличие фактора риска Рекомендовать вне рамок диспансеризации консультацию ревматолога или эндокринолога для определения показаний для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации (денситометрию или рентгенографию позвоночника и др). |
| Фактор риска – нерациональное питание | | |
| Вопросы 11 и 12 | Ответ «Нет» на оба вопроса - нерациональное питание | При проведении УПК – учесть наличие фактора риска |

| Фактор риска – недостаточная физическая активность | | |
|---|---|--|
| Вопрос 13 | <p>Ответ «нет»</p> <p>Фактора риска «низкая физическая активность»</p> | <p>При проведении УПК – учесть наличие фактора риска</p> |
| Шкала «Возраст не помеха» | | |
| Риск старческой астении | | |
| Вопрос 14 | <p>Ответ «ДА» - имеется риск падений</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да»= 1 баллу)</p> | <p>Направить в рамках 2 этапа диспансеризации на осмотр (консультацию) врача-невролога</p> <p>При проведении УПК – учесть наличие фактора риска</p> |
| Вопрос 15 | <p>Ответ «ДА» - вероятность снижения зрения</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | <p>Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-офтальмологу.</p> <p>При проведении УПК – учесть снижение зрения</p> |

| | | |
|-----------|---|--|
| | | |
| Вопрос 16 | <p>Ответ «ДА» - риск снижения слуха</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | <p>Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к ЛОР- врачу.</p> <p>При проведении УПК – учесть снижение слуха</p> |
| Вопрос 17 | <p>Ответ «ДА» - риск депрессии</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | <p>Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-неврологу</p> <p>При проведении УПК – учесть наличие риск депрессии</p> |
| Вопрос 18 | <p>Ответ «ДА» - наличие проблемы с удержанием мочи</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | <p>При показаниях рекомендовать вне рамок диспансеризации: для мужчин осмотр (консультация) врача хирурга (врача уролога), для женщин – врача-уролога или врача-акушера- гинеколога</p> |
| Вопрос 19 | <p>Ответ «ДА» - вероятность ограничения мобильности</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | <p>Оценить состояние и определить причины симптоматики.</p> |
| Вопрос 20 | <p>Ответ «ДА» - вероятность наличия когнитивных нарушений. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да»= 1 баллу)</p> | <p>Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации</p> |
| Вопрос 21 | <p>Ответ «Да» на вопрос 21 учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов</p> | <p>Провести детальный сбор анамнеза и жалоб, физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса;</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | (ответ «Да» = 1 баллу) | Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации |
| СУММА А ответов «Да» (баллов) на вопросы 14-21) | Сумма баллов 3 и более (ответов «да» на вопросы 14-21) – Имеется риск старческой астении | Провести на 2 этапе углубленное профилактическое консультирование с целью профилактики старческой астении и определить показания для направления к врачу-гериатру |
| Вопросы 21-23 | Ответ "Да" на вопрос 21 в сочетании с ответом «Нет» на вопрос 22 и ответом «Да» на вопрос 23 – вероятность онкопатологии | Провести детальный сбор анамнеза и жалоб, физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса; Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации; |

Приложение №1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФАКТОРОВ РИСКА И ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОВЫШАЮЩИХ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

(Приложение № 2 к приказу Минздрава России от «26» октября 2017г. № 869н)

Повышенный уровень артериального давления – систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт.ст. либо проведение гипотензивной терапии. К числу граждан, имеющих данный фактор риска, относятся граждане, имеющие гипертоническую болезнь или симптоматические артериальные гипертензии (кодируется по МКБ-10[□] кодами I10-I15), а также граждане с повышенным артериальным давлением при отсутствии диагноза гипертонической болезни или симптоматической артериальной гипертензии (кодируется по МКБ-10 кодом R03.0).

Гиперхолестеринемия - уровень общего холестерина 5 ммоль/л и более (кодируется по МКБ-10 кодом E78).

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

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

Нерациональное питание – избыточное по калорийности потребление пищи, избыточное (без ограничений) потребление насыщенных жиров (сливочного масла, животных жиров), простых сахаров (сахар, мед, сладости, подслащенные соки и другие напитки), пищевой соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4-6 порций в сутки), морской рыбы и морепродуктов (менее 2-3 порций в неделю). Определяется с помощью опроса (анкетирования), предусмотренного настоящим Порядком (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.4).

Избыточная масса тела - индекс массы тела 25-29,9 кг/м² (кодируется по МКБ-10 кодом R63.5).

Ожирение - индекс массы тела 30 кг/м² и более (кодируется по МКБ-10 кодом E66).

Низкая физическая активность - ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.3)

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

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

Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям – наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте, или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (кодируется по МКБ-10 кодом Z80).

Отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей - наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z 82.5).

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

Относительный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 21 до 39 лет, абсолютный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 42 до 63 лет при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом. У граждан в возрасте старше 65 лет и у граждан, имеющих ССЗ, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале сердечно-сосудистого риска не рассчитывается.

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)

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

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

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

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

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

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

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной приложением N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г.

№ 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

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

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной приложением № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

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

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

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«_____» _____ г. рождения, зарегистрированному по адресу: _

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

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

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником ____

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

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

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

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

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

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

Я, ____

(Ф.И.О. гражданина)

_____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

(полное наименование медицинской организации)

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

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником ____.

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

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

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

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

"_ " __ г. (дата оформления)

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

(Приложение к приказу Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. N390 н)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Приложение № 4. Поименный и повозрастной список граждан врачебного (терапевтического, в том числе цехового участка, участка врача общей практики (семейного врача)), фельдшерского или комплексного участка

| Фамилия, имя, отчество | Адрес места фактического проживания | Электронный адрес | Телефоны: домашний, мобильный, служебный | Дата информирования о порядке проведения диспансеризации | Согласованный с гражданином срок прохождения диспансеризации |
|---|-------------------------------------|-------------------|--|--|--|
| Список лиц, которым в 201_ году исполняется 21 год | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Список лиц, которым в 201_ году исполняется 24 года | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Список лиц, которым в 201_ году исполняется 27 лет | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Список лиц, которым в 201_ году исполняется 99 лет | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Приложение № 5. Календарный план-график прохождения диспансеризации гражданами врачебного (терапевтического, в том числе цехового участка, участка врача общей практики (семейного врача)), фельдшерского или комплексного участка №_ в 201_ году

| Месяц, рабочие дни | ФИО гражданина | Пол | Возраст | Отметка о прохождении диспансеризации | |
|--------------------|-------------------------|----------|-----------|---------------------------------------|------------|
| | | | | 1-го этапа | 2-го этапа |
| Январь | | | | | |
| | <i>Иванов И.И.</i> | <i>м</i> | <i>27</i> | | |
| января | <i>Петрова П.И.</i> | <i>ж</i> | <i>39</i> | | |
| | <i>Сидоров В.Е.</i> | <i>м</i> | <i>69</i> | | |
| | <i>Кузнецова М.П.</i> | <i>ж</i> | <i>21</i> | | |
| января | <i>Степанова О.Ф.</i> | <i>ж</i> | <i>72</i> | | |
| | <i>Дацук М.П.</i> | <i>м</i> | <i>36</i> | | |
| | <i>Ульянова Е.П.</i> | <i>ж</i> | <i>87</i> | | |
| | <i>Маринин В.С.</i> | <i>м</i> | <i>45</i> | | |
| | <i>Соловьева И.И.</i> | <i>ж</i> | <i>42</i> | | |
| января | <i>Трепольский Б.М.</i> | <i>м</i> | <i>75</i> | | |
| | | | | | |
| января | | | | | |

Приложение № 6. Диспансеризация взрослого населения

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

Каковы основные цели диспансеризации?

- Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), к которым относятся:
- болезни системы кровообращения и в первую очередь ишемическая болезнь сердца и cerebrovascularные заболевания;
- злокачественные новообразования;
- сахарный диабет;
- хронические болезни легких.
- Указанные болезни обуславливают более 75 % всей смертности населения нашей страны.
- Кроме того, диспансеризация направлена на выявление и коррекцию основных факторов риска развития указанных заболеваний, к которым относятся:

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

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

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

Где и когда можно пройти диспансеризацию?

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

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

Сколько времени занимает прохождение диспансеризации?

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

Если по результатам первого этапа диспансеризации у Вас выявлено подозрение на наличие хронического неинфекционного заболевания или высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск участковый врач сообщает Вам об этом и

направляет на второй этап диспансеризации, длительность прохождения которого зависит от объема необходимого Вам дополнительного обследования.

Как пройти диспансеризацию работающему человеку?

Согласно статьи 24 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" работодатели обязаны обеспечивать условия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации, а также беспрепятственно отпускать работников для их прохождения.

Какая подготовка нужна для прохождения диспансеризации?

Для прохождения первого этапа диспансеризации желательно прийти в медицинскую организацию (поликлинику) утром, натощак.

Лицам в возрасте от 48 до 75 лет исследование кала на скрытую кровь должно проводиться **иммунохимическим методом, что не требует** ограничений в приеме пищи (уточните применяемый метод исследования у своего участкового врача медсестры или в кабинете медицинской профилактики).

Женщинам необходимо помнить, что забор мазков с шейки матки не проводится во время менструации, при проведении того или иного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза, что для снижения вероятности получения ложных результатов анализа мазка необходимо исключить половые контакты в течение 2-х суток перед диспансеризацией, отменить любые вагинальные препараты, спермициды, тампоны и спринцевания.

Мужчинам в возрасте 49 и 51 год, которым назначено исследование простат специфического антигена в крови (онкомаркер рака предстательной железы) необходимо помнить, что лучше воздержаться от проведения этого анализа в течение 7-10 дней после любых воздействий на предстательную железу механического характера (ректальный осмотр, массаж простаты, клизмы, езда на лошади или велосипеде, половой акт, лечение ректальными свечами и др.) так как они могут исказить результат исследования.

Если Вы в предыдущие 12 месяцев перед прохождением диспансеризации проходили медицинские исследования возьмите документы, подтверждающие этот факт, и покажите их медицинским работникам перед началом прохождения диспансеризации.

Объем подготовки для прохождения второго этапа диспансеризации Вам объяснит участковый врач (фельдшер).

Регулярное прохождение диспансеризации позволит Вам в значительной степени уменьшить вероятность развития наиболее опасных заболеваний сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразований (колоректального рака, рака шейки матки и грудной железы), сахарного диабета и хронических бронхолегочных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и смертности населения

нашей страны или выявить их на ранней стадии развития, когда их лечение наиболее эффективно.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7. АНКЕТА ДЛЯ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ ДО 75 ЛЕТ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФАКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ, ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА

| | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|-----|
| Дата обследования (день, месяц, год): | | | |
| Ф.И.О.: | | Пол: | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | |
| Поликлиника № | | Врач/фельдшер: | |
| 1 | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется | | |
| | 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 (заболевание сосудов головного мозга)? | Да | Нет |
| | 1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)? | Да | Нет |
| | 1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)? | Да | Нет |
| | 1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | Да | Нет |
| | 1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)? | Да | Нет |
| | 1.8. хроническое заболевание почек? | Да | Нет |
| | 1.9. злокачественное новообразование? | Да | Нет |
| | Если «Да», то какое? ___ | | |
| | 1.10. повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | Да | Нет |
| 2 | Был ли у Вас инфаркт миокарда? | Да | Нет |
| 3 | Был ли у Вас инсульт? | Да | Нет |

| | | | |
|----|---|--|-----|
| 4 | Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)? | Да | Нет |
| 5 | Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть) | Да | Нет |
| 6 | Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спускаетесь, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку? | Да | Нет |
| 7 | Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут? (нужное подчеркнуть) | | |
| | Да, исчезает самостоятельно | Да, исчезает после приема нитроглицерина | 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, пройти по комнате? | Да | Нет |
| 9 | Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? | Да | Нет |
| 10 | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? | Да | Нет |
| 11 | Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х | Да | Нет |

| | | | |
|----|---|-------------|------------------|
| | месяцев в году? | | |
| 12 | Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без? | Да | Нет |
| 13 | Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? | Да | Нет |
| 14 | Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? | Да | Нет |
| 15 | Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? | Да | Нет |
| 16 | Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | Да | Нет |
| 17 | Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? | Да | Нет |
| 18 | Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? | Да | Нет |
| 19 | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| 20 | Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? _____ сиг/день | | |
| 21 | Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)? | До 30 минут | 30 минут и более |
| 22 | Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)? | Да | Нет |
| 23 | Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? | Да | Нет |
| 24 | Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача? | Да | Нет |
| 25 | Как часто Вы употребляете алкогольные напитки? | | |

| | | | | | |
|--|---|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| | Никогда (0 баллов) | Раз в месяц и реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц (2 балла) | 2-3 раза в неделю (3 балла) | ≥ 4 раз в неделю (4 балла) |
| 26 | Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 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) |
| 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) |
| ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов | | | | | |

Правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) в рамках диспансеризации граждан в возрасте до 75 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) | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Вопрос 1 (1.1 – 1.10); Вопросы 2 и 3</p> | <p>Ответ «ДА» на любой вопрос Вероятность заболевания в личном анамнезе; Ответ «Да» на вторую часть вопроса 1.1 – вероятность медикаментозной гипотензивной терапии</p> | <p>Получить документальное подтверждение заболевания (амб. Карта, выписки) и при его наличии внести диагноз заболеваний в учетную и отчетную формы; С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопросы 1.1, внести информацию об эффективности гипотензивной терапии в учетную и отчетную формы; Определить проведение мероприятий диспансеризации с учетом выявленного в анамнезе заболевания</p> |
|---|---|--|

Семейный анамнез

| | | |
|----------------------|--|---|
| <p>Вопросы 4 и 5</p> | <p>Ответ «ДА» вопрос 4 – отягощенная наследственность по инфаркту и инсульту</p> | <p>При профилактическом консультировании обратить внимание на меры по профилактике атеросклероза, особенно при наличии клинических проявлений ИБС, ЦВБ.</p> |
| <p>Вопросы 4 и 5</p> | <p>«ДА» вопрос 5 Отягощенная наследственность по онкозаболеваниям</p> | <p>Для граждан в возрасте от 49 лет и старше при отягощенной наследственности по колоректальному раку, семейному аденоматозу (диффузному полипозу толстой кишки), направить на 2 этап диспансеризации (осмотр врача-хирурга или врача-колопроктола)</p> |

Выявление вероятности стенокардии

| | | |
|----------------------|--|--|
| <p>Вопросы 6 и 7</p> | <p>Ответ «ДА» на 6 или оба вопроса Имеется вероятность стенокардии</p> | <p>Провести вне рамок диспансеризации необходимые обследования в соответствии со стандартом медицинской помощи при стенокардии для уточнения диагноза При профилактическом консультировании информировать пациента о необходимости обследования и уточнения наличия стенокардии. Объяснить о высоком риске развития угрожающих жизни состояний при стенокардии, характерных проявлениях этих состояний и необходимых неотложных мерах, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи</p> |
|----------------------|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>помощи.</p> <p>Обратить особое внимание на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции</p> |
| <p>Выявление вероятности перенесенной транзиторной ишемической атаки (ТИА) или острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)</p> | | |
| <p>Вопросы 8-10</p> | <p>Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос Имеется вероятность преходящей ишемической атаки (ТИА) или перенесенного ОНМК</p> | <p>Направить пациента на консультацию (осмотр) к врачу- неврологу. Информировать граждан о высоком риске развития инсульта, о его характерных проявлениях, о неотложных мероприятиях само- и взаимопомощи, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи.</p> <p>При подтверждении диагноза, направить на углубленное профилактическое консультирование в рамках диспансеризации Рассмотреть необходимость назначения медикаментозной терапии</p> |
| <p>Выявление вероятности хронического заболевания нижних дыхательных путей (хронической обструктивной болезни легких - ХОБЛ)</p> | | |
| <p>Вопросы 11 и 12</p> | <p>Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос – имеется вероятность хронического заболевания нижних дыхательных путей</p> | <p>Направить на спирометрию на 2 этапе диспансеризации и по ее результатам определить дальнейшую тактику При проведении профилактического консультирования обратить внимание на меры профилактики ХОБЛ и важность коррекции имеющихся факторов риска</p> |

| | | |
|-----------|---|--|
| Вопрос 13 | <p>Ответ «ДА»</p> <p>Вероятность наличия заболевания легких (Бронхоэктазы, онкопатология, туберкулез)</p> | <p>Провести детальный сбор анамнеза и жалоб, оценить результат флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза вне рамок диспансеризации</p> <p>При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику</p> |
|-----------|---|--|

Выявление вероятности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе и онкологических

| | | |
|--------------|---|--|
| Вопрос 14-16 | <p>Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с ответом «Да» на вопрос 14 и/или 15</p> <p>Вероятность заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта</p> | <p>Провести детальный сбор анамнеза и жалоб, оценить клиническую картину, определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации</p> <p>При консультировании учесть выявленную симптоматику</p> |
|--------------|---|--|

| | | |
|---------------|---|---|
| Вопросы 16-18 | <p>Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с ответом «Да» на вопрос 17 и/или 18</p> <p>Вероятность заболевания нижних отделов ЖКТ</p> | <p>Провести детальный сбор анамнеза и жалоб, оценить клиническую картину</p> <p>Направить на осмотр врачом-хирургом или колопроктологом</p> <p>При профилактическом консультировании обратить внимание на профилактику колоректального рака и факторы риска его развития</p> |
|---------------|---|---|

Выявление поведенческих факторов риска - курение

| | | |
|---------------|--|--|
| Вопросы 19-20 | <p>Ответ «ДА» на вопрос 19 - Фактор риска «курение»</p> | <p>Оценить риск по кале SCORE при отсутствии клинических проявлений ССЗ, обусловленных атеросклерозом, сахарного диабета 2, хронических болезней почек:</p> <p>в возрасте до 40 лет относительный риск;</p> <p>в возрасте 40-65 лет и абсолютный риск;</p> |
| | <p>Ответ на вопрос 20 «более 20 сигарет в день» свидетельствует об интенсивном курении</p> | <p>На первом этапе диспансеризации провести индивидуальное профилактическое консультирование для лиц, потребляющих более 20 сигарет в день или имеющих высокий относительный или высокий/очень высокий абсолютный риск по шкале SCORE.</p> <p>Информировать всех курящих о необходимости</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | отказа от курения. |
| Выявление поведенческих факторов риска - низкая физическая активность | | |
| Вопрос 21 | Ответ «До 30 минут» - фактор риска «низкая физическая активность» | Учесть факт наличия низкой физической активности при проведении профилактического консультирования |
| Выявление поведенческих факторов риска - нерациональное питание | | |
| Вопросы 22 и 23 | Ответ «Нет» на вопрос 22 и/или ответ «ДА» на вопрос 23 - фактор риска «нерациональное питание» | Учесть фактор риска при проведении профилактического консультирования |
| 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 (см. раздел 2.4.3.2) |
| Выявление поведенческих факторов риска - риск пагубного потребления алкоголя | | |
| | Сумма баллов в вопросах 25-27 для женщин - 3 балла | Направить пациента на углубленное профилактическое консультирование на 2 этапе диспансеризации (см. раздел 2.4.3.2) |

| | | |
|------------------|--|--|
| Вопросы 25-27 | и более для мужчин – 4 балла и более «Риск пагубного потребления алкоголя» | |
|------------------|--|--|

*Примечание: дальнейшие показания и назначения в соответствии с Порядками и стандартами оказания медицинской помощи. ТИА – транзиторная ишемическая атака; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЦВБ – цереброваскулярные болезни; ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8. АНКЕТА ДЛЯ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФАКТОРОВ РИСКА, СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

| | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|-----|
| Дата обследования (день, месяц, год): | | | |
| Ф.И.О.: | | Пол: | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | |
| Поликлиника № | | Врач/фельдшер: | |
| 1 | Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния): | | |
| | 1.1. гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да | Нет |
| | 1.2.сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | Да | Нет |
| | 1.3. злокачественное новообразование? | Да | Нет |
| | Если «Да», то какое ___? | | |
| | 1.4. повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |
| | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | Да | Нет |
| | 1.5. перенесенный инфаркт миокарда? | Да | Нет |
| | 1.6. перенесенный инсульт? | Да | Нет |
| | 1.7. хронический бронхит или бронхиальная астма? | Да | Нет |

| | | | |
|----|---|----|-----|
| 2 | Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку? | Да | Нет |
| 3 | Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или через 2-5 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, пройти по комнате? | Да | Нет |
| 5 | Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? | Да | Нет |
| 6 | Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? | Да | Нет |
| 7 | Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня? | Да | Нет |
| 8 | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| 9 | 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 |
| 10 | Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы? | Да | Нет |
| 11 | Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция = 200 гр. овощей или = 1 фрукт среднего размера) | Да | Нет |
| 12 | Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю? | Да | Нет |

| | | | |
|----|---|------|-----------|
| 13 | Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более? | Да | Нет |
| 14 | Были ли у Вас случаи падений за последний год? | Да | Нет |
| 15 | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? | Да | Нет |
| 16 | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? | Да | Нет |
| 17 | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? | Да | Нет |
| 18 | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | Да | Нет |
| 19 | Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет? | Да | Нет |
| 20 | Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? | Да | Нет |
| 21 | Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)? | Да | Нет |
| 22 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности? | Да | Нет |
| 23 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита? | Да | Нет |
| 24 | Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю? | До 5 | 5 и более |

Правила вынесения заключения по результатам анкетирования граждан 75 лет и старше

| Вопросы | Ответ и заключение | Врачебная тактика, показания |
|---------|--------------------|------------------------------|
|---------|--------------------|------------------------------|

| | | для направления на 2 этап диспансеризации |
|---|---|---|
| Личный анамнез | | |
| Вопрос 1 | <p>Ответ «ДА» - Имеется указание на наличие заболевания в личном анамнезе</p> <p>Ответ «ДА» на вторую часть вопроса 1.1 – вероятность наличия медикаментозной гипотензивной терапии</p> | <p>Уточнить документальное подтверждение заболевания (амб. карта/выписки и др.);</p> <p>Зарегистрировать диагноз заболевания в учетных формах.</p> <p>С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопроса 1.1, внести информацию об эффективности гипотензивной терапии в учетно-отчетные формы</p> |
| Вероятность ССЗ (стенокардии и нарушений мозгового кровообращения, недостаточности кровообращения) | | |
| Вопросы 2-3 | <p>Ответ «ДА» на вопрос 2 или на оба вопроса - вероятность стенокардии</p> | <p>Провести вне рамок диспансеризации необходимые обследования в соответствии со стандартом медицинской помощи при стенокардии для уточнения диагноза</p> <p>При профилактическом консультировании информировать пациента о необходимости обследования и уточнения наличия стенокардии. При проведении УПК – учесть наличие факторов риска</p> <p>Объяснить о высоком риске развития угрожающих жизни состояний при стенокардии, характерных проявлениях этих состояний и необходимых неотложных мерах, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи.</p> <p>Рассмотреть необходимость</p> |

| | | |
|--------------------|---|---|
| | | <p>назначения медикаментозной терапии</p> <p>Обратить внимание на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции</p> |
| <p>Вопросы 4-6</p> | <p>Ответ «ДА» на любой из вопросов</p> <p>- наличие ТИА/ОНМК высоковероятно</p> | <p>Направить пациента на консультацию (осмотр) к врачу неврологу для определения дальнейшего обследования (дуплексное сканирование БЦА в рамках диспансеризации) и рассмотрит необходимость назначения медикаментозного лечения</p> <p>Информировать о высоком риске развития инсульта, о характерных проявлениях инсульта и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи</p> <p>При проведении УПК – учесть наличие факторов</p> |
| | | <p>риска</p> |

| | | |
|--|--|---|
| Вопрос 7 | <p>Ответ «ДА» - вероятно наличие сердечной недостаточности</p> | <p>Уточнить характер жалоб, по показаниям назначить дополнительное обследование в соответствии со стандартом медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности вне рамок диспансеризации;</p> <p>Информировать граждан о высоком риске развития острой сердечной недостаточности, о ее характерных проявлениях и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи. При проведении УПК – учесть наличие факторов риска</p> |
| Факторы риска - курение | | |
| Вопрос 8 | <p>Ответ «ДА» - курит в настоящее время</p> | <p>При проведении УПК – учесть наличие фактора риска</p> <p>Рекомендовать отказ от курения</p> |
| Риск остеопороза | | |
| Вопросы 9,10 | <p>Ответы «ДА» на любой вопрос - имеется риск остеопороза</p> | <p>При проведении УПК – учесть наличие фактора риска</p> <p>Рекомендовать вне рамок диспансеризации консультацию ревматолога или эндокринолога для определения показаний для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации (денситометрию или рентгенографию позвоночника и др).</p> |
| Фактор риска – нерациональное питание | | |
| Вопросы 11 и 12 | <p>Ответ «Нет» на оба вопроса - нерациональное питание</p> | <p>При проведении УПК – учесть наличие фактора риска</p> |

| Фактор риска – недостаточная физическая активность | | |
|---|--|---|
| Вопрос 13 | <p>Ответ «нет»</p> <p>Фактора риска «низкая физическая активность»</p> | <p>При проведении УПК – учесть наличие фактора риска</p> |
| Шкала «Возраст не помеха» | | |
| Риск старческой астении | | |
| Вопрос 14 | <p>Ответ «ДА» - имеется риск падений</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да»= 1 баллу)</p> | <p>Направить в рамках 2 этапа диспансеризации на осмотр (консультацию) врача-невролога</p> <p>При проведении УПК – учесть наличие фактора риска</p> |
| Вопрос 15 | <p>Ответ «ДА» - вероятность снижения зрения</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | <p>Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-офтальмологу.</p> <p>При проведении УПК – учесть снижение зрения</p> |
| Вопрос 16 | <p>Ответ «ДА» - риск снижения слуха</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | <p>Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к ЛОР- врачу.</p> <p>При проведении УПК – учесть снижение слуха</p> |
| Вопрос 17 | <p>Ответ «ДА» - риск депрессии</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | <p>Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-неврологу</p> <p>При проведении УПК – учесть наличие риск депрессии</p> |
| Вопрос 18 | <p>Ответ «ДА» - наличие проблемы с удержанием мочи</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | <p>При показаниях рекомендовать вне рамок диспансеризации: для мужчин осмотр (консультация) врача хирурга (врача уролога), для женщин – врача-уролога или врача-акушера-</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | | гинеколога |
| Вопрос 19 | <p>Ответ «ДА» - вероятность ограничения мобильности</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | Оценить состояние и определить причины симптоматики. |
| Вопрос 20 | <p>Ответ «ДА» - вероятность наличия когнитивных нарушений. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да»= 1 баллу)</p> | Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации |
| Вопрос 21 | <p>Ответ «Да» на вопрос 21 учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p> | <p>Провести детальный сбор анамнеза и жалоб, физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса;</p> <p>Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации</p> |
| СУММА ответов «Да» (баллов) на вопросы 14-21) | <p>Сумма баллов 3 и более (ответов «да» на вопросы 14-21) – Имеется риск старческой астении</p> | <p>Провести на 2 этапе углубленное профилактическое консультирование с целью профилактики старческой астении и определить показания для направления к врачу-гериатру</p> |
| Вопросы 21-23 | <p>Ответ "Да" на вопрос 21 в сочетании с ответом «Нет» на вопрос 22 и ответом «Да» на вопрос 23 – вероятность</p> | <p>Провести детальный сбор анамнеза и жалоб, физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин</p> |

| | | |
|----------------------|---|---|
| | онкопатологии | снижения веса; Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации; |
| Полипрагмазия | | |
| Вопрос 24 | Если пациент называет 5 и более лекарственных средств – выявлена полипрагмазия | Контроль (ревизия) назначенного лечения и инструктаж приема лекарственных средств. |

Контрольные вопросы для самоподготовки:

1. Как определить суммарный сердечно-сосудистый риск?
2. Цели профилактики хронических неинфекционных заболеваний?
3. Задачи профилактики хронических неинфекционных заболеваний?
4. Стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний на территории?
5. Виды медицинской профилактики?
6. Формы медицинской профилактики?
7. Что такое «профилактический осмотр»?
8. Какие виды профилактических осмотров вы знаете, и их цели?
9. Что такое «профилактическое консультирование»?
10. Какие виды профилактического консультирования вы знаете?
11. Характеристика и алгоритм краткого профилактического консультирования?
12. Характеристика и алгоритм углубленного профилактического консультирования?
13. Характеристика группового профилактического консультирования.
14. Каковы диагностические критерии факторов риска?
Критерии и тактика групп здоровья взрослого населения.

СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуревич К.Г., Аксенова К.И., Дегтярев В.П., Казюлин А.Н., Климина Н.В., Коноров Н.Д., Кузьмина Э.М., Маев И.В., Мартынов Ю.В., Мишин М.Ю., Орестова Е.В., Панченко Л.Ф., Попков С.А., Португалов С.Н., Пустовалов Д.А., Фабрикант Е.Г. Введение в здоровый образ жизни. — М.: МГМСУ, 2005. — 248 с
2. Безруких Н.А. Об актуальности формирования установки студентов на здоровый образ жизни //Вестник Саратовского госагроуниверситета им. Н.И.Вавилова.— 2006.— № 4.— С.81-85.
3. Аарва П., Калинина А.М., Сырцова Л.Е. и др. Профилактические программы. Руководство по планированию реализации и оценке. М. ТАСИС. 2000, 43 с.

СПИСОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

4. Бойцов С, А., Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Калинина А.М., Ипатов В.В. Комплексная программа профилактики неинфекционных заболеваний: планирование, реализация, оценка. – Профилактическая медицина, 2012. Т. 15. № 1. Приложение. С. 3-18.
5. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», 2012. URL: [http:// www.rosminzdrav.ru/health/72/gprzo.pdf](http://www.rosminzdrav.ru/health/72/gprzo.pdf) (дата обращения: 17.02.13).
6. Стародубов В.И., Алексеенко С.Н., Соболева Н.П. Система образования в области профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни в медицинском вузе / «Фундаментальные исследования», №5, часть 2, 2013, стр. 398-403.
7. Ющук Н.Д., Маев И.В., Гуревич К.Г. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. - Москва, 2012. С.207-222.
8. Борьба с основными болезнями в Европе – актуальные проблемы и пути их решения. ЕРБ ВОЗ/03/06, 2006.
9. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. – ВОЗ, 2006
10. Ершова О.Б. Современные подходы к профилактике остеопороза. – Качество жизни. Медицина, 2006. № 5 (16). С. 69-75
11. Бухановский А.О., Андреев А.С., Дони Е.В. Патологический гемблинг как частный вариант болезни зависимого поведения / <http://www.narcom.ru/cabinet/online/46.html>
12. Аронов Д.М. Алгоритм действий врача по первичной и вторичной профилактике ИБС. Consilium medicum. Том 03/N 2/2005
13. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. WHA57.17. ВОЗ, 2004
14. ВОЗ Физическая активность в Европе: Аргументы в пользу действий. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2006. – 36 с.
15. Десять фактов, которые надо знать об ожирении. ВОЗ, 2006.
16. Филиппов П.И., Филиппова В.П. Гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни. М.: ВУНМЦ, 2003 – 288 с.
17. Старение и здоровье. – ВОЗ, 2002. A55/17
18. Лешкевич И.В. и др. Формирование здорового образа жизни в средней школе. – М.: 2006
19. Хмарук И. Н., Турченко Н. М., Труфанова О. К. и соавт. Зависимое поведение:

клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Пособие для врачей. – Ростов-на-Дону: ЛРНЦ "Феникс". – 2002.

20. Chambless LE, Heiss G, Shahar E, Earp MJ, Toole J. Prediction of ischemic stroke risk in the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Am J Epidemiol.* 2004 Aug 1; 160(3):259-69.
21. Stoddard JL, Augustson EM, Moser RP. Effect of adding a virtual community (bulletin board) to smokefree.gov: randomized controlled trial.//*J. Med. Internet. Res.* – 2008. – V. 10, N5. - e53.