

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный специалист по
профилактической медицине
Минздрава России
С.А. Бойцов

«___» _____ 2017 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Методические рекомендации

(4-е издание с дополнениями и уточнениями)

Москва 2017г.

Аннотация

Методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансеризации взрослого населения в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Диспансеризация определенных групп взрослого населения (далее – Диспансеризация) проводится в целях:

- раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, факторов риска их развития, а также риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- определения группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий;
- проведения профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;
- определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения.

Диспансеризация проводится 1 раз в три года и включает помимо универсального для всех возрастов методов обследования, для повышения выявляемости рака молочной железы и колоректального рака проводятся 1 раз в 2 года маммография (для женщин от 51 года до 69 лет) и исследование кала на скрытую кровь (для возрастов от 49 до 73 лет).

Рекомендации содержат разъяснения и комментарии к отдельным пунктам Порядка в соответствии с приказом Минздрава Российской Федерации от 26 октября 2017 г., № 869н.

Методические рекомендации предназначены для руководителей медицинских организаций, осуществляющих диспансеризацию определенных групп взрослого населения, а также врачебного и среднего медицинского персонала непосредственно участвующих в ее проведении.

Авторы методических рекомендаций: Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М., Ипатов П.В., Вергазова Э.К., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Егоров В.А., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Бунова А.С., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Мхитарян Э.А.

Образец для цитирования:

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

Содержание

Аннотация.....	2
Содержание.....	3
Список сокращений.....	6
Введение.....	7
Часть I. Организационные аспекты проведения диспансеризации.....	10
Часть II. Профилактическое консультирование в рамках диспансеризации взрослого населения.....	23
2.1. Виды профилактического консультирования (общие положения)	23
2.2. Порядок организации и алгоритмы проведения индивидуального профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации взрослого населения.....	28
2.2.1. Целевая группа: высокий и очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск.....	29
2.2.2. Целевая группа: высокий относительный сердечно-сосудистый риск.....	32
2.2.3. Целевая группа: ожирение – индекс массы тела 30 кг/м ² и более.....	34
2.2.4. Целевая группа: гиперхолестеринемия (общий холестерин 8 ммоль/л и более).....	37
2.2.5. Целевая группа: курение более 20 сигарет в день	39
2.3. Порядок организации и алгоритм проведения краткого профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации взрослого населения.....	41
2.4. Порядок организации и алгоритм проведения углубленного профилактического консультирования в рамках 2 этапа диспансеризации взрослого населения.....	44
2.4.1. Характеристика углубленного индивидуального профилактического консультирования.....	44
2.4.2. Характеристика углубленного группового профилактического консультирования (школ пациентов).....	45
2.4.3. Целевые группы углубленного профилактического консультирования в рамках диспансеризации.....	46
2.4.3.1. Целевая группа для УПК на 2 этапе диспансеризации – пациенты в возрасте до 72 лет с ССЗ.....	47
2.4.3.2. 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.....	52
2.4.3.3. 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.....	58
3. Приложения.....	67

1. Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний.....	67
2. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств.....	68
3. Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.....	72
4. Поименный и повозрастной список граждан врачебного (терапевтического, в том числе цехового участка, участка врача общей практики (семейного врача)), фельдшерского или комплексного участка № ____ по состоянию на 1 января 201_ года.....	74
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.....	74
6. Диспансеризация взрослого населения.....	75
7. Анкета (опросник) для граждан в возрасте до 75 лет.....	77
8. Анкета (опросник) для граждан в возрасте 75 лет и старше.....	82
9. Неотложные меры самопомощи и взаимопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях.....	87
10. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE.....	96
11. Осмотр кожных покровов и слизистых (онкологическая составляющая врачебного осмотра).....	100
12. Навыки мотивационного профилактического консультирования.....	102
13. Алгоритм профилактического консультирования.....	104
14. Оценка готовности к снижению избыточной массы тела.....	108
15. Приемы эффективного профилактического консультирования при табакокурении.....	106
16. Классификация рекомендаций полезности и эффективности и уровню доказательности, на основе принципов доказательной медицины.....	113
17. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения по здоровому образу жизни.....	113
18. Федеральный закон от 23.02.2013 N 15-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака".....	118
19. Компоненты табачного дыма	118
20. Влияние курения на здоровье и прогноз жизни	120
21. Оценка степени никотиновой зависимости (Тест Фагестрема).....	123
22. Характеристика здорового питания.....	124
23. Режимы питания, которые можно рекомендовать пациентам с избыточной массой тела и ожирением	124
24. Рекомендации при избыточной массе тела (код МКБ-10 R63.5) и ожирении (код	

МКБ-10 E66).....	126
25. Гиперхолестеринемия/дислипидемия (код МКБ-10 E78).....	130
26. Распределение физической активности.....	132
27. Неблагоприятные эффекты со стороны соматической сферы употребления и злоупотребления алкоголем.....	132
28. Дозы и количество употребляемого алкоголя.....	137
29. Опросник AUDIT	139
30. Лекарственные препараты, употребление которых с алкоголем недопустимо и не рекомендуется.....	140
31. Скрининг-тест на употребление наркотиков психотропных веществ (DAST 10)...	148
32. Интерпретация вопросника DAST-10.....	149
33. Шкала «Возраст не помеха».....	150
34. Рекомендации по профилактическому консультированию пожилых на основе оценки по шкале «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА».....	151
35. Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког.....	154
36. Краткие рекомендации по коррекции факторов	155
37. Перечень памяток для населения и пациентов с риском хронических неинфекционных заболеваний и ссылки на электронные ресурсы.....	156
38. Здоровый образ жизни. Как сохранить сердце здоровым.....	156
39. Как бросить курить?.....	161
40. Что такое атеросклероз и чем он опасен?.....	165
41. Избыточная масса тела. Как похудеть? Советы эксперта.....	170
42. Самоконтроль артериального давления в домашних условиях.....	174
43. Как не поддаваться влечению к спиртному?.....	175
44. Профилактика инсульта.....	176
45. Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов.....	177
46. Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении.....	178
47. Расчет примерного охвата населения диспансеризацией.....	198

Список сокращений

SCORE - Systematic Coronary Risk Estimation;

АГ – артериальная гипертония;

АГТ - антигипертензивная терапия;

АД - артериальное давление;

АПУ - амбулаторно-поликлиническое учреждение;

БОД - болезни органов дыхания;

БСК - болезни системы кровообращения;

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения;

ГГ - гипергликемия;

ГТГ - гипертриглицеридемия;

ГХС - гиперхолестеринемия;

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

Новый Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н содержит нововведения, основанные на современных достижениях науки в сфере массовых скрининг-обследований населения и накопленном большом опыте проведения диспансеризации в нашей стране.

Первый этап современной диспансеризации взрослого населения представляет собой совокупность скрининговых методов исследования, дополнительных методов исследования, индивидуальное профилактическое консультирование и осмотр врача-терапевта-участкового. В рамках первого этапа проводятся следующие виды скрининга:

- сердечно-сосудистый скрининг на выявление артериальной гипертонии (измерение артериального давления, анкетирование), гиперхолестеринемии (измерение уровня холестерина), подозрения на ишемическую болезнь сердца (анкетирование), подозрения на перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (анкетирование), подозрения на сердечную недостаточность у пожилых (анкетирование), а также на определение величины суммарного сердечно-сосудистого риска;
- скрининг на выявление подозрения на рак шейки матки (тест Папаниколау), молочной железы (маммография), толстой кишки (иммунохимический тест на наличие скрытой крови в каловых массах);
- скрининг на выявление подозрения на хроническую обструктивную болезнь легких (анкетирование);
- скрининг на выявление подозрения сахарный диабет (определение уровня глюкозы);
- скрининг на выявление подозрения на туберкулез (флюорография);
- скрининг на старческую астению у лиц 75 лет и старше (анкетирование).

Учение о скрининге или о раннем выявлении высоко актуальных для общества заболеваний путем массового обследования здорового населения или больших групп риска претерпело за последние десятилетия существенные изменения. Проведенные многочисленные исследования на основе положений доказательной медицины привели к пониманию, что любой скрининг, сопряжен как с положительными для тестируемого человека и общества в целом эффектами, так и с вероятностью негативных последствий скрининга. Внедрение любого скрининг-теста требует глубокого клинико-экономического обоснования его эффективности, четкого определения баланса пользы и вреда от его массового применения.

Скрининговые методы исследования должны удовлетворять таким требованиям как приемлемость для пациента, простота, воспроизводимость, высокая чувствительность и специфичность, доказанная медико-экономическая эффективность.

С учетом этих факторов такие методы исследования как клинический анализ крови, клинический анализ крови развернутый, общий анализ мочи и ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза были исключены из первого этапа диспансеризации.

В ходе диспансеризации могут выявляться различные виды опухолей, которые не являются предметом скрининга (например, рак легкого при проведении флюорографии или выявляемые в предшествующие годы при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости метастазы в печени или рак желудка при наличии анемии). В силу низкой чувствительности и специфичности оппортунистических (попутных) способов выявления таких опухолей, они, как правило, диагностируются на достаточно поздних стадиях процесса. Задача скрининговых методов не просто выявить злокачественное новообразование, а сделать это на максимально ранних стадиях, что и сможет обусловить достаточную медико-экономическую эффективность диспансеризации.

В качестве дополнительных, не в полной мере соответствующих критериям скрининговых методов, на первом этапе сохранены ЭКГ для выявления ранее перенесенного и не диагностированного инфаркта миокарда и фибрилляции предсердий, определение простат-специфического антигена в возрасте 45 и 51 года для выявления мужчин с превышением его уровня более 1 нг/мл для последующей постановки на диспансерное наблюдение врачами-урологами, а также измерение внутриглазного давления для выявления глаукомы.

Учитывая недостаточный охват углубленным профилактическим консультированием граждан, имеющих высокий сердечно-сосудистый риск при отсутствии доказанных заболеваний, связанных с атеросклерозом, новый порядок по диспансеризации предусматривает проведение на первом этапе более краткого индивидуального профилактического консультирования для лиц с высоким относительным и высоким и очень высоким абсолютным суммарным сердечно-сосудистым риском и (или) ожирением, и (или) повышением уровня холестерина более 8 ммоль/л, и (или) выкуривающих более 20 сигарет в сутки. Эти же граждане направляются и на углубленное профилактическое консультирование вне рамок диспансеризации.

Второй этап диспансеризации представляет собой совокупность консультаций врачей-специалистов и лабораторно-инструментальных методов исследования для уточнения предварительных диагнозов, сформулированных на первом этапе. Также проводится скрининг на наличие хронической обструктивной болезни легких у лиц, с подозрением на ее наличие по результатам анкетирования на первом этапе.

На втором этапе диспансеризации сохраняется проведение углубленного профилактического консультирования:

- для граждан в возрасте до 72 лет, имеющих заболевания, связанные с атеросклерозом и повышенное артериальное давление;
- для граждан, имеющих риск пагубного потребления алкоголя, потребления наркотиков и психотропных веществ без назначения врача;
- для всех лиц старше 75 лет в целях коррекции выявленных факторов риска и профилактики старческой астении.

Отдельно следует отметить, что в процессе опроса (анкетирования) граждан выявляется **риск** пагубного потребления алкоголя и **риск** потребления наркотиков и психотропных веществ без назначения врача, а не пагубное потребление алкоголя или наркомания, которые являются психиатрическими диагнозами и их может устанавливать только врач-психиатр-нарколог.

При выявлении в ходе анкетирования риска пагубного потребления алкоголя или риска потребления наркотиков и психотропных веществ без назначения врача гражданину предлагается пройти в рамках второго этапа диспансеризации углубленное профилактическое консультирование, включающее расширенное анкетирование психотерапевтом, психологом или клиническим психологом, или подготовленным врачом по медицинской профилактике в отделении/кабинете медицинской профилактики или центре здоровья. В случае подтверждения наличия выявляемого риска гражданину рекомендуется обратиться к врачу-наркологу.

Подготовленный рабочей группой Минздрава России проект изменений Порядка проведения диспансеризации взрослого населения прошел неоднократное обсуждение профессиональном сообществе, а также широкое общественное обсуждение, в котором приняли участие Комитет Государственной Думы по охране здоровья и Комитет Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению; Общественная палата Российской Федерации, Национальная медицинская палата и другие известные общественные организации, заинтересованные в сохранении здоровья народа.

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

Методические рекомендации разделены на две основные части и 48 приложений, включающих материалы для медицинских работников и пациентов

ЧАСТЬ I «ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ» ИЗЛОЖЕНА по принципу комментариев, методических приемов и практических примеров реализации отдельных, требующих пояснений, пунктов Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Порядок диспансеризации), утвержденного приказом Минздрава Российской Федерации от 26.10.2017, № 869н с рекомендациями по их практическому использованию.

ЧАСТЬ II «ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ» представляет собой изложение основных принципов, положений и приемов проведения отдельных видов профилактического консультирования, применительно к диспансеризации взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017, № 869н.

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

Методические рекомендации оформлены в формате электронной книги для удобства пользования. Содержание является активным и при нажатии на требуемый пункт оглавления открывается соответствующий раздел методических рекомендаций. Активные ссылки отмечены по тексту цветом.

ЧАСТЬ I

«ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ»

(Разъяснения к отдельным пунктам Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 г., № 869н с рекомендациями по их практическому использованию)

Пункт 3 Порядка диспансеризации

«Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ (далее – хронические неинфекционные заболевания), факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее – факторы риска), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача».

К хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ), являющимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ относятся БСК (в первую очередь ИБС и ЦВЗ), злокачественные новообразования, ассоциированные с нездоровым образом жизни (предметом онкологического скрининга в рамках диспансеризации являются только рак молочной железы, рак шейки матки и колоректальный рак), сахарный диабет, хронические болезни легких (прежде всего ХОБЛ). Указанные болезни обуславливают 75 % всей инвалидности и смертности населения нашей страны. Эти болезни имеют общую структуру ФР их развития, причем большинство из них поддаются коррекции.

Концепция факторов риска стала научной основой профилактики – неопровержимо доказано, что распространенность ФР развития основных ХНИЗ среди населения непосредственно связана с уровнем смертности от них. Опыт большого числа стран мира показал, что воздействия в течение 10 лет направленные на снижение распространенности указанных ФР обуславливают основной вклад в снижение смертности от ХНИЗ.

Основные факторы риска ХНИЗ и [критерии ФР](#) для их определения представлены в Приложении 2 к Порядку диспансеризации.

Пункт 4 Порядка диспансеризации

«Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды, предусмотренные приложением № 1 к настоящему Порядку, за исключением маммографии для женщин в возрасте от 51 года до 69 лет и исследования кала на скрытую кровь для граждан в возрасте от 49 до 73 лет, которые проводятся 1 раз в 2 года».

Для информирования застрахованных о диспансеризации, её объеме для мужчин и женщин различных возрастов, об особенностях подготовки к отдельным видам

исследований, а также факторах риска развития ХНИЗ, выявляемых при диспансеризации можно рекомендовать использование специального бота, размещенного в кроссплатформенном мессенджере Telegram (@sadip_bot).

Граждан, проходящих диспансеризацию в возрасте 48 лет необходимо информировать, что они на следующий год, то есть в 49 лет должны сдать кал на скрытую кровь с целью раннего выявления колоректального рака, риск развития которого в этом возрасте значительно повышен. Аналогичным образом граждане должны быть проинформированы о необходимости проведения анализа кала на скрытую кровь 1 раз в 2 года при прохождении диспансеризации в возрасте 51, 54, 57, 60, 63, 66, 69 и 72 года, таблица 1.1.

Женщин, проходящих диспансеризацию в возрасте 48 лет необходимо информировать, что они через год, то есть в возрасте 50 лет должны пройти маммографию с целью раннего выявления рака молочной железы, риск развития которого в этом возрасте значительно повышен. Аналогичным образом женщины должны быть информированы о необходимости проведения маммографии 1 раз в 2 года при прохождении диспансеризации в возрасте 51, 54, 57, 60, 63, 66 и 69 лет (см. таблицу).

Осмотр, исследование, мероприятие	Возраст																										
	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+	
Маммография обеих молочных желез в двух проекциях	+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+

Пункт 8 Порядка диспансеризации

«Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя (в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство), данного с соблюдением требований, установленных статьей 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; 2013, № 48, ст. 6165). Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации».

[Порядок и формы информированного добровольного согласия](#) на медицинское вмешательство и отказа от определенных видов медицинских вмешательств утверждены приказом Минздрав России от 20 декабря 2012 г. N 1177н. (в ред. Приказа Минздрава России от 10.08.2015 N 549н).

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения ПМСП, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом РФ 5 мая 2012 г., № 24082) не содержит ректороманоскопии и колоноскопии, входящих в объем 2-го этапа диспансеризации. По этой причине у лиц, которым по результатам 1-го этапа диспансеризации показано проведение данных исследований (медицинских вмешательств), необходимо отдельно брать добровольное [информированное согласие или отказ](#) от проведения ректороманоскопии и/или колоноскопии.

Пункт 9 Порядка 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. Медицинский работник, уполномоченный руководителем медицинской организации, осуществляет информационное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями в целях организации информирования граждан, подлежащих диспансеризации в текущем году, или их законных представителей о возможности прохождения диспансеризации в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования».

Задачей руководителя медицинской организации является определение круга ответственных лиц и подразделений, участвующих в проведении диспансеризации населения, постановка перед ними задач и принципиальной схемы взаимодействия для достижения целей диспансеризации.

Лицо, уполномоченное на информационное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями, обязано подробно ознакомиться с Правилами обязательного медицинского страхования, в части касающейся проведения Диспансеризации, учета и информирования граждан, подлежащих диспансеризации в текущем году.

Для медицинских работников отделения медицинской профилактики основной задачей в плане организации диспансеризации является практическое обеспечение согласованной работы и взаимодействия подразделений, участвующих в диспансеризации, учет проведения обследований и прохождения гражданами этапов диспансеризации, еженедельное информирование руководителя медицинской организации о ходе проведения диспансеризации.

Пункт 10 Порядка диспансеризации

«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 и проводимых обследований».*

Форма составления списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и форма плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан строго **не регламентированы** и могут иметь свои отличия в каждой медицинской организации, проводящей диспансеризацию. В настоящих рекомендациях приводятся примеры [формы поименного и повозрастного списка граждан участка](#) (терапевтического, фельдшерского и комплексного участка, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами/фельдшерскими здравпунктами), [формы календарного план-графика](#) прохождения диспансеризации, пример краткой [информации для граждан о диспансеризации](#). Эти документы могут быть адаптированы к местным условиям.

- 2) привлечение населения, прикрепленного к фельдшерскому участку, 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»*

- 3) инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования».*

Пациентам объясняется, какие исследования они должны пройти, в каких кабинетах, в какое время и с какой последовательностью с использованием материала с краткой [информацией о диспансеризации](#).

- 4) 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, а также определение уровня общего холестерина в крови и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом, осмотр фельдшером, включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование)¹».*

Для опроса граждан [в возрасте до 75 лет](#) и граждан [в возрасте 75 лет и старше](#) используются разные анкеты на выявление хронических неинфекционных заболеваний,

¹При наличии необходимого оборудования.

факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, по каждой из которых сформулированы правила вынесения заключений.

Результаты выполнения доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации вносятся в соответствующие разделы Карты учета Д (ПО).

«7) проведение на первом этапе диспансеризации индивидуального профилактического консультирования для граждан в возрасте до 72 лет с высоким относительным и высоким, и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, и (или) ожирением, и (или) гиперхолестеринемией с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) курящих более 20 сигарет в день; направление указанных граждан на углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование вне рамок диспансеризации».

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

«8) проведение углубленного (индивидуального или группового) профилактического консультирования на втором этапе диспансеризации² для граждан»:

«а) в возрасте до 72 лет с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением»;

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

«в) для всех граждан в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении».

Методика проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования, методические принципы проведения группового профилактического консультирования (школ пациента) и основы профилактики старческой астении представлены в части II настоящих методических рекомендаций.

«9) формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) (далее – карта учета диспансеризации) по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона № 323-ФЗ уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

В комплект документов оформляемых на каждого гражданина прошедшего диспансеризацию и подшиваемых в медицинскую карту пациента, получающего

²Для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в удаленной или труднодоступной местности.

медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма № 025/у, утверждена приказом МЗ РФ от 15 декабря 2014 г. № 834н (далее – Медкарта)³ входит:

- внесение всех исследований и осмотров (консультаций) врача (фельдшера, акушерки), входящих в объем диспансеризации в медкарту;
- заполнение карты учета Д (ПО) в соответствии с Правилами ее заполнения;
- [анкета \(опросник\) диспансеризации для граждан до 75 лет](#) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- [анкета \(опросник\) диспансеризации для граждан 75 лет и старше](#) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и риска старческой астении.

Важно: анкеты также, как и Карта учета Д (ПО) подшиваются в Медкарту пациента.

«10) информирование граждан с высоким риском развития угрожающих жизни заболеваний (состояний) или их осложнений, а также лиц, совместно с ним проживающих, о характерных проявлениях указанных заболеваний (состояний) и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи».

Больным ИБС, АГ, ЦВЗ и другими поражениями сосудов атеросклеротической природы, СД второго типа, а также пациентам с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском и их близким рекомендуется дать памятку, которая содержит [правила неотложных мер](#) при возникновении жизнеугрожающих состояний в период до прибытия медицинского работника.

Пункт 11 Порядка диспансеризации

«Основные задачи врача-терапевта при проведении диспансеризации».

Пункт 12 Порядка диспансеризации

«Основные задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении диспансеризации».

Выполнение задач врача-терапевта и сотрудников отделения (кабинета) медицинской профилактики при проведении диспансеризации осуществляется с использованием всего объема настоящих методических рекомендаций.

³За исключением сведений об исследованиях, внесенных в карту учета Д(ПО), которая подшивается в Медкарту пациента.

Пункт 13 Порядка диспансеризации

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

С целью сокращения временных затрат на анкетирование граждан как в возрасте до 75 лет, так и старше 75 лет (с участием интервьюера) возможно использование онлайн-анкетирования. Ссылки на онлайн-анкетирование размещены на сайте ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России в разделе «Специалистам»/Диспансеризация взрослого населения/Программный комплекс «САДиП 3.0» или по адресу <http://sadip.ru/Patients/>. Использование результатов онлайн-анкетирования позволит не только сократить время приема, но и избежать ошибок при интерпретации анкеты.

При выявлении в ходе анкетирования риска пагубного потребления алкоголя или риска потребления наркотиков и психотропных веществ без назначения врача гражданину предлагается пройти в рамках второго этапа диспансеризации углубленное профилактическое консультирование, включающее расширенное анкетирование в отделении/кабинете медицинской профилактики или центре здоровья врачом-психотерапевтом или медицинским психологом, или подготовленным врачом (фельдшером) по медицинской профилактике. На ФАПах и ФЗП расширенное анкетирование и углубленное консультирование проводит фельдшер, прошедший обучение по профилактическому консультированию. Технология углубленного профилактического консультирования изложена в части II настоящих рекомендаций. В случае подтверждения наличия выявляемого риска гражданину рекомендуется обратиться к врачу-наркологу.

«6) определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 года до 39 лет включительно, и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 63 лет включительно, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом, сахарного диабета второго типа и хронических болезней почек, 1 раз в 3 года»;

«7) проведение индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) для граждан в возрасте до 72 лет с высоким относительным и высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, и (или) ожирением, и (или) гиперхолестеринемией с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) курящих более 20 сигарет в день; направление указанных граждан на углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование вне рамок диспансеризации».

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

«9) осмотр фельдшером (акушеркой), взятие с использованием щетки цитологической цервикальной мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее – мазок с шейки матки), цитологическое исследование мазка с шейки матки (для женщин в возрасте от 30 до 60 лет 1 раз в 3 года)»⁴.

Проводится только с применением метода окраски мазка по Папаниколау, получившего международное признание как наиболее эффективный метод скрининга рака шейки матки (мазок, окрашенный по методу Папаниколау с применением жидкостной технологии, позволяет повысить качество цитологического мазка). Перед исследованием исключаются половые контакты в течение 2-х суток, отменяются любые вагинальные препараты, тампоны и спринцевания, забор мазков не проводится во время менструации, при проведении того или иного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза.

«11) маммографию обеих молочных желез в двух проекциях (для женщин в возрасте 39-48 лет 1 раз в 3 года и в возрасте 50-70 лет 1 раз в 2 года)»⁵

См. пояснения по пункт 4 Порядка диспансеризации и таблицу 1.1 настоящих методических рекомендаций.

«12) исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (для граждан в возрасте от 49 до 73 лет 1 раз в 2 года)»

Используется **только высокочувствительный иммунохимический метод анализа кала на скрытую кровь**, не требующий каких-либо ограничений питания перед проведением анализа. Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом не следует проводить в течение четырнадцати дней после медицинских процедур или исследований желудочно-кишечного тракта, в процессе которых использовался медицинский инструмент, стул должен быть естественным, без применения слабительных и клизм. (См. также пояснения по пункт 4 Порядка диспансеризации и таблицу 1.1 настоящих методических рекомендаций).

«13) определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови (для мужчин в возрасте 45 лет и 51 года)»

У мужчин в возрасте 45 лет и 51 год перед проведением исследования необходимо выяснить и зарегистрировать наличие в предшествующие 7-10 дней 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 простат-специфического антигена в крови.

⁴За исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, *virgo*. Допускается вместо осмотра фельдшером (акушеркой) проведение осмотра врачом акушер-гинекологом, включая взятие мазка с шейки матки. Цитологическое исследование мазка с шейки матки проводится при окрашивании мазка по Папаниколау.

⁵За исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с мастэктомией. Маммография не проводится, если в течение предшествующих 12 месяцев проводилась маммография или компьютерная томография молочных желез.

«14) измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 60 лет и старше)»

По возможности необходимо использовать транспальпебральный или бесконтактный метод измерения внутриглазного давления.

«15) прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, включающий установление диагноза, определение группы 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».

Прием (осмотр) врача-терапевта должен иметь преимущественную направленность на выявление ХНИЗ и в обязательном порядке включать [осмотр кожных покровов и слизистых](#) на предмет раннего выявления предраковых заболеваний кожи (кожный рог, бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, пигментные невусы, лейкоплакии и др).

«16) прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года при наличии выявленных патологических изменений, включающий определение в соответствии с выявленными изменениями медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации».

Прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года, проводится только при наличии выявленных патологических изменений по результатам исследования кала на скрытую кровь и (или) маммографии, проведенным гражданам в возрасте 49, 50, 52,53, 55, 56, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 73 лет. При выявлении патологических изменений по результатам исследования кала на скрытую кровь и (или) маммографии, проведенным гражданам в возрасте 51, 54, 57, 60, 63, 66, 69, 72 лет проводится прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года (см. таблицу).

Осмотр, исследование, мероприятие	Возраст																								
	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73
Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом	+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+
Маммография обеих молочных желез в двух проекциях		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+	
Прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года			+			+			+			+			+			+			+			+	
Прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+

Пункт 14 Порядка диспансеризации.

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

«2) дуплексное сканирование брахицефальных артерий (для мужчин в возрасте от 45 до 72 лет и женщин в возрасте от 54 до 72 лет при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение, а также по направлению врачом-неврологом при впервые выявленном указании или подозрении на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан в возрасте 75-90 лет, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);»;

«3) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте 45 лет и 51 года при повышении уровня простат-специфического антигена в крови более 1 нг/мл);»;

«4) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (при положительном анализе кала на скрытую кровь, для граждан в возрасте от 49 лет и старше при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу, онкологическим заболеваниям колоректальной области, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов онкологических заболеваний колоректальной области);»;

5) колоноскопию (для граждан в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);».

б) спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание по результатам анкетирования, курящих по направлению врача-терапевта)

Подозрения на хроническое бронхолегочное заболевание и, следовательно, показания к спирометрии определяет указание пациента на одно или несколько из следующих симптомов или состояний:

- Кашель – с отделением мокроты или без, на протяжении примерно 3-х месяцев в году;
- Ощущение хрипов или свистов в грудной клетке с чувством затруднения дыхания;
- Хроническое бронхолегочное заболевание (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма) в анамнезе;
- Особое внимание врач-терапевт должен обратить курящим и определению у них показаний для проведения спирометрии.

«10) проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) для граждан:

а) в возрасте до 72 лет с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;

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

в) для всех граждан в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении»

Методика проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и принципы группового профилактического консультирования (школы пациента) представлены части II методических рекомендаций.

Пункт 19 Порядка диспансеризации

«19. Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

1) охват диспансеризацией населения, подлежащего диспансеризации в текущем году (плановое значение – не менее 63 %)»;

В новом Порядке проведения диспансеризации, показатель охвата диспансеризацией и его значение (не менее 63 %) приведены в соответствии с принятыми в государственной программе Российской Федерации "Развитие здравоохранения", которая утверждена Постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640. В связи с этим, при планировании объемных показателей охвата, следует руководствоваться методикой расчета этого индикатора, приведенной в дополнительных и обосновывающих материалах к государственной программе.

Алгоритм формирования (формула) и методологические пояснения

$$\text{Значения базового показателя} \leq \frac{\text{Чпрш. взр}}{\text{Чзастрах. взр}} \times 100$$

Базовые показатели, используемые в формуле:

Чзастрах.взр - число застрахованных граждан (в возрасте 18 лет и старше), человек, подлежащих диспансеризации в текущем году.

Чпрш.взр - число прошедших диспансеризацию (в возрасте 18 лет и старше), человек.

Действующий Порядок четко определяет возрастные периоды, в которые диспансеризация проводится 1 раз в 3 года (ПдД3) и 1 раз в 2 года (ПдД2) (Приложение Порядка N 1), п.4 определены отдельные категории граждан, которым диспансеризация, проводится ежегодно (ПдД1) вне зависимости от возраста, следовательно, алгоритм формирования числителя и знаменателя следует представить в виде:

$$63\% \leq \frac{\text{Чпрш. взр} = (\text{ПрД3} + \text{ПрД2} + \text{ПрД1})}{\text{Чзастрах. взр} = (\text{ПдД3} + \text{ПдД2} + \text{ПдД1})} \times 100$$

где, **ПрД3** - число прошедших диспансеризацию с кратностью 1 раз в 3 года;

ПрД2 - число прошедших диспансеризацию с кратностью 1 раз в 2 года;

ПрД1 - число прошедших диспансеризацию ежегодно;

ПдД3 - число застрахованных, подлежащих диспансеризации с кратностью 1 раз в 3 года;

ПдД2 - число застрахованных, подлежащих диспансеризации с кратностью 1 раз в 2 года;

ПдД1 - число застрахованных, подлежащих диспансеризации ежегодно.

При расчете числа планового показателя диспансеризации в текущем году, следует учитывать не общее количество подлежащих диспансеризации, а число лиц в каждом возрастном периоде.

С учетом возрастных периодов, в которые диспансеризация проводится 1 раз в 2 года, нагрузка возрастает только на кабинеты маммографии и лабораторию, частично на ОМП (оформление документации), преимущественно за счет функции среднего медицинского персонала. Вызовы граждан возложены на страховых представителей (страховые компании). Принимая во внимание, что из указанных возрастных периодов, на прием к участковому терапевту пойдут только лица с патологическими отклонениями по результатам маммографии и анализа кала, нагрузка на участковых врачей возрастет незначительно.

В ранее действующем Порядке проведения диспансеризации, утвержденном приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан было предусмотрено плановое значение охвата диспансеризацией населения на текущий год не менее 21 % от общего числа взрослых граждан, подлежащих диспансеризации.

	2018	2019	2020	2018-2020
Подлежит диспансеризации в текущем году от всего числа взрослого населения	33,33 % взрослого населения	33,33 % взрослого населения	33,33 % взрослого населения	100 % взрослого населения
Плановые показатели по охвату населения диспансеризацией	21 % взрослого населения	21 % взрослого населения	21 % взрослого населения	63 % от числа всего взрослого населения

Таким образом, увеличения планового показателя взрослых граждан, проходящих диспансеризацию в текущем году, не изменилась.

[Расчет примерного охвата диспансеризацией населения](#) и дополнительной нагрузки на медицинский персонал на одном участке, представлен в Приложении.

ЧАСТЬ II

«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).

2.1 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 2017 г. № 869н) выделены следующие формы профилактического консультирования⁶ 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 2.1. представлены целевые группы и показания к проведению перечисленных выше видов профилактического консультирования в рамках и вне рамок диспансеризации и их характеристика.

⁶Определение видов профилактического консультирования может не совпадать с наименованием данных услуг в номенклатуре медицинских услуг (Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 N 48808. Вступает в силу с 01.01.2018).

Таблица 2.1. - Профилактическое консультирование 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.	<ul style="list-style-type: none"> 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.	<ul style="list-style-type: none"> 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 психотропных веществ без назначения врача.			При необходимости поддерживающее ПК в ОМП/КМП, направление к 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 здоровья⁷ 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 услуг⁸ 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;

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

⁷В том случае, если центр здоровья принимает участие в выполнении 1 этапа диспансеризации.

⁸Приказ 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.

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**);

- обобщения (**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 индивидууму 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 2.2 приводится сравнительная характеристика ключевых составляющих методологии отдельных видов профилактического консультирования, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения.

Таблица 2.2 - 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 2.2- индивидуального, раздел 2.3 - краткого, раздел 2.4 - углубленного) **по единой схеме**: описание целевых групп, алгоритм построения советов и рекомендации, применительно к конкретной целевой группе (см. таблицу 2.1) 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.

2.2 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 СС риском, и (или) с ожирением, и (или) ГХС с уровнем общего ХС ≥ 8 ммоль/л, и (или) курящих более 20 сигарет в день.

Индивидуальное ПК проводится в рамках 1 этапа, на первом визите, медицинским работником ОМП/КМП или фельдшером ФЗП/ФАПа. Продолжительность индивидуального ПК около 7-10 минут.

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.

2.2.1 Целевая группа: высокий и очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск

(алгоритм консультирования)

1. 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.

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

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

Определить [готовность бросить курить](#):

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

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

готов бросить курить самостоятельно - дать печатные материалы ([памятку «Как бросить курить?»](#));

не может бросить курить самостоятельно - дать информацию, где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана, 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?»](#)

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.

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

4. При консультировании врач/фельдшер обязательно должен учитывать (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).

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

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

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

Рекомендовать памятку [«Здоровый образ жизни»](#).

Справочная информация

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 определенно 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).

В качестве порогового значения принята величина риска абсолютного СС риска 5%: высокий риск 5-9%, очень высокий риск - $\geq 10\%$

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).

2.2.2 Целевая группа: высокий относительный сердечно-сосудистый риск

(алгоритм консультирования)

1. 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.

2. **Если пациент курит** обратить внимание на вредное влияние табакокурения на его здоровье, особенно, если у него имеется кашель и снижение 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?»](#)

3. **Если у пациента повышен уровень общего холестерина** – дать совет по питанию при дислипидемии. При уровне общего холестерина 8 ммоль/л и более – дать совет по диетическому питанию (см. ниже в данном разделе). Рекомендуется дать памятку [«Что надо знать об атеросклерозе?»](#). Дальнейшая тактика (диагностики

липидных нарушений, назначение медикаментозного лечения и динамический контроль) таким пациентам проводит лечащий врач-терапевт.

4. При консультировании врач/фельдшер обязательно должен 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).

5. 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»](#).

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

7. 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.

Справочная информация

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).

2.2.3 Целевая группа: ожирение – индекс массы тела 30 и более кг/м²

(алгоритм консультирования)⁹

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).

⁹Раздел составлен на основе национальных клинических рекомендаций «Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний». Санкт-Петербург, 2017 http://www.scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf

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

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 снизить избыточную массу тела, рекомендуется информировать его о риске для здоровья ожирения, дать памятку о негативном влиянии на здоровья факторов риска и [«Здоровый образ жизни»](#).

2.2.4 Целевая группа: гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина 8 ммоль/л и более)

(алгоритм профилактического консультирования)¹⁰

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 индивидуального профилактического консультирования при дислипидемии

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

2. Ключевыми рекомендациями являются [рекомендации при дислипидемии](#) по питанию и физической активности при дислипидемии. Эти рекомендации должны быть

¹⁰В разделе использованы рекомендации 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal. doi:10.1093/eurheartj/ehw272

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

3. При консультировании врач/фельдшер обязательно должен 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).

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

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

Справочный материал

Целевые уровни факторов риска.

В таблице представлены целевые уровни основных модифицируемых факторов риска ССЗ.

Таблица - 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)

2.2.5 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

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

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

3. Обратит 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.

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

5. Определить готовность пациента бросить курить.

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

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

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

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

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

2.3. 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](#).

1. **Информировать пациента** о результатах проведенных исследований на 1 этапе диспансеризации (выявленных заболеваниях, 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**.

2. **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 имеющих 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 поддаться влечению к спиртному?»](#)

3. 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 диетические

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.

4. **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.

5. **Если у пациента повышено АД**, объяснить важность и [принципы самоконтроля АД](#) в домашних условиях. Обследование и тактику выбирать в соответствии с национальными клиническими рекомендациями¹¹. Рекомендуется дать памятку [о профилактике инсульта](#). Пациенты с заболеваниями, обусловленными повышенным артериальным давлением, подлежат диспансерному наблюдению в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения.

6. **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)

7. **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.

8. 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**

¹¹<https://cardioweb.ru/klinicheskie-rekomendatsii>

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.

9. 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).

10. Определить группу диспансерного наблюдения в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения

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

12. **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.

2.4 Порядок организации и алгоритм проведения углубленного профилактического консультирования в рамках 2 этапа диспансеризации взрослого населения

2.4.1 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.

2.4.2 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 школ пациентов:

- формирование «тематической» целевой группы пациентов с относительно сходными характеристиками: например, больные с неосложненным течением артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца; больные ишемической болезнью сердца, перенесшие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, интервенционное вмешательство и др.; пациенты с высоким риском ССЗ без клинических симптомов болезни 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.

2.4.3 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.

2.4.3.1 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.

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

2. объяснить симптомы (возможные) острых жизнеугрожающих состояний и [правила неотложных мер](#) при их возникновении. Желательно дать памятку.

3. объяснить и обучить пациента [самоконтролю артериального давления](#).

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

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

6. оценить отношение пациента к его факторам риска, его желание и [готовность к изменению](#) (оздоровлению) образа жизни;

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

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

9. 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.

10. 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 рекомендациями¹².

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 записывали

¹²Рекомендации по диагностике и лечению АГ. Кардиологический вестник. - 2015(1).–1-92, <https://www.cardioweb.ru>

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 разобраться 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 пр.

Алиментарнозависимые 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.

2.4.3.2 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 2.3

Таблица 2.3 – вопросник AUDIT-C

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

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

1. Прежде чем предложить пациенту заполнение полного вопросника AUDIT для более детального определения проблем с потреблением алкоголя важно установить с ним доверительный контакт, помогающий снять «закрытость» и

начать конструктивную беседу (консультирование), чему могут помочь следующие рекомендации:

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

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

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

Если пациент отказался отвечать на [вопросы AUDIT](#), в амбулаторной карте делается соответствующая отметка.

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

Таблица 2.4 - Тактика врача по результатам заполнения вопросника AUDIT

Количество баллов по ответам на полный вопросник AUDIT	Риск для здоровья вследствие потребления алкоголя	Тактика врача (фельдшера) ОМП/КМП
0-7 для женщин 0-8 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

2. Действия специалиста в случае отрицательного результата (0-7 баллов): «Я просмотрел результаты опроса. Судя по вашим ответам, у вас низкий риск появления проблем, связанных с алкоголем. Если вы продолжите употреблять

его в таких же небольших количествах или будете воздерживаться от употребления алкоголя, риск останется таким же низким».

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

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

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

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

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

Алгоритм консультирования при риске пагубного потребления алкоголя

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

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

некоторых заболеваний» [обратите внимание пациента на заболевания, которые есть или могут возникнуть у данного пациента]. «Что вы думаете по этому поводу?»

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

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

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

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

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

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

Действия специалиста в случае возможной зависимости:

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

Риск потребления психотропных веществ и наркотических средств без назначения врачей

В ходе углубленного профилактического консультирования пациента с выявленным риском **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-10¹³](#) 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.

¹³Адаптировано по Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. Addictive Behavior, 7(4), 363–371.

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

2.4.3.3. 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%¹⁴.

Здоровое старение, по определению экспертов ВОЗ¹⁵, – 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

¹⁴World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database. (<http://esa.un.org/unpp/>)

¹⁵<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/risk-factors-of-ill-health-among-older-people>

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 риска¹⁶. 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 России¹⁷

В ходе диспансеризации анкетирование пожилых проводится по специальной [анкете для пациентов 75 лет и старше](#) для выявления факторов риска и признаков

¹⁶Киселева Е.С. Поведенческие факторы риска в старших возрастах: сравнительный анализ ситуации в России и европейских странах. Демоскоп. № 463 – 464, <http://demoscope.ru/weekly/2011/0463/analit05.php>.

¹⁷Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении (Под ред Ткачевой О.Н., Бойцова С.А.) - М.: 2017

старческой астении определения показаний для направления на гериатрическое консультирование лиц с высокой вероятностью старческой астении.

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

Геронтологи рекомендуют, 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

1. 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;

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

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

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

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

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

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.

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)¹⁸.

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.

* Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра

¹⁸ В приказе №869н в данном пункте имеется опечатка. Данный текст исправлен и приведен в правильной форме.

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.

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

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

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

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

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

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

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста)¹⁹.

4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется после выбора медицинской организации и врача²⁰ при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

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

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

7. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной приложением N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным

¹⁹ В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

²⁰ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г. N 24278).

представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

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

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

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

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

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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

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

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

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

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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

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

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

(подпись)

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

медицинского работника)

(подпись) (Ф.И.О.

« _____ » _____ г.

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

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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

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

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)

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

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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

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

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

" ____ " _____ Г.

(дата оформления)

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

(Приложение к приказу Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. N390н)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, 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, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

4. Поименный и повозрастной список граждан врачебного (терапевтического, в том числе цехового участка, участка врача общей практики (семейного врача)), фельдшерского или комплексного участка № ___ по состоянию на 1 января 201_ года

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					

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					
___ января	Иванов И.И.	м	27		
	Петрова П.И.	ж	39		
	Сидоров В.Е.	м	69		
___ января	Кузнецова М.П.	ж	21		
	Степанова О.Ф.	ж	72		
	Дацук М.П.	м	36		
	Ульянова Е.П.	ж	87		
	Маринин В.С.	м	45		
___ января	Соловьева И.И.	ж	42		
	Трепольский Б.М.	м	75		
___ января					

6. Диспансеризация взрослого населения

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

Основные цели диспансеризации

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

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

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

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

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

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

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

Где и когда можно пройти диспансеризацию

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

Ваш участковый врач (фельдшер) или участковая медицинская сестра или сотрудник регистратуры подробно расскажут Вам где, когда и как можно пройти

диспансеризацию, согласуют с Вами ориентировочную дату (период) прохождения диспансеризации.

Сколько времени занимает прохождение диспансеризации

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

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

Как пройти диспансеризацию работающему человеку

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

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

- Если Вы в предыдущие 12 месяцев перед прохождением диспансеризации проходили медицинские исследования возьмите документы, подтверждающие этот факт, и покажите их медицинским работникам перед началом прохождения диспансеризации.
- Объем подготовки для прохождения второго этапа диспансеризации Вам объяснит участковый врач (фельдшер).

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

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 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
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	Возникла 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	Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	Нет
11	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	Да	Нет
12	Бывают ли у Вас свистящие «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,	Да	Нет

	не пробуя ее?				
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)		
Вопрос 1 (1.1 – 1.10); Вопросы 2 и 3	<p>Ответ «ДА» на любой вопрос</p> <p>Вероятность заболевания в личном анамнезе;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>Определить проведение мероприятий диспансеризации с учетом выявленного в анамнезе заболевания</p>
Семейный анамнез		
Вопросы 4 и 5	<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>«ДА» вопрос 5</p> <p>Отягощенная</p>	<p>Для граждан в возрасте от 49 лет и старше при отягощенной наследственности по колоректальному раку,</p>

	наследственность по онкозаболеваниям	семейному аденоматозу (диффузному полипозу толстой кишки), направить на 2 этап диспансеризации (осмотр врача-хирурга или врача-колопроктола)
Выявление вероятности стенокардии		
Вопросы 6 и 7	Ответ «ДА» на 6 или оба вопроса Имеется вероятность стенокардии	<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. 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>Обратить особое внимание на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции</p>
Выявление вероятности перенесенной транзиторной ишемической атаки (ТИА) или острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)		
Вопросы 8-10	Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос Имеется вероятность преходящей ишемической атаки (ТИА) или перенесенного ОНМК	<p>Направить пациента на консультацию (осмотр) к врачу-неврологу.</p> <p>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>
Выявление вероятности хронического заболевания нижних дыхательных путей (хронической обструктивной болезни легких - ХОБЛ)		
Вопросы 11 и 12	Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос – имеется вероятность хронического заболевания нижних дыхательных путей	<p>Направить на спирометрию на 2 этапе диспансеризации и по ее результатам определить дальнейшую тактику</p> <p>При проведении профилактического консультирования обратить внимание на меры профилактики ХОБЛ и важность коррекции имеющихся факторов риска</p>
Вопрос 13	Ответ «ДА» Вероятность наличия заболевания легких (Бронхоэктазы, онкопатология, туберкулез)	<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	Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с ответом «Да» на вопрос 14 и/или 15 Вероятность заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта	Провести детальный сбор анамнеза и жалоб, оценить клиническую картину, определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации При консультировании учесть выявленную симптоматику
Вопросы 16-18	Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с ответом «Да» на вопрос 17 и/или 18 Вероятность заболевания нижних отделов ЖКТ	Провести детальный сбор анамнеза и жалоб, оценить клиническую картину Направить на осмотр врачом-хирургом или колопроктологом При профилактическом консультировании обратить внимание на профилактику колоректального рака и факторы риска его развития
Выявление поведенческих факторов риска - курение		
Вопросы 19-20	Ответ «ДА» на вопрос 19 - Фактор риска «курение»	Оценить риск по шкале SCORE при отсутствии клинических проявлений ССЗ, обусловленных атеросклерозом, сахарного диабета 2, хронических болезней почек: <ul style="list-style-type: none"> • в возрасте до 40 лет относительный риск; • в возрасте 40-65 лет и абсолютный риск; 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. Информировать всех курящих о необходимости отказа от курения.
	Ответ на вопрос 20 «более 20 сигарет в день» свидетельствует об интенсивном курении	
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		
Вопросы 25-27	Сумма баллов в вопросах 25-27 для женщин - 3 балла и более для мужчин – 4 балла и более «Риск пагубного потребления алкоголя»	Направить пациента на углубленное профилактическое консультирование на 2 этапе диспансеризации (см. раздел 2.4.3.2)

*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.

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	Да	Нет

	или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?		
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	Возникла 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	Возникла 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 назначения медикаментозной терапии</p> <p>Обратить внимание на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции</p>
Вопросы 4-6	<p>Ответ «ДА» на любой из вопросов - наличие ТИА/ОНМК высоко вероятно</p>	<p>Направить пациента на консультацию (осмотр) к врачу неврологу для определения дальнейшего обследования (дуплексное сканирование БЦА в рамках диспансеризации) и рассмотреть 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>

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

Вопрос 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 (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 онкопатологии</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>
Полипрагмазия		

Вопрос 24	Если пациент называет 5 и более лекарственных средств – выявлена полипрагмазия	Контроль (ревизия) назначенного лечения и инструктаж приема лекарственных средств.
-----------	---	--

9. Неотложные меры самопомощи и взаимопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях

(Информация для пациентов)

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

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

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

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при сердечном приступе

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

- внезапно (приступообразно) возникающие давящие, сжимающие, жгущие, ломящие боли в грудной клетке (за грудиной) продолжающиеся более 5 минут;
- аналогичные боли часто наблюдаются в области левого плеча (предплечья), левой лопатки, левой половины шеи и нижней челюсти, обоих плеч, обеих рук, нижней части грудины вместе с верхней частью живота;
- нехватка воздуха, одышка, резкая слабость, холодный пот, тошнота часто возникают вместе иногда следуют за или предшествуют дискомфорту/болям в грудной клетке

- не редко указанные проявления болезни развиваются на фоне физической или психоэмоциональной нагрузки, но чаще с некоторым интервалом после них.

Нехарактерные признаки, которые часто путают с сердечным приступом:

- колющие, режущие, пульсирующие, сверлящие, постоянные ноющие в течение многих часов и не меняющие своей интенсивности боли в области сердца или в конкретной четко очерченной области грудной клетки.

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

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

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

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

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

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

правастатин, atorвастатин, розувоастатин) дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.



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

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

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

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК)

Основные признаки (симптомы) острого нарушения мозгового кровообращения:

- онемение, слабость «непослушность» или паралич (обездвиживание) руки, ноги, половины тела, перекашивание лица и/или слюнотечение на одной стороне;
- речевые нарушения (затруднения в подборе нужных слов, понимания речи и чтения, невнятная и нечеткая речь, до полной потери речи);
- нарушения или потеря зрения, «двоение» в глазах, затруднена фокусировка зрения;
- нарушение равновесия и координации движений (ощущения «покачивания, проваливания, вращения тела, головокружения», неустойчивая походка вплоть до падения);
- необычная сильная головная боль (нередко после стресса или физического напряжения);
- спутанность сознания или его утрата, неконтролируемые мочеиспускание или дефекация.

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

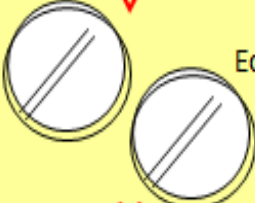
Алгоритм неотложных действий при ОНМК (советы пациенту) – памятка для пациента

Помогите больному принять удобное сидячее или полусидячее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки. **Если больной без сознания** положите его на бок, удалите из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что больной дышит

Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротничок рубашки, ремень или пояс, снимите стесняющую одежду

Измерьте температуру (t) тела больного

Если $t \geq 38^\circ\text{C}$ или более дайте больному 2 таблетки парацетамола по 0,5 г (таблетки разжевать, проглотить)
При отсутствии парацетамола другие жаропонижающие препараты принимать нельзя!



Положите на лоб и голову лед или продукты из морозильника, уложенные в непромокаемые пакеты, обернутые полотенцем. **Если глотание затруднено, изо рта капает слюна, наклоните голову к более слабой стороне тела**, промокайте стекающую слюну чистыми салфетками

Если пострадавший не может говорить или его речь невнятная, успокойте его заверив, что это состояние временное. **Держите его за руку на непарализованной стороне, пресекайте попытки разговаривать и не задавайте вопросов, требующих ответа.** Помните, что хотя пострадавший и не может говорить, он осознает происходящее и слышит все, что говорят

- 1. Срочно вызывайте бригаду скорой медицинской помощи**, даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут.
- 2. До прибытия бригады скорой медицинской помощи:**
 - Если больной без сознания положите его на бок, удалите из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что больной дышит.
 - Если пострадавший в сознании, помогите ему принять удобное сидячее или полусидящее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки. Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротник рубашки, ремень, пояс, снимите стесняющую одежду.
 - Измерьте артериальное давление, если его верхний уровень превышает 220 мм рт. ст., дайте больному препарат, снижающий артериальное давление, который он принимал раньше.
 - Измерьте температуру тела. Если $t = 38^\circ$ или более дайте больному 1 г парацетамола (2 таблетки по 0,5 г разжевать, проглотить), **(при отсутствии парацетамола других жаропонижающих препаратов не давать!)**.
 - Положите на лоб и голову лед, можно взять продукты из морозильника, уложенные в непромокаемые пакеты и обернутые полотенцем.
 - Если больной ранее принимал лекарственные препараты, снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин) дайте больному обычную дневную дозу.
 - Если пострадавшему трудно глотать и у него капает слюна изо рта, наклоните его голову к более слабой стороне тела, промокайте стекающую слюну чистыми салфетками.

- Если пострадавший не может говорить или его речь невнятная, успокойте его и ободрите, заверив, что это состояние временное. Держите его за руку на непарализованной стороне, пресекайте попытки разговаривать и не задавайте вопросов, требующих ответа. Помните, что, хотя пострадавший и не может говорить, он осознает происходящее и слышит все, что говорят вокруг.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при гипертоническом кризе

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

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

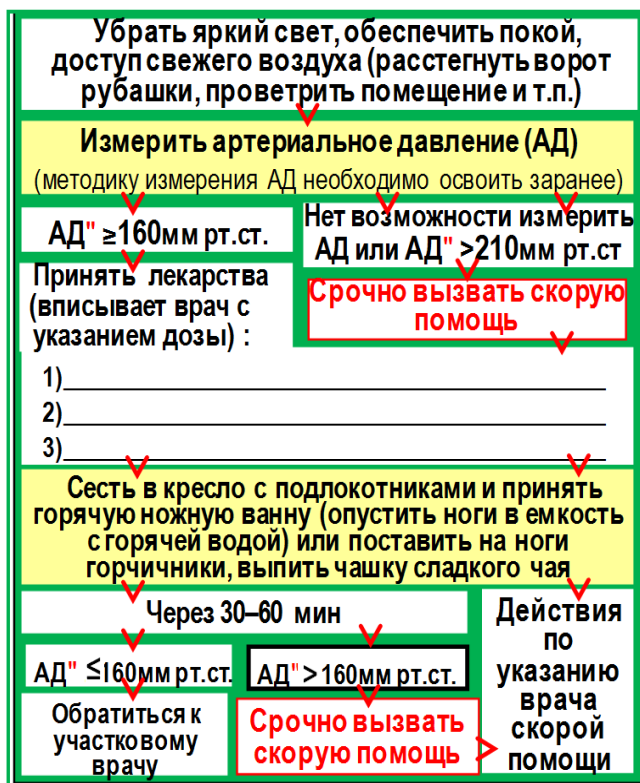
Алгоритм неотложных действий при гипертоническом кризе (советы пациенту) – памятка для пациента

При появлении симптомов гипертонического криза, необходимо:

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

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

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



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

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

Чему необходимо обучить пациента при углубленном профилактическом консультировании:

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

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при острой сердечной недостаточности

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

Основными проявлениями (симптомами) острой сердечной недостаточности являются:

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


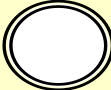

Острая сердечная недостаточность развивается очень быстро и в течение 30-60 мин привести к смерти больного. В большинстве случаев от первых клинических признаков до тяжелых проявлений ОСН проходит 6-12 и более часов, однако без медицинской помощи абсолютное большинство больные с ОСН погибает.

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

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

вызвать скорую медицинскую помощь;

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

 <p>Нитроглицерин 0,5 мг Капсулу раскусить, положить под язык, не глотать</p>
<p>Принять, рекомендованные лечащим врачом лекарства:</p> <p>1. _____ (вписывает врач с указанием дозы).</p> <p>2. _____</p>
<p>ОБЕСПЕЧИТЬ СВЕЖИЙ ВОЗДУХ, СЕСТЬ, ЛУЧШЕ В КРЕСЛО С ПОДЛОКОТНИКАМИ, НОГИ ОПУСТИТЬ В ТАЗ или ВЕДРО С ГОРЯЧЕЙ ВОДОЙ</p>
 <p>Ацетилсалициловая кислота 0,25 г Таблетку разжевать, проглотить</p>
<p>Если после приема первой капсулы нитроглицерина наступило облегчение, то продолжать его прием по 1 капс. каждые 10-15 мин до прибытия скорой помощи</p> <p>Нитроглицерин 4 капсулы по 0,5 мг</p> 
<p>При отсутствии отчетливого облегчения – нитроглицерин не принимать</p>

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

Внимание! Больному с ОСН необходимо исключить все физические нагрузки, категорически запрещается ходить, курить, пить воду и принимать жидкую пищу до особого разрешения врача; **нельзя принимать нитроглицерин при артериальном**

давлении менее 100 мм рт.ст. при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений.

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

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при внезапной смерти (советы очевидцам)

Чаще всего внезапная смерть происходит вследствие прекращения сердечной деятельности.

Основные признаки (симптомы) внезапной смерти:

- Внезапная потеря сознания, часто сопровождающаяся агональными движениями (стоящий или сидящий человек падает, нередко наблюдаются судорожное напряжение мышц, непроизвольное мочеиспускание и дефекация; лежащий человек иногда предпринимает судорожную попытку сесть или повернуться на бок)
- Внезапное полное прекращение дыхания, часто после короткого периода (5-10 секунд) агонального псевдыхания: больной издает хрипящие и/или булькающие звуки, иногда похожие на судорожную попытку что-то сказать.

Алгоритм неотложных действий очевидцев внезапной смерти человека

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

возобновить. Остановки массажа сердца должны быть минимальными – не более 5-10 секунд. При возобновлении признаков жизни массаж сердца прекращается, больному обеспечивается тепло и покой. При отсутствии признаков жизни массаж сердца продолжается до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

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



Помните, что:

- только вызванная **в первые 10 мин** от начала сердечного приступа или ОНМК скорая медицинская помощь, позволяет в полном объеме использовать современные высокоэффективные методы стационарного лечения и во много раз снизить смертность от этих заболеваний.
- ацетилсалициловая кислота (аспирин) и нитроглицерин принятые **в первые минуты** могут предотвратить развитие инфаркта миокарда и значительно уменьшают риск смерти от него.

- состояние алкогольного опьянения **не является разумным основанием** для задержки вызова бригады скорой помощи при развитии сердечного приступа и острого нарушения мозгового кровообращения – около 30% лиц внезапно (в течении часа от появления симптомов) умерших на дому находились в состоянии алкогольного опьянения.
- закрытый массаж сердца, проведенный **в первые 60-120 секунд** после внезапной остановки сердца позволяет вернуть к жизни до 50 % больных.

10. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE

Оценка абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска (риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение предстоящих 10 лет) проводится по Европейской шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Шкала риска разработана экспертами Европейского общества кардиологов на основании данных проспективных исследований, проведенных в 12 странах Европы, в том числе в России, с участием более 205 тысяч больных. К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям (событиям) относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ИБС, от инсульта, в том числе скоропостижная смерть и смерть в пределах 24 часов после появления симптомов, смерть от других некоронарогенных ССЗ за исключением определенно неатеросклеротических причин смерти.

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

Шкала SCORE абсолютного риска применяется:

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

Шкала SCORE абсолютного риска не применяется:

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

Абсолютный сердечно-сосудистый риск оценивается как:

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

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

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

Методика определения суммарного абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE

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

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

Методика определения суммарного относительного сердечно-сосудистого риска

Для лиц в возрасте моложе 40 лет определяется не абсолютный, а относительный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале, приведенной на рисунке 2.

Оценка относительного сердечно-сосудистого риска может быть полезной при профилактическом консультировании молодых людей с низким абсолютным, но высоким относительным суммарным сердечно-сосудистым риском, как мотивирующий фактор к ведению здорового образа жизни.

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

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

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

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

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

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

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

SCORE - градация суммарного сердечно-сосудистого риска.

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

Сравнение рисков

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

- у лиц с факторами риска, влияющими на прогноз и не включенных в шкалу суммарного риска SCORE (гипергликемией, избыточной массой тела/ожирением, низкой физической активностью, наследственной отягощенностью, при риске пагубного потребления алкоголя);

- у пациентов с дислипидемией кроме гиперхолестеринемии, т.е. при общем ХС ниже 5 ммоль/л – уровень ХС ЛНП более 3 ммоль/л; ХС ЛВП у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,2 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л.

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

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

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

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

Осмотр полости рта.

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

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

Соскоб для цитологического исследования с язвенной поверхности слизистой оболочки рта, кожи, нижней и верхней губы осуществляют тупым скальпелем.

Полученный материал наносят тонким слоем на обезжиренное предметное стекло. При наличии на язве гнойно-некротического налета его необходимо удалить сухим ватно-марлевым тампоном. Мазки подсушивают на воздухе.

Осмотр кожных покровов.

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

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

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

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

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



Рис. 3 Эволюция невуса в меланому

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

Исследование органов мошонки и полового члена.

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

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

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

12. Навыки профилактического консультирования

(для отделений/кабинетов медицинской профилактики)

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

Стиль и принципы, лежащие в основе профилактического консультирования

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

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

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

Примеры открытых вопросов:

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

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

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

Примеры поддерживающих утверждений:

- «Вы продемонстрировали [*вставляете необходимую черту пациента, например, силу, решительность, здравый смысл*], делая это».
- «Понятно, что вы действительно пытаетесь изменить свою [*вставить рискованную/ проблему/поведение*]».
- «Несмотря на то, что вы сорвались, вы вернулись сегодня, обеспокоенные своим [*вставить рискованное/проблемное/нездоровое поведение*]».

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

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

Примеры рефлексивного слушания (перепhrазирования):

- «Другими словами, вы считаете, что...», «Правильно ли я вас понял».
- «Вы сказали, что вы хотите измениться, и у вас есть опасения по поводу вашего [*вставить рискованное/ проблемное/нездоровое поведение или тему*]».
- «Так, вы имеете в виду, что ваше [*вставка рискованного/проблемного/нездорового поведения*] на самом деле не очень большая проблема сейчас».
- «Как вы думаете, что может измениться в будущем?»

- «У меня такое чувство, что вы сильно меняете, и вы не уверены, что можете это сделать из-за трудностей, которые вы испытывали, когда пытались в прошлом».

Примеры рефлексивного слушания (отражение чувств):

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

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

Примеры обобщения:

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

13. Алгоритм профилактического консультирования

(для отделений/кабинетов медицинской профилактики)

ШАГ 1 - Установление контакта

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

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

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

ШАГ 2 - Доводы «за» и «против»

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

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

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

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

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

Выявление

Задачи	На практике	Функции выявления:
Попросить разрешение	«Могу я ...? или «Хотели бы вы узнать...»	говорит об уважении пациента, усиливает его готовность услышать то, что вы ему скажете.

Уточнить необходимость информации	«Что вам известно о...?»	помогает не повторять то, что человек уже знает и позволяет заполнить пробел в знаниях.
Осведомление о заинтересованности	«Чтобы вы хотели знать о ...?»	позволяет определить, что пациент хотел бы узнать больше всего, и может существенно отличаться от того, что вы планировали сказать

Сообщение

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

Выявление

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

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

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

ШАГ 4 - Оценка готовности к изменениям

Оценка готовности к изменениям имеет решающее значение для эффективного профилактического консультирования. Известно, что готовность может меняться изо дня в день, она не статична. Человек в своих действиях и планах в процессе принятия решения находится на разных стадиях готовности к этим изменениям, имеет разную силу мотивации. Если специалист-консультант

знает, на какой стадии готовности находится пациент, он будет лучше подготовлен к более эффективному консультированию. В зависимости от того, где человек находится на линейке готовности, разговор может иметь разные направления.

Пример использования линейки готовности (рис. 8.):

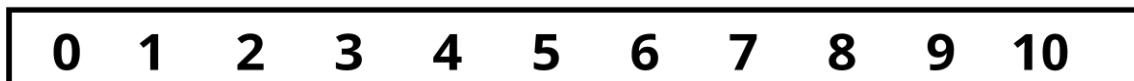


Рис. Линейка готовности

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

Пациент: «На 7».

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

Пациент: «2».

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

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

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

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

Использование линейки (шкалы) уверенности

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

Пример использования линейки уверенности:

- «Если представить шкалу от 0 до 10, где 0 – это совершенно не уверен, а 10 – это абсолютно уверен, как бы Вы охарактеризовали свою уверенность в способности изменить свое поведение?»
- «Что потребуется, чтобы повысить вашу уверенность с [вставить число] до [большее число]?»

- «Как вы думаете, что вы можете сделать, чтобы повысить свою уверенность в изменении вашего [вставить рискованное/проблемное/нездоровое поведение]?»

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

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

Тактика: Предоставить информацию и порекомендовать следующую встречу.

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

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

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

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

14. Оценка готовности пациента к снижению избыточной массы тела

(в помощь врачу-консультанту)

При проведении индивидуального профилактического консультирования все конкретные советы должны быть даны пациенту в зависимости от того, насколько он мотивирован и готов принимать их. Медицинские психологи предлагают простой **метод оценки готовности к изменениям** с помощью обычной 10-ти бальной визуально-аналоговой шкалы, рисунок. Пороговым значением, говорящим о достаточной

готовности пациента к модификации образа жизни и терапии ожирения, рассматривается 6,5 баллов²¹.



15. Приемы эффективного профилактического консультирования при табакокурении

Такие приемы можно представить как совокупность пяти «О»: Открытые вопросы, Одобрение, Осмысление услышанного, Обобщение и Отработка потенциала изменений²²

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

Примеры открытых вопросов:

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

²¹ Sue Henry-Edwards, Rachel Humeniuk, Robert Ali, Maristela Monteiro and Vladimir Poznyak. Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization, 2003.

²² Национальные клинические рекомендации «Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний», Санкт-Петербург, 2017, http://www.scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf

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

Примеры одобрений и поощрений:

- «Спасибо, что пришли»
- «Очень хорошо, что вы согласились на беседу, даже если вы не думаете пока отказываться от курения»
- «Вы абсолютно правы, что важнейшим отрицательным фактором курения является ... (поддержать правильное высказывание пациента)»
- «Я уверен(а), что вы сможете преодолеть трудности и отказаться от курения»
- «Не бойтесь выглядеть «слабым», табачную зависимость не всегда можно преодолеть без помощи врача и без лечения»
- «Как вы хорошо придумали заменить «утреннее курение» пробежками!»
- «Я уверен(а), у вас все получится!»
- «Хорошо, что у вас положительный настрой – медицина располагает большим арсеналом методов лечения табачной зависимости, но они эффективны только тогда, когда человек помогает сам себе».

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

Примеры осмысления:

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

Обобщение помогает врачу собрать воедино и подытожить все доводы, приведенные в ходе беседы с пациентом, и подготовить его к дальнейшим действиям по отказу от курения. Обобщение и повторение усиливает воздействие

консультирования в целом. Врач избирательно обобщает итоги беседы, выбирая то, на что пациенту важно обратить внимание. Обобщение должно быть кратким.

Пример обобщения:

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

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

- признанием пациентом **вредных последствий** своего поведения;
- признанием **преимуществ изменения** поведения;
- проявлением **оптимистичного настроения** в отношении изменения поведения и проявлением **готовности к изменению** поведения.

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



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

- стараться думать только о «преимуществах» отказа от курения, которые у каждого человека могут быть индивидуальными в зависимости от обстоятельств;
- рассказать о своем стремлении бросить курить и начать жить без табака окружающим, желательно близким, попросить их поддержки, и помощи, в том числе, чтобы предостеречь от отсрочки принятого решения;
- оценить ситуации, при которых наиболее часто пациент курит, возможно «автоматически» (утром, после кофе, выход на улицу и пр.) и быть наиболее внимательным в этих ситуациях, убрать с видимых мест предметы,

напоминающие о курении (прежнее удобное кресло переставить на другое место, убрать пепельницу и пр.;

- избегать прокуренных помещений и ситуаций, провоцирующих к закуриванию;
- заменить перекуры низкокалорийными фруктами, овощами или жевательной резинкой, не содержащей сахара;
- поощрять себя при устойчивости к соблазнам закурить (выбор поощрения за самим пациентом);
- обратиться за помощью при сильной тяге к курению (кабинет/отделение медицинской профилактики).

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

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

Для облегчения симптомов отмены рекомендуется:

- **увеличение объема потребляемой жидкости** - обильное питье помогает облегчить отхождение мокроты при усилении кашля, бороться с сухостью во рту и в горле, способствует удалению токсинов. Щелочное питье (несладкие минеральные воды, соки, овощные отвары) способствует уменьшению интоксикации при никотиновой зависимости, сопровождающимся "закислением" внутренней среды организма.
- увеличение потребления **продуктов, богатых витаминами и клетчаткой** - витамином С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамином В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (хлеб грубого помола, растительные масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы); в качестве источника углеводов, предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Правильное, сбалансированное, богатое витаминами питание способствует «оздоровлению» организма и предупреждению набора веса. Пища, богатая растворимой клетчаткой (пектином) способствует выведению токсинов, продукты, содержащие растворимые и

нерастворимые пищевые волокна - фрукты и овощи, бобовые, овсянка - помогают при предупреждении и устранении запоров. Кроме того, здоровая еда (сельдерей, морковь, семечки) может служить альтернативой для сигарет и помочь курильщикам занять время, руки и рот вместо курения.

- **увеличение уровня физической активности** - упражнения, бег, ходьба на лыжах, плавание на свежем воздухе или в физкультурных залах. Расширение физической активности можно рекомендовать как здоровую альтернативу курению, регулярные тренировки могут даже служить источником эндорфинов, способствовать росту уверенности в себе и препятствовать увеличению веса.

16. Классификация рекомендаций полезности и эффективности и уровню доказательности, на основе принципов доказательной медицины.

Рекомендаций подразделяются на следующие классы:

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

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

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

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

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

Уровни доказательств подразделяют на три уровня:

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

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

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

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

17. Рекомендации Всемирной организации Здравоохранения по здоровому образу жизни

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

Конкретные советы и положения, изложенные в данном разделе, составлены на основе современных рекомендаций ВОЗ и профессиональных сообществ и направлены

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

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

Характеристика здорового образа жизни

1) Здоровое питание

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

- фрукты, овощи, бобовые (например, чечевицу, фасоль), орехи и цельные злаки (например, непереработанную кукурузу, просо, овес, пшеницу, нешлифованный рис);
- по меньшей мере, 400 г (5 порций) фруктов и овощей в день (Картофель и другие крахмалистые корнеплоды не относятся ни к фруктам, ни к овощам);
- менее 10% суммарной энергии за счет свободных сахаров, что эквивалентно 50 г (или примерно 12 чайным ложкам без верха) для человека со здоровой массой тела, потребляющего примерно 2000 калорий в день, но **в идеале менее 5%** суммарной энергии (половина приведенного выше количества) для получения дополнительного положительного эффекта для здоровья. Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продукты производителем, поваром или потребителем, могут также содержаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах, что важно учитывать;
- менее 30% суммарной энергии за счет жиров - предпочтительнее ненасыщенные жиры (например, содержащиеся в рыбе, авокадо, орехах, подсолнечном масле, оливковом масле), чем насыщенные жиры (например, содержащиеся в жирном мясе, сливочном масле, пальмовом и кокосовом масле, сливках, сыре, свином сале). **В состав здорового рациона не входят** промышленные трансжиры (содержащиеся в переработанных пищевых продуктах, еде быстрого приготовления, закусочных пищевых продуктах, жареной еде, замороженных пиццах, пирогах, печенье, маргаринах и бутербродных смесях).

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

Практические советы по здоровому пищевому рациону:

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

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

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

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

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

2) Достаточная физическая активность

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

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

- Взрослые люди в возрасте 18 – 64 лет должны уделять не менее 150 минут в неделю занятиям аэробикой средней интенсивности, или не менее 75 минут в неделю занятиям аэробикой высокой интенсивности, или аналогичному сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности;

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

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

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

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

целесообразным начинать с занятий средней интенсивности с постепенным увеличением нагрузок до более высоких уровней физической активности.

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

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

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

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

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

Подозрения на пагубное потребление наркотиков и психотропных средств без назначения врача. Информировать пациента о выявленном факторе риска,

оценить отношение пациента к потреблению наркотиков, стараться мотивировать к отказу, рекомендовать обратиться к наркологу, дать конкретную информацию о консультации врача-нарколога (кто, где, когда консультирует).

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

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

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

19. Компоненты табачного дыма

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

Побочный поток образуется между затяжками и выделяется из обугленного конца **в окружающий воздух**. Между основным и побочным потоками имеется и количественная, и качественная разница. Побочный поток, характеризующий "пассивное" курение, содержит большинство компонентов в значительно меньшем

количестве, чем основной поток, однако вследствие различий химических процессов при горении и тлении и различий в степени контакта продуктов горения с кислородом воздуха, в побочном потоке в больших количествах образуются аммиак, амины (включая ароматические) и летучие канцерогенные нитрозамины. Содержание никотина в твердой фазе побочного потока иногда превышает его содержание в основном. В целом загрязненный дымом воздух в помещении по составу нельзя рассматривать как "разбавленный" основной поток.

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

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

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

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

- **Нитрозамины** образуются из никотина при реакции с компонентами воздуха. Сигареты, приготовленные из высушенного на открытом воздухе табака, содержат значительно больше нитрозаминов. Уровень нитрозаминов выше в табачных изделиях, приготовленных из табачной смеси, содержащей стебли и жилки листьев.
- **Никотин** относится к тромбообразующим факторам, вызывая повреждение эндотелиальных клеток крупных и мелких сосудов. Он способствует развитию атеросклероза, усугубляя повышение уровня холестерина в крови. Все это приводит к поражению сосудов сердца, головного мозга, периферических артерий, аорты, и, в конечном итоге, развитию ишемической болезни сердца, гипертонии, нарушениям мозгового кровообращения.
- **Смолы** содержат большинство известных опухолеобразующих веществ твердой фазы табачного дыма.
- **Кадмий** – тяжелый металл, обладает выраженным токсическим действием на все клетки органов дыхания.
- **Радиоактивный полоний-210** адсорбируется в табачный дым из атмосферы, период его полураспада превышает 138 суток, поэтому он очень долго остается в организме, что обуславливает его длительную экспозицию как выраженного канцерогена.

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

20. Влияние курения на здоровье и прогноз жизни

Простые расчеты количества химических элементов, попадающих в дыхательные пути человека вместе с табачным дымом за сутки, неделю, месяц, год в течение всего периода курения составляют поистине астрономические цифры, свидетельствующие о длительном токсическом воздействии табачного дыма на организм человека в целом и отдельные его системы.

Сердце и сосуды

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

Мозг, нервная система

В первую очередь мозговая ткань и вся нервная система страдают от хронического кислородного голодания – это и **головные боли, головокружение, снижение работоспособности, утомляемость, ухудшение усвояемости нового, что особенно свойственно подрастающему организму**. Конечно, не все курильщики испытывают эти ощущения или осознают их связь с курением. Со временем сосуды мозга, наравне со всей сосудистой системой, подвергаются кумулирующему токсическому влиянию табакокурения и, как следствие – **осложнения, в виде преходящих или стойких нарушений мозгового кровообращения (мозговой инсульт) и др.** Страдает и вся нервная система, неустойчивость настроения, раздражительность, повышенная утомляемость свойственны почти всем курильщикам. Страдает и **периферическая нервная система**, развиваются местные или распространенные **невриты**, что очень неблагоприятно для прогноза при сочетании с поражениями сосудов.

Дыхательная система

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

Пищевод, желудок, поджелудочная железа, желчный пузырь

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

Мочеполовая система

Курение женщин часто приводит в **нарушения детородной функции, которые проявляются в бесплодии, привычных выкидышах, патологии течения беременности и родов**. Особенно это грозит женщинам, которые продолжают курить во время беременности. К сожалению, обследования беременных показывает, что только немногие из них, решив стать матерью, бросают курить. Продолжение курения во время беременности очень негативно отражается на здоровье новорожденного,

увеличивается риск мертворождения. **Дети курящих матерей часто рождаются недоношенными, отстают в развитии, имеют низкую сопротивляемость инфекциям и другим заболеваниям. Курение мужчин, особенно интенсивное и длительное, нередко является у них проблемой сексуальной жизни, увеличивает риск импотенции, встречаются и случаи мужского бесплодия,** которые можно связать с курением. С возрастом у курящих и мужчин, и женщин повышается **риск злокачественных новообразований мочеполовой системы** – рака мочевого пузыря и др.

Кожа, зубы, внешний вид

Курящего человека можно сразу узнать из толпы. **Цвет, тургор кожи, преждевременные морщины, склонность к сухости кожных покровов, желтые зубы,** подверженные в большей степени, чем у некурящего, **заболеванию кариесом, желтые пальцы рук** свидетельствуют о хроническом отравлении организма продуктами табачного дыма. Голос становится нередко хриплым. Особенно это быстро становится заметным у молодых девушек. В последнее время даже появился термин **"лицо курильщика"**.

Костная система

У курящих часто развивается остеопороз (потеря костной ткани, ломкость костей), особенно он опасен женщинам в постменопаузальный период. Распространенность этого заболевания увеличилась по ряду причин: вследствие старения населения и увеличения в населении болезней пожилых, вследствие значительной распространенности сидячих профессий и снижения общего уровня физической активности населения, а также в связи с неблагоприятными факторами, исходящими из неправильного питания и поведенческих привычек. **Курение является одной из причин остеопороза,** который значительно увеличивает риск переломов, особенно переломов шейки бедра. **Причина развития остеопороза у курящих также связана с многогранным неблагоприятным влиянием компонентов табачного дыма:** токсическое действие на остеокласты (клетки регенерации костной ткани), хроническая витаминная недостаточность, в первую очередь, недостаточность витамина Д, необходимого для всасывания солей кальция в кишечнике, нормального его обмена и проникновения в костную ткань и др. Нарушения питания, его несбалансированность по основным питательным веществам, нередко имеющееся у курящих, способствуют прогрессированию патологии со стороны костной системы.

Влияние курения на прогноз жизни

Эпидемиологическими исследованиями доказано, что курение табака относится к основным и независимым факторам риска заболеваемости и смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний. Это означает, что курение может быть, как основной причиной хронических заболеваний, так и их роста среди населения.

Доказано, что среди населения России среднего возраста **36%** общей смертности у мужчин и около **8%** общей смертности у женщин обусловлено курением табака. Среди умерших от ишемической болезни сердца **41%** смертей у мужчин и **7%** смертей у женщин связано с курением. Среди умерших от мозгового инсульта количество смертей, связанных с курением составляет **21%** у мужчин и **10%** у женщин.

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

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

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

21. Оценка степени никотиновой зависимости (Тест Фагестрема)

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1 сигарету?	<ul style="list-style-type: none"> • В течение первых 5м • В течение 6-30мин • 30 мин- 60 мин • Более чем 60 мин 	3 2 1 0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	<ul style="list-style-type: none"> • Да • Нет 	1 0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	<ul style="list-style-type: none"> • Первая утром • Все остальные 	1 0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	<ul style="list-style-type: none"> • 10 или меньше • 11-12 • 21-30 • 31 и более 	0 1 2 3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня?	<ul style="list-style-type: none"> • Да • Нет 	1 0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	<ul style="list-style-type: none"> • Да • Нет 	1 0

Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов: 0-2 – очень слабая; 3-4 – слабая; 5 - средняя; 6-7 – высокая; 8-10 – очень высокая.

22. Характеристика здорового питания

(Рекомендации Европейского общества кардиологов - 2016 г.)

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

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

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



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

	Принцип	Снижение веса	Метаболические эффекты	Риск
Низкоуглеводная диета	Примерно 50–150 г углеводов в день, иногда	<ul style="list-style-type: none"> • Может привести к незначительно большей потере веса по 	<ul style="list-style-type: none"> • ↓гликемию натощак и уровень инсулина • ↓ТГ • Незначительно ↑ ЛПВП и ЛПНП 	Может вызвать тягу к углеводам в течение первых нескольких дней, что может быть преодолено путем

	меньше.	сравнению с низкожировой диетой в первые 6 месяцев. Впоследствии потеря веса соответствует другим диетам с ограничением калорий <ul style="list-style-type: none"> • Может снизить тягу к пище 	<ul style="list-style-type: none"> • Метаболические эффекты, отмеченные выше, могут происходить с или без потери веса • Может способствовать незначительному ↓ АД • У пациентов с эпилепсией кетогенные диеты могут уменьшить судороги • Кетогенные диеты, возможно, улучшают прогноз осложнений СД 2-го типа (т.е. нефропатия) 	добавления искусственных подсластителей или продуктов с низким гликемическим индексом
Низкожировая диета	Жиры — примерно 20-30 % от общего числа калорий	Через 6 мес эффект на вес сопоставим с низкоуглеводной диетой	<ul style="list-style-type: none"> • может ↓ гликемию натощак и уровень инсулин Незначительно • незначительно ↓ ЛПВП и ЛПНП • Может способствовать незначительному ↓ АД 	Контроль аппетита может быть сложным, возможно добавление препаратов для снижения аппетита. При увеличении потребления углеводов потеря веса не будет достигнута, возможно развитие гипергликемии, ↑ инсулина, ↑ ТГ и ↓ ЛПВП
Очень низкокалорийная диета		Приводит к более быстрой потере веса, чем стандартный режим ограничения углеводов и / или жиров	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ гликемию натощак и уровень инсулина • ↓ ТГ • Незначительно ↑ ЛПВП • Незначительно ↓ ЛПНП • ↓ АД 	Усталость, тошнота, запор, диарея, потеря волос, ломкость ногтей и непереносимость холода, дисменорея, камни в желчном пузыре, камни в почках, подагра. При недостаточном потреблении минералов возможны: тахикардия и аритмии, мышечные спазмы, увеличение риска остеопороза, кариес
Высокобелковая диета		Потеря веса сопоставима со стандартным режимом	Эффекты зависят от преобладания жиров или углеводов в рационе	-

		ограничения углеводов и / или жиров		
--	--	-------------------------------------	--	--

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

24. Рекомендации при избыточной массе тела (код МКБ-10 R63.5) и ожирении (код МКБ-10 E66)

(Раздел адаптирован и дополнен по методическим рекомендациям «Диспансеризация определенных групп взрослого населения» 3-го изд.: <http://www.gnicpm.ru>; <http://ropniz.ru/>)

Различают 2 типа ожирения:

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

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

Цель – снижение индекса Кетле до 25 кг/м², окружность талии для мужчин менее 94 см, для женщин – менее 80 см.

Промежуточная цель при ожирении, особенно при значительной степени ожирения – индекс Кетле ниже 30 кг/м² (или на 10% от исходного на начальном этапе), окружность талии для мужчин менее 102 см, для женщин – менее 88 см.

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

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

Отличным результатом считается снижение массы тела на 10% и более за 6 месяцев, хорошим 5%-10%, стабилизация массы тела или снижение до 5% –

удовлетворительным. При этом темп снижения веса должен быть весьма умеренным – не более 1 кг в неделю²³.

Второй и не менее важной задачей является стойкое удержание нового сниженного веса – задача, для выполнения которой врачу приходится прилагать не меньше терапевтических усилий. И в этом вопросе важное значение имеют методы психотерапевтического воздействия и регулярность двигательной активности.²⁴

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

Шесть принципов питания при избыточной массе тела:

1) Контроль энергетического равновесия рациона питания: уменьшение энергопоступления и/или увеличение энерготрат. При избыточной массе тела и ожирении 1 степени достаточно снижение калорийности на 300-500 ккал, при 2 и 3 степени, когда индекс массы тела превышает 35 и даже 40 кг/м² – на 500 и даже 1000 ккал. Не надо начинать лечение с очень строгих диет и разгрузок. Лучше начать с 1500-1800 ккал, затем снизить калорийность до 1500 – для мужчин, 1200 до 1000 ккал – для женщин. Набор продуктов на 1800 ккал и пример диеты на 1500 ккал и менее приведены ниже.

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

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

Жиры. Уменьшение доли жиров животного происхождения – **исключение из рациона** жирных сортов свинины, баранины, птицы (гуси, утки) мясопродуктов (колбасы, паштеты), жирных молочных продуктов (сливки, сметана и пр.). Жирность куриного мяса можно уменьшить почти в 2 раза, сняв с неё кожу перед приготовлением. Предпочтение отдавать обезжиренным и низкожирным сортам молочных продуктов (молоко, кефир, йогурт, творог, сыр). Избыток жиров

²² Проблемы ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегия ее решения ВОЗ 2009;

²³ Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью ВОЗ; 2010;

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

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

- 3) Исключение потребления алкоголя,** особенно при наличии артериальной гипертензии, других сердечно-сосудистых и цереброваскулярных болезней.
- 4) Соблюдение водно-солевого режима.** Рекомендуется ограничение поваренной соли до 5 г/сутки (1 чайная ложка без верха), исключив приправы, экстрактивные вещества.
- 5) Технология приготовления пищи.** Рекомендуется предпочтение отдавать отвариванию, припусканию, тушению в собственном соку, обжариванию в специальной посуде без добавления жиров, сахара, соли, приготовлению на пару, в духовке, в фольге или пергаменте, на гриле, без дополнительного использования жиров. Не следует злоупотреблять растительными маслами, майонезом при приготовлении салатов.
- 6) Режим питания.** Рекомендуется 3 основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) и 1-2 перекуса в день. Ужин рекомендуется не позднее, чем за 3-4 часа до сна. Оптимальный интервал между ужином и завтраком – 10 часов.

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

При сопутствующей артериальной гипертензии и сердечной недостаточности в рационе должно быть увеличено количество продуктов, содержащих соли калия (печеный картофель, кабачки, тыква, курага, чернослив) и магния (каши, орехи). Необходимо еще большее ограничение поваренной соли. При сердечной недостаточности желательно шире использовать разгрузочные (особенно молочные, калиевые) дни.

При сопутствующей гиперхолестеринемии необходимо большее внимание уделять оптимальному соотношению (1:1) животных и растительных жиров и ограничению субпродуктов и яиц, как основных поставщиков экзогенного холестерина

Рацион, рекомендуемый лицам с избыточной массой тела благодаря ограничению простых углеводов, способствует нормализации углеводного обмена и снижению уровня триглицеридов. Этот факт особенно нужно учитывать у тучных лиц с

сопутствующими НТУ, сахарным диабетом и гипертриглицеридемией. Можно в ряде случаев рекомендовать заменители сахара - ксилит, сорбит, сахарин.

При сопутствующих дискинезиях желчного пузыря и толстого кишечника увеличение квоты балластных веществ (фруктов, овощей, хлеба грубого помола) рекомендуется с целью нормализации желчеотделения и устранения запоров.

При сочетании избыточной массы тела с мочекислым диатезом, подагрой, остеохондрозом целесообразно ограничение экзогенно вводимых пуринов за счет исключения потребления мясных и рыбных бульонов и некоторого ограничения потребления мяса (до 2-3- раз в неделю). Рекомендуется потребление цитрусовых фруктов, которые благодаря содержанию цитратов ощелачивают мочу и препятствуют выпадению в ней солей уратов и оксалатов в осадок. При оксалурии лучше - исключить щавель, шпинат, ревень, а также шоколад и кофе.

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

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

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

У пациентов с индексом массы тела до 40 кг/м² при отсутствии противопоказаний рекомендуют начинать физические тренировки с ходьбы в среднем темпе — 100 шагов в минуту. Продолжительность таких тренировок составляет 30 мин, а их периодичность — 3-4 раза в неделю. Постепенно интенсивность нагрузки увеличивают: темп ходьбы доводят до высокого (120-140 шагов в минуту), продолжительность — до 45-60 мин, периодичность — до 5-7 раз в неделю. Такой объем физической активности позволяет увеличить энерготраты на 200-300 ккал в сутки.

У пациентов с индексом 40 кг/м² и более рекомендации по физической активности даются с учетом общесоматического состояния и после осмотра лечащего врача (или эндокринолога) и полного обследования для исключения противопоказаний. При отсутствии противопоказаний физические упражнения начинают с ходьбы в медленном темпе (65 шагов в минуту) в течение 10 мин 3 раза в неделю. Постепенно интенсивность нагрузки увеличивают до среднего уровня — 100 шагов в минуту в течение 30-45 мин 4-7 раз в неделю.

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

25. Гиперхолестеринемия/дислипидемия (код МКБ-10 E78)

Диетические рекомендации при дислипидемии:

- Калорийность пищи должна поддерживать оптимальный для конкретного больного вес тела.
- Количество потребляемого жира (включая растительные жиры) не должно превышать 30% от общей калорийности, причем на долю насыщенных (животных) жиров должно приходиться не более 10 % от этого количества; ХС – 300 мг/сут. При высоком и очень высоком риске необходимо снижать долю общего жира до 20% от общей калорийности (7% насыщенных жиров) и ХС – до 200 мг/сут. Рекомендуется уменьшать потребление продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином (жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, шоколад, выпечка с содержанием жиров, желтки яиц и сами жиры – сало, масло сливочное, маргарины, кокосовое масло, пальмовое масло). В мясе животных жиров обычно меньше, чем во многих колбасных продуктах. Например, в нежирной говядине около 5-10% жира по сравнению с 23% жира в молочной колбасе, 20-30% жира в говяжьих сосисках и 40-50% жира в сырокопченых колбасах.
- Доля животных жиров должна составлять не более половины от суточной потребности жиров (25-30 г/сут). Остальная половина суточного жира должна быть представлена растительными маслами (оливковое, соевое, подсолнечное, льняное, кунжутное, кедровое) (25-30 г/сут.), содержащими полиненасыщенные и мононенасыщенные жирные кислоты, которые содержатся также в жирных сортах рыб (сельдь, сардины, макрель, лосось, тунец, скумбрия, палтус и др.) и орехах. Желательным считается регулярное потребление морской рыбы не менее 2 раз в неделю, 1 раз жирных сортов. Предпочтение следует отдавать рыбе северных морей, содержащей большое количество ω -3 ПНЖК, которые играют важную роль в профилактике атеросклероза и инфаркта миокарда.
- Рекомендуется сократить потребление продуктов, богатых холестерином (яичные желтки, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, сосиски и колбасы с высоким содержанием жира), не более 200-300 мг пищевого холестерина в сутки. Желтки яиц желательно ограничить до 2-4 шт. в неделю.
- Повысить потребление продуктов, богатых пищевыми волокнами (не менее 25-30 г). Например, потребление в день 1 яблока, 1 апельсина, 6 шт. чернослива и 1/2 чашки вареной фасоли обеспечивает 20-30 г пищевых волокон или 400 г овощей, 100 г готовой каши и 15 г орехов. Особенно полезны так называемые растворимые **пищевые волокна** — пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и выводят его из организма.

- Поскольку за счет повседневного питания трудно восполнить потребности в витаминах, макро- и микроэлементах, желательно дополнять пищевые рационы препаратами поливитаминно-минеральных комплексов, но не в лечебных, а в физиологических дозах.

Употребление алкоголя следует ограничить, а при заболеваниях – исключить. При беременности, дислипидемиях в сочетании с АГ и клиническими проявлениями коронарного атеросклероза, аритмиями рекомендуется отказаться полностью от употребления алкогольных напитков. Одномоментное употребление больших доз алкоголя за счет любых напитков является достоверным фактором риска внезапной коронарной смерти инсультов любого типа, особенно при сочетании ИБС с АГ. Следует отказаться от употребления алкоголя и при повышенном содержании в крови триглицеридов, приеме статинов, патологии поджелудочной железы и печени.

Физическая активность - прежде всего рекомендуется ходьба 30-40 мин в день, 5-7 раз в неделю и главное, чтобы такая физическая активность стала постоянной, жизненной привычкой, а не эпизодическим занятием. Если имеются заболевания сердца, АГ, болезни суставов или другие сопутствующие заболевания **пациент должен быть обследован и определен его индивидуальный уровень физических нагрузок**, желательно с тестированием (тредмил, велоэргометрия и др.). Любые рекомендации по повышению интенсивности нагрузки как в повседневном режиме, и, особенно, в режиме тренировок и оздоровительных занятий требуют обязательного обследования лиц в возрасте 40 лет и старше (оптимально - с 35-летнего возраста) даже при отсутствии клинических признаков заболевания.

Нагрузка считается оптимальной, когда она проходит в аэробном режиме. Оптимальный режим аэробной нагрузки контролируется ЧСС, составляющий 60-75% от максимальной и рассчитывается по формуле: «ЧСС = (220 – возраст человека) x (0,6-0,75)». Так, например, человеку в возрасте 50 лет (без клинических проявлений ИБС и без АГ) оптимальный тренирующий режим может быть обеспечен при нагрузке с ЧСС от 102 до 134 ударов в минуту. При наличии ССЗ уровень допустимой нагрузки определяется врачом индивидуально.

26. Распределение физической активности²⁵



27. Неблагоприятные эффекты со стороны соматической сферы употребления и злоупотребления алкоголем²⁶

Определения злоупотребления алкоголем

Определения расстройств, описываемых термином «злоупотребление алкоголем» в разных источниках, включая ВОЗ, несколько различаются.

Опасное («рискованное») употребление алкоголя

Термин используется для описания употребления алкоголя, которое обычно повышает риск причинения индивиду вреда, связанного с алкоголем. Чаще всего в публикациях указывают дозу, которая составляет 22–50 единиц в неделю для мужчин и 15–35 для женщин.

Чрезмерное употребление алкоголя (более 8 единиц в какой-либо один день предшествующей недели для мужчин и более 6 единиц для женщин) также входит в эту категорию, если индивид не соответствует критериям употребления алкоголя с вредными последствиями.

²⁵ Из Национальных клинических рекомендаций «Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Санкт-Петербург, 2017
http://www.scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf

²⁶ G. A. Barclay, J. Barbour, S. Stewart, C. P. Day и E. Gilvarry. 2008 the Royal College of Psychiatrists.

Употребление алкоголя с вредными последствиями («проблемное»)

При употреблении алкоголя с вредными последствиями получены убедительные данные о том, что оно ответственно (или существенно усугубляет) за вред, причиняемый соматическому или психологическому состоянию, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение, которое может приводить к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений (WHO, 1992).

Синдром алкогольной зависимости.

Определение алкогольной зависимости широко известно и четко определяется в МКБ–10.

Допустимые пределы употребления алкоголя

В Великобритании, например, Министерство здравоохранения (1995) считает, что регулярное потребление 3–4 единиц в день для мужчин (2–3 единицы для женщин) всех возрастов с двумя свободными от алкоголя днями в неделю не несет в себе существенного риска. Эти границы отчасти были установлены на основе данных научных исследований, а отчасти учитывалось мнение экспертов. Врачи при консультировании пациентов должны с осторожностью трактовать эти данные, **используя термин допустимое, и исключая термина рекомендуемое.**

Острые последствия чрезмерного употребления алкоголя и алкогольного отравления

Употребление алкоголя в чрезмерном количестве может вызвать повышение концентрации алкоголя в крови и, следовательно, «опьянение».

Последствия длительного злоупотребления алкоголем

Печень

Алкоголь — наиболее частая причина поражения печени. Выделяют три типа поражения печени алкоголем: жировая инфильтрация печени (или жировая дегенерация), алкогольный гепатит и цирроз.

Жировая инфильтрация печени — первая и наиболее распространенная находка у пьянствующих. Она характеризуется накоплением триглицеридов в печеночных клетках (гепатоцитах), протекает бессимптомно и обычно выявляется случайно во время биохимических исследований, результаты которых свидетельствуют о нарушении функционирования печени. Прогноз при жировой инфильтрации печени благоприятный при условии, что пациенты будут воздерживаться от употребления алкоголя. Однако примерно у 30% пациентов, продолжающих пить, она прогрессирует до развития цирроза в течение 10 лет.

Алкогольный гепатит

Гистологическая картина алкогольного гепатита характеризуется жировой дегенерацией, поражением гепатоцитов, нейтрофильным инфильтратом и перипеллюлярным («мелкая провололочная сетка») фиброзом (разрастанием волокнистой соединительной ткани). Схожие признаки наблюдаются при других тяжелых состояниях,

включая ожирение и сахарный диабет, при которых их называют «неалкогольный стеатогепатит». Течение может быть бессимптомным, однако тяжелый алкогольный гепатит часто проявляется в виде безболевого желтуха на фоне тяжелого пьянства.

Цирроз печени

Для цирроза печени характерна следующая гистологическая картина — отложение коллагена в перисинусоидальном пространстве вокруг гепатоцитов. Пациенты могут обращаться по поводу симптомов сниженной синтетической функции печени и/или симптомов портальной гипертензии. До 90% случаев смерти среди пациентов с алкогольным циррозом связаны с поражением печени; из них 33% вызваны гепатоцеллюлярной карциномой. У большинства лиц с тяжелым пьянством развивается жировая инфильтрация печени, однако только у трети из них возникает тяжелый фиброз или цирроз. Причины этого неясны. Доза алкоголя и характер пьянства, масса тела, наличие или отсутствие сахарного диабета типа II, а также пол считаются возможными факторами риска. Описаны специфические гены, которые воздействуют на восприимчивость к развитию алкогольного цирроза.

Желудочно-кишечный тракт

Воспалительные процессы практически на протяжении всего желудочно-кишечного тракта, в том числе на губах и языке (глоссит), могут поражаться слюнные железы, развивается ожирение околоушных слюнных желез, лейкоплакии слизистых, в 3–16% случаев злокачественное перерождение (плоскоклеточный рак). Гастрит и дуоденит могут быть следствием злоупотребления алкоголем. Варикозное расширение вен пищевода и желудка может возникать вторично вследствие портальной гипертензии. Алкоголь — одна из основных причин недостаточности питания, заболеваний желчных путей, острого и хронического панкреатита.

Сердечно-сосудистая система

Острое и хроническое употребление алкоголя может оказывать вредное воздействие на сердечно-сосудистую систему, которое часто недооценивается (Систолическая и диастолическая гипертензия, инсульт, ишемическая, дилатационная кардиомиопатия, сердечные аритмии). Почти 50% избыточных случаев смерти вследствие злоупотребления алкоголем происходят из-за болезни, протекающей с расстройством кровообращения, а не болезни печени.

Хотя алкоголь на популяционном уровне обладает некоторыми защитными свойствами против ишемической болезни сердца при употреблении умеренных доз, при употреблении более 20 г (2,5 единицы) в день (уровень употребления алкоголя при самом низком риске развития ишемической болезни сердца) риск возрастает (Anderson & Baumberg, 2006). Эти данные нет оснований переносить на индивидуальный риск, в формировании которого участвует множество факторов, в том числе и генетическая предрасположенность, и сопутствующая патология и пр.

Дыхательная система

Высокие дозы алкоголя снижают частоту дыхания, вентиляцию легких и транспорт кислорода в организме, тем самым усиливая многие симптомы заболевания легких

(Аспирационная пневмония, синдром обструктивного апноэ сна, снижение защитных свойств легких против инфекции, острый респираторный дистресс-синдром).

Нервная система

Как острое, так и хроническое употребление алкоголя ассоциируется с широким спектром воздействий на нервную систему ((Нейроинтоксикация, синдром алкогольной зависимости, синдром отмены алкоголя, судорожные припадки, когнитивное снижение, ведущее к корсаковскому психозу и др., прогрессирующая мозжечковая дегенерация, острое состояние спутанности, периферическая и вегетативная невропатия). Алкоголь и его метаболит ацетальдегид почти достоверно обладают непосредственным нейротоксическим действием, но связанная с ним недостаточность питательных веществ, несомненно, способствует патогенезу связанных с алкоголем неврологических заболеваний.

Эндокринная система

Воздействие алкоголя на эндокринную систему мужчин (гипоандрогенизация, импотенция, токсическое воздействие на клетки Leydig, гинекомастия) и женщин (нарушения менструального цикла), мужчины и женщины (паукообразные гемангиомы).

Алкогольный псевдосиндром Кушинга, остеопороз, сахарный диабет, артериальная гипертензия, нарушение роста, репродуктивной способности и функционирования иммунной системы. Снижение толерантности к глюкозе. Гипогликемия. Сахарный диабет типов I и II. Модулированная гормональная активность.

Опорно-двигательный аппарат

Остеопороз и остеомалация, переломы, бессосудистый некроз, токсическая миопатия.

Кожа

Воздействие алкоголя на кожу - Псориаз и дискоидная экзема. Телеангиэктазии. Юношеские угри. Неглубокие инфекционные поражения. Поздняя порфирия кожи. Базальноклеточные карциномы. Кожные стигмы.

Кроветворная система

Тромбоцитопения — наиболее распространенная патология из всех гематологических нарушений. Она может быть обусловлена гиперспленическим синдромом, или угнетением мегакариоцитов костного мозга алкоголем, а также недостаточностью питательных веществ — фолата и витамина В₁₂. Функция тромбоцитов может также нарушаться при хроническом злоупотреблении алкоголем, при этом снижается выработка тромбосана А₂ и происходит дисфункциональная агрегация тромбоцитов. После прекращения употребления алкоголя количество и функция тромбоцитов нормализуются через несколько дней или недель.

Мочевыделительная система

Последствия острого воздействия алкоголя - учащение мочеиспускания, обусловленное ингибирующим воздействием алкоголя на секрецию антидиуретического гормона из нейрогипофиза (задняя доля гипофиза). Недержание

мочи может быть осложнением, особенно у людей пожилого возраста. Длительное злоупотребление алкоголем ассоциируется с задержкой воды и соли, вызывая увеличение объема внеклеточной ткани. Нарушение функции почек, обусловленное длительным злоупотреблением алкоголем, также приводит к метаболическому ацидозу, как и другие нарушения электролитного баланса, например, гипомагниемия, гипофосфатемия и гипокальциемия. Тяжелое злоупотребление алкоголем предрасполагает к острой почечной недостаточности, а также к описанной выше миоглобулинурии. При злоупотреблении алкоголем изредка возникает дисфункция мочевого пузыря, возможно, вследствие нейропатического мочевого пузыря, вызванного алкоголем. Возможны задержка мочи и вздутие живота.

Алкоголь и рак

Тяжелое употребление алкоголя ассоциируется с более высокой заболеваемостью раком и со смертностью вследствие онкологических заболеваний. Употребление алкоголя больше всего коррелирует с **раком слизистой рта и ротоглотки** (относительный риск ОР <5,4), далее следуют **рак гортани** (ОР <4,9), **рак пищевода** (ОР <4,4) и **рак печени** (ОР <3,6) (Anderson & Baumberg, 2006). **Повышенный риск рака особенно характерен для курильщиков. Рак желудка** также более распространен при злоупотреблении алкоголем, рак толстой кишки (ОР = 1,50) и прямой кишки (ОР = 1,63).

Риск рака толстого кишечника и прямой кишки увеличивается на 15% на каждые 12,5 единиц алкоголя, употребленного за неделю (Moskal et al, 2007). Результаты крупного метаанализа показали линейную корреляцию между повышением уровня употребления алкоголя и возрастанием риска развития **рака молочной железы** (Natajima et al, 2002). По данным публикаций, **карцинома носоглотки, бронхиального дерева** (Freudenheim et al, 2005), **предстательной железы, яичников и кожи** (как указано выше) чаще встречается среди индивидов, хронически злоупотребляющих алкоголем. В проведенных исследованиях получены противоречивые выводы в отношении канцерогенного потенциала длительного злоупотребления алкоголем для **мочевого пузыря**, но в самых крупных и самых последних публикациях такой связи не отмечается (Djousse et al, 2004).

28. Дозы и количество употребляемого алкоголя²⁷

Первая задача врача – выяснить, употребляет ли пациент алкоголь и, если употребляет, то является ли количество употребляемого алкоголя опасным для его здоровья. Поскольку для врача и пациента очень важно использовать одни и те же единицы для подсчета выпитого алкоголя, то обычно применяются стандартные порции. Одна доза (порция) алкоголя соответствует 10г (или 12 мл) чистого этанола. Понятие «**стандартная порция**» - универсально и подчеркивает, что алкоголь всегда остаётся алкоголем, в каком бы напитке он не находился, с чем бы не смешивался.

Крепость алкоголя	50	100	150	200	330	500	750	1000	2000
4%	0	0	0	1	0	2	2	3	6
5%	0	0	1	1	1	2	3	4	8*
6%	0	0	1	1	2	2	4	5	9
7%	0	1	1	1	2	3	4	6	11
8%	0	1	1	1	2	3	5	6	13
9%	0	1	1	1	2	4	5	7	14
10%	0	1	1	2	3	4	6	8	16
11%	0	1	1	2	3	4	7	9	17
12%	0	1	1	2	3	5	7	9	19
13%	1	1	2	2	3	5	8	10	21
14%	1	1	2	2	4	6	8	11	22
15%	1	1	2	2	4	6	9	12	24
16%	1	1	2	3	4	6	9	13	25
17%	1	1	2	3	4	7	10	13	27
18%	1	1	2	3	5	7	11	14	28
19%	1	2	2	3	5	8	11	15	30
20%	1	2	2	3	5	8	12	16	32
21%	1	2	2	3	5	8	12	17	33
22%	1	2	3	3	6	9	13	17	35
30%	1	2	4	5	8	12	18	24	47
35%	1	3	4	6	9	14	21	28	55
38%	2	3	5	6	10	15	23	30	60
40%	2	3	5	6	10	16	24	32	63
50%	2	4	6	8	13	20	30	40	79
80%	3	6	9	13	21	32	47	63	126

*Закрашены ячейки с высоким и опасным количеством употреблённых доз алкоголя






Бутылка пива 0,5 литра = **2 порции**;

²⁷ Дегтярева Л.Н., Кузнецова О.Ю., Плавинский С.Л., Баринаева А.Н. Использование методики модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя. //Российский семейный врач. - 2012. - т. 16. - № 1. - с. 55-64

Бутылка вина 0,75 (3/4) литра = **7,5 порций**;

Бутылка водки 0,5 литра = **16 порций**.

Данные, представленные в этой схеме, помогут пациенту легче запомнить пределы опасного употребления алкогольных напитков. Целесообразно обсудить эти цифры или после заполнения дневника по употреблению алкоголя или после заполнения опросника. Желательно передавать эти материалы пациенту вместе с таблицей порций.

Правило разумного потребления алкоголя – Правило «2 3 4 5 0»				
Уменьшать долгосрочные риски		Уменьшать риск травм		Беременные
				
Не более чем		Не более чем		Противопоказано
2	3	4	5	0
стандартных порций ежедневно		стандартных порций в течение одного мероприятия		существует риск потребления алкоголя на любой стадии беременности
но не более чем 10 в неделю	но не более чем 15 в неделю			
по меньшей мере 2 дня в неделю свободных от алкоголя				

Таким образом, низкий уровень риска употребления алкогольных напитков:

- **2 порции /день** для женщин;
- **3 порции /день** для мужчин;
- **4 порции /день** в исключительных социальных случаях (вечеринка);
- **0 порций /день** один-два дня в неделю и в случае беременности, грудного вскармливания, управления автомобилем или машинами и механизмами и т.д.

29. Опросник AUDIT²⁸

(Приведенные вариант вопросника и его трактовка заимствованы из публикации «Использование методики модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя». /Дегтярева Л.Н., Кузнецова О.Ю., Плавинский С.Л., Баринова А.Н. //Российский семейный врач. - 2012. - т. 16. - № 1. - с. 55-64)

Отметьте, пожалуйста, тот вариант ответа, который наиболее соответствует вашей ситуации в отношении приема алкоголя

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки? Постарайтесь припомнить также и те случаи, когда Вы принимали спиртное в небольшом количестве, например, бутылку пива средней крепости или немного вина?

0		Никогда
1		примерно раз в месяц или реже
2		2-4 раза в месяц
3		2-3 раза в неделю
4		4 раза в неделю или чаще

2. Сколько порций алкогольных напитков Вы употребляете в обычный день, когда вы пьете?

0		1-3 порции
1		4-5 порций
2		6-8 порций
3		9-12 порций
4		13 и более порций

3. Как часто Вы выпиваете шесть или более стандартных порций алкогольных напитков за один раз?

0		ни разу
1		реже, чем раз в месяц
2		раз в месяц
3		раз в неделю
4		ежедневно или почти ежедневно

4. Как часто за последний год Вы не могли остановиться после того, как начали употреблять алкоголь?

0		ни разу
1		реже, чем раз в месяц
2		раз в месяц
3		раз в неделю
4		ежедневно или почти ежедневно

5. Как часто за последний год Вы не смогли сделать того, что было запланировано, по причине употребления алкоголя?

²⁸ Тест разработан Всемирной Организацией здравоохранения (WHO) [Документы Всемирной организации здравоохранения — Стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. EB126.R11,22 января 2010 г (http://www.who.in/topics/alcohol_drinking.ru)

0		ни разу
1		реже, чем раз в месяц
2		раз в месяц
3		раз в неделю
4		ежедневно или почти ежедневно

6. Как часто за последний год Вам было нужно выпить с утра, чтобы прийти в себя после того, как Вы накануне употребляли алкоголь?

0		ни разу
1		реже, чем раз в месяц
2		раз в месяц
3		раз в неделю
4		ежедневно или почти ежедневно

7. Как часто за последний год Вы чувствовали вину или раскаянье после употребления алкоголя?

0		ни разу
1		реже, чем раз в месяц
2		раз в месяц
3		раз в неделю
4		ежедневно или почти ежедневно

8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить то, что было накануне, по причине употребления алкоголя?

0		ни разу
1		реже, чем раз в месяц
2		раз в месяц
3		раз в неделю
4		ежедневно или почти ежедневно

9. Получали ли Вы или кто-то другой травмы в результате того, что Вы употребляли алкоголь?

0		Нет
2		да, но не в течение последнего года
4		да, в течение последнего года

10. Озабочены ли Ваши близкие, друзья, врач или кто-то другой тем, что Вы выпиваете? Предлагали ли они Вам сократить прием алкогольных напитков?

0		Нет
2		да, но не в течение последнего года
4		да, в течение последнего года

Сосчитав сумму номеров выбранных вами ответов, Вы получите результат в баллах.

Всего: _____ Дата: _____

0 - 7	Небольшая степень риска от употребления алкоголя
8 - 10	Слегка повышенная степень риска от употребления алкоголя
11 - 14	Значительно повышенная степень риска от употребления алкоголя
15 - 19	Высокая степень риска от употребления алкоголя
20 - 40	Очень высокая степень риска от употребления алкоголя

Пояснения к опроснику для пациентов:

Если, согласно тесту, степень риска потребления алкоголя повышена или Вы принимаете в течение недели, как минимум, шесть доз алкогольных напитков, стоит задуматься над сложившейся ситуацией, и уменьшить потребление алкоголя.

Подумайте, какие изменения в приеме алкоголя Вам стоит сделать, и какая польза могла бы быть от этого. Что подходит Вам больше, только сократить прием алкоголя или полностью прекратить его употребление?

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

Если решите сократить количество выпиваемого Вами алкоголя или полностью прекратить его прием, Вы можете сделать это и самостоятельно. Повторите тест через несколько месяцев и сосчитайте количество полученных баллов.

Обратитесь за помощью к специалисту, у Вас есть на это право. Особенно, если сумма набранных Вами баллов превышает 10, стоит посоветоваться с врачом. Вы сможете получить разъяснения по поводу того, как алкоголь влияет именно на Вас и Ваше здоровье. Вам помогут уменьшить или прекратить прием алкогольных напитков

Оценка результатов опроса (для врачей)

Эта схема помогает выбрать тактику ведения пациента после анализа результатов, полученных при использовании опросника AUDIT. Опираясь на эту схему, Вы будете выбирать вид беседы по схеме:

Зона риска по потреблению алкоголя	Количество баллов	Действия врача
Зона I	0-7 баллов	Краткое информирование о влиянии алкоголя на организм
Зона II	8-15 баллов	Совет по ограничению употребления алкоголя
Зона III	16-19 баллов	Совет по ограничению употребления алкоголя и короткое консультирование, направленное на ограничение употребления алкоголя, наблюдение
Зона IV	20-40 баллов	Направление к специалисту

Структура опросника AUDIT

В схеме представлено распределение вопросов по диагностическим блокам. Это важно для комплексной оценки риска при употреблении алкогольных напитков, например, помогает обратить внимание на усиленный риск зависимости или травматизма вследствие употребления алкогольных напитков.

Блоки вопросов	Номер вопроса	Характер проблемы, связанной с употреблением алкоголя
Опасное потребление алкоголя	1	Частота употребления алкоголя
	2	Обычное потребление алкоголя
	3	Частота значительного потребления
Симптомы зависимости от алкоголя	4	Нарушенный контроль при потреблении
	5	Влияние потребления на дела
	6	Потребление алкоголя утром
Вредное потребление алкоголя	7	Ощущение чувства вины
	8	Потеря памяти после потребления
	9	Травмы после потребления
	10	Социальная обеспокоенность от употребления

30. Лекарственные препараты, употребление которых с алкоголем недопустимо и не рекомендуется

Фармакологическое действие препаратов	Действующее вещество	Торговое название препарата	Реакции с алкоголем
Противоаллергическое, антигистаминное, антиэкссудативное, противозудное	Лоратадин	Кларитин Кларинекс Кларотадин Лоратадин Ломилан ЛораГЕКСАЛ	Сонливость, головокружение
Антигистаминное, противоаллергическое, холинолитическое, противорвотное, седативное, снотворное, местноанестезирующее.	Дифенгидрамин	Димедрол Псило-бальзам	
Антигистаминное, противоаллергическое	Хлорфенирамин	Ринза Хлорфенирамина малеат Колдакт ТераФлю ФлюСтоп	
Антигистаминное, противоаллергическое	Цетиризин	Зиртек Центрин Цетризин Гексал	
Седативное, анксиолитическое.	Гидроксизин	Атаракс Гидроксизин	
Антиангиальное	Изосорбида моонитрат	Моносан Моночинкве Изосорбида моонитрат	Учащение сердцебиения, внезапные изменения артериального давления, головокружение, обморок
Антиангиальное, сосудорасширяющее, коронародилатирующее.	Нитроглицерин	Нитроглицерин	

Анксиолитическое, седативное, снотворное, миорелаксирующее, центральное, противосудорожное	Лоразепам	Лоразепам	Усиления угнетающего влияния на ЦНС возможны парадоксальные реакции (психомоторное возбуждение, агрессивное поведение, состояние патологического опьянения)
Анксиолитическое	Буспирон	Спитомин	
Противоэпилептическое, противосудорожное, анксиолитическое, миорелаксирующее, седативное	Клоназепам	Клоназепам	Парадоксальные реакции: психомоторное возбуждение или агрессивное поведение, возможно состояние патологического опьянения
Анксиолитическое, седативное, снотворное, миорелаксирующее, центральное	Хлордиазепоксид	Элениум	Усиление действия алкоголя
Антидепрессивное	Пароксетин	Паксил Рексетин	Не рекомендуется прием у больных депрессией
Анксиолитическое, миорелаксирующее, транквилизирующее.	Диазепам	Дизепам	Не рекомендуется прием алкоголя
Анксиолитическое, седативное, миорелаксирующее, центральное.	Алпразолам	Ксанакс Алпразолам	Усиливает действие алкоголя
Противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее.	Целекоксиб	Целебрекс	Язва желудка, желудочные кровотечения, поражения печени
	Напроксен	Напроксен	
	Диклофенак	Вольтарен Диклофенак	
Противокашлевое	Кодеин	Кодеин+Парацетамол	Усиливает действие этанола на психомоторную функцию
Антидепрессивное, тимолептическое, седативное.	Пипофезин	Азафен	Потенцирует эффекты алкоголя
	Амитриптилин	Амитриптилин	Усиливает угнетающее действие алкоголя на ЦНС
Антидепрессивное	Пароксетин	Паксил Рексетин	Одновременный прием у больных депрессией не рекомендуется
	Флувоксамин	Феварин	Усиливает побочные эффекты алкоголя

Антипсихотическое, нейролептическое.	Оланзапин	Зипрекса Заласта	Повышается риск развития ортостатической гипотензии
Гипогликемическое	Метформин	Глюкофаж Метформин Сиофор Форметин	Повышается риск развития молочного ацидоза
Гипотензивное, сосудорасширяющее, гиполипидемическое, спазмолитическое.	Доксазозин	Доксазозин Зоксон Кардура	Алкоголь может усиливать нежелательные реакции
Альфа-адренолитическое, антидиуритическое	Тамсулозин	Омник Профлосин Фокусин	
Вазодилатирующее, антидиуритическое, гиполипидемическое	Теразозин	Корнам Теразозин	
Прокинетическое, противорвотное, противоикотное	Метоклопрамид	Церукал Метоклопрамид	Одновременное применение с алкоголем может усиливать угнетающее действие алкоголя на ЦНС
Противоязвенное.	Ранитидин	Ранитидин Зантак Ацилок	Возможно взаимодействие с алкоголем
Антиангинальное, гипотензивное, антиаритмическое	Верапамил	Верапамил Изоптин	Рекомендуется исключить прием алкоголя
Диуретическое, гипотензивное	Гидрохлоротиазид	Гидрохлоротиазид	Алкоголь усиливает ортостатический гипотензивный эффект
Гипотензивное, седативное	Клонидин	Клофелин	
Антигипертензивное	Лозартан	Лозап Лориста Козаар	Сонливость Головокружение, аритмия

Гипотензивное, вазодилатирующее, кардиопротективное, натрийуретическое	Эналаприл	Энап Энанаприл Берлиприл Ренитек	
Гиполипидемическое, гипохолестеринемическое	Ловастатин	Ловастатин Кардиостатин	Поражение печени
Гиполипидемическое, ингибирующее ГМГ-КоА-редуктазу	Розувастатин	Ростера Мертенил Крестор Розувастатин	
Гиполипидемическое.	Аторвастатин	Аторис Липримар Аторвастатин	
Гиполипидемическое.	Правастатин	Липостат Правастатин	
Гипохолестеринемическое	Симвастатин	Симвастатин Вазилип Зокор	
Антибактериальное широкого спектра, бактерицидное	Нитрофурантоин	Фурадонин	Тахикардия, одышка, снижение артериального давления
Противомикробное, антибактериальное, противопротозойное, трихомонацидное, противоязвенное, антиалкогольное	Метронидазол	Метронидазол Трихапол Флагил	Развивается антабусподобный синдром
Противогрибковое, фунгистатическое	Гризеофульвин	Гризеофульвин	Во время лечения нельзя употреблять алкогольные напитки
Противогрибковое, фунгистатическое, фунгицидное, антиандрогенное	Кетоконазол	Микозарал Низорал	Несовместим с алкоголем
Противопротозойное, антибактериальное	Тинидазол	Тинидазол Физижин	Тошнота, рвота, кишечные колики

Антибактериальное широкого спектра.	Азитромицин	Сумамед	Поражения печени
Противоэпилептическое, миорелаксирующее, седативное.	Вальпроевая кислота	Депакин Конвулекс Вальпарин	Поражения печени
Нормотимическое, антипсихотическое, седативное	Лития карбонат	Седалит Лития карбонат	Несовместим с алкоголем
Антигистаминное, холинолитическое, противорвотное	Дименгидринат	Драмина	Несовместим с алкоголем
Противоаллергическое, антигистаминное, седативное, противорвотное, противозудное, снотворное, местноанестезирующее	Прометазин	Пипольфен	Необходимо исключить употребление алкоголя
Противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее	Ибупрофен	Нурофен Ибупрофен Ибуфен	Не рекомендуется употребления алкоголя
Противовоспалительное, жаропонижающее, анальгезирующее	Напроксен	Налгезин Напроксен	
Противовоспалительное, жаропонижающее, антиагрегационное, анальгезирующее	Ацетилсалициловая кислота	Аспирин	
Противовоспалительное, жаропонижающее, анальгезирующее.	Парацетомол	Парацетомол	
Снотворное, седативное	Золпидем	Ивадал Золпидем Гипноген	Угнетающее действие на ЦНС
Анксиолитическое, миорелаксирующее, снотворное, седативное.	Эстазолам	Эстазолам	Исключить прием алкоголя
Снотворное, седативное	Темазепам	Сигнопам	Исключить прием алкоголя
Снотворное, седативное, противоаллергическое	Доксиламин	Донормил Валокардин- Доксиламин	Исключить прием алкоголя

31. Скрининг-тест на употребление наркотиков психотропных веществ (DAST 10)²⁹.

(Информация для интервьюера)

Психотропные вещества включают различные вещества и некоторые лекарственные препараты, которые изменяют психическое состояние человека и могут вызвать зависимость. Различные классы психотропных веществ включают: каннабис (марихуану, гашиш), растворители (например, бензин, ацетон и клей), транквилизаторы (например, фенозепам, реланиум и др.), барбитураты, кокаин, стимуляторы (например, метамфетамин), галлюциногены (например, ЛСД, грибы), опиоиды (например, героин, метадон, морфин).

Этот вопросник не включает алкоголь.

Использование психотропных веществ может повлиять на Ваше здоровье и на действие некоторых лекарств, которые Вы можете принимать.

Пожалуйста, ответьте на нижеприведенные вопросы, что поможет оценить необходимость медицинской помощи. Отметьте, какие из следующих психотропных препаратов вы использовали за последний год?

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

Дата: _____

№ п/п	Вопросы	Ответы	
		Нет	Да
1	Принимали ли Вы наркотические или психотропные вещества без рекомендации врача?	Нет	Да
2	Употребляли ли Вы одновременно более чем одно психотропное вещество /наркотик?	Нет	Да
3	Считаете ли Вы, что можете прекратить употребление психотропных веществ/наркотиков без назначения врача, всегда, когда захотите?	Нет	Да
4	Бывали ли у Вас состояния полного «отключения» или «вспышки пережитого» в результате приема психотропных веществ/наркотиков без назначения врача?	Нет	Да
5	Вы когда-нибудь чувствовали себя плохо или вину из-за употребления психотропных веществ/наркотиков без назначения врача?	Нет	Да
6	Проявляли ли беспокойство или недовольство по поводу Вашего употребления психотропных веществ/наркотиков без назначения врача близкие вам люди - родители, братья, сестры и т.д.?	Нет	Да

²⁹ Адаптировано по Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. Addictive Behavior, 7(4), 363–371.

7	Приходилось ли Вам игнорировать семью или обязанности, связанные с работой или учебой из-за приема психотропных веществ/наркотиков без назначения врача?	Нет	Да
8	Вовлекались ли Вы в противоправную деятельность, чтобы достать психотропные вещества/наркотики?	Нет	Да
9	Испытывали ли вы симптомы отмены (плохое самочувствие) после прекращения приема психотропных веществ/наркотиков без назначения врача?	Нет	Да
10	Есть ли у Вас медицинские проблемы, связанные с приемом психотропных веществ/наркотиков без назначения врача (например, нарушения памяти, гепатит, ВИЧ-инфекция, судороги, кровотечение и т.д.)?	Нет	Да

Количество баллов _____

32. Интерпретация вопросника DAST-10

(материал для врачей)

Каждый положительный ответ на вопросы оценивается в 1 балл, кроме вопроса №3, в котором ответ «нет» оценивается в 1 балл.

Количество баллов	Уровень риска	Предлагаемые действия
0	Нет риска	Никаких
1-2	Низкий уровень	Наблюдение, назначение следующей встречи с повторной оценкой
3-5	Средний уровень	Углубленная оценка и консультация
6-8	Существенный уровень	Углубленная оценка и консультация, направление к специалисту
9-10	Тяжелый уровень	Углубленная оценка и консультация, направление к специалисту

33. Шкала «Возраст не помеха»

Вопросы из анкеты диспансеризации для пациентов 75 лет и старше («Возраст не помеха»)

Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	Да	Нет
Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	Да	Нет
Были ли у Вас за последний год случаи падений?	Да	Нет
Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	Да	Нет
Страдаете ли Вы недержанием мочи?	Да	Нет
Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?	Да	Нет
Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да	Нет
Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?	Да	Нет

Интерпретация результатов (для врачей):

- **Старческая астения:** 3-4 положительных ответа на перечисленные вопросы;
- **Вероятность старческой астении:** 1-2 положительных ответа на перечисленные вопросы.

34. Рекомендации по профилактическому консультированию пожилых на основе оценки по шкале «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»

Вопрос	Возможные причины	Рекомендации
<p>Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?</p>	<p>Депрессия, саркопения, синдром мальнутриции, отсутствие зубов и зубных протезов, заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта, снижение функциональной активности, сенсорные дефициты, полипрагмазия, когнитивные нарушения, социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода, соматические заболевания</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность; • Рациональное питание; • Направление на зубопротезирование; • Направление в центры социального обслуживания, в том числе, привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов; • Для исключения соматических причин рекомендовать обследование у лечащего врача;
<p>Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?</p>	<p>Возрастные изменения органов зрения и слуха</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Направление к офтальмологу, ЛОР-врачу (офтальмологу)
<p>Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?</p>	<p>Мышечная слабость, нарушение походки и равновесия, периферическая нейропатия, лекарственные средства, влияющие на ЦНС, антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии, полипрагмазия, снижение зрения, болевой синдром, когнитивные нарушения, депрессия, факторы окружающей среды (скользкий</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по организации безопасного быта; • Направление для коррекции зрения; • Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки); • Использование бедренных протекторов; • Обратит внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользкая подошва,

	пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.), опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неполюженном месте)	<p>обязательны задники) и улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользких накладок);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Прием препаратов кальция (в дозе 1000-1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800-1000 мг/сутки)
Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность; • Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функции. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.); • Рекомендовать консультирование гериатром/неврологом или специалистом по нарушениям памяти по результатам теста Мини-Ког;
Страдаете ли Вы недержанием мочи?	Возрастные изменения мочевых путей Лекарственные препараты Пролапс тазовых органов; Заболевания предстательной железы; Сопутствующие заболевания. Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность, укрепление мышц тазового дна; • Уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков; • Абсорбирующее белье; • Консультирование гериатра/уролога/гинеколога;

<p>Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?</p>	<p>Полиморбидность, деменция, злоупотребление седативными и снотворными средствами, одиночество, социальная изоляция</p>	<ul style="list-style-type: none"> • В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей - консультация психиатра; • Направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции; • Консультирование гериатра;
<p>Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/подъем на 1 лестничный пролет)</p>	<p>Мышечная слабость, заболевания суставов, периферическая нейропатия, заболевания ЦНС</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность; • Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки); • Консультирование ортопеда, невролога, гериатра.

35. Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког

Шаг 1. Скажите пациенту: «*Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их и запомнить*». Выберите один из нижеперечисленных вариантов и четко произнесите 3 слова:

Вариант 1: ключ, лимон, шар

Вариант 2: яблоко, стол, монета

Шаг 2. Скажите пациенту: «*Далее, я хочу, чтобы Вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате*». После завершения попросите пациента отметить стрелками время 11 часов 10 минут.

Шаг 3. Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.

Интерпретация результатов теста Мини-Ког

Воспроизведение слов _____ (0-3 балла)	1 балл за каждое воспроизведенное пациентом слово
Рисование часов _____ (0 или 2 балла)	Правильно нарисованные часы = 2 балла. Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.
Общий балл _____ (0-5 баллов)	Общий балл = Балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов. <3 баллов - валидированный скрининговый критерий деменции, но многие люди с клинически значимыми когнитивными нарушениями могут иметь более высокий балл.

Интерпретация:

- Начисляется 2 балла за каждое воспроизведенное пациентом слово
- Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается.
- Правильно нарисованные часы = 1 балл
- Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.
- Общий балл = Балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов.

36. Краткие рекомендации по коррекции факторов

Питание:

- ограничение потребления: поваренной соли (не более 5 г в сутки – 1 чайная ложка без верха); «добавленных» сахаров в виде сахара, варенья, джемов, в составе сладких напитков – до 30г в сутки; жира до 30% и менее от суточной калорийности (в основном за счет животных жиров с частичной заменой на растительные жиры) и за счет уменьшения потребления продуктов, богатых животными жирами и холестерином (колбасные изделия, жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, жирные сорта сыра, желтки яиц и сами жиры «в чистом виде» – сало, масло сливочное, маргарины, кокосовое, пальмовое масло). Рекомендации особенно важны при сопутствующей дислипидемии. Животные жиры должны составлять не более половины суточной потребности в жирах – около 25-30 г/сут. Остальные 25-30г – восполняется за счет растительных жиров, богатых полиненасыщенными и мононенасыщенными жирными кислотами, желателно нерафинированных и без термической обработки.
- рекомендуется потребление не менее 2 раз в неделю рыбы, желателно 1 раз жирной морской рыбы *по 100-150 г* в виде различных блюд; ежедневно 400-500 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля); предпочтительное потребление цельнозерновых продуктов (хлеб, крупы). Полезны растворимые **пищевые волокна** — пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и выводят его из организма.
- рекомендуется разнообразить рацион (способствует сбалансированности), противопоказаны односторонние несбалансированные рационы и диеты. Объяснить опасность снижения избыточной массы тела путем применения различных «модных» диет, особенно голодания.

Физическая активность:

- информировать пациента о том, что физическая активность, минимально необходимая для поддержания здоровья – это ходьба в умеренном темпе не менее 30 минут в день большинство дней в неделю, дифференцированно по возрасту.

Поведенческие факторы риска:

- **риск пагубного потребления алкоголя** – информировать пациента об имеющемся факторе риска и мотивировать его пройти углубленное профилактическое консультирование (2 этап диспансеризации).
- При *подозрении на пагубное потребление наркотиков и психотропных средств* – информировать пациента о выявленном факторе риска, оценить отношение пациента к потреблению наркотиков, стараться мотивировать к отказу, рекомендовать обратиться к наркологу, дать конкретную информацию о консультации врача-нарколога (кто, где, когда консультирует).

37. Перечень памяток для населения и пациентов с риском хронических неинфекционных заболеваний и ссылки на электронные ресурсы

(активные ссылки, нажмите ctrl и щелкните ссылку)

1. «Здоровый образ жизни. Как сохранить сердце здоровым»
2. «Избыточная масса тела. Как похудеть. Советы эксперта»
3. «Как бросить курить?»
4. «Профилактика инсульта»
5. «Физическая активность для здоровых людей»
6. «Чем опасно курение?»
7. «Что надо знать об остеопорозе?»

38. Здоровый образ жизни. Как сохранить сердце здоровым.

(памятка для пациентов)

Здоровый образ жизни - эффективный метод снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), обусловленных атеросклерозом сосудов: ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, мозговых сосудистых нарушений и инсульта, недостаточности кровоснабжения мышц нижних конечностей (тяжелые боли при ходьбе, гангренозные язвы).

Наиболее опасные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний:

- повышенный уровень ХОЛЕСТЕРИНА в крови (ХС) за счет увеличения «плохого» ХС (входит в состав ХС ЛНП и ХС ЛОНП) и снижения «хорошего» ХС (ХС ЛВП). «Плохой» ХС способствует формированию атеросклеротических бляшек, «хороший» ХС задерживает рост атеросклеротических бляшек, удаляет избыток ХС из тканей;
- повышенное артериальное давление (АД);
- курение.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом включает:

- поддержание уровня ХС не выше 5 ммоль/л у здоровых людей и не выше 4,5 ммоль/л у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями или/и сахарным диабетом;
- поддержание уровня АД не выше 140/90 мм рт.ст.;
- отказ от курения;
- обеспечение достаточной физической нагрузкой (ходьба, плавание и др. 4-5 раз в неделю по 30 мин).

Отказ от курения

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

Достаточная физическая активность

Достаточная физическая нагрузка - неотъемлемая часть здорового стиля жизни. Наиболее доступный и достаточно эффективный вид физической активности - быстрая ходьба на свежем воздухе. Заниматься следует 5 раз в неделю, по 30-45 минут (до 2-х часов). Частота пульса должна достигать 65-70% от той, которая достигается при максимальной нагрузке для данного возраста. Максимальную частоту пульса для конкретного человека можно рассчитать по формуле: $220 - \text{возраст в годах}$. 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.

Правильное питание

Здоровое питание способствует коррекции нарушений профиля ХС в крови и снижению АД, оно является соратником и помощником их лекарственного лечения.

Основные правила диеты, снижающей риск сердечно-сосудистых заболеваний:

- снижение избыточного веса, определяемого по величине отношения вес в кг/рост (м)², необходимо при величине этого отношения более 27 кг/м², особенно при окружности талии более 88 см для женщин и более 102 см для мужчин. Наиболее эффективно достигается снижением потребления жиров и простых углеводов (сахар, мед, сладкие газированные напитки), а также повышением физических нагрузок (ходьба, спорт);
- большую часть калорийности питания - 50-60% должны составлять углеводы овощей, фруктов, зерновых продуктов, содержащих много клетчатки (в том числе водорастворимой). Это пектин, клейковина цельнозерновых продуктов, которые выводят ХС из кишечника. Потребление простых углеводов (сахара, меда) - не более 30-40 г в сутки;
- белок должен составлять не менее 10-20% калорийности, т.е. 100-120 г в сутки, в том числе растительный белок, которым богаты бобовые продукты и орехи;
- необходимо обеспечение организма витаминами в физиологических количествах, в том числе антиоксидантами (витамины А, С, Е), фолиевой кислотой;
- потребление жира должно соответствовать примерно 30% калорийности питания, при нормальном весе для мужчин это 75-90 г, для женщин - 50-65 г в сутки. Насыщенные жиры (животные, твердые растительные жиры) - 1/3 потребляемых жиров, остальные 2/3 жиров должны быть ненасыщенными, жидкими жирами. Это растительные масла (необходимы и подсолнечное, и оливковое) и жир рыбы. Ограничение потребления животных жиров ведет к снижению потребления содержащегося в них ХС.

В последние десятилетия появились основательные научные данные о некоторых особенно «атерогенных» жирах, то есть способствующих развитию атеросклероза и связанных с ним заболеваний сосудов и сердца. К таким веществам относятся так называемые трансизомеры жирных кислот, то есть жирные кислоты с изменённой по сравнению с наиболее распространённой в природе пространственной структурой. Потребление трансформ жирных кислот сопряжено с повышенным риском ишемической болезни сердца, это доказано в ряде научных профилактических программ.

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

Известно, что в натуральных, не прошедших специальную обработку растительных жирах (маслах) содержатся только цис-изомеры жирных кислот, которые не оказывают неблагоприятного действия на сосуды. В сливочном масле количество трансизомеров составляет 5-8%. Основная опасность образования значительного количества (до 48%) трансизомеров связана с производством маргаринов, которые получают старым способом пропускания водорода через жидкое растительное (например, подсолнечное)

масло при высокой температуре. Употребление в пищу таких маргаринов многократно повышает риск развития атеросклероза.

В настоящее время разработан и используется некоторыми производителями другой способ получения похожих на сливочное масло растительно-жировых спредов, при котором трансизомеры жирных кислот не образуются. Он заключается в интенсивном смешивании растительных жидких масел (подсолнечное, соевое) с растительными, но твёрдыми маслами (пальмовое, кокосовое) без нагревания. Вследствие такой технологии получается продукт, не содержащий ни холестерина, ни трансизомеров - жировой продукт, отвечающий требованиям здорового питания.

Диета для снижения холестерина

- Основа всех диет по снижению холестерина - снижение потребления насыщенных (твёрдых) жиров, особенно жиров животного происхождения (жирное мясо, субпродукты, сливочное масло, жирные молочные продукты, сдобная выпечка и др.) и замена их на растительные масла (подсолнечное, оливковое, кукурузное).
- В умеренном (ограниченном) количестве разрешаются молочные продукты со сниженным содержанием жира, нежирные сыры (не более 30% жирности), нежирное мясо, выпечка на растительных жирах, жареная рыба, жареный только на растительных жирах картофель.
- Яйца разрешается употреблять только в вареном виде или жареном на растительном масле (омлет).
- Чаще используйте в своем рационе продукты со сниженным содержанием жира и холестерина: хлеб из муки грубого помола, цельнозерновой, любые каши, макаронные изделия, обезжиренные молочные продукты, всевозможные овощные блюда и фрукты.
- Из мясных продуктов следует предпочесть курицу, индейку, телятину. Удаляйте жир и кожу с птицы перед приготовлением.
- Употребляйте больше рыбы, особенно морской, можно ввести 2 рыбных дня в неделю или есть по одному рыбному блюду каждый день.
- Предпочитайте десерты без жира, без сливок, без сахара, лучше фруктовые.
- Обратите особое внимание на регулярное потребление продуктов, снижающих уровень холестерина в организме и увеличивающих его выведение. Они содержат растворимую клетчатку (пектин, псиллим, клейковину) и при варке образуют желеобразную массу. Это овсяные хлопья (геркулес), яблоки, сливы, различные ягоды.
- Регулярно употребляйте бобовые продукты (фасоль, горох).
- При приготовлении пищи избегайте жарить на сливочном масле и животном жире, чаще варите, тушите, запекайте. Используйте посуду со специальным покрытием, не требующим добавления жира при приготовлении пищи.

Дополнительные рекомендации по питанию для пациентов с артериальной гипертензией

Если у Вас бывают эпизоды повышения давления (> 140/90 мм рт. ст.):

- исключите избыточное потребление алкоголя (не больше 70 г водки или 250 г сухого вина в день);
- ограничьте потребление соли и продуктов, богатых натрием. Старайтесь недосаливать пищу. Для улучшения вкусовых качеств пищи используйте различные травы, специи, лимонный сок, чеснок;
- увеличьте потребление продуктов, богатых калием и магнием (картофель, томаты, бананы, апельсины, киви, а также молоко, мясо, бобовые, зерновые, в первую очередь овес и орехи).

Рекомендации к выбору продуктов питания для профилактики атеросклероза³⁰

Виды продуктов	Рекомендуются	Потреблять в умеренном количестве	Исключить из питания
Зерновые	Хлеб цельнозерновой, из муки грубого помола, каши, макаронные изделия	Хлеб из муки тонкого помола	Сдобный хлеб
Супы	Овощные	Рыбные	На мясном бульоне
Молочные	Молочные продукты и сыры сниженной жирности	Полужирные молочные продукты и жиры	Цельное молоко, сливки, жирные кисло-молочные продукты и сыры
Яйца	Яичный белок	Яйца	Яичница на животных жирах
Морепродукты	Морской гребешок, устрицы	Мидии, крабы, лангусты	Кальмары, креветки
Рыба	Все виды, особенно морская	Жареная на растительных маслах, слабосоленая	Жареная на животных жирах, твердых маргаринах или на неизвестных жирах
Мясо и птица	Курица, индейка без кожи, телятина, кролик	Постные сорта говядины, баранины, ветчины; печень	Жирное мясо, утка, гусь, жирные колбасы, паштеты
Жиры	Растительные жидкие масла:	Мягкие растительно-	Сливочное масло, жир мяса, сало, твердые маргарины

³⁰ Текст подготовлен по материалам профессора Перовой Н.В., отдел биохимических маркеров хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦПМ - <https://www.gnicpm.ru/Article/1>

	подсолнечное, оливковое, соевое	жировые спреды, не содержащие транс-жиры	
Овощи и фрукты	Любые свежие, мороженые, паровые, отварные, бобовые	Картофель, жареный на растительных маслах	Картофель и др. овощи, жареные на животных или неизвестных жирах
Орехи	Миндаль, грецкие	Арахис, фисташки, фундук	Кокосовые, соленые
Десерт	Не подслащенные соки, морсы, фруктовое мороженое	Кондитерские изделия, выпечка, кремы, мороженое на растительных жирах	Выпечка, сладости, кремы, мороженое, пирожное на животных жирах
Приправы	Перец, горчица, специи	Соусы несоленые	Майонез, сметанные соленые
Напитки	Чай, кофе, вода, безалкогольные напитки	Алкогольные напитки - малое/умеренное количество	Кофе или шоколадные напитки со сливками

39. Как бросить курить?³¹

(памятка для пациентов)

Вы задавали себе вопрос «Почему Я курю?». Неужели чтобы успокоиться, отдохнуть, снять стресс, расслабиться, сосредоточиться, начать трудный разговор?

Анализируя причины своих привычек, становится ясно, что мы курим, потому что не можем быть спокойны, не мыслим отдыха без перекура, постоянно нервничаем в ожидании чего-то, не можем сосредоточиться и адекватно общаться без очередной сигареты, или просто не представляем нашей повседневной жизни без сигарет!

Я курю, потому что не могу не курить!

Оцените, насколько Вы зависимы?

Курю много! Жить не могу без сигареты и думаю об этом постоянно! Это, наверное, зависимость! А можно ли измерить степень своей никотиновой зависимости?

³¹ Материал разработан Гамбарян Маринэ Генриевной (в.н.с. , пульмонолог, кандидат медицинских наук, магистр общественного здравоохранения. ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России - <https://www.gnicpm.ru/Article/3>.

Специальный тест - тест Фагестрема поможет оценить степень никотиновой зависимости: Просто ответьте на вопросы и считайте баллы!

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1сигарету?	- в течение первых 5м - в течение 6-30мин - 30 мин- 60 мин - более чем 60 мин	3 2 1 0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	- да - нет	1 0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	- первая утром - все остальные	1 0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	- 10 или меньше - 11-12 - 21-30 - 31 и более	0 1 2 3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня?	- да - нет	1 0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	- да - нет	1 0

Сумма баллов:

- 0-2 - у меня очень слабая зависимость, я справлюсь!
- 3-4 - у меня слабая зависимость, может, в самом деле, взять и бросить курить!
- 5 - у меня средняя зависимость, надо подумать!
- 6-7 - у меня высокая зависимость! Что же делать, надо бежать за помощью!
- 8-10 - у меня очень высокая зависимость! Точно надо искать помощь!

Вы решили бросить курить? А как это проверить?

Считаем баллы!

Вопрос 1. Бросили бы я курить, если бы это было легко?	Вопрос 2. Как сильно я хочу бросить курить?
1. Определенно нет - 0; 2. Вероятнее всего, нет - 1; 3. Возможно, да - 2; 4. Вероятнее всего, да - 3; 5. Определенно, да - 4.	1. Не хочу вообще - 0; 2. Слабое желание - 1; 3. В средней степени - 2; 4. Сильное желание - 3; 5. Однозначно хочу бросить курить - 4.

- **Сумма баллов больше 6** - ура! Я хочу, я могу, я буду бросать курить! Скорей, за помощью, в целях полного отказа от этой пагубной привычки!

- **Сумма баллов от 4 - 6-** да, слабовата мотивация! Но попытаться стоит, хотя бы снизить сначала интенсивность курения, и работать над собой... Надо искать помощь...
- **Сумма баллов меньше 3** - да, похоже, я совсем еще не готов к таким подвигам! Но делать что-то надо! Может, пока начать меньше курить?!

Бросить курить раз и навсегда!

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

А у меня не получается резко и сразу, что же мне махнуть рукой и остаться на всю жизнь курильщиком?

Нет, можно попытаться для начала бросать постепенно, но, чтобы потом - насовсем! Я сделаю это:

- буду планировать количество выкуриваемых сигарет на каждый день до окончательного отказа от них;
- стану уменьшать количество выкуриваемых сигарет каждый день;
- буду покупать сигареты не больше одной пачки, заменить марку на менее любимую;
- буду прятать сигареты в необычные места или отдавать их кому-нибудь на хранение, чтобы каждый раз приходилось их искать, просить, когда захочется курить.

Бросить курить: с чего начать?

- Попробую разобраться, почему я курю.
- Попробую разобраться, сколько я курю: сколько сигарет в день, одну, полторы или две пачки, сколько из них «по делу», а сколько автоматически.
- Буду контролировать свои привычки, разберусь, какие рутинные действия автоматически сопровождаются выкуриванием сигареты.
- Буду перекладывать сигареты на новое место, вдалеке от зажигалки, чтобы вдруг не закурить «автоматически».
- Буду обходить стороной компании курящих и прокуренные помещения.
- Соберусь, и, наконец, назначу день полного отказа от курения - в выходные, или в свой день рождения? С другой стороны, в день рождения придется выпить, а это может расстроить планы бросить курить.
- Буду остерегаться ненужных стимулов закурить - алкоголь, кофе.
- Расскажу родным, их поддержка не помешает.
- Променяю сигареты на что-нибудь не менее приятное, но полезное, что поможет занять время, руки и рот.

- Буду больше бывать на открытом воздухе, начну бегать по утрам, или в другое время, гулять. Кстати, давно собирался записаться в тренажерный зал. Думаю, время пришло!

Куда пойти, что делать?

Есть множество способов отказа от курения, какой выбрать?

- **Сам:** собрался, решил, бросил. Дешево и сердито. Но не всегда и не для всех применим.
- **Спорт:** очень полезное занятие: и приятная альтернатива курению - способен предупредить тягу к курению, депрессивные состояния, нервозность, стрессовые ситуации, прибавку в весе, аи поэтому помогает предупреждать рецидивы курения и повысить самооценку.
- **С помощью врача:** врач порекомендует, расскажет, поможет и поддержит...
- Индивидуально или в группе: психологическая поддержка - индивидуальная или групповая помогает в отказе от курения. Часто в сочетании с лекарствами.
- **Гипноз:** возможно, помогает, хотя нет убедительных данных. Может найти что-нибудь другое?
- **Лекарства:** есть такие, но лучше, чтобы их рекомендовал и назначил врач. Некоторые лекарственные препараты в виде пластырей, ингаляторов и жевательных резинок содержат никотин и призваны частично восполнять его запасы в организме уже бывшего курильщика, чтобы тот не так сильно переживал синдром отмены сигарет.
- Другие лекарства ведут себя как никотин и также призваны снижать тягу к курению.
- **Не лекарства:** иголки, электромагнитные волны, электропунктура - все это хорошо, все работает, помогает преодолеть синдром отмены, а порой, и предупредить его.

Все методы хороши, если есть желание и твердая воля к победе!

Свершилось! Что дальше?

- Похоже, первые дни после отказа от курения - самые тяжелые.
- Приходится заглушать желание курить, мне советуют:
 - питаться дробно,
 - больше есть фруктов и овощей,
 - пить соки и воду,
 - больше проводить времени на свежем воздухе. Тогда организм освободится от никотина и его вредных действий.
- Может усилиться кашель, но скоро пройдет.
- При сильной тяге к курению всегда можно обратиться к врачу.
- Сорвался, не выдержал, - к нему же! И не падать духом! Некоторым нужно несколько попыток, некоторым - еще больше!
- Надо просто понять причину срыва и не повторять ошибок...

Я принял решение отказаться от курения, и я это сделал!

40. Что такое атеросклероз и чем он опасен?

(памятка для пациентов)

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

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

Что такое факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

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

Самые опасные из них: повышенный уровень холестерина в крови, повышенное артериальное давление и курение. За ними следуют сахарный диабет/повышенный уровень глюкозы в крови и избыточная масса тела - ожирение. Действие одного фактора усиливает действие другого, поэтому особенно опасно их сочетание. Если же снизить уровень каждого фактора риска, например, снизить уровень холестерина в крови, снизить артериальное давление, бросить курить, снизить избыточный вес, то общая вероятность заболеть сердечно-сосудистыми заболеваниями реально снизится, а развитие атеросклероза замедлится. В наибольшей степени это доказано для снижения уровня холестерина в крови.

Что такое холестерин

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

На все эти нужды в организме (в печени) образуется холестерина более чем достаточно. Но человек потребляет его еще и с пищей, и часто в избыточном количестве. В основном, источником холестерина служат жирные животные продукты. Если их много в рационе питания, а не содержащих холестерин растительных масел,

зерновых, овощей и фруктов - мало, то содержание холестерина в крови увеличивается, и он из необходимого организму друга превращается в смертельного врага.

Что такое липопротеины

Не весь холестерин крови одинаково опасен: иногда говорят о «хорошем» и «плохом» холестерине. Но холестерин как вещество весь одинаков, просто находится в крови в разных сферических частицах - комплексах с другими жировыми и белковыми молекулами - их называют ЛИПОПРОТЕИНАМИ. Одни из них - липопротеины низких плотностей несут холестерин с кровью в периферические ткани из печени, где он синтезируется. Если этих частиц образуется слишком много или нарушен их распад, в крови накапливается много холестерина, он откладывается в стенках кровеносных сосудов, а вокруг его отложений разрастается соединительная (рубцовая) ткань. Так образуется АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА, сужающая просвет сосуда и затрудняющая ток крови. И вот тогда холестерин в составе 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. В нашем Центре работает липидная клиника, так что в клинко-диагностической лаборатории Вы можете сделать подробный анализ липидного профиля, а также обратиться к врачу-липидологу, специалисту, который грамотно проконсультирует Вас, исходя из результатов лабораторных исследований. В зависимости от уровня холестерина и его распределения в «плохих» и «хороших» комплексах, а также по данным других

обследований врач решает вопрос о необходимости диетической или лекарственной коррекции и дает соответствующие рекомендации. При этом надо иметь в виду, что цена лекарств - это не только цена снижения холестерина, но и цена продления активной жизни человека.

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

Как снизить уровень «плохого» холестерина

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

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

Диета для снижения холестерина

- Основа всех диет по снижению холестерина - снижение потребления насыщенных (твердых) жиров, особенно жиров животного происхождения (жирное мясо, субпродукты, сливочное масло, жирные молочные продукты, сдобная выпечка и др.) и замена их на растительные масла (подсолнечное, оливковое, кукурузное).
- В умеренном (ограниченном) количестве разрешаются молочные продукты со сниженным содержанием жира, нежирные сыры (не более 30% жирности), нежирное мясо, выпечка на растительных жирах, жареная рыба, жареный только на растительных жирах картофель.
- Яйца разрешается употреблять только в вареном виде или жареном на растительном масле (омлет).
- Чаще используйте в своем рационе продукты со сниженным содержанием жира и холестерина: хлеб из муки грубого помола, цельнозерновой, любые каши, макаронные изделия, обезжиренные молочные продукты, всевозможные овощные блюда и фрукты.
- Из мясных продуктов следует предпочесть курицу, индейку, телятину. Удаляйте жир и кожу с птицы перед приготовлением.
- Употребляйте больше рыбы, особенно морской, можно ввести 2 рыбных дня в неделю или есть по одному рыбному блюду каждый день.
- Предпочитайте десерты без жира, без сливок, без сахара, лучше фруктовые.
- Обратите особое внимание на регулярное потребление продуктов, снижающих уровень холестерина в организме и увеличивающих его выведение. Они содержат растворимую клетчатку (пектин, псиллим, клейковину) и при варке образуют желеобразную массу. Это овсяные хлопья (геркулес), яблоки, сливы, различные ягоды.
- Регулярно употребляйте бобовые продукты (фасоль, горох).

- При приготовлении пищи избегайте жарить на сливочном масле и животном жире, чаще варите, тушите, запекайте. Используйте посуду со специальным покрытием, не требующим добавления жира при приготовлении пищи.

Рекомендации к выбору продуктов питания

Виды продуктов	Рекомендуются	Потреблять в умеренном количестве	Исключить из питания
Зерновые	Хлеб цельнозерновой, из муки грубого помола, каши, макаронные изделия	Хлеб из муки тонкого помола	Сдобный хлеб
Супы	Овощные	Рыбные	На мясном бульоне
Молочные	Молочные продукты и сыры сниженной жирности	Полужирные молочные продукты и жиры	Цельное молоко, сливки, жирные кисло-молочные продукты и сыры
Яйца	Яичный белок	Яйца	Яичница на животных жирах
Морепродукты	Морской гребешок, устрицы	Мидии, крабы, лангусты	Кальмары, креветки
Рыба	Все виды, особенно морская	Жареная на растительных маслах, слабосоленая	Жареная на животных жирах, твердых маргаринах или на неизвестных жирах
Мясо и птица	Курица, индейка без кожи, телятина, кролик	Постные сорта говядины, баранины, ветчины; печень	Жирное мясо, утка, гусь, жирные колбасы, паштеты
Жиры	Растительные жидкие масла: подсолнечное, оливковое, соевое	Мягкие растительно-жировые спреды, не содержащие транс-жиры	Сливочное масло, жир мяса, сало, твердые маргарины
Овощи и фрукты	Любые свежие, мороженые, паровые, отварные, бобовые	Картофель, жареный на растительных маслах	Картофель и др. овощи, жареные на животных или неизвестных жирах

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

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

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

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

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

Отказ от курения

Доказано, что как активное курение курильщика, так и пассивное курение окружающих повышают риск развития многих тяжелых заболеваний, прежде всего онкологических и сердечно-сосудистых. Табачный дым содержит целый спектр токсичных для многих органов и тканей веществ (никотин, окись углерода, цианистый водород, канцерогенные вещества). Никотин, например, нарушает тонус сосудистой стенки и способствует ее повреждению, спазмам, усугубляет образование тромбов в кровеносных сосудах. Окись углерода, соединяясь с гемоглобином, блокирует перенос

кислорода к органам и тканям. Компоненты табачного дыма способствуют развитию артериальной гипертонии, нарушению в системе переноса холестерина в стенки сосуда, усугубляя отложение в них холестерина. Создается высокий суммарный риск развития ССЗ.

Достаточная физическая активность³²

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.

41. Избыточная масса тела. Как похудеть. Советы эксперта

(памятка для пациентов)

Избыточный вес тела и, особенно, его крайняя степень - ожирение, являются фактором повышенного риска болезней сердца и кровеносных сосудов.

Оценка веса

³² Текст подготовлен по материалам профессора Перовой Н.В., отдел биохимических маркеров хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦПМ

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/м^2 , избыточный вес регистрируется при ИМТ равном или большем 27 кг/м^2 , но меньшем 30 кг/м^2 , ожирение при ИМТ равном или большем 30 кг/м^2 .

Человеку с избыточной массой тела рекомендуется снизить вес в идеале до оптимального. Однако, для многих этого трудно достичь; в таких случаях рекомендуется снизить общий вес на 10% от исходного или до ИМТ равной или меньшей 27 кг/м^2 и поддерживать его на достигнутом уровне.

Возможные болезни

Наибольшую подверженность болезням сердца и сосудов, а также сахарному диабету, имеют люди с преимущественным отложением жира в брюшной полости, то есть с так называемым абдоминальным (или центральным) ожирением. При абдоминальном ожирении увеличен преимущественно живот и окружность талии. Показателем уже опасного для здоровья сердца и сосудов абдоминального отложения жира считается величина окружности талии у мужчин 94 см, у женщин 80 см. Окружность талии свыше данных значений указывает на необходимость принять меры для снижения веса тела.

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

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

Наибольшей калорийностью обладают жиры, за счёт преимущественного снижения потребления которых рационально снижать калорийность питания. При расщеплении в организме 1г жира образуется 9 ккал энергии, при расщеплении белков и углеводов - 4 ккал. Однако снижать потребление жиров меньше 30% калорийности питания, не следует, так как при этом обычно увеличивают потребление быстро усвояемых углеводов в виде сахара, сладостей, мёда. Это также ведёт к повышению массы тела, повышению уровня глюкозы в крови, способствует развитию сахарного диабета типа 2, а также нарушению нормального спектра липидов крови, которые способствуют развитию атеросклероза.

Медикаментозное лечение избыточного веса применяется в тех случаях, когда не удалось снизить вес путем уменьшения калорийности питания и повышения физической активности. Существуют медикаментозные препараты разного механизма действия, но они имеют нежелательные побочные явления и должны применяться только под строгим контролем врача.

Как похудеть?

В большинстве случаев для того, чтобы похудеть и не набрать вес снова, необходима помощь врача-диетолога.

Причины накопления избыточного веса

Ни у кого не вызывает сомнения, что основной причиной накопления избыточного веса и развития ожирения в большинстве случаев является неправильное питание. Неправильное питание - понятие неоднозначное. Оно включает в себя нарушение пищевого поведения, употребление неподходящих продуктов питания и неправильное усвоение пищи. Наиболее распространенной причиной ожирения является нарушение пищевого поведения. Именно привычка есть не для того, чтобы утолить голод, а для того, чтобы получить удовольствие, чтобы «заесть» неприятности и просто развлечься, приводит к накоплению жира в организме. Именно по этой причине диетологи часто работают совместно с психотерапевтами.

Калорийность пищи

Большую роль в развитии ожирения играет употребление избыточно калорийной пищи и уменьшение энергозатрат. В долгом процессе эволюции желудок человека приобрел такой объем, чтобы он смог усваивать количество пищи, обеспечивающее физическую активность на 8-12 часов в сутки. Однако в наше время расход энергии снизился. Жизнь стала более комфортной (личный и общественный транспорт, бытовые приборы, офисная работа), а значит, уменьшилась и потребность в еде. Понятно, что даже посещение 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 хватало, поэтому навык самоограничения есть не у всех. Кстати, обеспеченные слои населения, которые не имели недостатка в продуктах питания, выработали особые правила приема пищи. Основных из них два - во-первых, никогда не кормить детей насильно, чтобы не нарушить формирование механизма самоконтроля, во-вторых, никогда не переедать - вставать из-за стола «с чувством легкого голода». Да и с физической активностью они всегда дружили - охота, спортивные игры на свежем воздухе. Особенно четко эти традиции проявляются в аристократической и буржуазной среде Западной Европы, где людей с избыточным весом было немного.

Усваиваемость пищи

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

Особую группу составляют пациенты с гормональными нарушениями. Эти нарушения могут быть как первичными, то есть усиливать аппетит и определять 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. Чудес не бывает,

и 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 ожирения³³

Первый этап

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

Второй этап

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

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

Ожирение у подростков

Нами накоплен успешный опыт работы с подростками, страдающими ожирением. Ожирение у подростков очень 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. С чего начать?! Несомненно, здесь требуется помощь профессионалов. Этими вопросами занимаются специалисты - диетологи.

³³ Опубликовано: <https://www.gnicpm.ru/Article/5>; <https://www.gnicpm.ru/Article/6>

42. Самоконтроль артериального давления в домашних условиях³⁴

Рекомендуется дать пациенту совет приобрести домашний тонометр, периодически измерять АД вне зависимости от самочувствия и регистрировать результат.

Показатели АД, полученные при проведении самоконтроля АД (СКАД), могут стать ценным дополнением к клиническому АД при диагностике АГ и контроле за эффективностью лечения, но предполагают применение других нормативов (см. таблицу).

Категория	САД (мм рт.ст.)		ДАД (мм рт.ст.)
Офисное АД	≥140	и/или	≥90
Амбулаторное АД			
Дневное (бодрствование)	≥135	и/или	≥85
Ночное (сон)	≥120	и/или	≥70
Суточное	≥130	и/или	≥80
СКАД	≥135	и/или	≥85

Величина АД, полученная методом СКАД более тесно коррелирует с поражениями органов-мишеней и прогнозом заболевания, чем клиническое АД и его прогностическая ценность сопоставима с методом суточного мониторирования АД (СМАД) после поправки на пол и возраст. Доказано, что метод СКАД повышает приверженность пациентов к лечению. Ограничением применения метода СКАД являются те случаи, когда пациент склонен использовать полученные результаты для самостоятельной коррекции терапии. Необходимо учитывать, что СКАД не может дать информацию об уровнях АД в течение «повседневной» (реальной) дневной активности, особенно у работающей части населения, и в ночные часы. Для СКАД могут быть использованы традиционные тонометры со стрелочными манометрами, а также автоматические и полуавтоматические приборы для домашнего применения, прошедшие сертификацию. Для оценки уровня АД в ситуациях резкого ухудшения самочувствия больного вне стационарных условий (в поездках, на работе и др.) можно рекомендовать использование запястных автоматических измерителей АД, но с теми же правилами измерения АД (2-3 кратное измерение, расположение руки на уровне сердца и т.д.). Следует помнить, что АД, измеренное на запястье может быть несколько ниже уровня АД на плече.

³⁴ Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии, «Кардиологический вестник» - 2015(1).– 1-92. <https://www.cardioweb.ru>

43. Как не поддаться влечению к спиртному?

(Памятка для пациента)

Никакие мероприятия по профилактике алкоголизма не будут действенными, если человек не возьмется за себя сам. Вот некоторые советы, которые помогут отвлечься от желания выпить.

1. Не держите дома спиртное, чтобы не поддаться импульсу и не выпить.
2. Больше времени уделяйте семье. Начните налаживать испорченные отношения.
3. Возобновите старую работу или найдите новую, которая бы была по душе. Занятость позволит не скучать и мысли об алкоголе, которые обычно приходят во время безделья, реже будут посещать вашу голову. К тому же работа улучшит ваше финансовое положение и даст возможность найти новое общение.
4. Уделяйте время своим хобби. Чувство удовлетворения от любимого занятия поможет расширить зону удовольствия и будет способствовать повышению самооценки.
5. Признайте, что у вас есть проблема с алкоголем и при необходимости пользуйтесь услугами психолога.
6. Занимайтесь спортом и физкультурой, это поможет держать организм в тонусе, ориентироваться в собственных возможностях и адекватно себя оценивать.
7. Работайте над своими внутренними конфликтами. Пагубное пристрастие к спиртному – следствие не биологических, а психологических причин.
8. Принимайте себя таким, какой вы есть, признавая и положительные, и отрицательные качества своего характера. Осознав свои отрицательные черты, вы сможете работать над собой, чтобы улучшить свои личностные качества.
9. Избавляйтесь от своей тревожности. Повышенная тревожность – популярная черта характера людей с проблемой тяги к спиртному. Тревога – это страх перед предстоящими событиями, обычно беспричинный и не обоснованный. Человек сам не понимает, чего боится. При таком настроении вся жизнь видится человеку в негативном ракурсе, и он хочет уйти от неприятных переживаний с помощью опьянения.
10. Признавайте жизненные трудности и находите решения проблем. Справившись с трудностями, вы будете каждый раз повышать свою самооценку.
11. Избегайте просмотра передач с большим количеством негативной информации, например, новостей о трагических происшествиях, авариях и болезнях. Такая информация только повысит ощущение тревожности, и может спровоцировать желание выпить, чтобы избавиться от этого чувства.
12. Расширяйте диапазон своих удовольствий. Пусть этими удовольствиями станут лакомства, приятная музыка, интересная книга, приятное путешествие, просмотр

хорошего фильма, помощь кому-либо, обновка, общение с домашним любимцем и т. д. И тогда воспоминания об удовольствии от алкоголя будут все больше отдаляться.

13. Расширяйте свой кругозор. Ходите в кино, театры, на концерты, в музеи. Включайтесь в общественную работу. Это повысит вашу самооценку и станет источником новых удовольствий.

14. Чаще гуляйте. Отвлекайтесь от домашней обстановки и бытовой рутины. Измените хоть немного привычную атмосферу, это полезно для саморазвития и принятия ответственности за собственную жизнь.

15. Признайте себя личностью. Если вы почувствуете себя личностью, то это будет первой ступенью к жизненным изменениям, связанным с полным отказом от алкоголя.

16. Уделяйте внимание своему внешнему виду. Следите за прической и одеждой, интересуйтесь модными тенденциями. Удовлетворение собственным внешним видом – это дополнительное удовольствие и стимул к дальнейшему совершенствованию.

17. Если вы чувствуете, что внутреннее напряжение растет, — обращайтесь к психологу, психотерапевту или к другим специалистам.

44. Профилактика инсульта

(памятка для пациентов, опубликовано: <https://www.gnicpm.ru/Article/21>)

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

Первыми признаками инсульта наиболее часто являются внезапное развитие односторонней слабости в конечностях, речевые нарушения, асимметрия лица, онемение половины тела, выпадение полей зрения, головокружение и дискоординация. В случае внезапного развития подобных симптомов необходимо сразу же вызвать бригаду скорой медицинской помощи для незамедлительной транспортировки больного с инсультом в специализированное инсультное отделение. Только соблюдение золотого правила лечения инсульта - «время-мозг» может позволить при наличии показаний вовремя применить наиболее эффективный метод лечения ишемического инсульта - тромболитическую терапию и спасти пациенту жизнь.

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

Какие основные факторы риска инсульта? Артериальная гипертония, **нарушения сердечного ритма**, сахарный диабет, **атеросклероз сосудов**, пожилой возраст – это основные факторы, которые могут привести к нарушению мозгового кровообращения.

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

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

Основными препаратами профилактики инсульта являются антитромботические препараты – **антиагреганты или антикоагулянты** (для пациентов с мерцательной аритмией). Важно помнить, что при антикоагулянтная терапия с использованием варфарина эффективна только при регулярном лабораторном контроле и поддержании показателя МНО в пределах целевых значений (2,0-3,0).

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

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

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

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

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

45. 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 «пиллюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам

лучше бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения;

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

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

(с уточнениями и дополнениями; для медицинских работников кабинетов и отделений медицинской профилактики, центров здоровья)

Утверждено главным внештатным специалистом Минздрава России по медицинской профилактике С.А. Бойцовым, главным внештатным специалистом гериатром Минздрава России О.Н. Ткачевой, Москва, 2017 год.

Авторы: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины" Минздрава России, ОСП "Российский геронтологический научно-клинический центр", ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России: Драпкина О.М., Калинина А.М., Карамнова Н.С., Гамбарян М.Г., Бубнова М.Г., Ткачева

О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Воробьева Н.М., Дудинская Е.Н., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Тюхменев Е.А., Остапенко В.С., Каштанова Д.А.

Введение

В последние годы произошла смена представлений об успешном старении. Если ранее успешное старение ассоциировалось исключительно с отсутствием болезни, хорошим физическим и когнитивным статусом, самостоятельностью и социальной поддержкой, то современное понимание успешного старения значительно шире и включает психологическое, физическое и социальное здоровье, функционирование, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмора, духовность.

Успешное старение - основная психологическая потребность человека. Даже в очень преклонном возрасте люди сохраняют потребность в активной жизни и развитии. Физическая активность, любая деятельность, социальная интеграция способствуют успешному старению. Депрессия является наиболее значимым фактором, оказывающим отрицательное влияние на успешное старение.

Медицинский персонал должен знать закономерности изменений организма человека, связанные со старением, уметь рано распознавать гериатрические проблемы и обладать навыками профилактического консультирования по их предупреждению и замедлению прогрессирования.

Определение понятий

Старческая астения

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

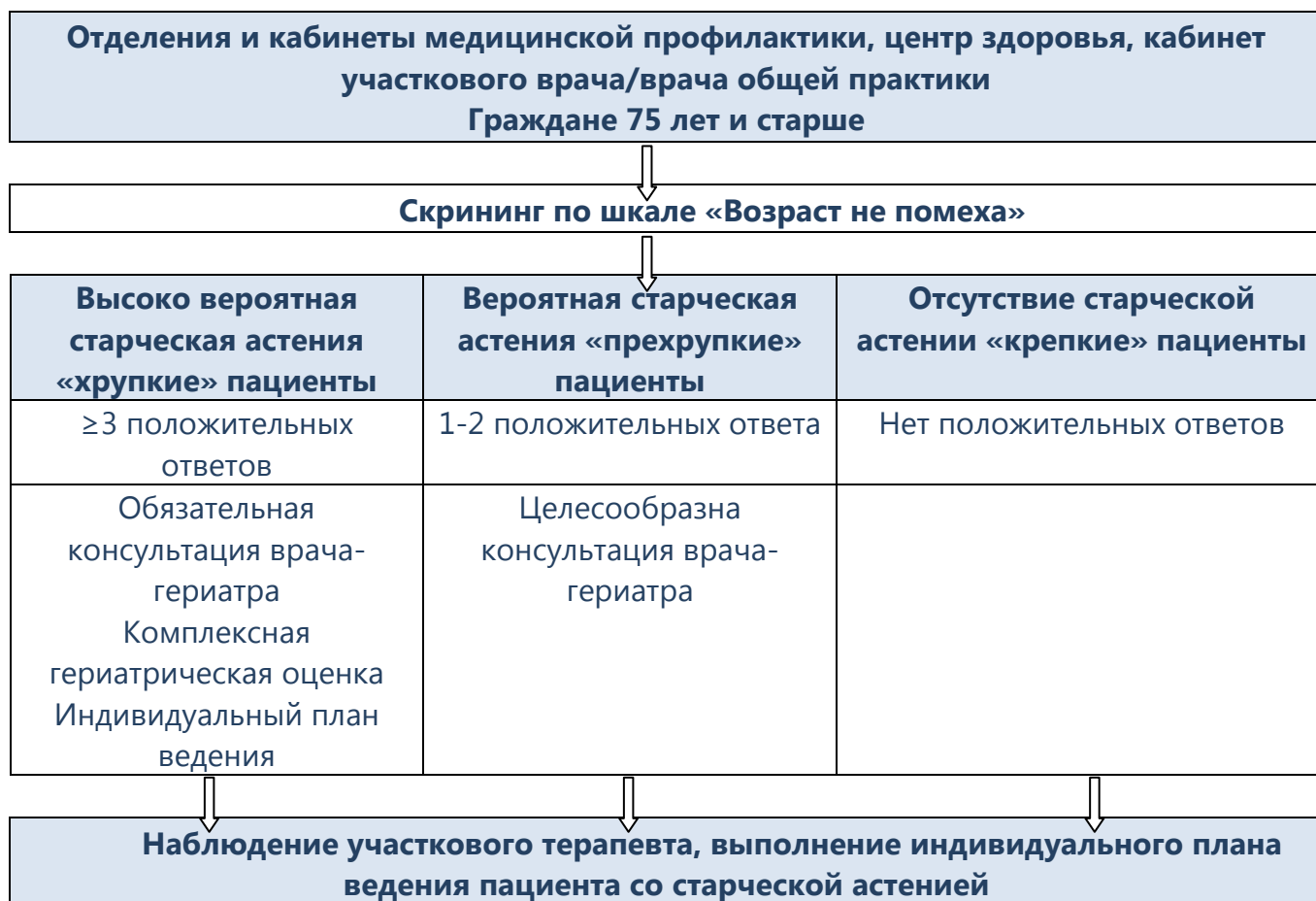
Старческая астения включает в себя более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия.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

Развитие старческой астении может быть предотвращено, отсрочено или замедлено.

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

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

Алгоритм диагностики и ведения старческой астении



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 (приложение 1) и дополнить оценкой когнитивных функций по тесту Мини-Ког (приложение 2)
- Анализ результатов анкетирования следует проводить с учетом шкалы «Возраст не помеха», вопросы которой включены в анкету диспансеризации для граждан 75 лет и старше
- Профилактическое консультирование следует проводить всем пациентам 75 лет и старше с акцентом на положительные ответы на вопросы шкалы "Возраст не помеха" (приложение 3)
- Следует делать акцент на выявление полипрагмазии (хронический прием 5 и более лекарственных препаратов). При оценке числа принимаемых препаратов следует учесть, что если пациент принимает фиксированные комбинированные препараты (2 и более действующих вещества в одной таблетке), то каждый компонент учитывается как отдельный препарат. При выявлении полипрагмазии целесообразно рекомендовать обратиться к лечащему врачу на предмет анализа лекарственных назначений. Если полипрагмазия сочетается с высокой вероятностью старческой астении по шкале "Возраст не помеха", настоятельно 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 (приложение 1, приложение 2).
- **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 гипертонии, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии у людей пожилого и старческого возраста, а также высокая вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний
- Пациента следует ориентировать не только за устранение симптомов заболеваний (при их наличии), но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни без негативных для здоровья факторов.
- Всем консультируемым должны быть даны учитывающие возрастной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств
- Профилактическое консультирование должно учитывать положительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха» (приложение 3)
- При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зрения), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов
- При высокой вероятности старческой астении по данным скрининговой шкалы «Возраст не помеха» пациента следует направить к гериатру.

Физическая активность

- Аэробная физическая активность средней интенсивности не менее 150 минут в неделю, или выполнение упражнений высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю с учетом индивидуальных особенностей пациента и при отсутствии противопоказаний
- Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут.
- Начинать физические занятия следует с разминки (медленная ходьба и легкие потягивания), если пациент только начинает заниматься физическими упражнениями, то 5-10-минутная разминка может составлять целое занятие;
- Продолжительность занятия должна постепенно увеличивать до 30 минут в день; если до этого пожилой человек вел малоподвижный образ жизни, то этот период должен составлять не менее трех недель.
- Наиболее эффективны ходьба по ровной местности, скандинавская ходьба, лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и др, а также ежедневная утренняя гимнастика (или длительная прогулка в лесу, парке, сквере).
- Если пожилые люди не могут выполнять рекомендуемый объем физических нагрузок, им следует выполнять объем упражнений, соответствующий их возможностям и состоянию здоровья
- Пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать повышение физической активности медленно, начиная с нескольких минут в

день, и постепенно увеличивать продолжительность и частоту физических занятий (при отсутствии противопоказаний).

- Следует исключать упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п.
- Выполнение упражнений на равновесие и предотвращение падений 3 и более дней в неделю до 30 минут (*например*, ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках). В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору.
- Заболевания суставов не являются противопоказанием для физических упражнений. Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно - реабилитолога, для разработки индивидуальной программы физической активности.
- Осторожно следует в программу физической активности должны включаться бег, прыжки, упражнения с тяжестями и другие виды нагрузок, которые могут привести к травмам.

Питание

- Энергетическая ценность рациона питания для лиц старше 75 лет должна составлять 1600 ккал для женщин и 1800 ккал для мужчин.
- Режим питания должен обязательно включать три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня).
- Общий водный режим составляет не менее 2 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл. Для лиц имеющих сердечную недостаточность питьевой режим должен быть согласован с участковым терапевтом или кардиологом.
- Следует учитывать, что потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста в виду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1-1,2 г/кг/сут с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками. Оптимальными источниками животного белка являются молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина, а растительного – крупы, бобовые, семена и орехи. Необходимо рекомендовать ежедневное употребление животного белка. Если пациент не употребляет мясо, рыбу и птицу или делает это в недостаточном количестве, следует направить его на консультацию к диетологу для решения вопроса о назначении дополнительных источников белка в виде функционального продукта или подбора специализированного рациона питания для обеспечения потребления белка на необходимом уровне.
- На долю общего жира в рационе не должно приходиться более 25-30% от суточной калорийности, при этом треть отводится на насыщенные жиры, а другие две трети - на равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. Из растительных жиров предпочтительны оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25-30мл в день (2 столовые ложки). Потребление животных жиров (сливочное масло, сливки, сметана, топленый жир) следует ограничить, также, как

и продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных транс-жирных кислот, содержащихся в переработанных пищевых продуктах, еде быстрого приготовления, закусочных пищевых продуктах, жареной во фритюре еде, замороженных пицце и пирогах, печенье, маргарине и бутербродной смеси.

- Рекомендуется потребление не менее двух порций молочных продуктов в день. Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленные сахар и/или насыщенные жиры. У лиц старшего возраста может иметь место вторичная лактозная непереносимость, в таком случае, продукты с молочным сахаром – лактозой, следует исключить из рациона питания (молоко и др.), но продукты, в которых лактоза была израсходована на процесс ферментации, следует оставить в рационе (творог, сыр, йогурт). Пациенту показано потребление без- или низколактозных молочных продуктов. При наличии вторичной непереносимости к молочным (сывороточным) белкам пациенту следует предложить потребление продуктов растительного происхождения (миндального, рисового или соевого молока, йогурта, сыра тофу).
- С возрастом снижается толерантность к углеводам, поэтому углеводный компонент питания должен быть сформирован из продуктов, содержащих «сложные» углеводы и богатых пищевыми волокнами: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная греча, нешлифованный рис, непереработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые (включая сою), грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей, овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500г/сут). Одна порция – это один фрукт крупного размера (яблоко, груша, апельсин), ½ стакана фруктового салата, замороженных или консервированных фруктов, 3-4 штуки мелких фруктов (абрикос, слива, клубника), 3-4 ягоды сухофруктов (курага, финик, инжир), ½ стакана приготовленных или 1 стакан свежих мелко нарезанных овощей. Потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы и саго) и корнеплодов (картофель, батат, 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

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 «пиллюлю 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);

- Каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эффекты препарата;
- Что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с приемом препарата;
- Что следует делать, если пропущен очередной прием.

Особенности коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых пациентов

Общие принципы

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

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

Контроль массы тела

Особого внимания у пожилых требует низкая масса тела (индекс массы тела < 23 кг/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 1

Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше³⁵

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 _____?		то _____?
	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	Возникла 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	Возникло ли у Вас внезапное без понятных причин	Да	Нет

³⁵ В анкету внесены корректировки в соответствии с утвержденными формами анкет (приложение 8 настоящих рекомендаций)

	кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?		
6	Возникла 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 старше³⁶

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

³⁶ В правила вынесения заключений внесены корректировки в соответствии с утвержденными формами (приложение 8 настоящих рекомендаций)

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

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

Полипрагмазия		
Вопрос 24	Если пациент называет 5 и более лекарственных средств – выявлена полипрагмазия	Контроль (ревизия) назначенного лечения и инструктаж приема лекарственных средств.

Приложение 2

Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког

Шаг 1. Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их и запомнить». Выберите один из нижеперечисленных вариантов и четко произнесите 3 слова:

Вариант 1: ключ, лимон, шар

Вариант 2: яблоко, стол, монета

Шаг 2. Скажите пациенту: «Далее, я хочу, чтобы Вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента отметить стрелками время 11 часов 10 минут.

Шаг 3. Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.

Интерпретация результатов теста Мини-Ког

Воспроизведение слов _____ (0-3 балла)	1 балл за каждое воспроизведенное пациентом слово
Рисование часов _____ (0 или 2 балла)	Правильно нарисованные часы = 2 балла. Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.
Общий балл _____ (0-5 баллов)	Общий балл = Балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов. <3 баллов - валидированный скрининговый критерий деменции, но многие люди с клинически значимыми когнитивными нарушениями могут иметь более высокий балл.

Интерпретация:

- Начисляется 2 балла за каждое воспроизведенное пациентом слово.
- Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в

соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается.

- Правильно нарисованные часы = 1 балл
- Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.
- Общий балл = Балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов.

**Рекомендации по профилактическому консультированию при положительных ответах на вопросы скрининговой шкалы
«Возраст не помеха»**

Вопрос	Возможные причины	Рекомендации
<p>Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?</p>	<p>Депрессия Саркопения Синдром мальнутриции Отсутствие зубов и зубных протезов Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта Снижение функциональной активности Сенсорные дефициты Полипрагмазия Когнитивные нарушения Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода Соматические заболевания</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность • Рациональное питание • Направление на зубопротезирование • Направление в центры социального обслуживания, в том числе, привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов • Для исключения соматических причин рекомендовать обследование у лечащего врача
<p>Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?</p>	<p>Возрастные изменения органов зрения и слуха</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Направление к офтальмологу, ЛОР-врачу

<p>Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?</p>	<p>Мышечная слабость Нарушение походки и равновесия Периферическая нейропатия Лекарственные средства, влияющие на ЦНС Антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии Полипругмазия Снижение зрения Болевой синдром Когнитивные нарушения Депрессия Факторы окружающей среды (скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.) Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неполюженном месте)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по организации безопасного быта • Направление для коррекции зрения • Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки) • Использование бедренных протекторов • Обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользкая подошва, обязательны задники) и улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользких накладок) • Прием препаратов кальция (в дозе 1000-1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800-1000 мг/сутки)
<p>Есть ли у Вас проблемы с Памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?</p>	<p>Когнитивные нарушения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность • Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.) • Рекомендовать специализированное консультирование гериатром/неврологом/ специалистом по нарушениям памяти по результатам теста Мини-Ког

<p>Страдаете ли Вы недержанием мочи?</p>	<p>Возрастные изменения мочевых путей Лекарственные препараты Проплап тазовых органов Заболевания предстательной железы Сопутствующие заболевания Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность, укрепление мышц тазового дна • Уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков • Абсорбирующее белье • Консультирование гериатра/уролога/гинеколога
<p>Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?</p>	<p>Полиморбидность Деменция Злоупотребление седативными и снотворными средствами Одиночество, социальная изоляция</p>	<ul style="list-style-type: none"> • В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей - консультация психиатра • Направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции • Консультирование гериатра
<p>Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/подъем на 1 лестничный пролет)</p>	<p>Мышечная слабость Заболевания суставов Периферическая нейропатия Заболевания ЦНС</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность • Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки) • Консультирование ортопеда, невролога, гериатра

47. Расчет примерного охвата населения диспансеризацией

(пример расчета дополнительной нагрузки на медицинский персонал на одном участке)

Пример расчета объемного показателя охвата диспансеризацией населения, подлежащего диспансеризации в текущем году на одном участке и дополнительной нагрузки на медицинский персонал.

1.	Всего граждан в возрасте 18 лет и старше, прикрепленных к 1 участку		Например: 1700 чел.	
2.	Всего граждан в возрасте 21 год и старше, прикрепленных к 1 участку и согласно приказу Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н подлежит диспансеризации с периодичностью проведения исследований (медицинских мероприятий) 1 раз в 3 года		В среднем по России доля граждан в возрасте 21 год и старше составляет 96,4 % от числа граждан в возрасте 18 лет и старше, т.е. на участке из 1700 взрослых граждан их в среднем 1639 чел.	100 %
3.	Из них подлежит диспансеризации в текущем году		546 чел.	33,33 %
4.	Плановое задание охвата диспансеризацией	от числа всех прикрепленных к участку граждан в возрасте 21 год и старше (от 1639 чел.)	Не менее 344 чел.	Не менее 21 %
		от числа граждан, подлежащих диспансеризации в текущем году (от 546 чел.)	Не менее 344 чел.	Не менее 63 %
5.	Доля граждан в возрасте 49, 53, 55, 59, 61, 65, 67, 71, 73 года, прикрепленных к 1 участку, которые в указанном возрасте согласно приказу Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н должны пройти исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом		В среднем по России доля граждан в возрасте 49, 53, 55, 59, 61, 65, 67, 71, 73 года составляет 12,67 % от числа всех взрослых, то есть на участке из 1700 взрослых граждан 12,67 %, составляет 215 чел	100 %
6.	Плановое задание охвата, указанной по п. 5 группы граждан исследованием кала на скрытую		Не менее 135 чел	Не менее 63 %

	кровь иммунохимическим методом		
7.	Доля женщин на одном участке общей численностью 1700 чел	Из всего взрослого населения России женщины в среднем составляют 55,36%, то есть на участке из 1700 чел. их в среднем 941 чел.	
8.	Доля граждан, женского пола в возрасте 50, 52, 56, 58, 62, 64, 68, 70 лет, прикрепленных к 1 участку, которые в указанном возрасте согласно приказу Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н должны пройти маммографию обеих молочных желез в двух проекциях	В среднем по России доля женщин в возрасте 50, 52, 56, 58, 62, 64, 68, 70 лет составляет 12,36 % от всех взрослых женщин, то есть на участке из 1700 чел. их в среднем 116 чел.	100 %
9.	Плановое задание охвата, указанной по п. 8 группы женщин маммографией	Не менее 73 чел.	Не менее 63 %
10.	Суммарное число граждан по пункту 5 и по пункту 8 настоящей таблицы	(215+116=) 331 чел	100 %
11.	Плановое задание охвата, указанных по п. 10 групп граждан исследованием кала на скрытую кровь и маммографией	Не менее 208 чел.	Не менее 63 %